

MORBIDADE DEPRESSIVA EM GESTANTES HIPERTENSAS: UM ESTUDO COM O PRIME-MD E IDS-C

Márcio Henrique Gomes de Oliveira¹; Glaucia Rosana Guerra Benute²; Renério Fráguas Júnior³; Roseli Yamamoto Nomura⁴; Mara Cristina Souza de Lucia⁵; Marcelo Zugaib⁶

RESUMO

As síndromes hipertensivas associadas a gestação possuem elevada incidência mundial e são a maior causa de morbidade e mortalidade neonatal. Além disso, estão em terceiro lugar como causa de mortes maternas. A depressão é uma doença que está em expansão e, atualmente, é a principal causa de incapacitação no mundo. Este estudo objetiva avaliar transtornos depressivos e desempenho do IDS-C para detectar depressão em gestantes de alto risco, comparando com avaliação feita com PRIME-MD. Participaram 20 gestantes hipertensas internadas na enfermaria da Divisão da Clínica Obstétrica do Instituto Central do HCFMUSP. Os resultados demonstraram que a incidência de depressão de acordo com o PRIME-MD foi de 10%, e de acordo com o IDS-C 15% dos sujeitos encontravam-se sintomatologicamente deprimidos, o que demonstra necessidade de realizar estudos maiores e aprimorar o diagnóstico de depressão em gestantes de alto risco visando uma conduta terapêutica mais adequada.

Descritores: depressão na gravidez; PRIME-MD; IDS; diagnóstico de depressão.

MORBIDITY DEPRESSION IN HYPERTENSION PREGNANT WOMEN: A STUDY WITH PRIME-MD AND IDS-C

ABSTRACT

Hypertensive syndromes associated to pregnancy has a worldwide high incidence and are the highest cause of neonatal morbidity and mortality. Besides, they are the third major cause of maternal mortality. The incidence of depression is growing and nowadays it is the lead cause of incapacity in the world. The purpose of this study is to evaluate depressive syndromes and the performance of IDS-C to detect depression in hypertensive pregnant women comparing with the evaluation of PRIME-MD. Twenty hypertensive women that was in the Obstetric Clinic Division of the HCFMUSP, took part of this study. The results showed that according to PRIME-MD, the incidence of depression was 10%. According to IDS-C, 15% of the patients were symptomatically depressive which show us the need of further studies and improve the depression diagnosis in high risk pregnant women that makes a more adequated therapeutic measure possible.

Keywords: depression; depression in pregnancy; PRIME-MD; IDS; diagnosis of depression.

¹ Psicólogo especializando em Psicologia Hospitalar – Hospital Geral da Divisão de Psicologia do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP – 2006

² Doutora pela FMUSP, Psicóloga chefe da DIPCHC e orientadora da monografia

³ Psiquiatra coordenador do Serviço de Interconsulta do IPQ - HCFMUSP

⁴ Livre Docente, obstetra da Divisão Clínica Obstétrica do HCFMUSP

⁵ Diretora da Divisão de Psicologia do Instituto Central do HCFMUSP e presidente do CEPSIC

⁶ Professor Titular da Divisão de Clínica Obstétrica do HCFMUSP

A depressão é um transtorno afetivo que deve ser tratado de maneira séria, pois pode levar a conseqüências incapacitantes à vida de um indivíduo visto que ela acomete

todo bem-estar, podendo comprometer até mesmo o relacionamento, forma de lidar com o mundo e as pessoas ao seu redor.

Segundo o Relatório Mundial de Saúde de 2002, a depressão grave ou maior é atualmente a principal causa de incapacitação no mundo. Está em quarto lugar no *ranking* das dez maiores patologias e estima-se que, nos próximos 20 anos, venha a ser a segunda das principais causas de doença no mundo. Caracteriza-se por um distúrbio de humor persistente, com no mínimo duas semanas de evolução, apresentando humor depressivo, perda de interesse e prazer pelas atividades diárias, empobrecimento nos relacionamentos, sentimento de culpa, mudanças de peso e apetite, insônia ou hipersonia, fadiga excessiva, sensação de ter pouca ou nenhuma energia para realizar alguma tarefa, lentidão ou agitação psicomotora, dificuldade para concentrar-se ou para tomar decisões e raciocinar e presença de pensamentos sobre morte (DSM IV, 1994).

