

Depressão: Definição, Diagnóstico e Tratamento

ELIZABETE POSSIDENTE

Mestrado em Psiquiatria – UFRJ

A depressão é uma doença debilitante que tem sido definida como a sensação persistente e permanente de um indivíduo da perda de valor, mundo sem sentido e de um futuro desesperançoso.

É uma das doenças clínicas mais comuns, sendo mais freqüente do que a hipertensão arterial e o diabetes. Entre 5 e 10 % dos pacientes que procuram algum atendimento médico estão acometidos de depressão.

Entretanto, estudos mais recentes sugerem que 50% dos americanos e europeus ocidentais têm depressão ao menos uma vez durante suas vidas. Nas mulheres existem duas vezes mais chances do que entre homens e cerca de 74% desses pacientes procuram a primeira ajuda num ambulatório de clínica médica.

QUADRO CLÍNICO

A depressão é caracterizada por diversos sintomas afetivos, somáticos, psicomotores e psicológicos (Tabela 1), sendo que a intensa tristeza e a falta de prazer ou interesse estão sempre presentes. O paciente deprimido pode apre-

sentar várias dessas queixas variando de intensidade: formas leve, moderada e grave da depressão.

O humor (estado de espírito) é sempre depressivo. É o que diferencia a depressão da tristeza, sensação normal que apresentamos quando perdemos algo que gostamos; este sentimento é modulado por fatores externos. O deprimido está sempre “para baixo” ou “na fossa”, mesmo que alguma coisa boa ocorra em sua vida. Devido a este sentimento, acaba se afastando da família, dos amigos e de atividades de que gostava, se isolando socialmente. Muitas das vezes nega estar deprimido, mas está sempre com aquela fisionomia cansada e negativista.

A fala é lenta e monótona. O deprimido se queixa de cansaço, sentimento de impotência, fracasso e lentificação dos pensamentos e movimentos. A dificuldade na concentração e na memorização (84% dos pacientes) interfere no trabalho e prejudicam a sua performance em atividades de lazer. Pacientes podem ter problemas ao acompanhar um filme pelo televisor, na

leitura ou na participação em uma conversa. Têm dificuldades em tomar decisões, mesmo aquelas de pequena importância, como as do nosso cotidiano.

Aproximadamente dois terços dos pacientes pensam em suicídio (um número entre 10% e 15% o cometem). A preocupação com morte pode manifestar-se de forma passiva ou ativa. Na forma passiva, o deprimido pensa muito em morte, mas não chega a cometer um ato contra a sua vida, o que caracterizaria a forma ativa. O médico deve sempre investigar a intenção suicida.

Alteração de peso ou apetite (ou ambas), sem dieta, pode estar presente. Essa alteração pode chegar até valores maiores do que 5%, tanto para perda como ganho. Quase todos os deprimidos queixam-se de alterações no sono,

especialmente insônia terminal (despertar precoce) e despertares múltiplos à noite, quando analisa seus problemas. Por outro lado, a hipersonia (vontade de dormir dia e noite) também pode ocorrer.

A variação diurna é bastante comum. O paciente se queixa de piora durante a manhã e que vai melhorando ao anoitecer. Disfunções sexuais podem ser encontradas; as alterações mais comuns são redução da libido, ereção e retardo ou ausência de orgasmo. É importante o médico estar atento a esses sintomas, já que, por se tratar de uma área íntima, dificilmente o paciente relata espontaneamente. Além da dificuldade na vida sexual resultar em baixa auto-estima, sentimento de fracasso e em dificuldades conjugais, agravando ainda mais o quadro da depressão.

AFETIVOS	SOMÁTICOS	PSICOMOTOR	PSICOLÓGICOS
Tristeza Apatia Perda de interesse Perda de prazer Desesperança Aumento da irritabilidade (especialmente em crianças e adolescentes)	Aumento ou redução do apetite/peso Insônia ou hipersonia Perda da energia Fadiga intensa Disfunção sexual	Retardo psicomotor Agitação ou inquietude	Baixa auto estima Pobre concentração Dificuldade de memória Indecisão Preocupação excessiva com morte ou suicídio Sentimento de ruína ou fracasso Pessimismo Idéias de culpa ou inutilidade

Tabela 1

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Várias doenças e medicamentos podem imitar um quadro de depressão (Tabela 2 e Tabela 3). Muitos deprimidos consultam primeiro o clínico geral com queixas somáticas. O médico, através de uma entrevista clínica minucio-

sa, um exame físico e exames complementares, detecta essas causas.

