

Transtornos depressivos



Desidia, gravura de Pieter Brueghel, o Velho, 1558.

Protocolo clínico

Protocolo da Rede de Atenção Psicossocial, baseado em evidências, para a abordagem e o tratamento de transtornos depressivos.

Sistema Único de Saúde
Estado de Santa Catarina, 2015.



1. SITUAÇÃO A SER ABORDADA

Reações depressivas neuróticas, episódios monopulares isolados ou recorrentes, e depressões em transtornos de humor persistentes.

2. CLASSIFICAÇÃO NA CID 10

F41.2 Transtorno misto de ansiedade e depressão

Estado em que o sujeito apresenta, ao mesmo tempo, sintomas ansiosos e sintomas depressivos, sem predominância nítida de uns ou de outros, e sem que a intensidade de uns ou de outros seja suficiente para justificar um diagnóstico isolado. Quando os sintomas ansiosos e depressivos estão presentes simultaneamente com uma intensidade suficiente para justificar diagnósticos isolados, os dois diagnósticos devem ser anotados e não se faz um diagnóstico de transtorno misto ansioso e depressivo. É sinônimo de depressão ansiosa (leve ou não-persistente).

F43.20 Reação depressiva breve

Estado depressivo leve e transitório, de duração não excedendo 1 mês. É um tipo de transtorno de ajustamento (ou de adaptação) ocorrendo no curso de um período de adaptação a uma mudança existencial importante ou a um acontecimento estressante. O fator de "stress" pode afetar a integridade do ambiente social do sujeito (luto, experiências de separação) ou seu sistema global de suporte social e de valor social (imigração, estado de refugiado); ou ainda representado por uma etapa da vida ou por uma crise do desenvolvimento (escolarização, nascimento de um filho, derrota em atingir um objetivo pessoal importante, aposentadoria). A predisposição e a vulnerabilidade individuais desempenham um papel importante na ocorrência e na sintomatologia de um transtorno de adaptação; admite-se, contudo, que o transtorno não teria ocorrido na ausência do fator de "stress" considerado. As manifestações, variáveis, compreendem: humor depressivo, ansiedade, inquietude (ou uma combinação dos precedentes), sentimento de incapacidade de enfrentar, fazer projetos ou a continuar na situação atual, assim como certa alteração do funcionamento cotidiano. Transtornos de conduta podem estar associados, em particular nos adolescentes. A característica essencial deste transtorno pode consistir de uma reação depressiva, ou de uma outra perturbação das emoções e das condutas, de curta ou longa duração. Inclui choque cultural, hospitalismo da criança e reação de luto.

F43.21 Reação depressiva prolongada

Transtorno de ajustamento, semelhante à reação depressiva breve, porém ocorrendo em resposta a uma exposição prolongada a uma situação estressante, com duração não excedendo 2 anos.

F43.22 Reação mista de ansiedade e depressão

Transtorno de ajustamento, semelhante aos anteriores, transitório, em que sintomas ansiosos mesclam-se aos sintomas depressivos, mas em níveis não maiores do que os especificados em transtorno misto de ansiedade e depressão (F41.2).

F32 Episódios depressivos

Nos episódios típicos de cada um dos três graus de depressão: leve, moderado ou grave, o paciente apresenta um rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição da atividade. Existe alteração da capacidade de experimentar o prazer, perda de interesse, diminuição da capacidade de concentração, associadas em geral à fadiga importante, mesmo após um esforço mínimo. Observam-se em geral problemas do sono e diminuição do apetite. Existe

quase sempre uma diminuição da autoestima e da autoconfiança e frequentemente ideias de culpabilidade e ou de indignidade, mesmo nas formas leves. O humor depressivo varia pouco de dia para dia ou segundo as circunstâncias e pode se acompanhar de sintomas ditos “somáticos”, por exemplo perda de interesse ou prazer, despertar matinal precoce, várias horas antes da hora habitual de despertar, agravamento matinal da depressão, lentidão psicomotora importante, agitação, perda de apetite, perda de peso e perda da libido. O número e a gravidade dos sintomas permitem determinar três graus de um episódio depressivo: leve, moderado e grave.

Inclui:

episódios isolados de (um) (uma):

- depressão:
 - psicogênica
 - reativa
- reação depressiva

Exclui:

quando associados com transtornos de conduta em F91.- (F92.0)

transtornos (de):

- adaptação (F43.2)
- depressivo recorrente (F33.-)

F32.0 Episódio depressivo leve

Geralmente estão presentes ao menos dois ou três dos sintomas citados anteriormente. O paciente usualmente sofre com a presença destes sintomas mas provavelmente será capaz de desempenhar a maior parte das atividades.

F32.1 Episódio depressivo moderado

Geralmente estão presentes quatro ou mais dos sintomas citados anteriormente e o paciente aparentemente tem muita dificuldade para continuar a desempenhar as atividades de rotina.

F32.2 Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos

Episódio depressivo onde vários dos sintomas são marcantes e angustiantes, tipicamente a perda da auto-estima e idéias de desvalia ou culpa. As idéias e os atos suicidas são comuns e observa-se em geral uma série de sintomas “somáticos”.

