

Síndromes depressivas



Menino chorando, de Bruno Amadio (Giovanni Bragolin), *circa* 1940.

Protocolo de acolhimento para a linha de cuidado em saúde mental no SUS

Protocolo da Rede de Atenção Psicossocial, baseado em evidências, para o acolhimento de transtornos depressivos.

Sistema Único de Saúde
Estado de Santa Catarina, 2015.



1. INTRODUÇÃO

O significado do termo "depressão" vem sendo constantemente deturpado ou perdido, na imprensa leiga, na linguagem popular e mesmo na linguagem jurídica. É comum que o termo seja empregado sem preocupações técnicas, para designar estados afetivos normais, envolvendo tristeza, decepção, enfado, luto, baixa autoestima, revolta e tantos outros sentimentos. Há, atualmente, uma pressão social no sentido do uso de drogas tranquilizantes e antidepressivas, de forma indiscriminada, para amenizar situações que são próprias da condição humana. O psicotrópico, para muitas pessoas, se constitui em objeto de desejo e de consumo¹.

Nas ciências da saúde, a palavra depressão significa uma alteração patológica, persistente e inadequada do humor, resultante da combinação de fatores exógenos (como álcool e ritmos biológicos) e individuais (como os relacionados à personalidade e as predisposições), capazes de desencadear sintomas em indivíduos biologicamente vulneráveis².

Do ponto de vista clínico, deve-se diferenciar depressão enquanto sintoma, enquanto síndrome, enquanto transtorno e enquanto doença³. Sintomas de tom depressivo podem surgir como resposta a situações sociais difíceis, a perdas ou a circunstâncias amorosas, familiares, sociais e econômicas adversas. É comum que ocorram de forma transitória, sem importância clínica. A presença de um ou mais sintomas não implica, necessariamente, que haja uma doença. Muitas vezes, em situações adversas envolvendo perdas ou autocrítica, sentimentos depressivos são sinais de saúde mental e favorecem o amadurecimento do sujeito.

Como síndrome (conjunto de sintomas e sinais), a depressão inclui não apenas alterações importantes e patológicas da afetividade (humor rebaixado, melancolia, irritabilidade, falta da capacidade de sentir prazer, apatia, abulia), mas também uma gama variável de outros aspectos, incluindo alterações cognitivas, psicomotoras e vegetativas (no sono e no apetite, principalmente). Isto pode ocorrer em várias condições, como o transtorno de estresse pós-traumático, as demências, a esquizofrenia, o alcoolismo, a vivência de alguma doença não psiquiátrica, etc.. Há quadros depressivos secundários a intoxicações por drogas e medicamentos, a abstinência de drogas, a tumores, infecções e doenças (vasculares, cardíacas, neurológicas, endocrinológicas, metabólicas, etc.).

A depressão se manifesta como transtorno⁴ na distímia (também denominada neurose depressiva), de forma crônica. Ocorre como constituinte temporária da ciclotímia. Ocorre também, temporária e provisoriamente, em algumas reações de ajustamento.

¹ HENRARD, L.; REIS, C. A medicalização do sofrimento psíquico na contemporaneidade. **Voos Revista Polidisciplinar**, v. 5, ed. 2, jul. 2014. Disponível em: <<http://www.revistavoos.com.br/seer/index.php/voos/article/view/286/4>>.

² FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de atenção em saúde mental**. Tubarão: Ed. Copiart, 2010. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/05_08_2011_9.41.44.1bf62fa463bec5495279a63c16ed417f.pdf>.

³ 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>.

⁴ Nem todos os transtornos são doenças, mas todas as doenças são transtornos.

Tem características claras de doença em alguns quadros clínicos específicos: nos episódios depressivos maiores avulsos, nos episódios do transtorno depressivo recorrente (cíclicos) e nos episódios depressivos do transtorno bipolar, por exemplo.

Depressões mascaradas ou atípicas podem gerar grandes dificuldades diagnósticas. Muitas delas se apresentam na forma de estafa crônica e neurastenia, ou de transtornos somatoformes.

