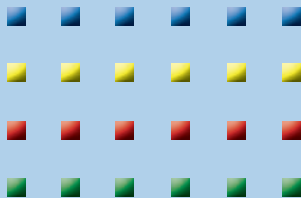




ABRATA

Associação Brasileira de Familiares,
Amigos e Portadores de Transtornos Afetivos



Depressão

Manual Informativo

O que é?

Sintomas e riscos associados

Como prevenir o suicídio?

Depressão e outras doenças: comorbidade

Diagnóstico

Tratamento: dificuldades e variantes

O apoio dos familiares e amigos

O trabalho da Abrata de informação e apoio



Apresentação

O conteúdo deste livreto foi elaborado pela Associação de Familiares, Amigos e Portadores de Transtornos Afetivos – ABRATA, que agradece o trabalho voluntário do Dr. Teng Chei Tung, presidente do seu Conselho Científico como coordenador do grupo de colaboradores voluntários, membros do Conselho Científico e convidados, todos especialistas na área de saúde mental, Drs. : Alexandrina Meleiro, Ângela Scippa, Elisabeth Sene-Costa, Martha Helena Noal, Luis Pereira Justo, Rodrigo Silva Dias, Sônia M. Palma e Teng Chei Tung.



O que é?

Distinguir uma “reação normal de tristeza” da depressão não é uma tarefa fácil. A tristeza é um sentimento universal, natural e fisiológico, que expressa dor ou sofrimento e, ao contrário da depressão, não compromete significativamente as outras funções mentais e nem o funcionamento global do indivíduo. Trata-se de uma doença médica, como outra qualquer, e que possui critérios específicos para seu diagnóstico. Seus sintomas já foram relatados em textos bíblicos do Antigo Testamento, no qual o Rei Saul de Israel teria cometido suicídio em um dos seus episódios de depressão. Os mesmos sintomas foram descritos na *Ilíada* de Homero.

As alterações de humor são patológicas quando são respostas exageradas de estímulos correspondentes ou fora do contexto cultural daquele indivíduo, o que acarreta, em ambos os casos, prejuízos na esfera pessoal ou ambiental, promovendo danos econômicos, morais, éticos e sociais, dentre outros.

O termo “depressão” deriva do latim “*deprimere*” e significa pressionar para baixo. Significado esse que denota o sentido do rebaixamento do humor como um sintoma fundamental para esse diagnóstico.

Segundo o texto revisado do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, 4ª edição (DSM-IV-TR), da Associação Psiquiátrica Americana, a depressão maior pode

manifestar-se como episódio de transtorno depressivo recorrente ou bipolar.

Para se fazer o diagnóstico de um episódio de depressão maior, segundo a classificação americana, é necessário que os sintomas durem pelo menos 15 dias e apareçam na maior parte dos dias e na maior parte do tempo, sendo que um deles deve ser, obrigatoriamente, (1) humor deprimido ou (2) perda de interesse ou prazer.

Algumas outras denominações são usadas para caracterizar melhor os subtipos de depressão. Há, por exemplo, a depressão com características melancólicas, na qual predominam a perda de prazer, a falta de reatividade a estímulos habitualmente agradáveis, o despertar precoce matinal, a piora da depressão pela manhã, a culpa excessiva ou inadequada, a falta de apetite ou a perda de peso significativa; e a depressão com características atípicas, em que o portador consegue reagir positivamente a estímulos bons, com aumento de apetite e peso, fadiga, aumento do sono, sensação de peso nas pernas ou braços (paralisia de chumbo), e sentimentos excessivos de rejeição. A depressão pode ser sazonal, marcada pelo aparecimento em uma época específica do ano, outono-inverno (sazonal de inverno), primavera-verão (sazonal de verão) e pós-parto (ocorre após o parto). Ainda, com base na quantidade e qualidade dos sintomas, a depressão pode ser classificada em graus: leve, moderado ou grave.

A depressão pode se manifestar com muitos sintomas físicos e ser comum na população idosa, o que, em algumas situações, pode dificultar o diagnóstico. Nesses casos, ela é conhecida como depressão mascarada.

