

PREVALÊNCIA DE TRANSTORNO DEPRESSIVO EM PACIENTES PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTêmICA

FISTAROL, Daiana¹
LUDWIG, Iasmim Nakita²
GUSSO, Ramiro Francisco³
FRONZA, Dilson⁴
CAVALLI, Luciana Osório⁵

RESUMO

Objetivo: Avaliar a prevalência de transtornos depressivos em pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica, e, também identificar as diferenças de acometimento conforme o sexo e as faixas etárias. **Material e Método:** Foi um estudo transversal, de campo, do tipo quantitativo, com amostra de 110 pacientes hipertensos. Os dados foram coletados através de questionários de depressão de Beck. **Resultados:** O número total de participantes foi de cento e dez pacientes, sendo que setenta e três são do gênero feminino (66,363%) e trinta e sete do gênero masculino (33,636%). Desse total, dois têm idade entre 20 e 29 anos (1,818%), nove entre 30 e 39 anos (8,181%), dezenove entre 40 e 49 anos (17,272%), vinte e oito entre 50 e 59 anos (25,454%), trinta e quatro entre 60 e 69 anos (30,909%), doze entre 70 e 79 anos (10,909%), e seis acima dos 80 anos (5,454%). A prevalência geral de pacientes com sintomas depressivos identificados através do questionário de Beck, foi de 37%. Desse total, 23% corresponde à depressão leve, 12% depressão moderada e 2% depressão grave. **Conclusão:** Foi possível observar que os índices de depressão da amostragem estão mais elevados do que a população geral. Além disso o sexo feminino é mais acometido.

PALAVRAS-CHAVE: Depressão, Hipertensão, Prevalência.

PREVALENCE OF DEPRESSIVE DISORDER BETWEEN PATIENTS BEARERS OF SYSTEMIC ARTERIAL HYPERTENSION

ABSTRACT

Objective: To evaluate if the hypertensive patients, suffer more from mental depressive disorders than the overall Brazilian population, but also to identify the differences of affection according to sex and age groups. **Material and Methods:** It was a cross-sectional study of field, quantitative, with a sample of 110 hypertensive patients. Data were collected by Beck depression questionnaires. **Results:** The total number of participants was one hundred and ten patients, of which seventy-three are female (66.363%) and thirty-seven are male (33,636%). Of this total, two have age between 20 and 29 years (1,818%), nine have age between 30 and 39 years (8,181%), nineteen have age between 40 and 49 years (17,272%), twenty-eight have age between 50 and 59 years (25,454%), thirty-four have age between 60 and 69 years, twelve have age between 70 and 79 years (10,909%), and six below eighty years (5,454%). The overall prevalence of hypertensive patients with depressive symptoms identified beyond Beck questionnaire was 37%. Of this total, 23% corresponds to slight depression, 12% corresponds to moderate depression and 2% corresponds to severe depression. **Conclusion:** It was possible to observe that depressive rates of the sampling are higher than the general population rates. Besides that, the female is most affected.

KEYWORDS: Depression, Hypertension, Prevalence.

¹ Acadêmica do Curso de Medicina do Centro Universitário Assis Gurgacz de Cascavel – PR. E-mail: daianafistarol@hotmail.com

² Acadêmica do Curso de Medicina do Centro Universitário Assis Gurgacz de Cascavel – PR. E-mail: iasmim_ludwig@hotmail.com

³ Acadêmica do Curso de Medicina do Centro Universitário Assis Gurgacz de Cascavel – PR. E-mail: ramiro.gusso@hotmail.com

⁴ Professor Especialista de Medicina da Família e Comunidade do Curso de Medicina do Centro Universitário Assis Gurgacz, Cascavel - PR, Brasil. E-mail: dfronza@gmail.com.br

⁵ Professor Mestre de Medicina da Família e Comunidade do Curso de Medicina do Centro Universitário Assis Gurgacz, Cascavel - PR, Brasil. E-mail: losoriocavalli@yahoo.com.br

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho visa discorrer sobre a relação entre depressão e hipertensão. Em relação à depressão, segundo TAKAKURA et al (2012), tal doença é uma condição médica séria e altamente prevalente que tende à cronificação e recorrência, associada à maior utilização de serviços de saúde e a significativo impacto na morbidade, mortalidade e na qualidade de vida dos indivíduos afetados. Destarte, ainda de acordo com o mesmo autor, a depressão é um dos principais problemas de saúde pública no mundo e representa um desafio de difícil superação. Em relação à hipertensão arterial sistêmica, pode-se dizer que é a doença crônica mais comum em atendimento ambulatorial e a maior causa de morbimortalidade entre adultos. No Brasil, as taxas de prevalência variam de 22 a 43%, dependendo da região do país. (JARDIM et al., 2007).

A importância de correlacionar as duas doenças supracitadas é de que, vêm sendo observadas interações entre pressão sanguínea e fatores psíquicos, uma vez que tanto a hipertensão quanto a depressão são altamente prevalentes, é importantíssimo estudar e entender melhor a relação entre essas duas condições (SCALCO et al., 2005). Ainda nessa linha de raciocínio, o autor AMARAL et al (2007), afirma que investigações clínicas e revisões têm sugerido a associação entre transtornos depressivos e hipertensão arterial, tanto no aspecto psicossocial quanto genético, e também quanto ao fato de que a depressão pode ser um fator de risco independente para hipertensão.

Justifica-se o interesse pelo tema proposto ao se notar sua alta relevância, e, desta maneira, busca-se avaliar se os pacientes hipertensos de uma unidade básica de saúde de Cascavel-PR sofrem mais de transtorno depressivo, ao se comparar à população geral, além de identificar qual é a prevalência de tais transtornos de acordo com os sexos e as diferentes faixas etárias.

2. METODOLOGIA

O trabalho em questão foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Faculdade Assis Gurgacz (CEP/FAG) e foi aprovado sob o parecer 1.944.817. Trata-se de um estudo transversal, de campo, do tipo quantitativo, envolvendo pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica, de uma unidade básica de saúde denominada Lago Azul em Cascavel - PR, totalizando um número de 115 questionários, ressalva-se que destes, 5 não foram utilizados para a análise, uma vez que não responderam a totalidade de questões. Portanto, somam-se 110 participantes. A coleta de dados se deu com a análise de questionários aplicados aos pacientes,

ressaltando-se que a pesquisa é de caráter descritivo, no sentido de que os fatos são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados sem a interferência do pesquisador.