No cotidiano da medicina de família, no Brasil, a maioria dos transtornos de humor apresenta uma combinação de sintomas depressivos e ansiosos, e se apresenta mais com queixas somáticas do que psicológicas. Quando sintomas depressivos forem acompanhados por sintomas ansiosos, a prioridade deve ser tratar os aspectos depressivos, o que também pode reduzir a ansiedade.

Algumas apresentações comuns para depressão em unidades básicas de saúde são: múltiplas queixas somáticas, ganho ou perda de peso, déficit cognitivo discreto; múltiplas visitas médicas (mais de 5 por ano); problemas em mais de um sistema corporal com ausência de achados físicos; fadiga; disfunção no trabalho ou nos relacionamentos; mudança nas relações interpessoais; distúrbios do sono⁵. Somente uma anamnese bem feita poderá diagnosticar a depressão e diferenciá-la de outras queixas parecidas.

2. RECOMENDAÇÕES À EQUIPE DE SAÚDE

Ao abordar pessoas deprimidas, seus familiares ou seus cuidadores, em serviços de saúde pública, sugere-se ao profissional:

- a) Construir uma relação de confiança e trabalhar com engajamento, sem manifestar juízos de valores que possam complicar a relação ou impedir o seguimento adequado da terapia;
- b) Explorar as opções de tratamento em uma atmosfera de esperança e otimismo, explicando as possíveis evoluções do quadro depressivo e mostrando ser possível a recuperação;
- c) Estar ciente de que pode haver, para muitas pessoas, preconceitos ligados à ideia de depressão e de tratamento para transtornos mentais, a serem trabalhados;
- d) Garantir que os diálogos ocorram em locais onde se preserve a confidencialidade, a privacidade, o respeito e a dignidade;
- e) Dar informações apropriadas ao nível de entendimento do usuário e de seus acompanhantes, em linguagem compatível com as deles;
- f) Evitar o uso de uma linguagem clínica, científica ou muito sofisticada, que dificulte a compreensão;
- g) Informar, nos CAPS, sobre grupos de apoio, caso existam;
- h) Combinar as intervenções do tratamento a partir de informações compreendidas, perguntando-se, na dúvida, se o paciente entendeu o que se está explicando;
- i) Informar sobre o que se espera dos remédios e das outras intervenções;
- j) Informar sobre possíveis efeitos colaterais das medicações utilizadas;
- k) Informar sobre o comprometimento que a equipe espera do próprio usuário e de seus acompanhantes.

Um suporte da equipe aos cuidadores pode auxiliar no bom desenvolvimento do plano de cuidados. A companhia amistosa e apoiadora de outras pessoas, mesmo que esporádica, pode ajudar os deprimidos. Acompanhantes terapêuticos, amigos e

⁵ FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de atenção em saúde mental**. Tubarão: Ed. Copiart, 2010. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/05_08_2011_9.41.44.1bf62fa463bec5495279a63c16ed417f.pdf>.

voluntários treinados podem ter papel relevante na ultrapassagem de uma crise, principalmente entre mulheres sofrendo de depressões crônicas⁶. Grupos em CAPS ou em unidades da rede básica podem exercer papel animador e ativar esperanças.

Para pacientes muito graves, com depressões severas ou com sintomas psicóticos, pode-se imprimir o plano terapêutico singular, ou escrever um resumo dele, mandando cópia à unidade básica de saúde da área de residência do usuário. Alguns deles, apresentando riscos, precisam de suporte maior, da equipe, para sair de uma crise melancólica. Em tais casos as equipes podem fazer visitas domiciliares, monitorando os riscos e a relação do usuário com seus remédios e com outras pessoas, e interferindo no seu meio ambiente caseiro.

Um bom atendimento domiciliar tanto pode evitar internações, quanto pode melhorar a qualidade do período que se segue às altas de hospitais. Os riscos significativos de suicídio ou de autonegligência, em pacientes que não têm família e nem cuidadores, são os fatores mais fortes no sentido de estudar a necessidade de internação ou de chamada de parentes, montando um ambiente seguro. Não há evidências confirmando se o atendimento cotidiano, ao longo do dia, numa estrutura do tipo CAPS ou num hospital-dia, difere, em termos de resultados, do cuidado feito numa ala hospitalar⁷.