Quando a depressão se torna recorrente e o indivíduo nunca manifestara a mania ou a hipomania, ela é denominada “depressão unipolar”, que caracteriza o transtorno depressivo recorrente, como descrito anteriormente. Quando o indivíduo tem episódios de depressão e também de mania, hipomania ou estado misto (quando estão presentes ao mesmo tempo sintomas de depressão e euforia), o diagnóstico passa a ser de transtorno de humor bipolar.

Sintomas e riscos associados

Nem todas as pessoas em depressão apresentam as mesmas manifestações, mas os sintomas mais comuns são:

- sensação persistente de tristeza, angústia e/ou vazio;
- desânimo e choro;
- desesperança e pessimismo;
- perda da capacidade de sentir prazer;
- inquietação, ansiedade ou irritabilidade;
- falta de sentido na vida;
- insegurança, medos e indecisões;
- baixa autoestima;
- diminuição da libido;
- perda ou aumento do apetite e do peso;
- insônia ou sonolência excessiva;
- dores crônicas ou sintomas físicos difusos e persistentes;
- preocupação com doenças;
- delírios e alucinações em casos graves;
- pensamentos sobre morte ou suicídio;
- plano ou tentativa de suicídio.

Os principais riscos associados à depressão são:

- a falta de reconhecimento do quadro como doença ou, ainda, quando identificada, a dificuldade de buscar um auxílio profissional, devido aos próprios sintomas de pes-

simismo e desesperança, deixando a falsa impressão de que não há o que ser feito para o alívio dos sintomas, tendo como consequência o agravamento deles;

- a busca incessante por explicações orgânicas para o mal-estar, desencadeando uma seqüência de consultas e exames complementares, muitas vezes invasivos, e que não resultam em esclarecimento diagnóstico;
- o inverso também ocorre, que é a busca contínua de justificativas psicológicas e de questões rotineiras para os sintomas depressivos, e a negação da possibilidade de os sintomas terem uma origem orgânica;
- a ideia equivocada de que o suicídio seja a única saída para o problema e o aprofundamento desses pensamentos em planos estruturados, tentativas ou mesmo no suicídio consumado.

Como prevenir o suicídio?

Nem todos os casos de suicídio podem ser prevenidos, entretanto a habilidade em lidar com ele faz a diferença. Quando bem abordado e tratado evita-se a fatalidade por meio de intervenções adequadas. Algumas circunstâncias sugerem maior intenção suicida e revelam o desejo da pessoa. O funcionamento mental gira em torno de três sentimentos: intolerável (não suportar), inescapável (sem saída) e interminável (sem fim).

Diversos fatores podem impedir a detecção e a prevenção do suicídio: o estigma e o sigilo; a dificuldade em buscar ajuda; a falta de conhecimento e atenção sobre o suicídio por parte dos profissionais de saúde. Pensar que ideias e comportamentos suicidas não são eventos frequentes infelizmente é um engano. É uma urgência médica pelo risco de vida que o ato pode acarretar ao indivíduo. Devem-se favorecer as estratégias de enfrentamento, os fatores de proteção (religiosidade, apoio familiar, profissional e social) e contar com o auxílio de familiares, amigos e no ambiente de trabalho, aumentando a atenção para sinais de mudanças de comportamento que possam sugerir um desânimo com a vida, estimulando a pessoa suicida a procurar ajuda profissional. É necessário cuidado especial com pessoas que apresentem sinais de desespero, ansiedade extrema e agitação, pois têm maior risco iminente de suicídio. “Prevenir é melhor que remediar”.