Os problemas neurológicos mais comuns que se manifestam com síndrome depressiva são doença de Parkinson, demência de Alzheimer (fase inicial), epilepsia, tumores e acidentes

vasculares cerebrais. Diversas outras patologias endócrinas, reumatológicas, infecciosas, neoplásicas, renais e cardiopulmonares podem apresentar sintomas que confundem com a síndrome depressiva propriamente dita.

A lista de medicamentos que podem causar depressão, como um dos seus efeitos colaterais, é extensa. Existem medicamentos neurológicos, psiquiátricos, antibióticos,

antihipertensivos, hormônios e antineoplásicos, entre outros (Tabela 3).

A depressão pode ser encontrada em qualquer outro transtorno psiquiátrico. O diagnóstico diferencial nesses casos é particularmente mais difícil, principalmente aqueles entre os transtornos de ansiedade com depressão e depressão com ansiedade, devendo ser realizado por um médico especialista.

NEUROLÓGICAS	ENDÓCRINAS	INFECCIOSAS E INFLAMATÓRIAS	DIVERSOS
Demências Epilepsia Neurossífilis Esclerose múltipla Parkinson Apnéia do sono AVE Trauma Coréia de Huntington	Adrenais Hiperaldosteronismo TPM Hipo e hipertireoidismo Pós-parto	AIDS Mononucleose Síndrome fadiga crônica Lupus Artrite reumatóide Artrite temporal Artrite de Sjogren	Câncer (especialmente pâncreas) Doença cardiopulmonar Porfíria Doenças renais (uremia) Deficiências vitamínicas

Tabela 2

ANALGÉSICOS E ANTI-INFLAMATÓRIOS	ANTIBIÓTICOS E ANTIFÚNGICOS	ANTIHIPERTENSIVOS E CARDÍACOS	ANTINEOPLÁSICOS	NEUROPSIQUIÁTRICOS	HORMÔNIOS
Ibuprofeno Indometacina Opiáceos Fenacetina	Ampicilina Étionamida Ácido nalidíxico Metronidazol Glicosserina Estreptomicina Sulfametoxazol Tetraciclina	Alfametildopa Propranolol Gigital Hidralazina Lidocaína Reserpina Guanetidina Clonidina	AZT Trimetropim Vincristina Bleomicina	Amantadina Antipsicóticos Carbamazepina Sedativos Levodopa	Corticóide Prednisona Anticoncepcionais orais Danazol

Tabela 3

TRATAMENTO

A depressão tem seu curso normalmente variando de 6 meses a um ano e meio. Se tratada adequadamente, tende a reduzir o seu curso para de 8 a 12 semanas. O tratamento consiste na associação psicoterapia e antidepressivo.

A psicoterapia é fundamental para que o paciente compreenda o que está ocorrendo com ele e que esta “fase ruim” vai passar. O tratamento farmacológico é indispensável para reduzir o tempo de sofrimento da doença, evitar uma cronificação e prevenir recidivas.

Deve-se sempre explicar que ao iniciar um antidepressivo não é logo que aparece a resposta satisfatória da melhora da depressão. Existe um período de latência, tempo este que o antidepressivo vai atingir um nível plasmático (no sangue) para que possa começar a agir e que se dá em torno de 3 semanas.

Outro ponto importante é que precisa atingir uma dose adequada (Tabela 4). É o que ocorre com qualquer outro medicamento, como por exemplo, o antibiótico, se não atingirmos a sua faixa terapêutica ele não vai ser eficaz. Devemos atingir a maior dose tolerada pelo paciente, já que o nosso objetivo é suprir qualquer sintoma e não apenas melhorar o doente. Doses subclínicas apenas ajudam a cronificar a depressão.

