

Depressão Unipolar: Diagnóstico

*Autoria: Associação Brasileira de Psiquiatria
Federação Brasileira das Associações
de Ginecologia e Obstetrícia
Sociedade Brasileira de Medicina de Família e
Comunidade*

Elaboração Final: 31 de janeiro de 2011

Participantes: Brasil MA, Carvalho JA, Chagas MHN, Fleck MPA,
Giribela AH, Guapo VG, Hetem LA, Knupp DA,
Ramos AM, Stein AT, Toledo SF, Andrada NC

As Diretrizes Clínicas na Saúde Suplementar, iniciativa conjunta Associação Médica Brasileira e Agência Nacional de Saúde Suplementar, tem por objetivo conciliar informações da área médica a fim de padronizar condutas que auxiliem o raciocínio e a tomada de decisão do médico. As informações contidas neste projeto devem ser submetidas à avaliação e à crítica do médico, responsável pela conduta a ser seguida, frente à realidade e ao estado clínico de cada paciente.

DESCRIÇÃO DO MÉTODO DE COLETA DE EVIDÊNCIA:

Foram revisados artigos nas bases de dados do MEDLINE (PubMed) e outras fontes de pesquisa, sem limite de tempo. A estratégia de busca utilizada baseou-se em perguntas estruturadas na forma P.I.C.O. (das iniciais “Paciente”, “Intervenção”, “Controle”, “Outcome”). Foram utilizados como descritores: “*depressive disorder, major*”, “*depressive disorder*”, “*depression, postpartum*”, “*blues*”, “*puerperal disorders*”, “*questionnaires, syndrome*”, “*Psychiatric status rating scale*”, “*scale*”, “*diagnosis*”, “*collaborative care*”, “*premenstrual disorder*”, “*premenstrual exacerbation*”, “*suicide attempted*”, “*suicidal ideation*”, “*anxiety*”, “*anxiety disorders*”, “*prognosis*”. Estes descritores foram usados para cruzamentos de acordo com o tema proposto em cada tópico das perguntas P.I.C.O. Após análise desse material, foram selecionados os artigos relativos às perguntas que originaram a evidência que fundamentou a presente diretriz.

GRAU DE RECOMENDAÇÃO E FORÇA DE EVIDÊNCIA:

- A:** Estudos experimentais ou observacionais de melhor consistência.
- B:** Estudos experimentais ou observacionais de menor consistência.
- C:** Relatos de casos (estudos não controlados).
- D:** Opinião desprovida de avaliação crítica, baseada em consensos, estudos fisiológicos ou modelos animais.

OBJETIVOS:

Orientar e discutir a identificação e o diagnóstico de depressão maior na atenção primária e nos diferentes contextos clínicos. Descrever aspectos clínicos relativos à presença de manifestações de ansiedade, ideação suicida, ao transtorno disfórico pré-menstrual e depressão pós-parto.

CONFLITO DE INTERESSE:

Os conflitos de interesse declarados pelos participantes da elaboração desta diretriz estão detalhados na página 15.

INTRODUÇÃO

A depressão maior é um transtorno relativamente comum¹(B), de curso crônico²(B) e recorrente³(A)⁴(B), frequentemente associado com incapacitação funcional⁵(B) e comprometimento da saúde física^{6,7}(B). Prevalência da doença nos EUA é de 16,2% (IC 95% 15,1%-17,3%), tendo apresentação de quadro clínico leve em 10,4% dos casos; 38,6% moderado; 38% grave e 12,9% muito grave. A duração média do episódio depressivo é de 16 semanas (IC 95% 15,1%-17,3). Recebem tratamento específico somente 51,6% dos pacientes (IC 95% 46,1%-57,2%) e dentre os que recebem tratamento, somente 41,9% (IC 95% 35,9%-47,9%) recebem tratamento adequado³(A). A prevalência de depressão em pacientes internados em hospital geral no Brasil é de 14% (IC 95% 12,9%-15%), sendo maior em mulheres do que homens, 18,8% (IC 95% 17%-20,6%) e 10,2% (IC 95% 9-11,5%), respectivamente. Apesar da taxa encontrada, é comum o paciente sair da internação sem o diagnóstico e sem a indicação de tratamento.

Os pacientes deprimidos apresentam limitação da sua atividade e bem-estar^{8,9}(B), além de maior utilização de serviços de saúde¹⁰(B). Em termos de intensidade, pode ser leve, moderada ou grave (com ou sem sintomas psicóticos).

Entre 30% e 60% dos casos de depressão não são detectados pelo clínico em serviços de atenção primária^{11,12}(B). Muitas vezes, os pacientes com depressão também não recebem tratamentos suficientemente adequados e específicos¹³(B). A morbi-mortalidade associada à depressão pode ser em boa parte prevenida (em torno de 70%) com o tratamento correto¹⁴(D).

Os sistemas de diagnóstico e classificação em Psiquiatria atualmente em uso são a Classificação Internacional das Doenças da Organização Mundial da Saúde, 10ª edição (1993)¹⁵(D) e o Manual de Diagnóstico e Classificação dos Transtornos Mentais da Associação Psiquiátrica Americana, 4ª edição (1994)¹⁶(D). Eles operacionalizaram o diagnóstico de depressão, facilitando seu reconhecimento e a comunicação entre profissionais (Quadros 1 e 2). Cabe enfatizar, entretanto, que o diagnóstico definitivo de um transtorno mental ou de comportamento, qualquer que seja ele, só pode ser feito com base em anamnese psiquiátrica cuidadosa.

Quadro 1

Critérios para o diagnóstico de episódio depressivo, segundo a CID-10^{*15}(D)

Sintomas fundamentais:

- Humor deprimido;
- Perda de interesse;
- Fatigabilidade.