Foram aplicados os questionários conhecidos como Inventário de Depressão de Beck (BDI). Segundo Maluf (2002) o BDI foi desenvolvido por Beck e colaboradores (1961) para ser possível avaliar a presença e intensidade de sintomas depressivos. O BDI teve seus itens originados de observações clínicas de pacientes com sintomas depressivos em psicoterapia e, posteriormente, foram selecionados aqueles sintomas que pareceram ser específicos da depressão e da revisão literária sobre a depressão. De acordo os mesmos autores, o BDI se revelou um instrumento de alta confiabilidade (0,86) e de boa validade quando comparado com o diagnóstico instituído por profissionais.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 DEPRESSÃO

Segundo as Diretrizes da associação médica brasileira para o tratamento da depressão publicado em 2003, a depressão é um transtorno crônico e recorrente; é um transtorno incapacitante e mesmo tendo relevância muito grande ainda é pouco diagnosticada pelo médico não-psiquiatra. Aproximadamente 80% dos indivíduos que receberam tratamento para um episódio depressivo terão um segundo episódio depressivo ao longo de suas vidas. Além disso, 12% dos pacientes tem um curso crônico sem remissão dos sintomas. (JUDD, 1997).

Para Abas et. al., 2002, entre todas as enfermidades médicas o transtorno depressivo maior (TDM) pode ser considerado como uma das doenças mais prevalentes e graves. Isso pode ser afirmado pois, o TDM se apresenta com altas taxas de cronicidade, recorrência e longa duração. Todo esse quadro favorece com que o paciente apresente perdas profissionais, prejuízo físico e psíquico, morbimortalidade por suicídio, maior associação com outras doenças. Estudos (GLASS, 2003 e LIMA 1999) indicam que em atendimento primário, a prevalência de indivíduos portadores de sintomas depressivos era de 4,8% a 13%. Destes pacientes, cerca de metade deles serão devidamente identificados, e não chega a 25% os que recebem tratamento adequado.

De acordo com dados da OMS (Organização Mundial de Saúde) divulgados em 2001, a depressão ocupa na atualidade o 4º lugar entre as causas de ônus em doenças degenerativas e mortes prematuras. As informações divulgadas revelam que os índices da doença são

crescentes, tendo aumentado 60% nos últimos quarenta e cinco anos e até o ano de 2020 a depressão deverá ocupar o 2º lugar na referida classificação, perdendo apenas para as doenças cardíacas (TEODORO, 2010, p.38).

A previsão para o ano de 2020 é a de que a depressão será a segunda causa mais prevalente de incapacitação de pessoas em países desenvolvidos e a primeira em países em desenvolvimento. A depressão só tem equivalência em incapacitação com doenças isquêmicas cardíacas graves. (MURRAY et al., 1997). Os profissionais devem começar a se atentar mais para os efeitos negativos dos sintomas depressivos não apenas por estarem sendo cada vez mais prevalentes mas também por continuarem sendo não satisfatoriamente diagnosticados.

Segundo Del Porto (1999, p.6), “o termo depressão, na linguagem corrente, tem sido empregado para designar tanto um estado afetivo normal (a tristeza), quanto um sintoma, uma síndrome e uma (ou várias) doença(s).” O mesmo autor diz que como sintoma a depressão pode estar colocada dentro de inúmeros quadros clínicos como alcoolismo, transtorno de estresse pós traumático, entre outros, e além disso pode ser consequência de algumas situações sociais desfavoráveis. Como síndrome, a depressão não se basta apenas como alteração de humor, ela deve estar associada a algumas outras alterações, como mudança no padrão do sono, do apetite, alterações cognitivas e psicomotoras. Já como doença, a depressão pode ser classificada de várias formas, sendo que essas dependem muito de cada autor, do ponto de vista, e do período histórico. Dessa maneira podemos encontrar a depressão relatada na literatura como transtorno depressivo maior, melancolia, distimia, depressão integrante do transtorno bipolar tipos I e II, depressão como parte da ciclotimia, entre outros.

Existem as seguintes classificações em que o episódio depressivo pode estar enquadrado (DEL PORTO, 1999): Transtorno depressivo maior, episódio único ou recorrente; transtorno distímico; transtorno depressivo sem outra especificação; transtorno bipolar onde pode-se ter o episódio depressivo; transtorno ciclotímico. Além desses, pode-se acrescentar também outras situações como: transtorno depressivo menor; transtorno depressivo breve recorrente; transtorno misto de ansiedade-depressão e transtorno da personalidade depressiva. Não apenas a depressão maior pode causar efeitos deletérios no paciente, mas menores graus do espectro depressivo também já são prejudiciais, e isso é evidenciado em alguns estudos naturalísticos que mostram que o comprometimento do funcionamento social e ocupacional do transtorno distímico é maior do que o dos episódios depressivos, sugerindo que a extensão do comprometimento social e ocupacional seja mais relacionado com o tempo de permanência de sintomas do que de sua intensidade. (JUDD et. al., 1997; MURRAY et. al., 1997; STEWARD et. al., 1998; e SPITZER et. al., 1995).

3.2 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

A hipertensão arterial é a doença crônica mais comumente encontrada em ambiente ambulatorial e é considerada a principal causa de morbimortalidade em adultos (Ministério da Saúde, 1993). De acordo com o Ministério da saúde, sua prevalência é bem variável em diferentes regiões, no Brasil, as taxas variam de 22 a 43%.