Depressão:

- agitada
- maior episódio único sem sintomas psicóticos
- vital

F32.3 Episódio depressivo grave com sintomas psicóticos

Episódio depressivo correspondente á descrição de um episódio depressivo grave (F32.2) mas acompanhado de alucinações, idéias delirantes, de uma lentidão psicomotora ou de estupor de uma gravidade tal que todas as atividades sociais normais tornam-se impossíveis; pode existir o risco de morrer por suicídio, de desidratação ou de desnutrição. As alucinações e os delírios podem não corresponder ao caráter dominante do distúrbio afetivo.

Episódios isolados de: depressão major com sintomas psicóticos, depressão psicótica, psicose depressiva psicogênica e reativa

F32.8 Outros episódios depressivos

Depressão atípica

Episódios isolados de uma depressão “mascarada” SOE

F32.9 Episódio depressivo não especificado

Depressão SOE

Transtorno depressivo SOE

F33 Transtorno depressivo recorrente

Transtorno caracterizado pela ocorrência repetida de episódios depressivos correspondentes à descrição de um episódio depressivo (F32.-) na ausência de todo antecedente de episódios independentes de exaltação de humor e de aumento de energia (mania). O transtorno pode, contudo, comportar breves episódios caracterizados por um ligeiro aumento de humor e da atividade(hipomania), sucedendo imediatamente a um episódio depressivo, e por vezes

precipitados por um tratamento antidepressivo. As formas mais graves do transtorno depressivo recorrente (F33.2 e F33.3) apresentam numerosos pontos comuns com os conceitos anteriores da depressão maníaco-depressiva, melancolia, depressão vital e depressão endógena. O primeiro episódio pode ocorrer em qualquer idade, da infância à senilidade, sendo que o início pode ser agudo ou insidioso e a duração variável de algumas semanas a alguns meses. O risco de ocorrência de um episódio maníaco não pode jamais ser completamente descartado em um paciente com um transtorno depressivo recorrente, qualquer que seja o número de episódios depressivos apresentados. Em caso de ocorrência de um episódio maníaco, o diagnóstico deve ser alterado pelo de transtorno afetivo bipolar (F31.-). Inclui episódios recorrente de depressão psicógena, de depressão reativa, de reação depressiva e o transtorno depressivo sazonal.

F33.0 Transtorno depressivo recorrente, episódio atual leve

Transtorno caracterizado pela ocorrência repetida de episódios depressivos, sendo o episódio atual leve, tal como descrito em F32.0, na ausência de qualquer antecedente de mania.

F33.1 Transtorno depressivo recorrente, episódio atual moderado

Transtorno caracterizado pela ocorrência repetida de episódios depressivos, sendo o episódio atual de moderada gravidade, tal como descrito em F32.1, na ausência de qualquer antecedente de mania.

F33.2 Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave sem sintomas psicóticos

Transtorno caracterizado pela ocorrência repetida de episódios depressivos, sendo o episódio atual grave, sem sintomas psicóticos, tal como descrito em F32.2, na ausência de qualquer antecedente de mania. Inclui a depressão endógena, a depressão maior recorrente sem sintomas psicóticos, a depressão vital recorrente, e a psicose maníaco-depressiva em forma depressiva sem sintomas psicóticos.

F33.3 Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave com sintomas psicóticos

Transtorno caracterizado pela ocorrência repetida de episódios depressivos, sendo o episódio atual grave, com sintomas psicóticos, tal como descrito em F32.3, na ausência de qualquer antecedente de mania. Inclui: depressão endógena com sintomas psicóticos, episódio recorrente grave de depressão maior com sintomas psicóticos, depressão psicótica, psicose depressiva psicogênica e psicose depressiva reativa. Inclui também a psicose maníaco-depressiva, forma depressiva, com sintomas psicóticos.

F33.4 Transtorno depressivo recorrente, atualmente em remissão

O paciente teve no passado dois ou mais transtornos depressivos como descritos acima (F33.0-F33.3) mas não apresenta atualmente nenhum sintoma depressivo e isto há vários meses.

F33.8 Outros transtornos depressivos recorrentes

F33.9 Transtorno depressivo recorrente sem especificação

Depressão unipolar sem outra especificação.

F34 Transtornos de humor [afetivos] persistentes

Transtornos do humor persistentes e habitualmente flutuantes, nos quais os episódios individuais não são suficientemente graves para justificar um diagnóstico de episódio maníaco ou de episódio depressivo leve. Como persistem por anos e, por vezes, durante a maior parte da vida adulta do paciente, levam contudo a um sofrimento e à incapacidade consideráveis. Em certos casos, episódios maníacos ou depressivos recorrentes ou isolados podem se superpor a um transtorno afetivo persistente.

F34.1 Distímia

Rebaixamento crônico do humor, persistindo ao menos por vários anos, mas cuja gravidade não é suficiente ou na qual os episódios individuais são muito curtos para responder aos critérios de transtorno depressivo recorrente grave, moderado ou leve (F33.-).