Kessler et al (2003) apontou que 16,2% dos indivíduos pesquisados, do total de 9090, foram diagnosticados com depressão maior. Concluiu-se que essa patologia é comum e amplamente encontrada na população.

Sendo a depressão uma doença cuja incidência vem aumentando ao longo dos anos, Andrews (2001) propõe que ela possa ser tratada como crônica, o que poderia fazer com que o sujeito que fosse atendido, em atenção primária, recebesse um melhor acompanhamento, um diagnóstico preciso e melhora significativa da eficácia no tratamento da depressão por meio não somente de diagnóstico correto como também de acompanhamento que auxiliasse a diminuir a remissão da doença.

Feighner e Worrall (1994) e MacMillan, Patterson, Wathen, e The Canadian Task Force on Preventive Health Care (2005) alertam para a importância de realizar, em todo atendimento primário, *screening* para depressão, pois isso aumentaria o potencial de detecção da doença e, se seguido de adequado tratamento e acompanhamento, diminuiria sensivelmente o risco do paciente desenvolver um quadro depressivo. Esse estudo justifica essa importância pelo fato de a depressão ser uma patologia comumente encontrada nesse tipo de atendimento.

O índice de prevalência de depressão em mulheres entre 18 e 50 anos chega a ser de 1.7 a 2.7 vezes maior do que em homens (Burt & Stein, 2002) e dessa maneira a possibilidade de uma mulher adquirir depressão na gravidez também é alta. Além disso, uma mulher grávida com depressão está mais suscetível a comer menos, dormir mal, negligenciar cuidados com higiene pessoal, procurar cuidados pré-natais ou aderir a recomendações médicas (Stewart, 2005), o que pode acarretar risco de prejuízo à saúde

da mulher e do feto, daí a necessidade de investigação da depressão em atendimento primário à gestantes.

Altshuler et al (2006), em estudo recente na Inglaterra, com uma população de 8323 mulheres, mostrou que cerca de 13% tiveram depressão durante a gravidez enquanto que 11% apresentaram alto índice de ansiedade.

Além da dificuldade relatada anteriormente com relação ao diagnóstico da depressão em atendimento primário, aquele se torna mais difícil quando a população em questão for caracterizada por gestantes de alto risco que podem apresentar sinais e sintomas decorrentes de uma doença durante a gestação que se sobrepõe aos sintomas típicos da depressão (Stewart, 2005).

A população alvo desse trabalho se caracteriza por gestantes hipertensas, pois as síndromes hipertensivas associadas a gestação têm incidência mundial em torno de 12% a 22% das gestações e são a maior causa de morbidade neonatal e mortalidade. Além disso, são responsáveis por 17,6% das mortes maternas sendo a terceira maior causa depois de tromboembolismo e hemorragia. A hipertensão crônica também é outra desordem cuja alta incidência tornou mais comum os nascimentos prematuros (Emery, 2005).

OBJETIVOS

Apresentar marcadores comportamentais e psicológicos que possam auxiliar na determinação de risco para depressão em gestantes de alto risco.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Avaliar transtornos depressivos entre gestantes de alto risco; e avaliar o desempenho do IDS-C para detectar depressão entre gestantes de alto risco comparando com a avaliação feita com o PRIME-MD.

CASUÍSTICA E MÉTODO

Este estudo faz parte de um estudo maior denominado “Morbidade depressiva e parâmetros obstétricos em gestantes de alto risco: um estudo com o IDS” realizado pela Divisão de Psicologia ICHC-FMUSP com 720 gestantes. Trata-se de um estudo prospectivo que foi desenvolvido na Divisão de Clínica Obstétrica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP.

