

Depressão

Autor: Erkki Isometsä

Criado a 07.06.2007

Traduzido e adaptado a 01.08.2009

Regras básicas

- Avaliar a gravidade da depressão (ligeira/moderada/grave/psicótica) porque determinará, em grande parte, o contexto e modo de seguimento.
- Avaliar a capacidade funcional, realização de tarefas domésticas e laborais e necessidade de incapacidade temporária para a actividade profissional, medidas de suporte ou internamento.
- Avaliar o risco de suicídio e a necessidade de seguimento em regime ambulatorio ou de internamento.
- A utilização conjunta de medicação antidepressiva e psicoterapia é frequente e revela maior eficácia terapêutica.

Prevalência e história natural da doença

- A perturbação depressiva é uma doença comum com uma prevalência de 4-5% nos estudos populacionais e ao longo da vida de 15%.
- Factores hereditários e de personalidade estão associados a depressão, sendo frequentemente um factor de stress psicológico o factor desencadeante.
- A depressão grave geralmente inicia-se após um acontecimento vital negativo (divórcio, desemprego, perda).
- Episódios recorrentes são comuns ($\geq 50\%$).
- O risco suicida aumenta com a gravidade depressiva e a ideação e tentativas de suicídio são comuns. Nos homens, o risco de morte por suicídio é superior ao das mulheres.

Factores de Risco

- Episódio anterior de depressão.
- História familiar de perturbação depressiva.
- Alterações vitais negativas e graves.

- Factores de personalidade predisponentes.
- Sexo feminino.
- Adultícia e meia-idade.
- Período pós-parto.
- Doença somática crónica.
- Baixa condição socio-económica.
- Divórcio, viuvez e viver só.
- Desemprego de longa duração.
- Abuso de álcool ou de outros tóxicos.

Diagnóstico e sintomas

- O diagnóstico de depressão é feito com base na entrevista clínica. O seu reconhecimento pode ser facilitado por um ambiente tranquilo, seguro e livre, que permite a colocação de questões relacionadas com o humor.

- Durante a consulta, o doente pode referir queixas somáticas ou sintomas isolados associados à depressão, como insónia e cansaço.

- A consulta deve iniciar-se com perguntas abertas, avançando para perguntas mais fechadas que permitam a identificação de sintomatologia depressiva específica.

- A entrevista deve concentrar-se em:

- sintomas e gravidade da depressão
- possíveis sintomas psicóticos
- outros sintomas psíquicos essenciais
- factores precipitantes na situação de vida (família e trabalho)
- incapacidade funcional
- ideias de auto-destruição, tentativas e planos de suicídio

- Os principais sintomas depressivos são:

- humor depressivo
- perda de prazer e interesse
- fadiga

- perda de confiança e respeito pelo próprio
- auto-crítica e culpa aumentados
- ideias recorrentes de morte ou suicídio ou comportamento suicida
- perda de iniciativa, concentração e sentimento de indecisão
- lentificação psico-motora ou excitação
- perturbações do sono
- alteração de apetite e peso

- O diagnóstico de depressão requer a existência de quatro sintomas da lista apresentada anteriormente, num período mínimo de duas semanas. Devem estar presentes pelo menos dois dos três primeiros sintomas mencionados.

- É frequente que os doentes que procuram os cuidados de saúde primários descrevam queixas somatizadas relacionadas com a depressão, mas não revelem ou escondam as alterações de humor que vivenciam.

Gravidade dos sintomas e capacidade funcional dos doentes

- O estabelecimento do diagnóstico de depressão indica que o doente sofre de síndrome depressiva grave.

- Os estados de depressão podem ser divididos em categorias, de acordo com a gravidade e a sintomatologia associada.

- Depressão ligeira: geralmente 4-5 sintomas

- Capacidade laboral mantida

- Depressão moderada: geralmente 6-7 sintomas

- Capacidade laboral e tarefas diárias comprometidas, incapacidade temporária para o trabalho geralmente indicada.

- Depressão grave: geralmente 8-10 sintomas

- Necessária vigilância contínua, geralmente em meio hospitalar

- Depressão psicótica:

- Para além dos sinais e sintomas de depressão grave, o doente apresenta sintomas psicóticos (estupor depressivo, delírio, alucinações).

Escalas de avaliação

- Várias escalas de sintomas validadas podem ser usadas para o diagnóstico de depressão. São exemplo as seguintes: BDI - *Beck Depression Inventory*, PHQ-9, HDRS - *Hamilton depression rating scale* ou MADRS - *Montgomery-Åsberg depression rating scale*.

Aspectos clínicos

- Frequentemente, o doente não reconhece o seu humor depressivo e não consegue caracterizar o sofrimento como depressão. Analisar os sintomas organiza as experiências pessoais do doente.
- Muitos doentes deprimidos apresentam discurso lentificado e dão respostas curtas. A sua aparência é triste e pouco expressiva.
- Na depressão psicótica o sentido de realidade está alterado e, geralmente, com pessimismo pouco realista. Os doentes podem apresentar-se não comunicativos, isolados e com má aparência.
- Muitos doentes apresentam alteração das funções cognitivas, queixando-se frequentemente de dificuldades com concentração e memória.