Inclui: depressão ansiosa persistente, depressão neurótica, neurose depressiva, personalidade depressiva

F38.1 Outros transtornos do humor [afetivos] recorrentes

Episódio depressivo recorrente breve

3. DIAGNÓSTICO

A coleta da história clínica, a anamnese e o exame devem observar os critérios da décima versão da Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), da Organização Mundial da Saúde.

Nenhum sinal ou sintoma psicopatológico é, por si, patognomônico. A confecção do diagnóstico deve levar em conta que os critérios da CID apresentam certo grau de subjetividade, devendo-se evitar a psicologização, a medicalização e a farmacologização de sentimentos e condições humanas normais.

A psicologização e a psiquiatrização dos discursos familiares e escolares criam, seguidamente, abusos na interpretação de desvios sociológicos. Isto tem consequências complexas, especialmente para as crianças, pois há setores da sociedade que impulsionam os médicos a assumirem um discutível papel de agente tutelar das famílias¹.

Na ausência de certeza e de possibilidade de comprovação, deve-se ter o cuidado de não adicionar comentários escritos ou de criar documentos, capazes de ser utilizados para atribuir nexos causais ou contributivos, mesmo que superficiais. Documentos emitidos por membros das equipes de saúde podem ser utilizados em processos administrativos, previdenciários, éticos ou judiciais, de formas não imaginadas e não planejadas por quem os assinou.

Os transtornos afetivos não se confundem com reações e estados transitórios desagradáveis normais. Não se confundem com variações neuróticas momentâneas das emoções e dos sentimentos. Não se confundem com reações explicáveis por ajustamentos ou desadaptação diante de fatos da vida social e afetiva, e nem por reações próprias das características da personalidade da pessoa. Um cuidado especial deve ser tomado, para não se encaixar, negligentemente, como doença o que não é, e vice-versa².

Em caso de indícios de transtorno depressivo ainda sem comprovação clínica, o profissional deverá deixar claro que apenas suspeita, sem atribuir o rótulo ao caso.

Havendo sintomas importantes, ainda sem diagnóstico completo e sem classificação, poder-se-á indicar no documento de encaminhamento a suspeita diagnóstica em relação ao código F3_(?), que identifica a forma alfanumérica da alteração da afetividade ou do humor, seguida de uma lacuna e um ponto de interrogação entre parênteses.

¹ KAMERS, Michele. A fabricação da loucura na infância: psiquiatrização do discurso e medicalização da criança. **Estilos clin.**, São Paulo, v. 18, n. 1, abr. 2013. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282013000100010&lng=pt&nrm=iso>.

² Veja-se o texto do Prof. Dr. José Alberto Del Porto, sobre o conceito e o diagnóstico de depressão: “Os sentimentos de tristeza e alegria colore[m] o fundo afetivo da vida psíquica normal. A tristeza constitui-se na resposta humana universal às situações de perda, derrota, desapontamento e outras adversidades. Cumpre lembrar que essa resposta tem valor adaptativo, do ponto de vista evolucionário, uma vez que, através do retraimento, poupa energia e recursos para o futuro. Por outro lado, constitui-se em sinal de alerta, para os demais, de que a pessoa está precisando de companhia e ajuda. As reações de luto, que se estabelecem em resposta à perda de pessoas queridas, caracterizam-se pelo sentimento de profunda tristeza, exacerbação da atividade simpática e inquietude. As reações de luto normal podem estender-se até por um ou dois anos, devendo ser diferenciadas dos quadros depressivos propriamente ditos. No luto normal a pessoa usualmente preserva certos interesses e reage positivamente ao ambiente, quando devidamente estimulada. Não se observa, no luto, a inibição psicomotora característica dos estados melancólicos. Os sentimentos de culpa, no luto, limitam-se a não ter feito todo o possível para auxiliar a pessoa que morreu; outras ideias de culpa estão geralmente ausentes”. (DEL PORTO, José Alberto. Conceito e diagnóstico. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 21, supl. 1, May 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000500003&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>).

Deve-se fazer o diagnóstico diferencial, evitando confundir outras condições com o transtorno afetivo bipolar ou com depressões monopolares, pois podem ocorrer manias e depressões secundárias a outras causas. Veja-se o quadro das depressões secundárias:

Depressões secundárias: tipos e causas

Induzida por drogas	Intoxicação ou abuso de: opioides, benzodiazepínicos, anticonvulsivantes, álcool, reserpina. Por abstinência de: cocaína, anfetaminas, simpaticomiméticos
Metabólica	Uremia, deficiência de niacina (pelagra), de B ₁₂ , anemia, hipotireoidismo, síndrome de Cushing, doença de Addison, apneia do sono, intoxicação por metal pesado, síndrome paraneoplásica
Infecçiosa	Doença de Lyme, neurosífilis, HIV, síndrome de Behçet, meningite
Neurológica / cerebrovascular	Isquemia, AVC, neoplasia, convulsões parciais complexas, estado pós ictal, hidrocefalia de pressão normal, doença de Parkinson

Fonte: Baseado em: STERN, T.A.; FRICCHIONE, G.L.; CASSEM, N.H. et al. (editors). **Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry**. 5th edition. Philadelphia, PA: Mosby; 2004. pp. 119–134.