Sintomas acessórios:

- Redução da concentração e da atenção;
- Diminuição da autoestima e da autoconfiança;
- Ideias de culpa e inutilidade;
- Visões desoladas e pessimistas do futuro;
- Ideias de suicídio, ou atos autolesivos ou suicídio;
- Perturbação do sono;
- Diminuição do apetite.

* Episódio leve: 2 fundamentais + 2 acessórios

Episódio moderado: 2 fundamentais + 3 a 4 acessórios

Episódio grave: 3 fundamentais + 4 ou mais acessórios

Quadro 2

Critérios para o diagnóstico de episódio depressivo, segundo o DSM-IV¹⁶(D)

Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas por mais de duas semanas:

- Humor deprimido;
- Perda do interesse ou da capacidade de sentir prazer;
- Perda ou ganho significativo de peso;
- Insônia ou hipersonia;
- Agitação ou retardo psicomotor;
- Fadiga ou perda de energia;
- Sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada;
- Capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se, ou indecisão;
- Pensamentos recorrentes de morte e/ou ideação suicida.

Os sintomas causam sofrimento significativo ou prejuízo no desempenho social/ocupacional, não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por

exemplo, droga de abuso ou medicamento) ou de uma condição médica geral (por exemplo, hipotireoidismo) e não são melhores explicados por vivência de luto.

Cabe ainda esclarecer que todas as escalas apresentadas nas respostas a seguir e que constam nos anexos são de rastreamento e acompanhamento de pacientes com depressão maior e não se prestam para diagnóstico definitivo.

1. QUAL É A UTILIDADE DAS ESCALAS DE AVALIAÇÃO NA IDENTIFICAÇÃO E NO RASTREAMENTO DE DEPRESSÃO MAIOR EM ADULTOS?

O uso de escalas de avaliação para identificação e rastreamento de depressão maior em adultos pode ser uma estratégia importante para diminuir o subdiagnóstico e subreconhecimento deste transtorno.

Diversas escalas de avaliação são utilizadas e foram validadas para uso na atenção primária e nos diferentes contextos clínicos. Uma tendência atual é o uso de escalas de avaliação reduzidas, facilitando a sua aplicabilidade e utilização ampla por parte dos médicos e profissionais de saúde em geral.

Entre as escalas reduzidas, o Questionário sobre a Saúde do Paciente-2 (QP-2, Anexo 1) tem apenas duas perguntas e foi validado para

rastreamento de depressão com sensibilidade de 83% e especificidade de 92% para um escore maior ou igual a 3¹⁷(B). Considerando-se a prevalência pré-teste de 14% em população brasileira internada em hospital geral, o QP-2 tem Razão de Verossimilhança positiva (RV+) de 10, o que nos dá 10 vezes mais probabilidade de estar diante de um doente do que não doente quando diante de um escore maior ou igual a 3 e probabilidade pós teste positivo de 63% de doença.

No Brasil, uma versão reduzida do Inventário de Depressão de Beck (IBD, Anexo 2) mostrou-se válida para identificar casos suspeitos de depressão moderada e grave em pacientes internados. Esta versão reduzida relaciona os itens apenas da subescala cognitivo-afetiva do IBD e é útil quando existe comorbidade clínica com sobreposição de sinais e sintomas depressivos. O ponto de corte de 9/10 apresentou 100% de sensibilidade e 83,1% de especificidade, mostrando ser um instrumento válido para rastreamento. Considerando-se a mesma prevalência acima citada de 14%, a versão reduzida do Inventário de Depressão de Beck tem Razão de Verossimilhança positiva (RV+) de 6, o que nos dá 6 vezes mais probabilidade de estar diante de um doente do que não doente no ponto de corte 9/10 e probabilidade pós teste positivo de 49% de doença.

Anexo 1

Questionário sobre a Saúde do/a Paciente-2

Durante as últimas duas semanas, com que frequência você foi incomodado/a por qualquer um dos problemas abaixo?	Nenhuma a vez	Vários dias	Mais da metade	Quase todos os dias
1. Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas	0	1	2	3
2. Se sentir “para baixo”, deprimido/a ou sem perspectiva	0	1	2	3

* O cálculo da pontuação final é feito pela soma aritmética dos itens.

Anexo 2

Inventário de depressão de Beck

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) diante da afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira como você tem se sentido nesta semana, incluindo hoje. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.

1. 0 Não me sinto triste.
1 Eu me sinto triste.
2 Estou sempre triste e não consigo sair disso.
3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.
2. 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.
1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.
2 Acho que nada tenho a esperar.
3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.
3. 0 Não me sinto um fracasso.
1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.
2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.
3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.
4. 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes.
1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes.
2 Não encontro um prazer real em mais nada.
3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.
5. 0 Não me sinto especialmente culpado.
1 Eu me sinto culpado às vezes.
2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.
3 Eu me sinto sempre culpado.
6. 0 Não acho que esteja sendo punido.
1 Acho que posso ser punido.
2 Creio que vou ser punido.
3 Acho que estou sendo punido.
7. 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo.
1 Estou decepcionado comigo mesmo.
2 Estou enojado de mim.
3 Eu me odeio.
8. 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.
1 Sou crítico em relação a mim devido a minhas fraquezas ou meus erros.
2 Eu me culpo sempre por minhas falhas.
3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.
9. 0 Não tenho quaisquer ideias de me matar.
1 Tenho ideias de me matar, mas não as executaria.
2 Gostaria de me matar.
3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.
10. 0 Não choro mais que o habitual.
1 Choro mais agora do que costumava.
2 Agora, choro o tempo todo.
3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira.