SUJEITOS

Foram entrevistadas 20 gestantes de alto risco hipertensas, atendidas na Enfermaria da Divisão de Clínica Obstétrica do ICHC FMUSP.

Critérios de exclusão - Foram excluídas as pacientes que apresentaram diagnóstico de anomalia e/ou óbito fetal.

INSTRUMENTOS

Para este estudo foram utilizados os seguintes instrumentos:

PRIME-MD

PRIME-MD proporciona reconhecimento rápido e acurado dos diagnósticos de transtornos mentais. É composto por cinco módulos (transtornos de humor, transtornos ansiosos, transtornos alimentares, transtornos somatoformes e abuso de álcool ou transtornos de dependência) que são escolhidos para serem utilizados de acordo com o objetivo da pesquisa. Para este estudo interessa utilizar o Guia de Avaliação Clínica (anexo B), módulo para avaliar transtornos de humor.

O Prime-MD foi traduzido para o português por Fráguas Jr et al (2006), retraduzido para o inglês, e sua revisão foi realizada pelo autor do Prime-MD, Dr. Spitzer. O Prime-MD demonstrou boa acurácia (sensibilidade e especificidade) para os grupos diagnósticos maiores quando aplicado por médicos de serviços de atenção primária.

Inventário de Sintomatologia Depressiva (IDS)

O IDS-C se propõe a avaliar a gravidade da sintomatologia depressiva e tem dois componentes: o Inventário de Sintomatologia depressiva auto-relato (anexo C) e o Inventário de Sintomatologia depressiva avaliado por clínicos (IDS-C). O primeiro consta de 26 questões que abordam sintomas da depressão e que deve ser avaliado pelo paciente com um círculo na alternativa que melhor descreva o que este tem sentido nos últimos sete dias. O IDS-C consta de 30 questões que investigam a presença ou não de sintomas depressivos, que devem ser apresentadas pelo avaliador. (Altshuler et al, 2006).

Prontuário Médico

Foram realizadas consultas ao prontuário médico para avaliar parâmetros obstétricos do período anteparto e pós-natal com o intuito de caracterizar diferentes subgrupos de gestantes e também para se acompanhar o resultado final da gravidez. Foram investigados os seguintes parâmetros:

- Idade gestacional no nascimento em semanas;
- Tipo de parto: fórceps, cesárea, vaginal espontâneo;
- Sexo do recém nascido;
- Adequação do peso ao nascimento: classificação de acordo com a curva de Alexander et al (1996) em pequeno para idade gestacional (PIG), adequado para idade gestacional (AIG) ou grande para idade gestacional (GIG);
- Índice de apgar de 1º, 5º e 10º minuto;
- Intercorrência clínica obstétrica na ocasião da internação para o parto: pré-eclampsia, hipertensão arterial e diabetes gestacional.

PROCEDIMENTOS

Foram convidadas a participar desse estudo 20 gestantes internadas na Enfermaria da Divisão de Clínica Obstétrica do HCFMUSP.

Inicialmente foi lido o termo de consentimento. Ao consentir a participação no estudo, foi realizada, individualmente, uma entrevista semidirigida. Em seguida foi aplicado o IDS-C versão para auto-avaliação e versão de avaliação clínica. Posteriormente foi realizado o Prime-MD módulo para transtorno do humor, com intuito de diagnosticar depressão maior.

Tanto no IDS-C quanto no Prime-MD Guia de avaliação clínica, o pesquisador realizou anotações em campo específico para fim das respostas do paciente, utilizando-se do critério etiológico e do critério inclusivo.

Para mensurar o critério etiológico, foi considerada a resposta de presença ou ausência dos sintomas investigados, independentemente da origem ou da história atribuída pela gestante. Já para o critério inclusivo foi considerada a sintomatologia cuja existência qual a gestante não atribuisse à gestação.

Foram computados os números relativos a recusas na participação desse estudo.

Estimou-se que o tempo despendido para a realização do protocolo foi de aproximadamente 1 hora e 30 minutos.