O código F43._ pode causar problemas na Previdência, uma vez que o programa informatizado do INSS nem sempre utiliza os algarismos que vêm após o ponto. Muitos transtornos de ajustamento depressivos multicausais, ou por causas que não se relacionam ao trabalho, se forem bem descritos, podem ser confundidos com agravos laborativos ou profissionais. É interessante que os atestados deixem claro, quando for o caso, que o transtorno de ajustamento relaciona-se a problemas pessoais, conjugais, familiares, financeiros, ou outros, para que não pareça resultarem de atividades próprias do emprego ou dos processos de trabalho. Isto evitaria erros capazes de redundar em judicialização desnecessária.

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Quadros depressivos em adultos e crianças.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- 1) Sintomas ou síndromes depressivas próprios de reações de ajustamento (F43) ou de outros quadros neuróticos (F4_) sem sintomas depressivos;
- 2) Episódios depressivos integrantes de transtorno afetivo bipolar;
- 3) Síndromes depressivas orgânicas;
- 4) Hipersensibilidade aos fármacos;
- 5) Psicose alcoólica ou tóxica concomitante à depressão;
- 6) Dependência grave de fármacos psicoativos, em síndrome de abstinência;
- 7) Pessoa impossibilitada de adesão ao tratamento e de acompanhamento contínuo;
- 8) Sintomas depressivos transitórios normais ou adaptativos, sem critérios para classificação como doença.
- 9) depressões pós-esquizofrênicas (F20.4)
- 10) transtornos esquizoafetivos, de tipo depressivo (F25.1) e de tipo misto (F25.2).

6. CASOS ESPECIAIS

Os casos especiais implicam as comorbidades com outros transtornos mentais ou comportamentais, inclusive transtornos de personalidade (como os de personalidades emocionalmente instáveis) e os quadros demenciais.

7. POSSÍVEIS LOCAIS DE TRATAMENTO

Unidades sanitárias da rede primária, centros de atenção psicossocial (CAPS), ambulatórios, hospitais, prontos-socorros, SAMU, UPA.

A avaliação inicial deve ser feita preferencialmente pela equipe de Saúde da Família (ESF) nas Unidades Locais de Saúde ou Centros de Saúde, constituindo-se na porta de entrada preferencial da rede de atenção à saúde.

8. TRATAMENTO

8.1 Fármacos

O uso de psicofármacos faz parte de um contexto de tratamento mais abrangente. O ideal, como rotina de um serviço de saúde, seria contar com várias abordagens que funcionassem concomitantemente à prescrição do remédio³.

Os psicoanalépticos do tipo estimulante do humor podem ser utilizados nos episódios depressivos moderados e graves. Porém, em sintomas depressivos avulsos, em depressões subliminares ou leves tais fármacos não demonstraram ter um efeito maior do que os placebos. Portanto, nos episódios depressivos leves não se deve utilizar medicamentos⁴. Geralmente tais condições evoluem bem, por si mesmas ou por intervenções da equipe de saúde que propiciem catarse e apoio, aconselhamento, redimensionamento das relações interpessoais em família e em outro grupo de convívio.

A Organização Mundial da Saúde é categórica ao afirmar que não se deve usar antidepressivos ou benzodiazepínicos em tratamentos iniciais, para indivíduos com queixas ou sintomas depressivos subliminares, na ausência de um transtorno ou de um episódio depressivo atual, ou na ausência de história prévia de episódios depressivos maiores bem caracterizados^{5, 6, 7}.

³ OMS. **Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias em el nivel de atención de la salud no especializada**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2010. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789243548067_spa.pdf>.

⁴ NHS. NICE. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). **Depression: The Treatment and Management of Depression in Adults (Updated Edition)**. Leicester (UK): British Psychological Society; 2010. (NICE Clinical Guidelines, No. 90.) 13, the management of subthreshold depressive symptoms. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK63737/>>.

⁵ OMS. **Anti-depressants or benzodiazepines in patients with complaints of depressive symptoms** (in absence of depressive episode/disorder). Genebra: WHO, jun. 2012. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/resource/other_complaints_q2.pdf> e <http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/other_disorders/q2/en/index.html>.

⁶ NICE. **National Clinical Guideline Number 123**. Common Mental Health Disorders. Londres: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2011.

Em casos mais complexos, a terapia ocupacional e outras intervenções psicossociais breves podem dar apoio e capacidade de expressão ao paciente, nos casos em que as queixas subliminares são excessivamente repetidas. As psicoterapias têm efeitos significativos⁸.