11. 0 Não sou mais irritado agora do que já fui.
1 Fico molestado ou irritado mais facilmente do que costumava.
2 Atualmente me sinto irritado o tempo todo.
3 Absolutamente não me irrita com as coisas que costumavam irritar-me.
12. 0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.
1 Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.
2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.
3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.
13. 0 Tomo decisões mais ou menos tão bem como em outra época.
1 Adio minhas decisões mais do que costumava.
2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.
3 Não consigo mais tomar decisões.
14. 0 Não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser.
1 Preocupo-me por estar parecendo velho ou sem atrativos.
2 Sinto que há mudanças permanentes em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos.
3 Considero-me feio.
15. 0 Posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes.
1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.
2 Tenho de me esforçar muito até fazer qualquer coisa.
3 Não consigo fazer nenhum trabalho.
16. 0 Durmo tão bem quanto de hábito.
1 Não durmo tão bem quanto costumava.
2 Acordo uma ou duas horas mais cedo do que de hábito e tenho dificuldade para voltar a dormir.
3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade para voltar a dormir.
17. 0 Não fico mais cansado que de hábito.
1 Fico cansado com mais facilidade do que costumava.
2 Sinto-me cansado ao fazer quase qualquer coisa.
3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.
18. 0 Meu apetite não está pior do que de hábito.
1 Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser.
2 Meu apetite está muito pior agora.
3 Não tenho mais nenhum apetite.
19. 0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.
1 Perdi mais de 2,5 kg.
2 Perdi mais de 5,0 kg.
3 Perdi mais de 7,5 kg.

Estou deliberadamente tentando perder peso, comendo menos: Sim () Não ()

20. 0 Não me preocupo mais que o de hábito com minha saúde.
1 Preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições ou perturbações no estômago ou prisão de ventre.
2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa que não isso.
3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa.
21. 0 Não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual.
1 Estou menos interessado por sexo que costumava.
2 Estou bem menos interessado em sexo atualmente.
3 Perdi completamente o interesse por sexo.

* Os itens 1 ao 13 representam a subescala cognitivo-afetiva com pontos de cortes sugeridos no texto. O cálculo é feito pela soma aritmética das pontuações em cada item.

Caso seja necessária uma maior especificidade, sugere-se ponto de corte de 13/14¹⁸(B).

Para fins de triagem, o IBD utiliza a nota de corte em 10/09, mas para maior definição diagnóstica e aumento da especificidade, utiliza-se a nota de corte 13/14, que fornece sensibilidade de 93,5% e especificidade de 96%¹⁸(B).

Considerando-se a prevalência de depressão de 14% em população brasileira internada em hospital geral, teremos para o IBD com nota de corte 13/14 uma Razão de Verossimilhança positiva (RV+) de 20, o que nos dá 20 vezes mais probabilidade de estar diante de um doente do que não doente e probabilidade pós-teste positivo de 79% de doença.

Recomendação

As escalas apresentadas são úteis, pois permitem rastreamento populacional, estimulam a busca ativa do transtorno, diminuem o subdiagnóstico e quantificam, por meio do cálculo da pontuação final, quanto de melhora existe com o tratamento. Para facilitar o uso destas escalas, formas reduzidas já foram validadas. Diagnóstico definitivo de depressão unipolar só pode ser feito com uma anamnese psiquiátrica cuidadosa.

2. QUAL É A UTILIDADE DAS ESCALAS DE AVALIAÇÃO NA IDENTIFICAÇÃO E NO RASTREAMENTO DE DEPRESSÃO MAIOR EM IDOSOS?

O aumento de doenças comórbidas ocorre concomitantemente com o envelhecimento. A depressão maior no idoso, frequentemente,

apresenta-se com sintomas somáticos, psicomotricidade e cognição diminuídas, alterações de apetite que levam a perda ou ganho de peso, distúrbios do sono, indisposição, inatividade e isolamento social, dificultando ainda mais o diagnóstico e o reconhecimento da depressão¹⁹(B). Também é comum, nesta época da vida, existir problemas financeiros, doenças físicas dolorosas e/ou incapacitantes e situações de luto que podem contribuir para o aparecimento da depressão.

A utilidade do uso de escalas de avaliação está alicerçada na maior acurácia do médico para detectar uma síndrome depressiva em sua rotina diária. E, posteriormente, realizar uma entrevista clínica mais detalhada e direcionar a melhor forma de condução do caso, fundamentando e apontando para o tratamento mais adequado.

Entre as escalas de avaliação de depressão utilizadas no idoso, destaca-se a Escala de Depressão Geriátrica versão reduzida (EDG-15, Anexo 3). A acurácia da EDG-15 parece não ser influenciada pela gravidade dos fatores clínicos e funcionais ou sociodemográficos²⁰(B).

No Brasil, esta mesma versão reduzida foi validada para rastreamento de depressão em idosos que procuram a atenção primária, com sensibilidade de 81% e especificidade de 71% para um ponto de corte de 5/6²¹(B).

Em outro estudo brasileiro, uma versão com quatro itens (Anexo 3) mostrou ser tão efetiva quanto a EDG-15 para rastreamento de depressão no idoso com sensibilidade de 80,5% e especificidade de 78,3% para ponto de corte de 2/3²²(B). Razão de

Anexo 3

Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15)

1	Você está basicamente satisfeito com sua vida?	☐ Não	☐ Sim
2	Você deixou muitos de seus interesses e atividades?	☐ Não	☐ Sim
3	Você sente que sua vida está vazia?	☐ Não	☐ Sim
4	Você se aborrece com frequência?	☐ Não	☐ Sim
5	Você se sente de bom humor a maior parte do tempo?	☐ Não	☐ Sim
6	Você tem medo que algum mal vá lhe acontecer?	☐ Não	☐ Sim
7	Você se sente feliz a maior parte do tempo?	☐ Não	☐ Sim
8	Você sente que sua situação não tem saída?	☐ Não	☐ Sim
9	Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	☐ Não	☐ Sim
10	Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	☐ Não	☐ Sim
11	Você acha maravilhoso estar vivo?	☐ Não	☐ Sim
12	Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias?	☐ Não	☐ Sim
13	Você se sente cheio de energia?	☐ Não	☐ Sim
14	Você acha que sua situação é sem esperanças?	☐ Não	☐ Sim
15	Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?	☐ Não	☐ Sim

* Itens 1,5,7,11,13 têm pontuação invertida (Sim=0; Não=1), demais itens (Sim=1; Não=0), após correção dos itens invertidos, a soma aritmética da pontuação de cada item deve ser feita para score final.