Há uma racionalidade para o reconhecimento de problemas de saúde mental por parte do médico não psiquiatra e das equipes de saúde da família. O apoio matricial, com matriciadores especializados em saúde mental, atuando em conjunto com profissionais de atenção primária, pode incrementar a avaliação e a atuação terapêutica na atenção primária. O papel da equipe de saúde da família matriciada, garantindo o seguimento longitudinal do paciente, representa um grande ganho no atendimento dos aspectos psicossociais da população⁸.

As técnicas de relaxação⁹ e os exercícios físicos tem efeito moderado sobre alguns quadros depressivos. São bem menos efetivos do que as terapias psicológicas e farmacológicas. São mais efetivos do que o não tratamento, mas não se sabe, exatamente, qual é o grau de sua eficácia e de sua influência^{10, 11}.

⁶ HARRIS, T.; BROWN, G.W.; ROBINSON, R. Befriending as an intervention for chronic depression among women in an inner city. 1: Randomised controlled trial. **The British Journal of Psychiatry** (1999) 174: 219-224 doi: 10.1192/bjp.174.3.219. Disponível em: <<http://bjp.rcpsych.org/content/174/3/219>>.

⁷ NICE. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). **Depression: The Treatment and Management of Depression in Adults** (Updated Edition). NICE Clinical Guidelines, No. 90. 4, Experience of care. Leicester (UK): British Psychological Society, 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK63772/>>.

⁸ VILLANO, L.A.B.; NANHAY, A.L.G. Depressão: Epidemiologia e abordagem em cuidados primários de saúde. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto**, Ano 10, Janeiro a Março de 2011. Disponível em: <http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=110> e <http://www.researchgate.net/publication/230661545_Depresso_Epidemiologia_e_abordagem_em_cuidados_primarios_de_sade._Depression_Epidemiology_and_primary_care_approach>.

⁹ JORM, A.F.; MORGAN, A.J.; HETRICK, S.E. Relaxation for depression. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2008, Issue 4. Art. No.: CD007142. DOI: 10.1002/14651858.CD007142.pub2. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007142.pub2/abstract>>.

¹⁰ MEAD, G.E.; MORLEY, W.; CAMPBELL, P.; GREIG, C.A.; MCMURDO, M.; LAWLOR, D.A. Exercise for depression. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2009, Issue 3. Art. No.: CD004366. DOI: 10.1002/14651858.CD004366.pub4. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004366.pub4/abstract;jsessionid=B38CA75E8F0EBD1EE95129D934C8D386.f02t03>>.

¹¹ COONEY, G.M.; DWAN, K.; GREIG, C.A.; LAWLOR, D.A.; RIMER, J.; WAUGH, F.R.; MCMURDO, M.; MEAD, G.E. Exercise for depression. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2013, Issue 9. Art. No.:

São importantes no tratamento das depressões o estabelecimento de harmonia com os ritmos circadianos e os conselhos sobre a higiene do sono¹².

As intervenções psicossociais e psicológicas dirigidas às parturientes e às novas mães ajudam a reduzir significativamente a ocorrência e a gravidade de depressões pós-parto¹³.

É útil informar o paciente e seus familiares sobre o fato de que as depressões são bastante comuns na população e que há tratamentos efetivos. O protocolo de saúde mental da Prefeitura de Florianópolis preconiza uma lista de temas a serem abordados no início do seguimento:

- 1) O paciente tem pensado frequentemente, em morte ou em morrer?
- 2) O paciente tem um plano de suicídio específico?
- 3) Ele fez tentativas de suicídio sérias no passado?
- 4) O paciente está seguro de que não colocará em prática as ideias suicidas?
- 5) A família ou as pessoas da rede afetiva íntima do paciente pode exercer supervisão e cuidado no cotidiano?
- 6) Há indícios de risco de danos a outras pessoas?
- 7) Planejar atividades de curto prazo que deem prazer ao paciente ou desenvolvam a confiança.
- 8) Encorajar o paciente a resistir ao pessimismo e autocrítica, a não se deixar levar por ideias pessimistas (p. Ex., terminar o casamento, deixar o emprego) e a não se concentrar em pensamentos negativos ou de culpa.
- 9) Identificar problemas atuais de vida ou estresses sociais. Focalizar-se em pequenos passos específicos que os pacientes poderiam dar em direção a reduzir ou manejar melhor esses problemas.
- 10) Se há sintomas físicos, discutir sua ligação com o transtorno do humor.
- 11) Após a melhora, planejar com o paciente o que será feito se os sintomas reaparecerem.