Contudo, considera-se o uso de psicoanalépticos estimulantes do humor (antidepressivos) quando, em um quadro depressivo atual:

- (1) se identifica uma história pregressa de depressão severa ou moderada ou
- (2) ocorre uma apresentação de sintomas depressivos, mesmo que subliminares, presente por um longo período (dois anos, pelo menos) ou, ainda
- (3) quando uma depressão moderada ou sintomas depressivos subliminares persistem após outras intervenções (psicossociais, de aconselhamento, psicoterápicas, etc.).

Os antidepressivos, apesar de não demonstrarem efeitos importantes nas queixas subliminares, têm efeitos mais sensíveis do que os tratamentos psicológicos quando se trata de distímia e de depressões maiores⁹.

O *Hypericum perforatum* (erva de São João) tem um discreto efeito antidepressivo. Contudo, não se preconiza sua indicação, em função da incerteza científica sobre suas doses e sobre os possíveis efeitos colaterais. Além disso, ele causa interações indesejáveis com outras substâncias¹⁰.

Nas depressões moderadas e graves, 20% dos pacientes não respondem adequadamente a qualquer medicamento antidepressivo, enquanto que 30% respondem bem até a placebos. 50% respondem aos psicoanalépticos e deles dependem para aliviar ou remitir os sintomas¹¹.

Por outro lado, um episódio depressivo maior (com início claro e importante alteração no modo de vida), se não tratado, pode durar cerca de 6 meses. Em tais casos se indica que o tratamento seja prolongado por pelo menos 6 meses após o término do episódio, visando diminuir o risco de recorrência. A dose de antidepressivo na manutenção deve ser a mesma utilizada na fase aguda.

A imipramina tem sido utilizada desde o final dos anos 1950, com muito boa eficácia. Por sua relação custo-efetividade, ainda é uma droga bastante preconizada nos sistemas públicos de saúde¹².

⁷ WILLIAMS, J.W. Jr: et al. Treatment of dysthymia and minor depression in primary care: A randomized controlled trial in older adults. **Journal of the American Medical Association**, 284:1519-26, 2000.

⁸ CUIJPERS, P.; SMIT, F.; VAN STRATEN, A. Psychological treatments of subthreshold depression: a meta-analytic review. **Acta Psychiatrica Scandinavica**. 2007;115:434-444. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17498154>>.

⁹ CUIJPERS, P.; VAN STRATEN, A. A, VAN OPPEN, P.; et al. Are psychological and pharmacologic interventions equally effective in the treatment of adult depressive disorders? A meta-analysis of comparative studies. **Journal of Clinical Psychiatry**. 2008;69:1675-1685. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18945396>>.

¹⁰ National Collaborating Centre for Mental Health (UK). **Depression: The Treatment and Management of Depression in Adults (Updated Edition)**. Leicester (UK): British Psychological Society; 2010. (NICE Clinical Guidelines, No. 90.) 10, pharmacological interventions. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK63751/>>.

¹¹ ANDERSON, I.M.; FERRIER, I.N.; BALDWIN, R.C.; et al. Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: a revision of the 2000 British Association for Psychopharmacology guidelines. **Journal of Psychopharmacology**. 2008; 22:343-396.

¹² SERRANO-BLANCO, A.; SUAREZ, D.; PINTO-MEZA, A.; PENARRUBIA, M. T.; HARO, J. M. Fluoxetine and imipramine: are there differences in cost-utility for depression in primary care? **Journal of Evaluation in**

A amitriptilina é, ainda, o padrão ouro dos antidepressivos, especialmente para as depressões ansiosas acompanhadas de insônia. Ela é tão efetiva quanto os antidepressivos mais novos, ou até melhor¹³, apesar de ter alguns efeitos colaterais mais pronunciados, especialmente nos primeiros dias de uso. Os tricíclicos têm, portanto, vasta utilidade contemporânea e há evidências científicas altamente favoráveis à sua atual aplicação nos quadros depressivos¹⁴. A amitriptilina é bastante útil em depressões agitadas ou ansiosas. Para os pacientes insones, usada à noite ajuda a conciliar o sono.

A fluoxetina é um fármaco largamente usado, inclusive na atenção primária, com um papel preponderante no tratamento das depressões, especialmente das abúlicas e apáticas^{15, 16}.

8.2 Paciente com doença física

Há cuidados a serem tomadas, na escolha dos antidepressivos, se o sujeito apresenta alguma doença física de base:

- 1) os ISRS podem piorar os sintomas parkinsonianos, e, por isso são indicados os tricíclicos para estes pacientes;
- 2) os tricíclicos diminuem o limiar convulsivo e, por isso, em pacientes com risco de convulsões devem ser usados os ISRS;
- 3) a fluoxetina inibe o sistema enzimático de citocromos no fígado e pode levar a aumento da concentração sérica de antiarrítmicos e betabloqueadores. Por este motivo, em pacientes fazendo uso de várias medicações está indicada a troca para compatibilização. Em caso de não se poder trocar os antiarrítmicos e betabloqueadores, os tricíclicos teriam menor risco de interação do que a fluoxetina; para aqueles a quem se contraindica formalmente os tricíclicos, a opção seria a sertralina.
- 4) se o paciente tem dor neuropática pode ter alívio da mesma com o uso de baixas doses de tricíclicos (mas não com os ISRS);
- 6) os tricíclicos podem levar a aumento do desejo por doces, aumento de peso e hiperglicemia, devendo ser usados com cuidado em diabéticos;
- 7) os ISRS aumentam a chance de sangramentos, tendo trabalhos que já comprovam sua associação com maiores riscos de hemorragia digestiva alta;

Clinical Practice 2009; 15(1) :195-203. Disponível em:

<<http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/main.php?lib=COC&searchExp=imipramina&lang=pt>>.