* Itens 1,2,7,9 (Escala de Depressão Geriátrica versão reduzida com 4 itens)

Verossimilhança positiva (RV+) de 2 para ponto de corte 5/6, e probabilidade pós teste de doença de 31%. Já quando usado com ponto de corte 2/3 a Razão de Verossimilhança positiva (RV+) é de 3 e probabilidade pós teste de doença de 38%.

Recomendação

A utilidade do uso de escalas de avaliação está alicerçada na maior acurácia do médico em detectar a síndrome depressiva em sua rotina diária. A depressão unipolar pode apresentar-se com outras doenças comórbidas, principalmente

com o envelhecimento. O uso de escalas em idosos tenta distinguir sintomas somáticos existentes em quadros depressivos dos sintomas próprios do envelhecimento, como diminuição da psicomotricidade e cognição, alterações de apetite, peso e sono. A depressão deve ser investigada diante de situações de dificuldades financeiras, presença de dor crônica e períodos de luto.

3. AS ESCALAS DE AVALIAÇÃO DEVEM SER UTILIZADAS NO ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES COM DEPRESSÃO?

Possivelmente, o uso de escalas de avaliação tornaria o acompanhamento de pacientes com depressão mais objetivo e diminuiria as distorções existentes entre a avaliação de sinais e sintomas depressivos entre diferentes profissionais.

Poucos estudos específicos foram encontrados para validar escalas para utilização no acompanhamento dos pacientes com depressão. O Inventário de Depressão de Beck também foi estudado em diferentes fases da doença, apresentando resultados satisfatórios com ponto de corte 14/15²³(B). A escala de autoavaliação, *Clinically Useful Depression Outcome Scale*, ainda não traduzida e validada para a população brasileira, monitora a remissão da depressão, definida por um escore menor ou igual a 7 na escala de Depressão de Hamilton. A correlação entre as duas escalas foi 0,89 (correlação de *Pearson*), com sensibilidade de 87,8% e especificidade de 87,8% para um ponto de corte menor que 20²⁴(B). Considerando-se a prevalência de depressão de 14% em população brasileira internada em hospital geral, teremos para a *Clinically Useful Depression Outcome Scale* com escore menor ou igual a 7 uma Razão de Verossimilhança positiva (RV+) de 6, o que nos dá 6 vezes mais probabilidade de estar diante de um depressivo do que não depressivo e probabilidade pós teste positivo de 54% de doença.

Recomendação

As escalas de avaliação contribuem para uma avaliação objetiva no acompanhamento de paciente com depressão.

4. A SUPERVISÃO DO ATENDIMENTO CONTRIBUI PARA O MANEJO DE DEPRESSÃO EM ADULTOS?

O impacto de supervisões, planejadas e sistematizadas, realizadas por um psiquiatra com o intuito de otimizar o tratamento de pacientes depressivos realizado por clínicos gerais ou médicos de família não foi devidamente estudado até aqui como variável isolada.

Na assistência primária, pacientes com depressão atendidos pelo modelo de cuidado cooperativo (*collaborative care*) apresentam melhores resultados, com aumento pequeno a moderado dos custos²⁵⁻²⁷(A). Observa-se redução de 50% ou mais dos sintomas depressivos em 45% dos pacientes em 12 meses após a utilização do modelo de cuidado cooperativo (*collaborative care*), em comparação com somente 19% de pacientes em tratamento habitual, com OR=3,45 (IC 95% 2,71-4,38, $p<0,001$). Houve maior índice de remissão do quadro, com OR= 2,56 (IC 95% 2,34-3,79, $p<0,001$). Maior satisfação com o tratamento com OR=3,38 (IC 95% 2,66-4,30%), maior qualidade de vida, com OR=0,65 (IC 95% 0,32-0,79, $p<0,001$), menor gravidade do quadro depressivo, além de menor comprometimento funcional, ambos estatisticamente significativos. Este modelo de cuidado também permitiu aumentar a indicação de tratamento da depressão, com OR=2,98 (IC 95% 2,34-3,79%, $p<0,001$)²⁵(A).

Modelos cooperativos são heterogêneos nas intervenções propostas, incluindo treinamento para os profissionais de saúde, supervisão por um especialista, interconsulta, grupos de apoio e discussão, instituição de profissional de referência no manejo do caso e monitoramento da adesão ao tratamento por contato telefônico. Análises por metarregressão²⁸(A)²⁹(B) foram utilizadas para avaliar quais intervenções

mostram-se eficazes de maneira consistente em diferentes estudos. Os resultados sugerem que supervisão por um psiquiatra, instituição de um profissional de referência no manejo do caso e a qualidade da formação em saúde mental do profissional de referência são fatores indicativos de sucesso no tratamento de depressão na rede de atenção primária à saúde.

Recomendação

A supervisão por um psiquiatra no atendimento de portadores de depressão, na forma de cuidado cooperativo (*collaborative care*), leva a melhora estatisticamente significativa, tanto no índice de remissão, na satisfação com o tratamento e na melhora da qualidade de vida ²⁵(A).

5. QUAL É O VALOR DA ENTREVISTA PSIQUIÁTRICA NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO E “PUERPERAL BLUES”?

O “*puerperal blues*” é um quadro prevalente em até 75% das mulheres no período de pós-parto imediato (até duas semanas após o parto)³⁰(D). Seu quadro clínico, geralmente benigno e autolimitado, caracteriza-se por oscilações de humor, fadiga, sintomas de ansiedade e perturbações do sono³¹(B). Existe uma relação entre o “*puerperal blues*” e o aparecimento posterior de depressão pós-parto. Desta forma, o “*blues*” não deve ser considerado um quadro sem significado clínico, mas sinalizaria a necessidade de acompanhamento desta população de mães³²(B).