Segundo a V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, para diagnosticar uma pessoa como hipertensa são necessários vários passos. Inicialmente, o procedimento de medida de pressão arterial deve seguir um passo a passo de orientações a fim de garantir melhor verossimilhança. Existem, resumidamente, duas maneiras principais de controlar a pressão de um paciente, pode-se realizar a medida residencial de pressão arterial (MRPA), em que o próprio paciente ou pessoa treinada irá aferir a pressão por método indireto, com três medidas pela manhã e três à noite, durante cinco dias. A MRPA garante a obtenção de grande número de medidas de pressão arterial de modo simples, eficaz e pouco dispendioso, o que contribui para o diagnóstico e o seguimento da hipertensão arterial. Pode-se ainda, realizar a medida ambulatorial de pressão arterial (MAPA), que faz uso do método “Holter” que permite o registro indireto e intermitente da pressão arterial durante 24 horas, enquanto o paciente realiza suas atividades habituais na vigília e durante o sono. As médias de pressão arterial de 24 horas, em vigília e sono acima de 130/80, 135/85 e 120/70 mmHg, respectivamente, já são consideradas anormais.

A V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial reitera ainda que a acurácia do diagnóstico de hipertensão arterial depende grandemente dos cuidados dispendidos nas medidas da pressão arterial. Desta maneira, seriam minimizados os riscos de falsos diagnósticos, tanto em relação à hipertensão arterial quanto da normotensão, suas repercussões na saúde dos indivíduos e no custo social envolvido.

Os valores que permitem classificar os indivíduos adultos acima de 18 anos como hipertensos são, de acordo com a V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial: pressão sistólica menor que 120 mmHg e pressão diastólica menor que 80 mmHg são considerados valores “ótimos”; pressão sistólica menor que 130 mmHg e pressão diastólica menor que 85 mmHg são considerados valores “normais”; pressão sistólica entre 130-139 mmHg e pressão diastólica entre 85-89 mmHg são considerados limítrofes; a partir de pressão sistólica entre 140-159 mmHg e/ou pressão diastólica entre 90-99 mmHg já é considerado hipertensão estágio 1; quando apresenta pressão sistólica entre 160-179 mmHg e/ou pressão diastólica entre 100-109 mmHg será considerado hipertensão estágio 2; pressão sistólica maior ou igual a 180 mmHg e/ou pressão diastólica maior ou igual à 110 mmHg são considerados hipertensos de estágio 3; existe ainda, a hipertensão sistólica isolada que consiste

em pressão sistólica maior ou igual à 140 e pressão diastólica menor que 90. Reiterando que se as pressões sistólica e diastólica de um paciente situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão.

Inquéritos de base populacional realizados em algumas cidades no Brasil foram utilizados pela V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, para mostrar que a prevalência de hipertensão arterial (considerando níveis pressóricos igual ou maiores que 140/90 mmHg) era de 22,3% a 43,9%, em média. Isso é nacionalmente relevante, uma vez que, a elevação da pressão arterial representa um fator de risco independente e contínuo para o surgimento de doenças cardiovasculares. Além disso, A hipertensão arterial apresenta custos médicos e socioeconômicos elevados, decorrentes principalmente das suas complicações, tais como: doença cerebrovascular, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica e doença vascular de extremidades. Muitos dos hipertensos necessitarão de hospitalizações e dados de 2003 indicaram que até 37% de toda a população morreu em decorrência de doenças cardiovasculares.

3.3 RELAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO E HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

Em um artigo de revisão sistemática (SCALCO et. al., 2005) foram encontrados tanto aumentos na prevalência da hipertensão em pacientes depressivos, quanto aumentos de prevalência de depressão em pacientes hipertensos, além de associação entre sintomatologia depressiva e hipotensão, e, ainda, alteração do ciclo de variação de pressão arterial em pacientes depressivos. Segundo o estudo supracitado, existe uma evidência considerável que sugere a hiper-reactividade do sistema nervoso simpático como atuante na disfunção dos níveis pressóricos e evidências de influência genética nos mecanismos subjacentes na relação entre depressão e hipertensão. Foi dito que a depressão pode afetar negativamente o curso da doença hipertensiva e, adicionalmente, o uso de antidepressivos pode interferir no controle de pressão arterial em pacientes com hipertensão através da indução de modificações na pressão arterial e na ocorrência de hipotensão ortostática.

Paciente hipertensos tem uma prevalência 3 vezes maior de depressão do que a população geral (RABKIN et. al., 1983). Em estudos, observou-se que o controle adequado desta patologia foi associado a melhor clínica do quadro psiquiátrico. Nos pacientes de cuidados primários, a prevalência entre depressão associada a HAS foi inclusive mais alta do que na população. Enquanto de uma forma geral, tivemos taxas variando entre 3% até no máximo 10%, na população da atenção básica tais valores foram superiores a 10% (USTUN & SARTORIUS, 1995).

É possível inferir que as relações entre a pressão arterial elevada e depressão são muito mais intrínsecas do que apenas sua coexistência. A depressão, por exemplo, pode servir como fator de risco para o desenvolvimento de elevados níveis de pressão arterial. Em um estudo realizado por Jonas et al., 2992 pessoas normotensas foram acompanhadas de 6 à 7 anos e afirmou-se que a presença de muitos sintomas depressivos foi capaz de dobrar o risco de desenvolver hipertensão arterial sistêmica do que pacientes com menos ou nenhum sintoma depressivo. (JONAS et al., 1997). O contrário também é verdadeiro, pacientes hipertensos são mais acometidos pela depressão do que os normotensos. Isso pôde ser observado em um estudo de Rabkin et al., em que chegou-se à conclusão que pacientes hipertensos apresentam uma frequência 3 vezes maior de cursar com depressão. Em um estudo finlandês de 4 anos com 616 participantes, pacientes que eram inicialmente normotensos e depois passaram a sofrer de HAS tinham uma incidência maior de sentimentos de desesperança. (EVERSON et al., 2000).

A relação entre depressão e elevação nos níveis de pressão sanguínea é, de acordo com Scalco et al., 2005, um assunto complexo. Relatórios já publicados descrevem maiores pressões sanguíneas, maiores incidências de hipertensão, e anormalidades circadianas em pacientes deprimidos. Vários fatores causais foram sugeridos para explicar essa associação bem como disfunção autonômica nervosa, e influências genéticas. A relevância clínica desse tema é clara, uma vez que pacientes hipertensos com sintomas depressivos irão controlar menos a pressão arterial e cursam com maiores índices de complicações. Finalmente, uma atenção especial deve ser dada para pacientes depressivos hipertensos para minimizar os efeitos colaterais dos antidepressivos.