O serviço de Psicologia esteve colocado à disposição de todas as pacientes, caso tivesse havido verificação de demanda de atendimento. Esses atendimentos foram realizados pelas psicólogas que atuam na Divisão de Clínica Obstétrica e não fizeram parte deste estudo.

ANÁLISE DE DADOS

Os resultados do Prime-MD foram analisados conforme os autores Fragas Jr. e cols. enquanto que os dados do IDS-C foram analisados conforme a divisão dos sujeitos em 3 grupos de acordo com a seguinte distribuição do ponto de corte: ausência de depressão (score do IDS-C < 13), sintomas de depressão subclínica (score do IDS-C de 13 a 27) e “*sintomatologicamente depressivos*” (score do IDS-C maior ou igual a 28) (Altshuler et al, 2006).

RESULTADOS

Caracterização da população

A população pesquisada encontrava-se na sua maioria (65%) na faixa etária de 26 a 30 anos enquanto que 25% entre 31 e 35 anos e 5% entre 19 e 25 anos e de 36 a 40 anos respectivamente (média de 29 anos e 2 meses).

Com relação à escolaridade, 30% dos sujeitos possuem ensino médio incompleto, enquanto que 20% com ensino fundamental completo, outros 20% com ensino fundamental incompleto, 15% com ensino médio completo, 5% com ensino superior incompleto e apenas 10% com curso superior completo, conforme mostrado na tabela 1 de distribuição dos casos de acordo com faixa etária, escolaridade, estado civil e trimestre.

Tabela 1
Caracterização das gestantes

Dados Maternos	Características	Resultados	
		Nº	%
Faixa etária	19 a 25 anos	1	5
	26 a 30 anos	13	65
	31 a 35 anos	5	25
	36 a 40	1	5
Escolaridade	Fundam. Completo	4	20
	Fundam. Incompleto	4	20
	Médio Completo	3	15
	Médio Incompleto	6	30
	Superior Completo	2	10

	Superior Incompleto	1	5
Estado Civil	Casadas	11	55
	Solteiras	7	35
	Amasiadas	2	10
Trimestre	1 tri até 12 semanas	1	5
	2 tri até 12 semanas	4	20
	3 tri após 28 semanas	15	75

No estado civil a distribuição ocorreu da seguinte maneira: 55% declararam ser casadas, 35% solteiras e 10% amasiadas. Com relação ao trimestre, 75% das gestantes estão no terceiro trimestre, 20% no segundo e apenas 5% no primeiro trimestre da gestação como demonstrados também na tabela 1.

Conforme demonstrado na tabela 2, no diagnóstico da depressão dado pelo PRIME-MD, 10% dos sujeitos apresentaram depressão, segundo o critério inclusivo, enquanto 40% apresentaram depressão segundo o critério etiológico da doença.

Tabela 2
Distribuição de acordo com diagnóstico de depressão

	Etiológico		Inclusivo	
	N	%	N	%
Presença de depressão	8	40	2	10
Ausência de depressão	12	60	18	90

A média dos dados encontrados de acordo com a sintomatologia depressiva avaliada pelo IDS-C no item etiológico foi de 23,25 e desvio padrão de 11,63. As queixas mais frequentes dizem respeito à insônia inicial, insônia intermediária, humor ansioso e qualidade do humor que, no total, por sintoma, reberam *score* maior ou igual a 22 pontos cada um.

O diagnóstico de depressão no PRIME-MD e a sintomatologia depressiva pelo IDS-C são apresentados na tabela 3.

Tabela 3
PRIME-MD e IDS-C

	Prime-MD		IDS-C(clínico)	
	N	%	N	%

Presença de depressão /sintomatologicamente depressivo	2	10	3	15
Ausência de depressão	18	90	17	85

A classificação dos sujeitos com relação às notas de corte do inventário de sintomatologia depressiva (IDS-C) é apresentada na tabela 4. Cerca de 65% dos sujeitos obtiveram ausência de depressão; 20%, sintomas de depressão subclínica, e 15% se encontram sintomatologicamente depressivos.