O DSM-IV define depressão pós-parto, aquela com início dentro das primeiras quatro semanas após o parto³²(B), enquanto que a CID-10 estende este início até a sexta semana pós-

parto e acrescenta a necessidade de ausência de complicações clínicas, tanto da mãe quanto do bebê³³(B). O quadro clínico da depressão pós-parto inclui sintomas mais intensos: choro fácil, desânimo, sentimentos de fracasso e de culpa, irritabilidade, falta de concentração, distúrbios do sono e pensamentos sobre morte. Perda de apetite não é discriminatório de depressão³²(B).

Sabe-se que a depressão pós-parto tem impacto negativo no desenvolvimento cognitivo das crianças, na relação mãe-filho e no relacionamento familiar; fazer o diagnóstico precoce de “*puerperal blues*” e “depressão pós-parto” evita complicações³⁴(B).

Existem vários questionários que auxiliam na identificação de depressão pós-parto. É recomendável que estes fossem bem conhecidos pelos ginecologistas, pediatras e clínicos gerais, pois são estes especialistas que têm contato frequente com este grupo de pacientes.

A *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS)³⁵(B) apresenta 10 perguntas, de rápida e fácil administração, podendo ser autoaplicado. O EPDS foi validado na população brasileira com sensibilidade de 82,6% e especificidade de 65,4%, para um ponto de corte maior ou igual a 10. Na presença de depressão moderada a grave, os valores de sensibilidade e especificidade são levemente mais altos, 83,6% e 74,7%, respectivamente, para um ponto de corte de 11³⁶(B). Considerando-se a prevalência de depressão pós-parto na população brasileira de 13,3%³³(B), para o EPDS com nota de corte 11 há Razão de Verossimilhança positiva (RV+) de 3, o que nos dá 3 vezes mais probabilidade de estar diante de uma mulher com depressão pós-parto em relação a não estar doente e probabilidade pós teste positivo de 33% de doença.

Outro instrumento também validado para a população brasileira é a *Postpartum Depression Screening Scale* (PDSS)^{33(B)}. É um questionário autoaplicável mais extenso, com 35 perguntas, apresentando maior sensibilidade e especificidade em relação à EPDS^{37(B)}. Na população brasileira, o melhor ponto de corte foi de 102, apresentando sensibilidade de 93,8% e especificidade de 95,2%. Para um ponto de corte de 90, a sensibilidade da escala foi de 100% e a especificidade de 89,4%, podendo ser útil quando o objetivo principal é rastreamento. Considerando-se a mesma prevalência de depressão pós-parto na população brasileira^{33(B)}, para o PDSS com nota de corte 102 há Razão de Verossimilhança positiva (RV+) de 22, o que nos dá 22 vezes mais probabilidade de estar diante de uma mulher com depressão pós-parto em relação a não estar doente e probabilidade pós teste positivo de 78% de doença.

O importante, na prática, é que ginecologistas, pediatras, neonatologistas e clínicos gerais tenham conhecimento e treinamento no manejo de pelo menos um destes questionários para rastreamento de depressão pós-parto, com a maior acurácia possível.

Recomendação

Considerando-se a alta prevalência de “*puerperal blues*” (75%)^{30(D)} e a possibilidade de sua evolução para quadro de depressão pós-parto, com prevalência brasileira de 13,3%^{33(B)}, recomenda-se que ginecologistas, pediatras, neonatologistas e clínicos gerais tenham conhecimento e treinamento em pelo menos um dos instrumentos de rastreamento de depressão pós-parto^{33,35(B)}. Apesar de mais extenso, o PDSS é mais preciso no diagnóstico do

transtorno^{33(B)}. O encaminhamento para a entrevista psiquiátrica, para confirmação diagnóstica, evita problemas no relacionamento mãe-filho e complicações no desenvolvimento cognitivo das crianças^{34(B)}, além de definir estratégias para o tratamento.

6. COMO DIAGNOSTICAR O TRANSTORNO DISFÓRICO PRÉ-MENSTRUAL?

Apenas 3% a 8% das mulheres têm sintomas de intensidade suficientemente grave a ponto de serem considerados Transtorno Disfórico Pré-Menstrual (TDPM). Não há testes diagnósticos objetivos para diagnóstico do TDPM, que se baseia na história médica e psiquiátrica completa.

O rastreamento também deve incluir uma completa revisão de sistemas e desordens médicas e uma revisão detalhada de distúrbios hereditários, incluindo distúrbios psiquiátricos na família. Antes do diagnóstico de TDPM, doenças mentais ou de personalidade devem ser excluídas^{38(D)}. Os sintomas de anemia e doenças tireoidianas podem mimetizar os do TDPM, portanto, exames laboratoriais para eliminar essa suspeita necessitam ser realizados^{38(D)}.

Os critérios diagnósticos para TDPM foram postulados pela primeira vez em 1983, e estabeleciam a necessidade de registro diário dos sintomas. Em 1987, a Associação Americana de Psiquiatria introduziu a definição e os critérios diagnósticos do “Transtorno Disfórico da Fase Lútea Tardia”. Esses critérios foram utilizados posteriormente para a descrição da “Síndrome Disfórica Pré-Menstrual”, incluída no DSM-IV^{16(D)}. Os critérios para o diagnóstico de TDPM encontram-se listados em

um apêndice do DSM-IV-TR e as mulheres que preenchem estes critérios devem ser diagnosticadas com “Distúrbio depressivo não especificado”³⁸(D).