É de grande importância a piora da mortalidade e morbidade de pacientes cardíacos deprimidos. A mortalidade destes pacientes pode ser 3,1 vezes maior comparado à cardiopatas não deprimidos, independentemente da gravidade cardiológica e da disfuncionalidade clínica. (FRASURE-SMITH et al., 1993).

Com o objetivo de explicar a relação entre depressão e pacientes hipertensos, estudos afirmam que a fisiopatologia entre depressão e hipertensão provavelmente envolvem o sistema nervoso simpático. A ativação simpática é uma característica específica da hipertensão essencial e pode ser que essa ativação esteja envolvida com a patogenia da relação entre hipertensão e depressão. (JONES, 1996 e TOWNSEND, 1998).

Outra causa que pode fazer parte da fisiopatologia entre depressão e hipertensão é a influência de fatores genéticos (GREWEN et. al., 2004) e, também, fruto da interação do uso de antidepressivos, segundo as diretrizes da associação médica brasileira para o tratamento da depressão, os principais efeitos colaterais dos antidepressivos mais comumente utilizados incluem: Sintomas anticolinérgicos (boca seca, suor, visão borrada, constipação, retenção urinária), sedação,

insônia, hipotensão postural, náusea, disfunção sexual, ganho de peso. Em especial a Venlafaxina isoladamente poderia causar hipertensão arterial e Tranilcipromina poderia causar crise hipertensiva ao ser associada com medicamentos simpatomiméticos.

Mesmo não existindo evidências definitivas que relacionem depressão e o desenvolvimento de hipertensão, ela pode piorar muito o prognóstico de um hipertenso (SIMONSICK et. al., 1995 e WASSERTHEIL-SMOLLER et. al., 1996). Pode levar à maiores incidências de complicações como, maior risco de AVC, falha cardíaca, mortalidade, entre outros. (OSHIRA et. al., 2001 e PENNINX et. al., 2001). E a presença de depressão em pacientes previamente sadios aumenta o risco de eventos cardíacos. (ROZANSKI et al., 1999; O`CONNOR et al., 2000). Além disso, em pacientes com doenças coronarianas a depressão pode até mesmo diminuir a sensibilidade dos barorreceptores. (SLOAN et. al., 1999 e BROADLEY et. al., 2000).

Fatores como pior aderência aos programas de reabilitação cardiovascular e medicamentos, associação com outros fatores de risco (tabagismo, hipertensão arterial, diabetes, hipercolesterolemia, obesidade), hiperexcitabilidade do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal e hipercortisolemia, decréscimo da variabilidade da frequência cardíaca, níveis séricos elevados de citoquinas e pró-inflamatórios piorando a aterosclerose, aumento de agregação plaquetária e hipercoagulabilidade e estresse psicológico foram implicados no mecanismo da depressão levando à piora do prognóstico cardiovascular. (CARNEY et al., 2002; JOYNT et al., 2003).

A hipertensão arterial sistêmica, outro fator de risco para doença coronariana e outras doenças cardíacas, parece ocorrer mais em pacientes com sintomas depressivos e ansiosos. (JONAS e LANDO, 2000). Seriam necessários mais estudos para se definir quais estratégias terapêuticas podem ter impacto significativo na evolução das doenças cardíacas associadas à depressão. (TENG et. al., 2005).

Considerando que a nossa população tem muitos hipertensos e que em média 30% da população apresenta humor deprimido, é muito relevante que haja um acompanhamento uma vez que os pacientes deprimidos tendem a colaborar menos com o tratamento, em virtude de alguns sintomas como falta de iniciativa, de energia, déficit cognitivo relacionado com a depressão e, ainda, desesperança. Esse quadro é o que torna difícil a adesão ao tratamento medicamentoso e realização de atividades físicas. (ROZANSKI, 1999).

Estudos sugerem que a relação entre depressão e hipertensão arterial deve ser avaliada logo no primeiro atendimento, considerando que essa atitude beneficiaria de maneira importante os pacientes (YAN et. al., 2003 e REIFF et. al., 2001). Cohen et. al., realizou uma pesquisa em que encontrou pacientes hipertensos deprimidos, apresentando maior taxa de infarto agudo do miocárdio quando em comparação com os não-deprimidos. Embora possa ser notada a relação entre a

depressão e a hipertensão arterial, Simonsick et al (1995), sugere que não é possível definir claramente se os sintomas depressivos são causa ou consequência da hipertensão.

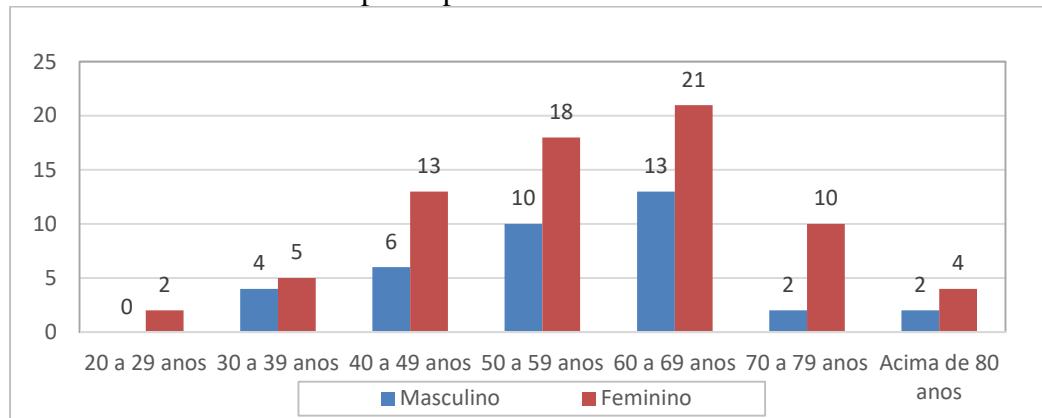
Amaral et. al., realizou um estudo transversal, descritivo, com amostra de 285 indivíduos. Todos os entrevistados foram submetidos à aplicação de uma escala sintomática para rastreamento de depressão, no caso, a utilizada foi a Beck Depression Inventory (BDI). Foram encontrados 57 pacientes que preencheram os critérios tanto da BDI quanto da DSM-IV, ou seja, uma prevalência de 20% de pacientes com o transtorno de depressão maior, desconsiderando ainda pacientes com graus menores de depressão.