DISCUSSÃO

A depressão é um tema que vem sendo frequentemente estudado por diversas áreas clínicas, principalmente pela alta e crescente prevalência na população geral. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2001), haverá nas próximas duas décadas uma mudança significativa nas necessidades de saúde da população mundial devido ao fato de doenças como depressão e cardiopatias estarem substituindo os tradicionais problemas das doenças infecciosas e de má nutrição.

A prevalência de 10% de gestantes hipertensas com depressão na população estudada demonstrou estar de acordo com o pesquisado na literatura. Bennett, Einarson, Taddio, Koren, & Einarson (2004), em estudo que visava estimar a prevalência de depressão durante a gravidez, obteve como resultado uma incidência da ordem de 7,4% no primeiro trimestre da gestação; 12,8%, no segundo; e 12%, no terceiro. Alami, Kadri & Berrada (2006) encontraram em seu estudo, 19,2% sem distinção de trimestre. Falcone, Mäder, Nascimento, Santos, & Nobrega (2005) desenvolveram um trabalho no qual foram atendidas 103 gestantes em programa comunitário cujo objetivo era identificar os transtornos afetivos não-psicóticos em gestantes. Foi utilizado o Inventário de Depressão de Beck (BDI) para avaliar depressão, o resultado obtido apontou uma prevalência de 20,4% de gestantes com diagnóstico de depressão. Essa diferença talvez possa ser explicada pela diferente caracterização e tamanho da amostra, diferentes métodos adotados ou também pelos diferentes instrumentos utilizados para avaliar a depressão.

Tanto o PRIME-MD quanto o IDS-C demonstraram concordância com relação aos resultados apresentados. Os sujeitos que foram diagnosticados com depressão foram os mesmos que apresentaram maior quantidade de sintomas no IDS-C, salientando a importância da utilização de um instrumento para avaliar a sintomatologia depressiva

juntamente com um instrumento validado para o diagnóstico de depressão o que possibilita ter uma visão melhor a respeito do quadro clínico psicológico dos sujeitos de pesquisa. Apenas um sujeito que obteve *score* maior ou igual a 28 no IDS-C não obteve diagnóstico de depressão pelo PRIME-MD.

A avaliação dos resultados feita pelos itens etiológicos de ambos os testes contribuiu para que se obtivesse uma confiabilidade melhor nos resultados, uma vez que a gestação se caracteriza por um período de várias mudanças na vida da mulher de ordem física, hormonal, psíquica e de inserção social. Essas mudanças podem fazer com que a gestante sofra alterações na sua saúde mental, apresentando diversos sintomas semelhantes em pacientes com síndromes depressivas.

Os 20% dos sujeitos que foram classificados como subclínicamente depressivos podem estar no limiar da depressão ou somente com sintomas atenuados devido ao período da gravidez pelo qual estão passando. Além disso, encontram-se longe das famílias e em um ambiente hospitalar, o que pode influenciar na obtenção de um maior *score* no IDS-C. Sendo assim, necessitaria de uma análise de diagnóstico mais criteriosa e, a partir disso, propor um acompanhamento para que esses sintomas não venham a ser preditores de uma possível depressão. Os itens que mais receberam pontuação no IDS-C foram insônia inicial, humor irritável, humor ansioso e alteração na qualidade do humor, que são sintomas comumente encontrados em gestantes devido a alterações nos níveis de testosterona e podem ser mais atenuantes nos dois últimos meses da gestação (Buckwalter et al, 1999), o que pode justificar a alta pontuação das gestantes no item etiológico do IDS-C visto que 75% se encontram no terceiro trimestre da gestação.

A presença de hipertensão arterial possivelmente provocou um aumento da ocorrência dos sintomas, pois, nesse quadro é necessário um monitoramento constante da pressão arterial, resultando em muitos casos em internações longas, deixando a gestante longe da família e de seu convívio social, sendo submetida a uma dieta específica; além disso é fator de risco para pré-eclâmpsia, síndrome de angústia respiratória, prematuridade, pequeno peso para a idade do feto e síndrome de aspiração de mecônio (Tedesco et al, 2004).