Depressão e outras doenças: comorbidade

A depressão está associada a um aumento de risco para outras doenças, tanto mentais como clínicas (físicas). Os estudos epidemiológicos no mundo mostram que em países como o Brasil cerca 56% dos portadores de depressão apresentam outras doenças mentais, um risco de 8,1 vezes maior que a população geral. As doenças mentais e o aumento de risco em relação a população geral mais comuns associadas à depressão são os transtornos ansiosos (por exemplo: transtorno de ansiedade generalizada, pânico, fobias e transtorno obsessivo compulsivo) presentes em 38,9% (risco de 5,9 maior), seguidos de abuso de substâncias 7,5% (risco de 3,5 maior), sendo que essas comorbidades são mais comuns em portadores de depressão em portadores de menos de 50 anos.

A depressão também está associada a uma maior comorbidade com doenças físicas (clínicas). Elas ocorrem em 72% dos casos. Podemos dizer que um portador deprimido tem risco 2,6 vezes maior que a população geral de apresentar alguma doença clínica. Nesse caso, os portadores deprimidos com mais de 50 anos são mais comuns. As doenças clínicas mais comuns e o aumento de risco em relação à população geral são: músculo-esqueléticas (43%; risco 2,2 vezes maior), cardiovasculares (22,4%; risco 1,4 vez maior), respiratórias (21,6%; risco 1,7 vez maior) e síndromes dolorosas (19,5%; risco de 2,2 vezes maior).

Ainda se deve lembrar de que toda vez que um portador apresenta comorbidade, o

tratamento de ambas as doenças se torna mais difícil e, em muitos casos (especialmente os portadores de doenças cardiovasculares), o risco de morte aumenta. Apesar de frequentes como visto anteriormente, o maior desafio ainda está em se fazer o diagnóstico da depressão em doenças clínicas.

Diagnóstico

Na depressão, o portador sofre de rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição da atividade, além de diminuída capacidade para o prazer, interesse e concentração, e queixa de cansaço mesmo após o mínimo esforço. O sono pode estar alterado, principalmente diminuído, com acordar precoce e com sensação ter não ter sido repousante. Observamos inibição geral das funções, lentidão, pobreza da fala e dos movimentos, ombros caídos e andar com sacrifício, desleixo nos cuidados com a higiene pessoal, abandono de si próprio. A autoestima está quase sempre reduzida e, muitas vezes, com algumas ideias de culpa ou inutilidade. O humor depressivo varia pouco de dia para dia, é indiferente às circunstâncias e pode ser acompanhado pelos chamados sintomas “somáticos”, como a perda de interesse ou prazer, lentidão psicomotora pela manhã, agitação, perda de apetite, perda de peso e perda da libido. O portador deprimido apresenta grande sofrimento, e suas vivências são suportadas como um grande peso e marcadas pelo pessimismo (CID 10).

A depressão pode também afetar crianças e adolescentes, comprometendo e interferindo em seu processo de desenvolvimento psicológico e social. Na maioria das crianças, os sintomas da depressão são atípicos, como, por exemplo, aumento da irritabilidade e do sono.

Os diversos diagnósticos de quadros depressivos (transtorno depressivo recorrente, distímia, ciclotímia, depressão bipolar e depressão em transtorno mental orgânico) são médicos. Entretanto, outros profissionais de saúde e leigos esclarecidos podem suspeitar do diagnóstico e solicitar uma confirmação diagnóstica pelo médico de qualquer especialidade que se sinta competente ou por um médico psiquiatra. Não existem exames laboratoriais que possam dar um diagnóstico definitivo de depressão.

Tratamento: dificuldades e variantes

O tratamento da depressão deve ser norteado por um diagnóstico cuidadoso e que esteja sempre sujeito à reavaliação pelo psiquiatra. As depressões podem ter origens e tratamentos diferentes. Nem sempre é fácil fazer um diagnóstico preciso no início da ocorrência dos sintomas.

Algumas formas de depressão surgem espontaneamente e outras são consequência de outras doenças ou do uso de diversas substâncias. Essa diferença é importante para o tratamento, pois, no primeiro caso, é necessário o uso de antidepressivos e, no segundo, pode não o ser, bastando, muitas vezes, o controle da doença de base ou a interrupção do consumo da substância, seja ela um medicamento, álcool ou uma droga de abuso.