Existem evidências de que a depressão exerce seus efeitos negativos tanto de maneira patofisiológica direta quanto de maneira comportamental, o que inclui estilo de vida não saudável e falta de autocuidado. (AMARAL, 2007). Os transtornos depressivos que ocorrem em pacientes com outras comorbidades devem ser tratados, pois se caso não forem irão apresentar um quadro depressivo recorrente ou mais prolongado, dessa maneira torna-se necessária uma intervenção mais específica e com uma equipe multidisciplinar. (SASS, 2012).

4. ANÁLISES E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O trabalho contou com 110 participantes, sendo 73 destes do sexo feminino (66,363%) e 37 do sexo masculino (33,636%). Conforme vemos no gráfico 1, dois participantes têm idade entre 20 e 29 anos (1,818%), nove entre 30 e 39 anos (8,181%), dezenove entre 40 e 49 anos (17,272%), vinte e oito entre 50 e 59 anos (25,454%), trinta e quatro entre 60 e 69 anos (30,909%), doze entre 70 e 79 anos (10,909%), e seis acima dos 80 anos (5,454%).

Gráfico 1- Faixa etária dos participantes conforme o sexo.

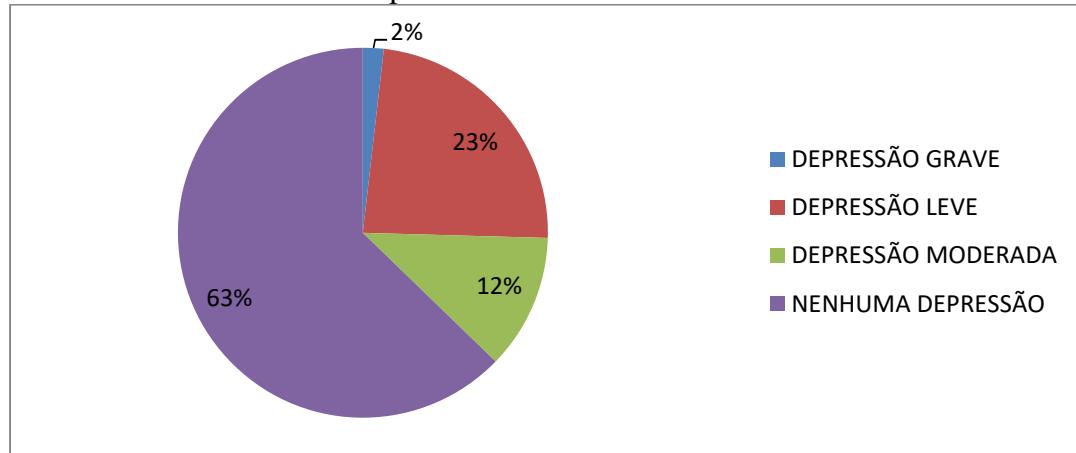


Fonte: Dados da pesquisa

Na avaliação de prevalência de depressão total, envolvendo ambos os sexos, foi possível obter os dados presentes no gráfico 2: A prevalência geral de pacientes com sintomas depressivos identificados através do questionário de Beck, foi de 37%. Desse total, 23% corresponde à depressão leve, 12% depressão moderada e 2% depressão grave. No mesmo gráfico, pode-se observar que 63% dos entrevistados não apresentava nenhuma depressão. Fleck et al (2003) publicou um artigo na Revista Brasileira de Psiquiatria, afirmando que a prevalência de depressão na população em geral varia entre 3% e 11%. Já em estudos desenvolvidos com população de pacientes de cuidados primários em saúde, a média de prevalência era acima de 10%. Em pacientes internados por qualquer doença física a prevalência de depressão varia entre 22% e 33%. Em populações específicas como a de pacientes com infarto recente é de 33%, chegando a 47% nos pacientes com câncer.

Assim, é possível afirmar que os hipertensos deste estudo apresentam prevalência de depressão maior do que a população brasileira em geral. Evidencia-se ainda que tal prevalência mais se aproxima dos valores de um paciente internado por quaisquer doenças físicas.

Gráfico 2 – Prevalência de depressão em ambos os sexos.



Fonte: Dados da pesquisa

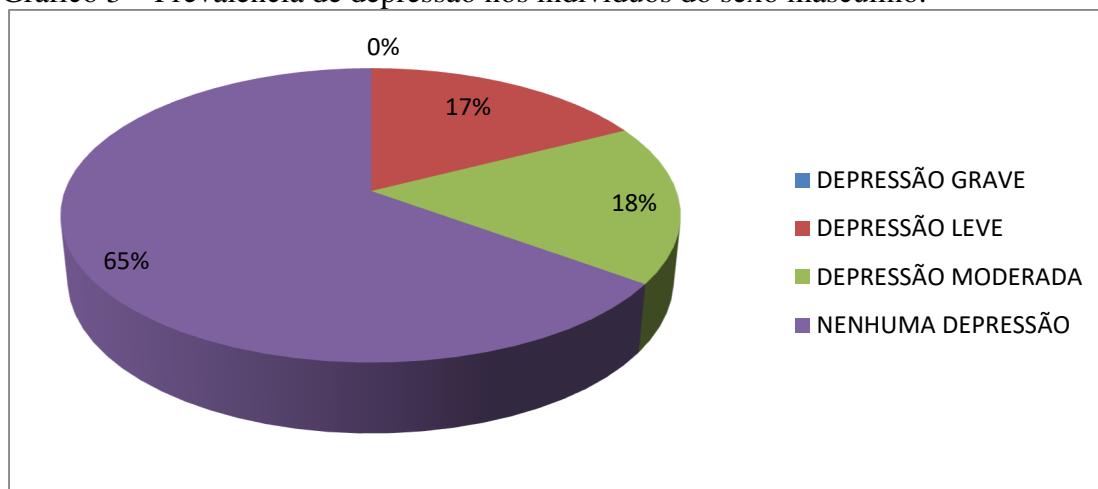
Em relação a prevalência de depressão e seus diferentes graus nos homens, podemos observar, de acordo com o gráfico 3, os seguintes dados: são 37 homens em sua totalidade, destes, 26 homens (70%) não apresentaram nenhum grau de depressão; 11 homens (30%) apresentaram algum grau de depressão, sendo eles: 7 homens (19%) apresentaram depressão leve, 4 homens (11%) apresentaram depressão moderada, e nenhum apresentou depressão grave.