¹³ Revisão sistemática envolvendo 194 estudos mostra que a amitriptilina é discretamente mais efetiva do que outros antidepressivos (inclusive inibidores seletivos): GUAIANA, G.; BARBUI, C.; HOTOPF, M. Amitriptyline for depression. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2007, Issue 3. Art. No.: CD004186. DOI:

10.1002/14651858.CD004186.pub2. Disponível em:

<<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004186.pub2/full>>.

¹⁴ NICE. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Depression: The Treatment and Management of Depression in Adults (Updated Edition). **NICE Clinical Guidelines, No. 90**. Leicester (UK): British Psychological Society; 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK63741/#ch9.s30>> .

¹⁵ MAGNI, L.R.; PURGATO, M.; GASTALDON, C.; PAPOLA, D.; FURUKAWA, T.A.; CIPRIANI, A.; BARBUI, C. Fluoxetine versus other types of pharmacotherapy for depression. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2013, Issue 7. Art. No.: CD004185. DOI: 10.1002/14651858.CD004185.pub3. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004185.pub3/pdf/standard>>.

¹⁶ NICE. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). **Common Mental Health Disorders: Identification and Pathways to Care**. (NICE Clinical Guidelines, No. 123.) 2, Common mental health disorders. Leicester (UK): British Psychological Society; 2011. Disponível em:

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK92254/#ch2.s2>>.

8) os tricíclicos, devido aos seus efeitos anticolinérgicos podem levar a: aumento da pressão intra-ocular sobretudo naqueles com glaucoma de ângulo estreito, retenção urinária nos que têm hipertrofia prostática e constipação, sendo problemático sobretudo em pacientes com doença diverticular.

8.3 Infância e Adolescência

De modo geral, depressão em crianças e adolescentes mais jovens deve ser diagnosticada e manejada com apoio de profissional ou de serviço especializado em saúde mental.

O sintoma fundamental de humor triste ou deprimido é comumente substituído por humor irritável e alteração do comportamento. Em pré-escolares, são frequentes sintomas somáticos (ex, dores abdominais), parada de crescimento, fácies tristonha, anorexia, hiperatividade, transtornos do sono e auto e heteroagressão.

Em escolares, pode haver também lentificação, distorções cognitivas de cunho autodepreciativo, pensamentos de morte, além de sintomas de ansiedade e transtornos de conduta. O mau desempenho escolar (piora em relação ao padrão anterior) é freqüente e um dos principais indicadores. É comum que a depressão em crianças, mal diagnosticada, seja confundida com transtorno de déficit de atenção.

O suicídio é raro em menores de 12 anos, mas os pensamentos são frequentes.

Em adolescentes, os sintomas depressivos assemelham-se mais ao adulto, com a frequente substituição do humor triste por irritável, e é frequente a comorbidade com uso de substâncias psicoativas, o que pode confundir e dificultar a avaliação.

Intervenções psicoterápicas específicas são o tratamento de escolha para casos leves e moderados.

Para casos graves, antidepressivos podem ser usados, mas sua eficácia é menor do que em adultos. Os ISRS são os medicamentos mais seguros e com alguma evidência de eficácia em crianças e adolescentes. Em adolescentes mais velhos, pode-se usar fluoxetina, iniciando com doses de 10 mg e passando a 20mg de acordo com a tolerância. Os tricíclicos têm pouca eficácia em adolescentes¹⁷.

Sempre se deve pesquisar comorbidade e fazer diagnóstico diferencial com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), transtornos de conduta, transtornos de ansiedade e transtorno afetivo bipolar, bem como pesquisar exaustivamente situações estressantes ocultas, principalmente situações de abuso.

Os fatores de risco a serem pesquisados são:

- 1) história atual ou pregressa de doença mental séria ou depressão no período pós-natal;
- 2) tratamento prévio por profissional de saúde mental;
- 3) história familiar de transtornos no período perinatal.

8.4 Gestantes e lactantes

Se optar por prescrever um antidepressivo durante a gestação, a fluoxetina é o que tem menos riscos conhecidos. Os tricíclicos também podem ser utilizados, sem aumento de risco de malformações. Todos os antidepressivos podem causar sintomas discretos de abstinência e de toxicidade no neonato (irritabilidade, choro, flacidez, inquietação, tremor,

¹⁷ HEZELL, P.; MIRZAIE, M. Tricyclic drugs for depression in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Jun 18;6:CD002317. doi: 10.1002/14651858.CD002317.pub2. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23780719>>.

dificuldades com sono e alimentação), mas estes geralmente são leves e transitórios.