Quando a depressão ocorre sem a existência prévia de quadros de mania ou hipomania e quando não há história de bipolaridade na família, a tendência é que o tratamento seja feito primordialmente com antidepressivos, que podem ser de vários tipos. Às vezes, é necessária a administração de tranquilizantes benzodiazepínicos, no início do tratamento, quando há sintomas de ansiedade ou muita dificuldade para dormir. Se a depressão for muito grave e a pessoa perder o contato com a realidade, pode ser necessário o uso associado de um antipsicótico, durante um período limitado de tempo. Normalmente, o tratamento para um episódio depressivo, com antidepressivos, dura aproximadamente um

ano e, depois, o medicamento é retirado de forma gradual. Se os episódios de depressão se repetem ao longo da vida, tornando-se frequentes, mas não fazem parte do transtorno bipolar, pode ser necessário o uso contínuo de antidepressivos, para evitar ou amenizar novos episódios.

A depressão que faz parte do transtorno bipolar deve ser tratada de modo diferente. O principal meio é pelo uso de um estabilizador do humor, como o lítio e o valproato de sódio, entre outros; estes devem ser usados de modo contínuo. Os antidepressivos são utilizados por períodos mais curtos, somente durante o tempo necessário para controle dos sintomas.

Existem depressões que não respondem ao tratamento medicamentoso usual e são chamadas de refratárias. Para elas, podem ser tentados tratamentos alternativos, como combinações de medicamentos, eventualmente uso de certos hormônios, eletroconvulsoterapia, estimulação magnética transcraniana e várias outras modalidades.

A psicoterapia é uma parte fundamental no tratamento da depressão, sendo indicada tanto para os quadros leves, em que os antidepressivos podem não ter uma indicação necessária, como nos quadros graves, junto da farmacoterapia. Existem várias linhas de psicoterapia, sendo que a linha cognitivo-comportamental e a interpessoal são as que têm mais estudos comprovando eficácia antidepressiva.

O apoio dos familiares e amigos

Familiares e amigos próximos precisam, primeiramente, entender o que é a depressão, ou seja, seu caráter patológico. Além disso, precisam reconhecer a gravidade de suas consequências, pelas perdas que os sintomas depressivos causam, tanto prejudicando as relações familiares, sociais e profissionais, como injuzindo a um cuidado pessoal precário e ao risco de morte por suicídio. E, por fim, ajudar o portador a seguir as orientações médicas e psicológicas.

Portanto, quando familiares e amigos percebem sinais de que a depressão está começando, devem intervir junto ao médico ou psicólogo, para evitar o agravamento de uma recaída e a interrupção do tratamento. Durante a crise depressiva, devem-se evitar críticas e cobranças: as críticas apenas confirmam os pensamentos de falta de valor e de inutilidade que os portadores já têm; e as cobranças aumentam o estresse do portador, pois ele já não tem condições de realizar suas tarefas (já se cobra e não consegue), e a situação só piora quando ele sente a cobrança vinda dos familiares. Para estimular o portador, deve-se convidá-lo para atividades diversas, prazerosas, porém sem cobrança excessiva, pois acaba se tornando “mais uma cobrança” – mas não se deve deixar de convidá-lo para atividades, pois se sentirá, ao menos, amparado. Palavras de conforto e que estimulam a paciência são fundamentais, mesmo que sejam repetitivas, pois a principal mensagem é emocional, e não racional.

Existem momentos em que a crise fica tão grave, que o risco de suicídio ou de agressão ou agressão aos outros fica evidente e, algumas vezes, a família e amigos não conseguem controlar a situação. Nesses casos, a internação hospitalar psiquiátrica pode ser necessária, mesmo contra a vontade do portador, pois este pode estar com sua capacidade de julgar a realidade afetada. A internação deve durar o mínimo de tempo possível para tirar o portador da fase crítica, de risco de suicídio ou de agressividade.