De acordo com Amaral et al, existem poucos estudos acerca da prevalência de depressão entre hipertensos, ressaltando-se que as prevalências encontradas variam e podem depender da amostra e das escalas utilizadas. Simonsick et al (1995), realizou um estudo em uma amostra multicêntrica de hipertensos acompanhados por 10 anos e encontraram uma taxa de depressão entre 9,4 e 13,5% para

homens. Outros estudos (GLASS, 2003 e LIMA 1999) indicam que em atendimento primário, a prevalência de indivíduos portadores de sintomas depressivos era de 4,8% a 13%. Já no artigo de Fleck et al (2003) afirmou-se que a prevalência de depressão na população em geral varia entre 3% e 11%.

Como podemos observar no gráfico 2, a prevalência de depressão deste trabalho é de 30%, um número muito maior se comparado aos outros trabalhos supracitados.

Gráfico 3 – Prevalência de depressão nos indivíduos do sexo masculino.



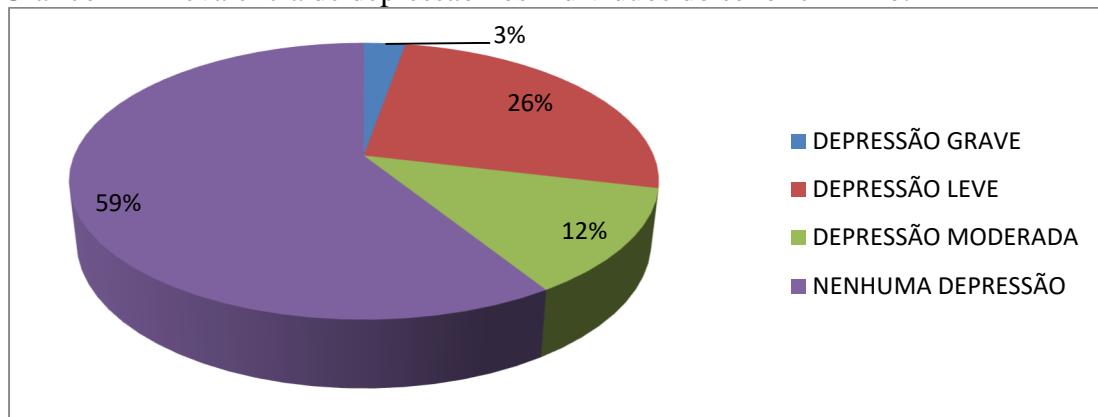
Fonte: Dados da pesquisa

Já em relação a prevalência de depressão e seus diferentes graus nas mulheres, podemos observar, de acordo com o gráfico 4, os seguintes dados: são 73 mulheres em sua totalidade, destas, 43 mulheres (59%) não apresentaram depressão em nenhum grau; 30 mulheres (41%) apresentaram algum grau de depressão, sendo eles, 2 mulheres (3%) com depressão leve, 19 mulheres (26%) com depressão moderada, e 9 mulheres (12%) com depressão grave.

Simonsick et al (1995), realizou um estudo em uma amostra multicêntrica de hipertensos acompanhados por 10 anos e encontraram uma taxa de depressão entre 20,6 e 27,1% para mulheres. Outros estudos (GLASS, 2003 e LIMA 1999) indicam que em atendimento primário, a prevalência de indivíduos portadores de sintomas depressivos era de 4,8% a 13%. Em outro artigo de temática semelhante, Fleck et al (2003) afirmou que a prevalência de depressão na população em geral varia entre 3% e 11%.

Neste trabalho, como podemos observar no gráfico 3, a prevalência de depressão em mulheres foi de 41%, o que corresponde a uma prevalência muito maior se comparado aos outros artigos correlacionados.

Gráfico 4 – Prevalência de depressão nos indivíduos do sexo feminino.



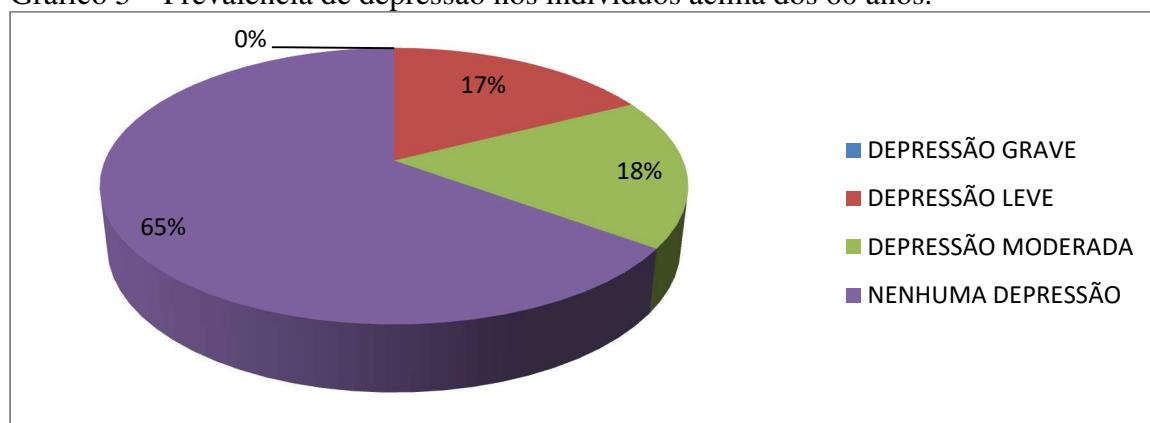
Fonte: Dados da pesquisa

Em relação a prevalência de depressão em pacientes hipertensos acima de 60 anos, pode-se observar, de acordo com o gráfico 5, que 36 idosos (69%) não apresentaram nenhum grau de depressão; 16 idosos (31%) apresentaram algum grau de depressão, sendo estes, 12 idosos (23%) depressão leve, 4 idosos (8%) depressão moderada e nenhum com depressão grave.