Para preencher tais critérios, ao menos 5 de 11 possíveis sintomas devem estar presentes no período pré-menstrual, e desaparecerem logo após a menstruação, e ao menos 1 dos 5 sintomas deve ser humor deprimido, ansiedade, labilidade afetiva ou irritabilidade (Quadro 3)³⁸(D). Os sintomas são somáticos ou comportamentais e podem ocorrer entre 10 a 14 dias antes da menstruação, correspondendo à fase lútea do ciclo menstrual. Um período livre de sintomas durante a fase folicular é fundamental no diagnóstico do TDPM em relação a outros distúrbios de ansiedade ou de comportamento³⁸(D).

Queixas de raiva inadequada e irritabilidade parecem ser mais comuns do que queixas de humor depressivo e ansioso em mulheres buscando tratamento para TDPM³⁹(B). Além disto, é necessária a documentação prospectiva de sintomas de TDPM durante a fase lútea do ciclo menstrual e a ausência deles na fase folicular precoce por dois ciclos menstruais consecutivos. Foram desenvolvidas escalas de autoavaliação confiáveis e válidas, chamadas “Diários de Sintomas”, essas servem como instrumento de diagnóstico. Algumas escalas foram validadas e têm sido usadas com sucesso com a finalidade de sistematizar esta avaliação⁴⁰(B). Os sintomas devem ser limitados à fase lútea e não podem corresponder às exacerbações de doenças pré-existentes, como transtorno depressivo breve e recorrente⁴¹(B), distímia, transtorno do pânico, transtorno afetivo bipolar, transtorno de estresse pós-traumático, transtorno de ansiedade social e transtorno de ansiedade generalizada⁴²(D). O

TDPM deve ser diferenciado de um episódio depressivo com piora da sintomatologia no período pré-menstrual, já que até 64% das mulheres deprimidas em idade reprodutiva relatam piora dos sintomas depressivos 5 a 10 dias antes da menstruação⁴³(B).

Uma característica importante do diagnóstico do TDPM é alteração na qualidade de vida, com distúrbios sociais, familiares³⁸(D).

- A. Para considerar como TDPM, os sintomas devem ocorrer na semana antes da menstruação, e ter remissão poucos dias após o início desta.
- B. Devem prejudicar significativamente, o trabalho, a escola, as atividades habituais, sociais e relacionamentos.
- C. Os sintomas não devem ser apenas uma exacerbação de outro transtorno.
- D. Os critérios A, B, C devem ser confirmados pelo registro diário prospectivo dos sintomas por pelo menos dois ciclos.

Recomendação

O diagnóstico de TDPM é feito por anamnese clínica e entrevista psiquiátrica, pois não há testes diagnósticos objetivos que confirmem o mesmo. A documentação prospectiva dos sintomas na fase lútea de TDPM deve ser feita em “diários de sintomas” e ajuda no diagnóstico diferencial de outros transtornos psiquiátricos.

7. QUAL É O IMPACTO DAS MANIFESTAÇÕES DE ANSIEDADE NO DIAGNÓSTICO E NO PROGNÓSTICO DOS PACIENTES COM DEPRESSÃO MAIOR?

Quadro 3

Critérios para o diagnóstico para TDPM segundo DSM-IV¹⁶(D)

Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas devem estar presentes, e pelo menos um deve ser dos quatro primeiros listados:

- Humor deprimido ou disforia;
- Ansiedade ou tensão;
- Labilidade afetiva;
- Irritabilidade;
- Interesse diminuído nas atividades habituais;
- Dificuldade de concentração;
- Diminuição acentuada de energia;
- Diminuição acentuada do apetite, ou aumento da ingestão;
- Hipersonia ou insônia;
- Sensação de derrota;
- Outros sintomas físicos: sensibilidade mamária, distensão abdominal, retenção de líquido.

Manifestações de ansiedade (sentimento desagradável de apreensão, acompanhado de preocupações, insegurança e por sensações físicas diversas) são comuns em pacientes com depressão maior e, muitas vezes, dificultam seu diagnóstico. Quando são sintomas de um transtorno de ansiedade (transtorno de pânico, de ansiedade generalizada, de ansiedade social ou obsessivo-compulsivo) têm outros significados clínicos, pois neste caso indicam que há uma comorbidade, fenômeno que tem importantes implicações clínicas e terapêuticas e que será discutido em outra seção das Diretrizes.

Os quadros de depressão unipolar em pacientes com manifestações de ansiedade são mais persistentes e recorrentes do que naqueles sem ansiedade concomitante^{44,45}(B). A presença de manifestações de ansiedade é frequente, em até 46% dos casos⁴⁶(B) e guarda

relação direta com gravidade do quadro, desemprego, morbidade e ideação suicida em pacientes com depressão maior^{44,46}(B). Também nos quadros de depressão maior com ansiedade associada são comuns características ditas melancólicas (retardo psicomotor, ideação hipocondríaca, emagrecimento e variação diurna dos sintomas)^{44,47}(B). Há também clara associação entre intensidade da ansiedade e risco de suicídio em pacientes ambulatoriais com depressão maior⁴⁸(B).

Recomendação

As manifestações de ansiedade ocorrem em até 46% dos casos de depressão unipolar⁴⁶(B) e esta associação guarda relação direta com a gravidade do quadro, lembrando-se que a intensidade dos sintomas ansiosos em pacientes depressivos está diretamente associada a maior risco suicida^{44,46}(B).

8. QUAL É O VALOR DA IDEACÃO SUICIDA NO DIAGNÓSTICO E NO PROGNÓSTICO DO ADULTO COM DEPRESSÃO MAIOR?

Até dois terços dos pacientes com depressão maior apresentam ideias de suicídio⁴⁹(B), desde pensar que seria melhor morrer a imaginar maneiras de se matar. Tanto que é um dos critérios diagnósticos. Já o comportamento suicida, que envolve também tentativas de suicídio além de pensamentos, é menos frequente.