DOSE USUAIS (MG/DIA) DOS ANTIDEPRESSIVOS

Tranilcipromina	– 20 a 60
Moclobemida	– 300 a 900
Imipramina	– 50 a 300
Clomipramina	– 75 a 300
Amitriptilina	– 50 a 250
Nortriptilina	– 50 a 150
Amineptina	– 100 a 300
Mianserina	– 15 a 60

Fluoxetina	– 20 a 80
Paroxetina	– 20 a 60
Sertralina	– 50 a 200
Citalopram	– 10 a 60
Fluvoxamina	– 100 a 300
Nefazodone	– 300 a 600
Venlafaxina	– 75 a 250
Mirtazapina	– 15 a 45

Tabela 4

Existem diversas classes de antidepressivos que variam de acordo com os mecanismos de ação e perfil de efeitos colaterais e interações farmacológicas. Então surge a dúvida “Qual antidepressivo escolher?”

Devemos preferir o medicamento já utilizado anteriormente ou que algum familiar tenha usado com sucesso para tratar a depressão. Quando não temos essa informação devemos escolher pelo perfil de efeitos colaterais (Tabela 5), pela interação farmacológica, quando em uso de outros medicamentos ou pela presença de outros transtorno psiquiátricos, como a ansiedade.

Os Inibidores da monoaminooxidases (IMAO) podem ser irreversíveis, como a tranilcipromina, ou reversíveis, como a moclobemida. Ambos podem apresentar efeitos agudos do tipo hipotensão postural, insônia, inquietação ou agitação psicomotora. Os irreversíveis podem manifestar-se com intensa cefaléia, abalos musculares, rigidez de nuca, hipertensão, arritmias e até acidente vascular encefálico (AVE). Esses sintomas podem fazer parte de uma crise hipertensiva, que inicialmente acreditava-se ocorrer apenas na interação com a tiramina, substância encontrada em diversos alimentos, como queijos fermentados, fava, miúdos, vinagre e defumados ou medicamentos, como os vasoconstrictores nasais e

sistêmicos. Atualmente, já encontramos relatos de crises hipertensivas espontâneas, ou seja, em pacientes em restrição dietética e farmacológica. Essa crise hipertensiva pode ser grave, causando AVE ou até a morte.

Os antidepressivos tricíclicos são os maiores causadores de queixa nos deprimidos. A intensidade é dose dependente, ou seja, quanto maior a dose maior a incidência e a gravidade do efeito indesejável. Esses efeitos adversos são mais frequentes em idosos, portanto devem ser usados com maior cautela nesse grupo de pacientes. Os efeitos mais incômodos são os anticolinérgicos: boca seca, visão turva, retenção urinária, constipação intestinal, piora de hipertrofia prostática, aumento de pressão intraocular, íleo paralítico e, em idosos, podem levar a delirium (confusão mental). No início do tratamento pode ocorrer uma piora da depressão, o que pode ser evitado com o aumento gradual da dose. Outro efeito limitante é a hipotensão ortostática, por isso, aconselhamos aos nossos pacientes a não mudarem de posição postural bruscamente. A nortriptilina é a droga desse grupo que menos induz esse efeito adverso. O ganho de peso e o aumento de apetite pode ser um outro efeito que dificulte seu uso a longo prazo. Os tricíclicos devem ser empregados após uma avaliação cardiológica. É aconselhável solicitar um ECG em pacientes acima de 50 anos. Os tricíclicos podem provocar uma lentificação da condução do impulso cardíaco, especialmente de ramo direito.

A mianserina produz efeitos colaterais como sonolência, fadiga muscular, ataxia e ganho de peso. O seu efeito sedativo é útil em pacientes deprimidos com intensa queixa de insônia.

Os Inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS) apresentam alguns efeitos

colaterais que aparecem no início do tratamento como náuseas, vômitos e cefaléia. Para diminuir a sua incidência, deve-se prescrever doses pequenas, após a alimentação, aumentando-a gradativamente. Outros efeitos indesejáveis que levam ao paciente querer abandonar o psicofármaco são o ganho de peso e as disfunções sexuais. O ganho de peso pode ser combatido com dieta e exercícios. As disfunções sexuais mais comuns são: redução da libido, alteração erétil, retardo da ejaculação e anorgasmia. Para se combater tais efeitos sexuais existem diversas estratégias terapêuticas como: uso de medicações antidotas (ciproheptadina, amantadina, ioimbina, ginklobiloba, bupropion, neostigmina, buspirona etc.), redução de dose e feriado terapêutico (redução ou suspensão do antidepressivo uma vez na semana).

Os fenilpiperazínicos são formados por 2 antidepressivos análogos. Seus efeitos colaterais mais comuns são náusea, boca seca e cefaléia. O trazodone pode causar também: priapismo, hipotensão ortostática e sedação.