Edwards et al, realizou um estudo em idosos vivendo na comunidade e chegou a uma prevalência situada entre 2% e 14% de depressivos. GLASS, 2003 e LIMA 1999 publicaram artigos que indicam que em atendimento primário, a prevalência de indivíduos portadores de sintomas depressivos era de 4,8% a 13%. Outro autor, Fleck et al (2003) afirmou que a prevalência de depressão na população em geral varia entre 3% e 11%.

No presente trabalho, como pode-se observar no gráfico 5, a prevalência de depressão encontrada foi de 31%, o que significa que é um número maior do que comparado ao trabalho de Edwards et al., Glass et al., Lima et al. e Fleck et al.

Gráfico 5 – Prevalência de depressão nos indivíduos acima dos 60 anos.



Fonte: Dados da pesquisa

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As evidências encontradas que afirmam ser o sexo feminino mais acometido pelos sintomas depressivos foram confirmadas no presente estudo. Foi encontrada também, uma prevalência de sintomas depressivos em pacientes hipertensos superior àquela encontrada na população geral. E, embora, o estudo tenha sido realizado em um município específico, esta amostragem possui características similares às encontradas pelas unidades básicas de saúde das várias regiões brasileiras.

O presente estudo demonstrou a importância de se pensar em ampliar os cuidados, melhorar a detecção precoce dos sintomas depressivos e ampliar o planejamento da atenção em saúde mental de pacientes hipertensos, uma vez que tanto a depressão quanto a hipertensão são doenças crônicas não transmissíveis muito frequentes no Brasil. Destarte, outros estudos serão importantes para se definir quais estratégias terapêuticas podem ter impacto significativo na evolução das doenças cardíacas associadas à depressão.

Hirschfeld et al (1997), afirmam que apesar da alta prevalência de depressão em populações clínicas, ela ainda é subdiagnosticada e, quando corretamente diagnosticada, é muitas vezes tratada de forma inadequada, com subdoses de medicamentos e manutenção de sintomas residuais, que comprometem a evolução clínica dos pacientes. Apenas 35% dos doentes são diagnosticados e tratados adequadamente. Sob essa lógica, sugere-se que os profissionais de saúde dispensem maior atenção às queixas apresentadas pelo paciente hipertenso no que diz respeito a sintomas depressivos em atendimento primário, ambulatório específico e hospital geral, visando a um diagnóstico mais preciso e precoce e uma terapêutica mais eficaz.

REFERÊNCIAS

AMARAL, G. F.; JARDIM, P. C. B. V.; BRASIL, M. A. A.; SOUZA, A. L. L.; FREITAS, H. F.; TANIGUCHI, L. M.; MELO, A. F. B.; RIBEIRO, C. N. Prevalência de transtorno Depressivo maior em centro de referência no tratamento de hipertensão arterial. *Rev Psiquiatr RS*. v. 29, n. 2, p. 161-168, 2007

BRASIL. Ministério da Saúde. **Controle de hipertensão arterial:** uma proposta de integração ensino-serviço. Rio de Janeiro. CDCV/ NUTES, 1993

BROADLEY A. J. M.; KORSZUN A.; JONES C. J. H, FRENNEAUX M. P. Arterial endothelial function is impaired in treated depression. *Heart*. v. 88, n. 5, p. 521-4, 2002.

CARNEY, R.M.; FREEDLAND, K.E.; MILLER, G.E.; JAFFE, A.S. - Depression as a Risk Factor for Cardiac Mortality and Morbidity. A review of Potential Mechanism. **J Psychosom Rev.** v. 53, p. 897-902, 2002.

DEL PORTO, J. A. Conceito e diagnóstico. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 21, p. 6-15, 1999.

EDWARDS J. Better mental health for older people. Research highlights. Dementia and depression in older people. IPA Bulletin [Internet]. 2002 [cited 2011 Oct 12]; 19 (2) June. Available from: http://www.ipa-online.org/ipaonlinev3/publications/bulletinarchive/dem_dep.asp.

EVERSON AS, KAPLAN GA, GOLDBERG DE, SALOMEN JT. Hypertension incidence is predicted by high levels of hopelessness in Finish men. **Hypertension**, v. 34, n. 2, p. 561-7, 2000.

FLECK, Marcelo P. et al. Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (Versão integral). **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 31, supl. 1, p. S7-S17, May 2009.

FRASURE-SMITH, N.; LESPERANCE, F.; TALAJIC, M. – Depression Following Myocardial Infarction. Impact on 6 Month Survival. **JAMA** v. 270, p. 1819-25, 1993.

GLASS, R. Awareness about depression: important for all physicians. **JAMA**. v 289, n. 23, p. 3169-70, 2003.

HIRSCHFELD, R.M.; KELLER, M.B.; PANICO, S. et al. - The National Depressive and Manic-Depressive Association Consensus Statement on the Undertreatment of Depression. **JAMA** v. 277, p. 333-40, 1997.

GREWEN K. M.; GIRDLER S. S.; HINDERLITER A.; LIGHT K. Depressive symptoms are related to higher ambulatory blood pressure in people with a family history of hypertension. **Psychosom Med.** v. 66, n. 1, p. 9-16, 2004.

JARDIM P. C. B. V.; GONDIM M. R. P.; MONEGO E. T.; MOREIRA H. G.; VITORINO P. V. O.; SOUZA W. K. S. B. et al. Hipertensão arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira. **Arq Bras Cardiol.** v. 88, n. 4, p. 452-7, 2007.