Pouco se estudou a respeito do significado de comportamento suicida no curso e evolução da depressão. Ideação e comportamento suicida estão associados com gravidade da depressão, abuso ou dependência de álcool, grau de desesperança e de suporte social⁴⁹(B). Nestes casos, faz-se necessário investigar a presença de ansiedade ou de transtorno de ansiedade, de abuso de drogas ou de transtorno de personalidade comórbidos, dada sua relação direta com tentativas de suicídio⁵⁰(B).

Tentativa de suicídio que leve pacientes com depressão maior a serem internados pode ter efeito catártico para alguns deles. Nestes casos, na semana que se segue à internação, há melhora transitória da depressão em comparação com pacientes com depressão grave que não tentaram o suicídio (37,5% versus 17,5%;

Teste exato de Fisher; $p=0,039$). Esta melhora deve ser acompanhada de perto, em função do risco elevado de agravamento do quadro nas semanas subsequentes (53% em três meses)⁵¹(B).

A presença de comportamento suicida e de história de tentativa de suicídio é fator de risco para outras tentativas de suicídio no curso do transtorno em pacientes hospitalizados com episódio depressivo grave⁵²(B), bem como em pacientes ambulatoriais com depressão maior⁴⁹(B).

Recomendação

Dar especial atenção aos pacientes com depressão unipolar com ideação suicida e manifestações de ansiedade muito acentuadas pelas suas implicações no curso, evolução e prognóstico do transtorno mental. Em geral, são casos mais graves e com maior risco de tentativas de suicídio^{44,48,49}(B). A presença de comportamento suicida é fator de risco para tentativas posteriores.

CONFLITO DE INTERESSE

Guapo VG: Recebeu honorários por apresentação em palestra patrocinada pelas empresas Wyeth e Lundbeck; Recebeu honorários para viagem e inscrição no Congresso da Especialidade patrocinada pela empresa Boehringer Ingelheim.

REFERÊNCIAS

1. Waraich P, Goldner EM, Somers JM, Hsu L. Prevalence and incidence studies of mood disorders: a systematic review of the literature. *Can J Psychiatry* 2004;49:124-38.
2. Mueller TI, Leon AC, Keller MB, Solomon DA, Endicott J, Coryell W, et al. Recurrence after recovery from major depressive disorder during 15 years of observational follow-up. *Am J Psychiatry* 1999;156:1000-6.
3. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, et al. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA* 2003;289:3095-105.
4. Posternak MA, Solomon DA, Leon AC, Mueller TI, Shea MT, Endicott J, et al. The naturalistic course of unipolar major depression in the absence of somatic therapy. *J Nerv Ment Dis* 2006;194:324-9.
5. Wells KB, Stewart A, Hays RD, Burnam MA, Rogers W, Daniels M, et al. The functioning and well-being of depressed patients. Results from the Medical Outcomes Study. *JAMA* 1989;262:914-9.
6. Penninx BW, Geerlings SW, Deeg DJ, van Eijk JT, van Tilburg W, Beekman AT. Minor and major depression and the risk of death in older persons. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:889-95.
7. Wulsin LR, Vaillant GE, Wells VE. A systematic review of the mortality of depression. *Psychosom Med* 1999;61:6-17.
8. Ormel J, Von Korff M, Van den Brink W, Katon W, Brilman E, Oldehinkel T. Depression, anxiety, and social disability show synchrony of change in primary care patients. *Am J Public Health* 1993;83:385-90.
9. Lloyd KR, Jenkins R, Mann A. Long-term outcome of patients with neurotic illness in general practice. *BMJ* 1996;313:26-8.
10. Johnson J, Weissman MM, Klerman GL. Service utilization and social morbidity associated with depressive symptoms in the community. *JAMA* 1992;267:1478-83.
11. Ronalds C, Creed F, Stone K, Webb S, Tomenson B. Outcome of anxiety and depressive disorders in primary care. *Br J Psychiatry* 1997;171:427-33.
12. Rost K, Zhang M, Fortney J, Smith J, Coyne J, Smith GR Jr. Persistently poor outcomes of undetected major depression in primary care. *Gen Hosp Psychiatry* 1998;20:12-20.
13. McQuaid JR, Stein MB, Laffaye C, McCahill ME. Depression in a primary care clinic: the prevalence and impact of an unrecognized disorder. *J Affect Disord* 1999;55:1-10.
14. Docherty JP. Barriers to the diagnosis of depression in primary care. *J Clin Psychiatry* 1997;58 (Suppl 1):5-10.

15. Organization WH, editor. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Genebra; 1993.
16. Association AP, editor. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington: American Psychiatric Press; 1994.
17. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. *Med Care* 2003;41:1284-92.
18. Furlanetto LM, Mendlowicz MV, Romildo Bueno J. The validity of the Beck Depression Inventory-Short Form as a screening and diagnostic instrument for moderate and severe depression in medical inpatients. *J Affect Disord* 2005;86:87-91.
19. Newmann JP, Engel RJ, Jensen JE. Changes in depressive-symptom experiences among older women. *Psychol Aging* 1991;6:212-22.
20. Marc LG, Raue PJ, Bruce ML. Screening performance of the 15-item geriatric depression scale in a diverse elderly home care population. *Am J Geriatr Psychiatry* 2008;16:914-21.
21. Paradela EM, Lourenco RA, Veras RP. Validation of geriatric depression scale in a general outpatient clinic. *Rev Saude Publica* 2005;39:918-23.
22. Almeida OP, Almeida SA. Short versions of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *Int J Geriatr Psychiatry* 1999;14:858-65.
23. Viinamaki H, Tanskanen A, Honkalampi K, Koivumaa-Honkanen H, Haatainen K, Kaustio O, et al. Is the Beck Depression Inventory suitable for screening major depression in different phases of the disease? *Nord J Psychiatry* 2004;58:49-53.
24. Zimmerman M, Posternak MA, Chelminski I. Using a self-report depression scale to identify remission in depressed outpatients. *Am J Psychiatry* 2004;161:1911-3.
25. Unutzer J, Katon W, Callahan CM, Williams JW Jr, Hunkeler E, Harpole L, et al. Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: a randomized controlled trial. *JAMA* 2002;288:2836-45.
26. Simon GE, Katon WJ, VonKorff M, Unutzer J, Lin EH, Walker EA, et al. Cost-effectiveness of a collaborative care program for primary care patients with persistent depression. *Am J Psychiatry* 2001;158:1638-44.
27. Katon WJ, Schoenbaum M, Fan MY, Callahan CM, Williams J Jr, Hunkeler E, et al. Cost-effectiveness of improving primary care treatment of late-life depression. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:1313-20.
28. Gilbody S, Bower P, Fletcher J, Richards D, Sutton AJ. Collaborative care for depression: a cumulative meta-analysis