Atitudes educativas sobre a doença e seu tratamento são importantes, pois permitem que o paciente possa tomar decisões, lide melhor com efeitos colaterais das medicações e tenha maior adesão ao plano de cuidados.

Três questões fundamentais devem preceder o início do tratamento:

- 1) Avaliação do risco de suicídio, perguntando abertamente e quantificando;
- 2) Avaliação de história prévia ou suspeita de episódio maníaco ou hipomaníaco, inclusive na família (por exemplo, euforia, gastos excessivos, irritabilidade intensa, ideias de grandeza);
- 3) Exclusão da possibilidade de a depressão ser sintoma de outra doença ou de uso

CD004366. DOI: 10.1002/14651858.CD004366.pub6. Disponível em:
<<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004366.pub6/full>>.

¹² GARCÍA- HERRERA PÉREZ BRYAN, J. M.; NOGUERAS MORILLAS, E.V.; MUÑOZ COBOS, F.; MORALES ASENCIO, J. M. **Guía de Práctica Clínica sobre Tratamiento de la Depresión en Atención Primaria**. Málaga: Distrito Sanitario Málaga y Hospital Regional Universitario Carlos Haya de Málaga, Servicio Andaluz de Salud (SAS), Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Depresión en Atención Primaria, Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Agencia Laín Entralgo; 2011. Disponível em: <http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_488_Depresion_AP_compl.pdf>.

¹³ DENNIS, C.L.; DOWSWELL, T. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2013, Issue 2. Art. No.: CD001134. DOI: 10.1002/14651858.CD001134.pub3. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001134.pub3/pdf>>.

de medicamentos ou substâncias - neste caso, otimizar o tratamento da doença médica associada, reavaliar o paciente e tratar depressão se esta ainda estiver presente.

Como medidas gerais, para todos os pacientes, recomenda-se:

- 1) Aconselhamento em higiene do sono (inclusive com o propósito de evitar o uso de sedativos), diminuir os estímulos sonoros e luminosos, evitar cochilos ou ficar na cama durante o dia, evitar substâncias estimulantes ou refeições copiosas à noite, preparação para o sono (banho morno, chá/bebida morna);
- 2) Diminuir o uso de substâncias psicoativas, com destaque para cafeína, nicotina e álcool;
- 3) Orientar técnicas para manejo de ansiedade, como respiração controlada e relaxamento;
- 4) Incentivar programa estruturado de exercícios, como caminhadas regulares ou ginástica (por exemplo, 30 a 40 minutos, 3 vezes por semana).

3. SINTOMAS DEPRESSIVOS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Ao avaliar uma criança ou um jovem cuja hipótese diagnóstica é a de depressão, os profissionais de saúde devem envolver familiares ou outras pessoas íntimas, que possam ajudar no caso. Considere-se, de forma rotineira, fazer o registro sobre o atendimento, avaliar possíveis comorbidades, avaliar o contexto social, educacional e familiar do paciente e de seus familiares. Neste ponto, deve-se avaliar a qualidade das relações interpessoais, entre o paciente e outros membros da família e com seus amigos e colegas¹⁴.

As terapias psicológicas utilizadas no tratamento de crianças e jovens devem ser fornecidas por terapeutas experientes ou habilitados no atendimento de crianças e adolescentes.

Deve-se atentar para a possível necessidade de atendimento dos problemas psiquiátricos dos pais, a serem tratados em paralelo, encaminhando-os a um serviço adequado¹⁵.