A classe dos antidepressivos bloqueadores da recaptação de serotonina e noradrenalina (IRSN) são representados até o momento por um único: a venlafaxina. A venlafaxina parece ser bem tolerada, apesar dos seguintes efeitos colaterais serem comuns: náusea, sonolência, boca seca, anorexia e aumento da pressão arterial (dentro da normalidade).

A mirtazapina é o antidepressivo mais recente no mercado brasileiro. Os efeitos adversos mais comuns são sonolência, agitação, náusea, cefaléia, vertigem e redução da libido. Mais estudos a médio e longo prazo são necessários para se conhecer todo o seu perfil de efeitos adversos.

ANTIDEPRESSIVOS	PRINCIPAIS EFEITOS COLATERAIS
IMAO (tranilcipromina, moclobemida)	Hipotensão postural, sedação ou insônia, inquietude e crises hipertensivas, disfunção sexual (redução libido e anorgasmia).
Tricíclicos (imipramina, clomipramina, nortriptilina, amitriptilina)	Boca seca, visão turva, constipação intestinal, retenção urinária, aumento pressão ocular, piora de hipertrofia prostática, hipotensão ortostática, redução da condutividade cardíaca, ganho de peso, disfunção sexual (retardo da ejaculação ou anorgasmia).
Tetracíclicos (mianserina)	Sonolência, fadiga, ataxia e ganho de peso.
ISRS (fluoxetina, paroxetina sertralina e citalopram)	Náuseas e vômitos, inquietação, insônia, tremor, tonteira, nistagmo, disfunção sexual (redução da libido, alteração erétil, retardo ejaculação e anorgasmia)
Fenilpiperazínicos (trazodone, nefazodone)	Cefaléia, náusea, boca seca, tonteira, astenia e sedação.
IRSN (venlafaxina)	Náusea, boca seca, sonolência, astenia, anorexia, e aumento da pressão arterial dentro da normalidade.
N S específicos (mirtazapina)	Sonolência, agitação, náusea, vertigem, ganho de peso e redução libido

Tabela 5

CONCLUSÃO

A depressão é uma doença comum e debilitante que compromete a capacidade do indivíduo de desenvolver as suas atividades habituais. Dessa forma, representa um impacto econômico e social importante. Deve ser tratada corretamente e para isso o médico deve estar

atento ao seu diagnóstico e tratamento adequados. O tratamento consiste na associação psicoterapia e antidepressivo. A escolha do antidepressivo deve ser realizada após considerar uso anterior de outros antidepressivos, perfil de efeitos colaterais e possíveis interações medicamentosas.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Blackwell B. Adverse effects of antidepressant drugs. Part I: monoamine oxidase inhibitors and tricyclics. *Drugs* 21: 201 – 219, 1981.
2. Blackwell B. Adverse effects of antidepressant drugs. Part II: second generation antidepressants and rational decision making in antidepressant therapy. *Drugs* 21:273 – 282, 1981.
3. Fallon B, Foote B, Walsh et al. Spontaneous hypertensive episode with monoamine oxidase inhibitors. *Journal of Clinical Psychiatry* 49:163 – 165, 1988.
4. Gold PW, Goodwin FK, Chrousos GP. Clinical and biochemical manifestations of depression. *New England Journal Medicine* 319: 348 – 353, 1988.
5. Katon W. The epidemiology of depression in medical care. *Int J Psychiatry Med* 17 (1) : 93-112, 1987.
6. Kind P, Sprensen J. The costs of depression. *Int Clin Psychopharmacology* 7:191 – 195, 1993.
7. Possidente E, Figueira I, Nardi AE et al. Efeitos Sexuais Induzidos pelos Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina - Diagnóstico e Manejo Terapêutico. *J bras Psiq* 45(10) : 607 - 612, 1996.
8. Regier DA, Goldberg ID, Taube CA. The factors US mental health services system: a public health perspective. *Arch Gen psychiatry* 35 : 685-693, 1978.
9. Song F, Freemantle N, Sheldon TA et al. Selective serotonin reuptake inhibitors: meta analysis of efficacy and acceptability. *BMJ* 303:683 – 697, 1993.
10. West R. Depression. London: Office of health economics, 1992. ◆