- and review of longer-term outcomes. *Arch Intern Med* 2006;166:2314-21.
29. Bower P, Gilbody S, Richards D, Fletcher J, Sutton A. Collaborative care for depression in primary care. Making sense of a complex intervention: systematic review and meta-regression. *Br J Psychiatry* 2006;189:484-93.
30. Seyfried LS, Marcus SM. Postpartum mood disorders. *Int Rev Psychiatry* 2003;15:231-42.
31. Gonidakis F, Rabavilas AD, Varsou E, Kreatsas G, Christodoulou GN. Maternity blues in Athens, Greece: a study during the first 3 days after delivery. *J Affect Disord* 2007;99:107-15.
32. Kammerer M, Marks MN, Pinard C, Taylor A, von Castelberg B, Kunzli H, et al. Symptoms associated with the DSM IV diagnosis of depression in pregnancy and post partum. *Arch Womens Ment Health* 2009;12:135-41.
33. Cantilino A, Carvalho JA, Maia A, Albuquerque C, Cantilino G, Sougey EB. Translation, validation and cultural aspects of postpartum depression screening scale in Brazilian Portuguese. *Transcult Psychiatry* 2007;44:672-84.
34. Garcia-Esteve L, Ascaso C, Ojuel J, Navarro P. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Spanish mothers. *J Affect Disord* 2003;75:71-6.
35. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987;150:782-6.
36. Santos IS, Matijasevich A, Tavares BF, Barros AJ, Botelho IP, Lapolli C, et al. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. *Cad Saude Publica* 2007;23:2577-88.
37. Beck CT, Gable RK. Ensuring content validity: an illustration of the process. *J Nurs Meas Fall* 2001;9:201-15.
38. Association AP, editor. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (Text revision). Washington: American Psychiatric Press; 2000.
39. Hartlage SA, Arduino KE. Toward the content validity of premenstrual dysphoric disorder: do anger and irritability more than depressed mood represent treatment-seekers' experiences? *Psychol Rep* 2002;90:189-202.
40. Steiner M, Streiner DL. Validation of a revised visual analog scale for premenstrual mood symptoms: results from prospective and retrospective trials. *Can J Psychiatry* 2005;50:327-32.
41. Pincus SM, Schmidt PJ, Palladino-Negro P, Rubinow DR. Differentiation of women with premenstrual dysphoric disorder, recurrent brief depression, and healthy controls by daily mood rating dynamics. *J Psychiatr Res* 2008;42:337-47.

42. Pearlstein T, Steiner M. Premenstrual dysphoric disorder: burden of illness and treatment update. *J Psychiatry Neurosci* 2008;33:291-301.
43. Kornstein SG, Harvey AT, Rush AJ, Wisniewski SR, Trivedi MH, Svikis DS, et al. Self-reported premenstrual exacerbation of depressive symptoms in patients seeking treatment for major depression. *Psychol Med* 2005;35:683-92.
44. Fava M, Rush AJ, Alpert JE, Carmin CN, Balasubramani GK, Wisniewski SR, et al. What clinical and symptom features and comorbid disorders characterize outpatients with anxious major depressive disorder: a replication and extension. *Can J Psychiatry* 2006;51:823-35.
45. Coryell W, Endicott J, Winokur G. Anxiety syndromes as epiphenomena of primary major depression: outcome and familial psychopathology. *Am J Psychiatry* 1992;149:100-7.
46. Fava M, Alpert JE, Carmin CN, Wisniewski SR, Trivedi MH, Biggs MM, et al. Clinical correlates and symptom patterns of anxious depression among patients with major depressive disorder in STAR*D. *Psychol Med* 2004;34:1299-308.
47. Altamura AC, Montresor C, Salvadori D, Mundo E. Does comorbid subthreshold anxiety affect clinical presentation and treatment response in depression? A preliminary 12-month naturalistic study. *Int J Neuropsychopharmacol* 2004;7:481-7.
48. Diefenbach GJ, Woolley SB, Goethe JW. The association between self-reported anxiety symptoms and suicidality. *J Nerv Ment Dis* 2009;197:92-7.
49. Sokero TP, Melartin TK, Rytsala HJ, Leskela US, Lestela-Mielonen PS, Isometsa ET. Suicidal ideation and attempts among psychiatric patients with major depressive disorder. *J Clin Psychiatry* 2003;64:1094-100.
50. Bolton JM, Belik SL, Enns MW, Cox BJ, Sareen J. Exploring the correlates of suicide attempts among individuals with major depressive disorder: findings from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Clin Psychiatry* 2008;69:1139-49.
51. Sakamoto K, Fukunaga T. The impact of attempted suicide on the symptoms and course of mood disorders. *J Clin Psychiatry* 2003;64:1210-6.
52. Palmer CJ Jr. Suicide attempt history, self-esteem, and suicide risk in a sample of 116 depressed voluntary inpatients. *Psychol Rep* 2004;95:1092-4.