Não se deve oferecer medicação antidepressiva a uma criança ou a um adolescente cuja depressão esteja em níveis leves ou moderados, exceto quando em combinação com uma terapia psicológica. Acordos específicos devem ser feitos para monitorização cuidadosa das reações adversas a medicamentos, bem como para a revisão do estado mental e do progresso geral. O ideal é que haja contato semanal com a criança ou o jovem, juntamente com seu pais ou responsáveis, ao longo das primeiras 4 semanas de tratamento. No caso de as terapias psicológicas cessarem, a medicação pode ainda ser prescrita, mas o médico prescritor deverá acompanhar de perto o progresso da criança ou do jovem, de uma forma regular, prestando atenção nas possíveis reações adversas.

Para qualquer criança ou jovem com suspeita de transtorno de humor, deve-se aprofundar a história familiar, no sentido de verificar se há casos de uni ou bipolaridade em parentes antecessores ou colaterais. Sempre que uma criança ou jovem foi

¹⁴ NHS. NICE. **Depression in children and young people**: identification and management in primary, community and secondary care. Clinical Guideline 28. Londres: National Collaborating Centre for Mental Health, National Institute for Health and Clinical Excellence, September 2005. Disponível em: <<http://www.nice.org.uk/guidance/CG028>>.

¹⁵ NHS. NICE. **Depression in adults**: the treatment and management of depression in adults: NICE clinical guideline 90. Issued: October 2009. <<http://www.nice.org.uk/guidance/cg90/resources/guidance-depression-in-adults-pdf>>.

diagnosticado com depressão, deve-se investigar a possibilidade de os pais serem deprimidos, abusarem de substâncias psicoativas, ou terem outros problemas de saúde mental. Problemas dos pais pode ter impactos negativos sobre o sucesso do tratamento oferecido à criança ou ao jovem. Os profissionais de saúde envolvidos no tratamento de crianças ou jovens com depressão devem ter tempo para construir uma relação de apoio e de colaboração com o paciente e com sua família ou seus cuidadores.

A maioria das crianças e jovens com depressão deve ser tratada em regime ambulatorial ou comunitário. Antes de iniciar qualquer tratamento, os profissionais de saúde devem avaliar, juntamente com o jovem, quais são os recursos familiares e comunitários utilizáveis, qual a rede social em torno do paciente e como ela poderá ser aproveitada, como apoio.

Estadiamento dos alvos e dos tipos de intervenções em depressão infantojuvenil.

Foco da intervenção	Natureza da intervenção
Nível 4. Depressão severa e complexa (respondendo mal aos tratamentos, ou com sintomas psicóticos, ou com comorbidades), com autonegligência e risco de autodestruição	Medicação, psicoterapia, atenção às crises, múltiplas intervenções. A internação só deve ser considerada para casos excepcionais e não responsivos a outras abordagens.
Nível 3. Sintomas subliminares persistentes, depressão moderada com resposta ruim às intervenções iniciais; depressão moderada ou severa não complexa.	Medicação, psicoterapia, atenção às crises, combinação de tratamentos. Para depressões associadas doenças físicas crônicas e incapacidade, aconselhar ter cuidador. Deixar nova avaliação marcada para breve.
Nível 2. Sintomas subliminares persistentes; depressão moderada ou leve.	Intervenções psicossociais de baixa intensidade, medicação para as depressões moderadas. Deixar marcada nova avaliação.
Nível 1. Qualquer suspeita de depressão.	Avaliação, suporte, psicoeducação, monitoramento ativo. Deixar marcada nova avaliação.

A detecção da depressão pode ser feita em unidades básica de saúde, no nível dos cuidados primários. A equipe do NASF pode ajudar na confirmação do diagnóstico e na montagem do plano terapêutico, para depressões leves a moderadas. Casos mais graves podem ser enviados a um CAPS. Se há CAPS i, seria uma boa medida pedir o parecer da equipe especializada, que tratará o paciente pelo tempo necessário, devolvendo-o à rede básica, quando julgar conveniente. Depressões com sintomas psicóticos necessitam de atendimento especializado, em CAPS i ou equivalente.