Tratamento

- As opções de tratamento para a depressão major incluem:
 - psicoterapia
 - terapêutica antidepressiva
 - combinação da terapêutica antidepressiva e psicoterapia
 - em alguns casos outras formas de terapia (fototerapia ou terapia electroconvulsiva)
- O tratamento do episódio depressivo agudo está representado na tabela 1.
- Deve realizar-se o seguimento da resposta à terapêutica e sua possível mudança com intervalos de poucas semanas, até ausência de sintomas do paciente.

Tabela 1. Gravidade da depressão e opções terapêuticas na fase aguda

Tratamento	Ligeira	Moderada	Grave	Psicótica
Psicoterapia	+	+	(+)	-
Antidepressivos	+	+	+	+
Antipsicóticos	-	-	-	+
Terapia electroconvulsiva	-	-	+	+

Tratamento do episódio depressivo agudo

Farmacoterapia

- Deve-se considerar se o paciente também necessita de terapêutica ansiolítica ou antipsicótica.
- Monitorização do estado clínico do doente e resposta ao tratamento a cada 1 ou 2 semanas.
- Informar o paciente e seus familiares acerca da depressão, do seu curso e tratamento.

Psicoterapias

- As intervenções psicológicas estão particularmente indicadas na depressão ligeira e moderada.
- A variação na sua disponibilidade é um problema.
- O doente deve ser motivado e estar disponível para um seguimento semanal regular.
- Alternativas:
 - Psicoterapia cognitiva¹ (Nível de Evidência B)
 - Psicoterapia psico-dinâmica² (Nível de Evidência C)
 - Terapia interpessoal

Terapia electroconvulsiva

- Indicada na depressão grave, psicótica ou melancólica, especialmente se existir risco imediato de suicídio.
- Realizada conjuntamente com tratamento psiquiátrico em regime de internamento.
- Eficácia superior ou comparável à farmacoterapia^{3,4} (Nível de Evidência A)

Fototerapia

- Eficácia demonstrada na depressão de aparecimento no Inverso (alterações afectivas sazonais).
- A luz é administrada a uma intensidade de 2500 lux durante 30-60 minutos.
- O efeito pode ser avaliado após uma semana.

¹ Gloaguen V, Cottraux J, Cucherat M, Blackburn IM. A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *Journal of Affective Disorders* 1998;49:59-72

² Brown C, Schulberg H C. The efficacy of psychosocial treatments in primary care: a review of randomized clinical trials. *General Hospital Psychiatry* 1995;17:414-424

³ Geddes J, Butler R, Hatcher S, Cipriani A. What are the effects of treatments in mild to moderate or severe depression? *Clinical Evidence* 2005;13:1244-1263

⁴ UK ECT Review Group. The efficacy and safety of electroconvulsive therapy in depressive disorders: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2003;361:799-808

Tratamento após fase aguda

- Deve manter-se o tratamento farmacológico durante 6 meses após remissão de sintomas.
- Avisar os pacientes sobre os risco de recorrência e informar como pedir assistência médica.
- Perante episódios de depressão major recorrentes, deve considerar-se manutenção de tratamento por vários anos. Alguns doentes necessitam de tratamento farmacológico contínuo.
- Devem utilizar-se abordagens psicoterapêuticas nas consultas de seguimento:
 - ajudar o doente a clarificar a sua condição de vida
 - reforçar a auto-estima do doente
 - ajudar no processo de luto
 - ajudar na alteração do pensamento depressivo
 - cooperar com a rede social do doente
 - informar o doente e sua família sobre a depressão e seu tratamento
- Quando necessário, organizar apoio social com o apoio do serviço social.

Critérios de referenciação

- Deve recorrer-se a um especialista perante:
 - risco de suicídio
 - dificuldades diagnósticas ou terapêuticas
 - dificuldades graves na cooperação com o doente
 - absentismo laboral com duração prevista que excede os 3 meses
 - suspeita de doença bipolar
 - previsão de início de tratamento crónico
 - necessidade de tratamento psicoterapêutico

- Para o seguimento do tratamento, consultar a tabela 2.

Tabela 2. Seguimento do tratamento na depressão

Cuidados de Saúde Primários (CSP)	Seguimento em Psiquiatria (ambulatório)	Internamento psiquiátrico
Depressão ligeira ou moderada	Episódio depressivo agudo Depressão moderada associada a múltiplas patologias Comportamento auto-destrutivo Depressão refractária a tratamento Depressão e absentismo laboral prolongado (>3 meses)	Depressão psicótica Risco elevado de suicídio Depressão e incapacidade graves

- A referenciação para o hospital, imediata ou involuntária se necessário, deve ser feita perante:

- incapacidade de auto-cuidados
- perda de sentido da realidade
- comportamento suicida ou incapacidade de cooperação

- Deve garantir-se tratamento até que o doente esteja internado, pois as fases de transferência são perigosas, considerando por exemplo o risco de suicídio.