Embora a depressão esteja sendo muito estudada, a literatura carece de estudos aprofundados a respeito da incidência dessa patologia em gestantes de alto risco. Há também a falta de um instrumento de diagnóstico de depressão específico para esse tipo de população que precisa de um diagnóstico diferencial, visando à melhora na conduta terapêutica nos atendimentos primários de saúde nos quais os profissionais se

apresentam despreparados e incapazes de detectar adequadamente a depressão, impossibilitando a tomada de medidas pertinentes para reestabelecer a saúde e melhorar a qualidade de vida da população atendida.

REFERÊNCIAS

Alami, K.M., Kadri N., & Berrada S. (2006). Prevalence and psychosocial correlates of depressed mood during pregnancy and after childbirth in a Moroccan sample. *Archives of Women's Mental Health*. 9(6), 343-346.

Altshuler, L.L., Post, R.M., Black, D.O., Kec, P.E., Nolen, W.A., Frye, M.A., Suppes, T., Grunze, H., Kupka, R.W., Leverich, G.S., Mcelroy, S.L., Walden, J., & Mintz, J. (2006). Subsyndromal depressive symptoms are associated with functional impairment in patients with bipolar disorder: results of a large, multisite study. *The journal of clinical psychiatric*. 10, 1551-60.

Andrews, G. (2001). Should depression be managed as a chronic disease? *BMJ*, 322(4), 419-421.

Bennett, H.A., Einarson, A., Taddio, A., Koren, G., & Einarson, T.R. (2004). Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstet Gynecol*. 103(4), 698-709.

Buckwalter, J.G., Stanczyk, F.Z., McCleary, C.A., Bluestein, B.W., Buckwalter, D.K., Rankin, K.P., Chang, L. & Goodwin, T.M. (1999). Pregnancy, the postpartum, and steroid hormones: effects on cognition and mood. *Psychoneuroendocrinology*. 24, 69–84.

Burt VK, & Stein K. (2002). Epidemiology of depression throughout the female life cycle. *J Clin Psychiatry*. 63(7), 9-15.

American Psychiatric Association. (1994). *DSM IV: Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (4th ed.). Washington (DC): American Psychiatric Association.

Emery, S.P. (2005). Hypertensive disorders of pregnancy: Overdiagnosis is appropriate. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*.72(4), 345-352.

Falcone, V.M., Mäder, C.V.N., Nascimento, C.F.L., Santos, J.M.M., & Nobrega, F.J. (2005). Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes. *Rev. Saúde Pública*, 39(4), 612-618.

Feightner, J.W., & Worrall, G. (1994). Early detection of depression by primary care physicians. In: *Canadian Task Force on the Periodic Health Examination*. Canadian Guide to Clinical Preventive Health Care (pp.450-454). Canada: Health.

Fráguas Jr., R., Henriques Jr., S.G., Lucia M.C.S., Iosifescu D.V., Schwartz F.H., Menezes P.R., Gattaz, W.F., & Martins, M.A. (2006). The detection of depression in medical setting: A study with PRIME-MD. *Journal of Affective Disorders*. 91, 11-1

Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D. Merikangas K.R., Rush A.J., Walters, E.E. & Wang, P.S. (2003). The epidemiology of major depressive disorder. Results from the national comorbidity survey replication (NCS-R). *JAMA*, 289(23), 3095-3105.

MacMillan, H.L., Patterson, C.J.S., Wathen, C.N., & The Canadian Task Force on Preventive Health Care (2005). Screening for depression in primary care: recommendation statement from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. *CMAJ*, 172(1), 33-35

Relatório Mundial de Saúde (2002). World Health Organization. *World Health Report 2001: mental health: new understanding*. Recuperado em 15 de Maio, 2007, de http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf

Stewart, D. (2005). Depression during pregnancy. *Canadian Family Physician*, 51, 1061-1063.

Tedesco, R.P. et al. (2004). Hipertensão arterial crônica na gestação: consenso e controvérsias. *Ver. Ciências médicas campinas*. 13(2), 161-171.