Devem ser aproveitados os períodos de equilíbrio para diferenciar depressão da tristeza dos problemas rotineiros do dia a dia. Nessas fases sem depressão, deve-se estimular a ampliação contínua do conhecimento sobre a doença, para aprender a definir os sintomas iniciais, que poderiam dar dicas do início de uma recaída, e estabelecer um estilo de vida saudável, que respeite o ritmo biológico (hora certa de dormir, comer comidas saudáveis,

manter atividades físicas e sexuais satisfatórias, ter uma ocupação gratificante e manter a mente sempre produzindo).

O trabalho da ABRATA de informação e apoio

O transtorno depressivo maior, popularmente denominado “depressão”, é um transtorno do humor (ou do afeto) caracterizado por um ou mais episódios depressivos ao longo da vida. Ele pode afetar crianças, adultos e pessoas da terceira idade e se manifesta de forma leve, moderada ou grave. O tratamento biológico deve estar sempre associado a tratamento psicossocial, suporte para os portadores da doença, seus familiares e amigos (nesse livreto serão fornecidas mais informações sobre o tema).

Coordenada por voluntários, a Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Portadores de Transtornos Afetivos (ABRATA) é uma instituição fundada em 1999 por um grupo de portadores, familiares e profissionais do Grupo de Estudos de Doenças Afetivas (GRÚDA) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Seu objetivo é ministrar apoio psicossocial a todas as pessoas que apresentam qualquer tipo de transtorno afetivo (como, por exemplo, uma depressão), bem como a seus familiares e amigos. As atividades psicossociais atuais da ABRATA são as seguintes:

- atendimento telefônico e eletrônico: auxiliam o solicitante a receber apoio e esclarecimentos diversos a respeito da ABRATA e demais instituições ligadas ao suporte psicossocial;
- grupos de acolhimento: reuniões abertas à população, a cada 15 ou 30 dias, com o intuito de passar informações sobre a ABRATA e suas diversas atividades;
- grupos de autoajuda: grupos constituídos de pessoas que apresentam problemas em comum, ligados ao transtorno afetivo, cuja finalidade é trocar experiências, compartilhar vivências, buscar soluções e prestar ajuda, apoio e conforto. São dois tipos de grupos: um para os portadores da doença e outro para os familiares, ambos dirigidos por facilitadores e cofacilitadores, voluntários portadores e familiares de portadores que se especializaram na função;
- encontros psicoeducacionais: palestras ministradas uma vez por mês, por médico psiquiatra ou psicólogo, cujo objetivo é informar e esclarecer os presentes sobre a doença, como também auxiliar os portadores e seus familiares a uma adaptação funcional conforme a evolução do transtorno;
- desenvolvimento do papel de facilitador e cofacilitador: curso aberto a voluntários (portadores da doença e familiares de portadores) interessados em desenvolverem esses papéis para a direção dos grupos de autoajuda;
- curso aberto sobre transtornos do humor: palestras informativas de base científica, sobre os transtornos do humor, para portadores das doenças, familiares e profissionais ministradas por médico psiquiatra ou psicólogo;
- interatividade entre familiares e portadores: grupo vivencial mensal com portadores e familiares de portadores.



ABRATA

Associação Brasileira de Familiares,
Amigos e Portadores de Transtornos Afetivos

Associação Brasileira de Familiares,
Amigos e Portadores de Transtornos Afetivos
www.abrata.org.br - contato@abrata.org.br
Rua Borges Lagoa, 74, cj 2. – S. Paulo - SP
Fone: 11 3256-4831 (seg./sex. 13:30 às 17:00h)

ATIVIDADES:

Informação & formação:

Atendimento telefônico e eletrônico
Curso Aberto sobre Transtornos do Humor
Encontros Psicoeducacionais
Grupos de Acolhimento
Palestras em empresas e escolas – parcerias
Workshop para cuidadores

Apoio:

Grupos de Auto Ajuda ou apoio mútuo de familiares e de portadores
Interatividade entre familiares e portadores

Voluntariado & Treinamento:

Treinamento de voluntários, equipes de atendimento
Eventos
Desenvolvimento do papel de facilitador e co-facilitador.

APOIO

achē