Quanto ao uso durante a lactação, os efeitos dos antidepressivos no bebê são menos conhecidos, sendo os mais estudados e considerados seguros os tricíclicos, preferencialmente em dose única ao deitar. Os efeitos colaterais, como sedação e irritabilidade, devem ser pesquisados no bebê.

Benzodiazepínicos podem ser prescritos apenas em casos de agitação ou ansiedade intensa e por curtos períodos, pelos riscos de fenda palatina e síndrome do bebê flácido (floppy infant). Mulheres que engravidam quando em uso de benzodiazepínicos devem retirá-los gradativamente, substituindo-os por outras estratégias de manejo de ansiedade.

8.5 Idosos

Idosos em depressão têm alto risco de recorrência, incapacidade crônica e mortalidade aumentada. A idade por si só não é fator de risco para depressão, mas situações como viuvez e doenças médicas com perda de autonomia aumentam a vulnerabilidade.

Depressão em idosos é particularmente subdiagnosticada e subtratada por médicos gerais, pelas diferenças na apresentação (mais sintomas somáticos), mas também por uma tendência a aceitar os sintomas depressivos como parte normal do envelhecimento.

A apresentação pode diferir pela maior ênfase em sintomas somáticos, como dores, tonturas, dispneia, palpitação. Outros sinais e sintomas comuns nos idosos são: energia e concentração reduzidas, transtornos do sono (insônia terminal, sono entrecortado), perda de apetite e perda de peso.

O déficit cognitivo pode ser facilmente confundido com demência (pseudo demência, própria da depressão), e podem ser necessários testes como o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) ou um ensaio terapêutico com antidepressivos para se ter segurança do diagnóstico.

Em pacientes com demência e outros distúrbios neurológicos como Parkinson e sequelas de acidente vascular cerebral (AVC), a depressão responde a antidepressivos e deve ser tratada da mesma maneira que nos pacientes sem demência da mesma faixa etária.

Idosos têm alto risco de suicídio, e solidão é o principal motivo relatado para considerar a possibilidade de suicídio. Aqueles com perdas recentes, principalmente de cônjuge, e doenças médicas limitantes e incapacitantes devem ser rastreados ativamente para depressão e suicídio.

Em idosos suscetíveis a efeitos colaterais importantes, pode-se preferir medicamentos de meia vida curta e com menos efeitos anticolinérgicos, como nortriptilina e sertralina. As doses devem ser individualizadas, iniciando com as doses mínimas eficazes (por ex, nortriptilina 50 mg, sertralina 50 mg).

Cuidado especial deve-se ter ao prescrever diazepam, que se acumula nos tecidos lipofílicos e pode ter uma meia vida de 4 a 5 dias em idosos, gerando aumento progressivo de efeito e risco de ataxia, sonolência, confusão, quedas e déficit cognitivo. A fluoxetina também pode se acumular com o tempo de uso e ter seu efeito (e toxicidade) aumentado após várias semanas de uso, devendo-se ter cautela com a dose utilizada.

8.6 Situações de Emergência: Suicídio

Perguntar ao paciente sobre ideação suicida não induz ao suicídio, e pode tranquilizá-lo, por perceber que pode falar abertamente de todos os aspectos de sua condição. Todos os pacientes com depressão moderada a grave devem ser perguntados abertamente e especificamente sobre ideação, planos e tentativas de suicídio.

A intervenção com maior grau de recomendação para diminuição do risco de suicídio na população é o tratamento adequado e eficaz dos pacientes com depressão.

Os melhores preceptores de comportamento suicida são a existência de tentativa prévia e a presença de ideação suicida. A desesperança é a principal dimensão psicológica associada ao suicídio, e impulsividade e agressividade podem ser as principais características que compõem o comportamento suicida.

Pode ser encaminhado a tratamento ambulatorial o paciente com ideação suicida crônica ou praticante de auto lesão sem repercussão clínica grave. O ideal é que, nestes casos, monte-se um apoio familiar e psicossocial estável.

Quando optamos por não internar um paciente com risco de suicídio, devem ser orientadas medidas gerais, como tirar armas e facas da casa, não deixar medicamentos ou produtos tóxicos acessíveis, manter algum familiar ou amigo constantemente presente. Estas medidas simples podem diminuir o acesso do paciente a meios de se lesar e podem diminuir as chances de suicídio.

Deve-se encaminhar o paciente a um tratamento intensivo em CAPS quando houver risco de suicídio associado a:

- 1) psicose;
- 2) abuso de substância;
- 3) desesperança significativa, impulsividade ou plano suicida;
- 4) ausência de suporte familiar/social;
- 5) não adesão ou impossibilidade de seguir tratamento ambulatorial.

8.7 Sintomas subliminares e depressões leves

A Organização Mundial da Saúde recomenda que nos casos com sintomas subliminares ou leves utilizem-se abordagens valorizando a busca de solução de problemas¹⁸, já consolidadas como terapias¹⁹.