JONAS, B.S.; FRANKS, P.; INGRAM, DD. Are symptoms of anxiety and depression risk factors for hypertension? Longitudinal evidence from the National Health and Nutrition Examination Survey I Epidemiologic Follow-up Study. **Arch Fam Med.** v. 6, n. 1, p. 43-9, 1997.

JONAS, B.S.; LANDO, J.F. - Negative Affect as a Prospective Risk Factor for Hypertension. **Psychosom Med** v. 62, p. 188-96, 2000.

JONES-WEBB R.; JACOBS D. R.; FLACK J. M.; LIU K. Relationship between depressive symptoms, anxiety, alcohol consumption, and blood pressure: Results from the CARDIA study. **Alcohol Clin Exp Res.** v.20, n. 3, p. 420-7, 1996.

JOYNT, K.E.; WHELLAN, D.J.; O'CONNOR, C.M. - Depression and Cardiovascular Disease: Mechanism of Interaction. **Biol Psychiatry** v. 54, p. 248-61, 2003.

JUDD LL. The clinical course of unipolar major depressive disorder. **Arch Gen Psychiatry** v. 54, p. 989-91, 1997.

LIMA, M. S. Epidemiologia e impacto social. **Rev. Bras. Psiquiatr.** v. 21, p. 1-5, 1999.

MALUF, T. P. G. **Avaliação de sintomas de depressão e ansiedade em uma amostra de familiares de usuários de drogas que frequentam grupos de orientação familiar em um serviço assistencial para dependentes químicos.** São Paulo, 2002. Disponível em: <http://www.proad.unifesp.br/pdf/dissertacoes_teses/tese_thais.pdf> Acesso em: 28 out 2016.

MURRAY C. J. L.; LOPEZ A. D. Global mortality, disability and the contribution of risk factors: global burden of disease study. **Lancet.** v. 349, p. 1436-42, 1997.

O'CONNOR, C.M.; GURBEL, P.A.; SEREBRUANY, V.L. - Depression and Ischemic Heart Disease. **Am Heart J** v. 140, p. 63-9, 2000.

OSHIRA, T.; ISO, H.; SATOH, S.; SANKAI T.; TANIGAWA, T.; OGAWA Y. Prospective study of depressive symptoms and risk of stroke among japanese. **Stroke.** v. 32, n. 4, p. 903-7, 2001.

PENNINX, B.; BEEKMAN, A.; HONIG, A.; DEEG, D.; SCHOEVERS, R.; EIJK, J. Depression and cardiac mortality: results from a communitybased longitudinal study. **Arch Gen Psychiatry.** v. 58, n. 3, p. 221-7, 2001.

RABKIN J.; CHARLES E.; KASS F. Hypertension and DSM-III depression in psychiatric outpatients. **Am J Psychiatry**, v. 140, n. 8, p. 1072-4, 1983.

REIFF, M.; SCHWARTZ, S.; NORTHRIDGE, M. Relationship of depressive symptoms to hypertension in a Household, survey in Harlem. **Psychosom Med.** v. 63, n. 5, p. 711-21, 2001.

ROZANSKI, A.; BLUMENTHAL, J.A.; KAPLAN, J. - Impact of Psychological Factors on the Prognosis of Cardiovascular Disease and Implications for Therapy. **Circulation.** v. 99, p. 2192-217, 1999.

SASS, A.; GRAVENA A. A. F.; PILGER, C.; MATHIAS, T. A. F.; MARCON, S. S. Depressão em idosos inscritos no Programa de Controle de hipertensão arterial e diabetes mellitus. **Acta Paul Enferm.** v. 25, n. 1, p. 80-85, 2012.

SCALCO, A. Z.; SCALCO M. Z.; AZUL, J. B. S.; NETO F. L. Hypertension and Depression. **CLINICS.** v. 60, n. 3, p. 241-50, 2005.

SIMONSICK E.; WALLACE R.; BLAZER D.; BERKMAN L. Depressive symptomatology and hypertension-associated morbidity and mortality in older adults. **Psychosom Med.** v. 57, n. 5, p. 427-35, 1995.

SLOAN R. P.; SHAPIRO A.; BAGGIELA E.; MYERS M.; GORMAN J. M. Cardiac autonomic control buffers blood pressure variability response to challenge: A psychophysiological model of coronary artery disease. **Psychosom Med.** v. 61, n. 1, p. 58-68, 1999.

SPITZER R. L.; WILLIAMS J. B. W.; KROENKE K.; LINZER M.; HAHN S.R. et al. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. **JAMA** v. 272, p. 1749-56, 1995.

STEWARD J. W.; QUITKIN F. M.; MCGRATH P. J.; RABKIN J. G.; MARKOWITZ J. S.; TRICAMO et. al. Social functioning in chronic depression: effect of 6 weeks of antidepressant treatment. **Psychiatr Res** v. 25, p. 213-22, 1998.

TAKAKURA, T. Y.; TUNG, T. C. Depressão: como diagnosticar e tratar. **RBM** Dez v 69 n 12, 2012

TENG, C. T.; HUMES, E. C.; DEMETRIO, F. N. Depressão e comorbidades clínicas. **Rev. Psiq. Clín.** v. 32, n. 3, p. 149-159, 2005.

TEODORO, W. L. G. **Depressão**. Corpo, mente e alma. 3. ed. Uberlândia, 2010.

USTUN T.B.; SARTORIUS, N. **Mental illness in primary care**: an international study. New York: John Wiley & Sons Inc; 1995.

V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Acesso em: 27 nov 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v89n3/a12v89n3.pdf>.

WASSERTHEIL-SMOLLER S.; APPLEGATE W. B.; KENNETH B.; CHEE JEN C.; BARRY D.; GRIMM R. J. Change in depression as a precursor of cardiovascular events. SHEP Cooperative Research Group. **Arch Intern Med**, v. 156, n. 5, p. 553-61, 1996.

YAN, L. L.; MATTHEUS, K. A.; DAVIGLUS, M. L.; FERGUSON, T. F.; KIEFE, C. L. Psychosocial factors and risk of hypertension; the coronary artery risk development in young adults. **JAMA**. v. 290, n. 16, p. 2138-48, 2003.