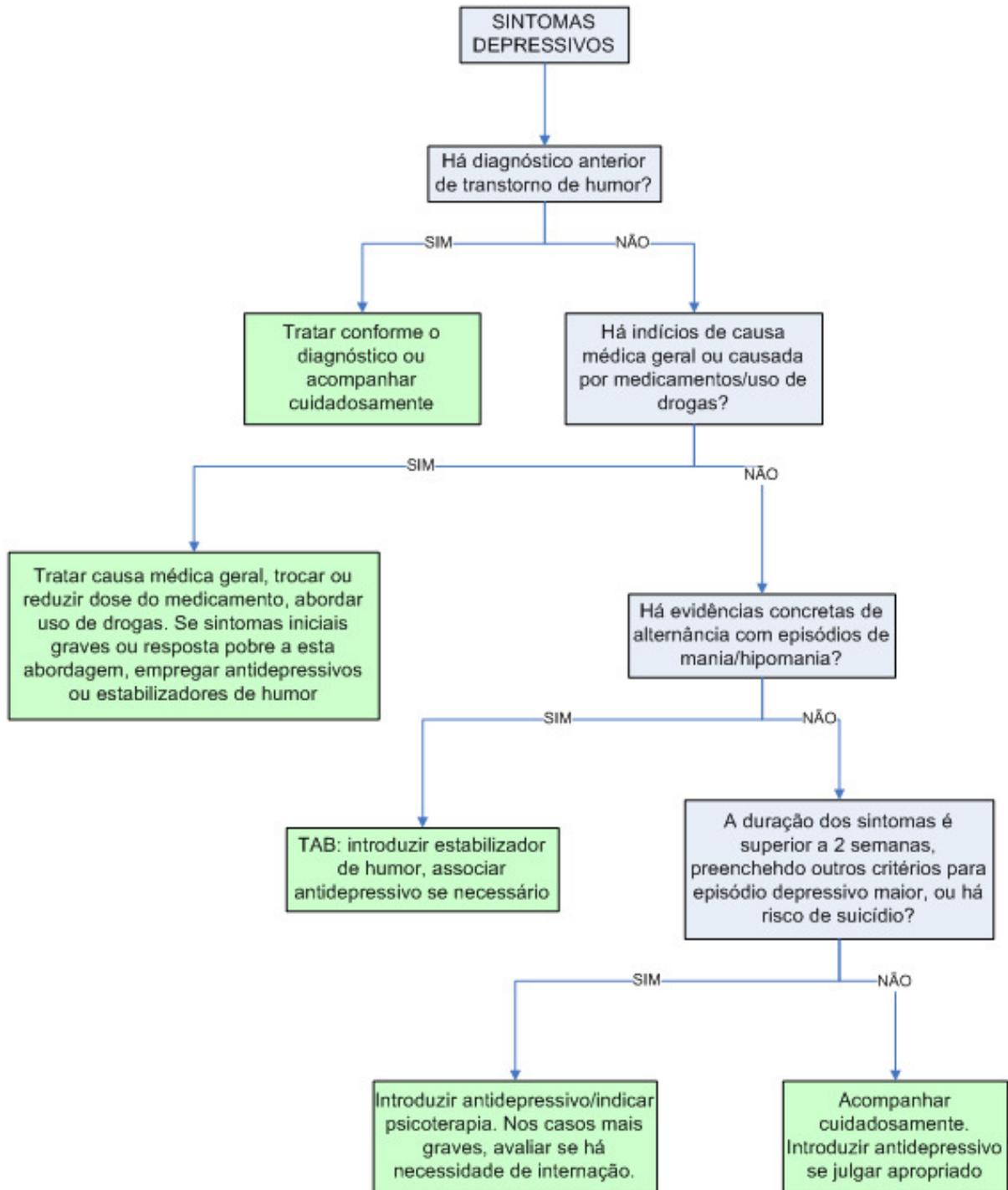
A terapia de solução de problemas aborda questões relacionais ou vitais em etapas, determinando suas principais metas, avaliando os obstáculos que estão bloqueando esses objetivos, e se envolvendo na resolução do que pode ser solucionado e aceitação do que é incontornável:

- 1) identificação de problemas;
- 2) geração de múltiplas soluções alternativas;
- 3) escolha da melhor solução dentre as alternativas;
- 4) desenvolvimento de um plano;
- 5) implementação de uma tática de resolução de problemas;
- 6) avaliação da eficácia do método usado.

¹⁸ OMS. Problem-solving approach in people with depressive symptoms (in absence of depressive episode/disorder). Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2012. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/other_disorders/q3/en/index.html>.

¹⁹ CUIJPERS, P.; Van STRATEN, A.; WARMERDAM, L. Problem solving therapies for depression: a meta-analysis. *European Psychiatry*, 2007, 22:9-15. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17194572>>.

9. ALGORITMO



Fonte: MANSUR, C.G.; DUARTE, L.S. Depressão e mania. Medicina Net. Disponível em: <http://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/52/depressao_e_mania.htm>.