

Fisiopatologia

- Diminuição de atuação (produção, receptação e resposta) de neurotransmissores na fenda pré-sináptica
- O mais estudado: **SEROTONINA**, atualmente **GLUTAMATO**
- Porém atualmente, já se conhece e se pesquisa. Vários outros neurotransmissores e receptores relacionado, dentre eles: Dopamina, norepinefrina, GABA, acetilcolina, histamina
- **Porém permanece o olhar multifatorial para a doença!**

Crterios diagnósticos

- Um episódio depressivo é definido como uma **alteração do estado basal do paciente por um período mínimo de 2 semanas, nas quais ele deve apresentar pelo menos 5 dos critérios abaixo, sendo obrigatório a presença do critério 1 ou do critério 2**. Os sintomas devem causar sofrimento significativo e prejuízo funcional. Além de estarem presentes quase todos os dias, na maior parte do dia.

1 HUMOR DEPRIMIDO.

2 ACENTUADA DIMINUIÇÃO DO INTERESSE OU PRAZER NAS ATIVIDADES.

3 PERDA OU GANHO SIGNIFICATIVO DE PESO SEM DIETA OU AUMENTO/REDUÇÃO DO APETITE.

4 INSÔNIA OU HIPERSONIA.

5 AGITAÇÃO OU RETARDO PSICOMOTOR.

6 FADIGA OU PERDA DE ENERGIA.



Está em todas as áreas médicas: estudos estabeleceram correlação entre estado depressivo e piora de quadros clínicos, tais como cardiopatias, diabetes, obesidade e problemas oncológicos e ainda associação significativa entre depressão na maternidade, problemas no desenvolvimento infantil e piora no rendimentos escolar, com implicações para o ambiente familiar

Epidemiologia

- Pacientes deprimidos são frequentemente assíduos de serviços de atendimento primário, porém, muitas vezes, não são diagnosticados
- Relatório da organização mundial de saúde (OMS) aponta que o número de casos de depressão aumentou 18% entre 2005 e 2015: são 322 milhões de pessoas em todo mundo, a maioria mulheres
- **No Brasil, a depressão atinge 11,5 milhões de pessoas (5,8% da população).**
- Ela atinge cerca de 121 milhões de pessoas ao redor do mundo, com prevalência maior no sexo feminino na proporção de 3:1. O Brasil ocupa a quinta posição mundial de transtornos depressivos com prevalência de 9,3%.

Definição

O transtorno depressivo maior é um transtorno de humor no qual o paciente apresenta episódios onde são percebidas alterações no afeto, na cognição e em funções neurovegetativas.

A característica comum entre os transtornos depressivos é a presença do humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo. O que difere entre elas são os aspectos de duração, momento ou etiologia presumida.

Transtorno depressivo Maior

Glória Amorim - 8º P

ENQUANTO DOENÇA

A depressão tem sido classificada de várias formas, na dependência do período histórico, da preferência dos autores e do ponto de vista adotado. Entre os quadros mencionados na literatura atual encontram-se: **transtorno depressivo maior, melancolia, distímia, depressão integrante do transtorno bipolar tipos I e II, depressão como parte da ciclotímia**, etc.

ENQUANTO SINTOMA

A depressão pode surgir nos mais variados quadros clínicos, entre os quais: transtorno de estresse pós-traumático, demência, esquizofrenia, alcoolismo, doenças clínicas, etc. Pode ainda ocorrer como resposta a situações estressantes, ou a circunstâncias sociais e econômicas adversas.

ENQUANTO SINDROME

A depressão **inclui não apenas alterações do humor** (tristeza, irritabilidade, falta da capacidade de sentir prazer, apatia), **mas também uma gama de outros aspectos, incluindo alterações cognitivas, psicomotoras e vegetativas** (sono, apetite).

Sintomas

SINTOMAS PSÍQUICOS

- Humor depressivo: sensação de tristeza, autodesvalorização e sentimentos de culpa.
- Redução da capacidade de experimentar prazer na maior parte das atividades, antes consideradas como agradáveis.
- Fadiga ou sensação de perda de energia: A pessoa pode relatar fadiga persistente, mesmo sem esforço físico, e as tarefas mais leves parecem exigir esforço substancial.
- Diminuição da capacidade de pensar, de se concentrar ou de tomar decisões. Decisões antes quase automáticas parecem agora custar esforços intransponíveis.

SINTOMAS FISIOLÓGICOS

- Alterações do sono (mais frequentemente insônia, podendo ocorrer também hipersonolência).
- Alterações do apetite (mais comumente perda do apetite, podendo ocorrer também aumento do apetite).
- Redução do interesse sexual

EVIDÊNCIAS COMPORTAMENTAIS

- Retraimento social
- Crises de choro
- Comportamentos suicidas
- Retardo psicomotor e lentificação generalizada, ou agitação psicomotora.

PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

- Dados mostram que entre 50 a 60% das pessoas que cometem suicídio nunca se consultaram com um profissional de saúde mental a 80% foram ao médico no mês anterior ao suicídio
- 2/3 dos que cometem suicídio comunicaram a parentes e amigos próximos que tinham a intenção de fazê-lo na semana anterior

- Esses dados indicaram a importância de se pensar na prevenção e que essas ações sejam realizadas por outros profissionais, não apenas os da área da Saúde Mental
- Em ambulatórios de atenção primária, a prevalência de depressão foi estimada em 5% a 10% de todos os pacientes, e apenas um em cem cita a doença como motivo da consulta, e em até 50% das vezes o problema não é detectado pelos profissionais

Consulta médica

ANAMNESE

- Avaliação de outras comorbidades já em tratamento ou não
- Avaliar medicamentos já em uso ou já utilizados
- Escalas de depressão (diversas para avaliar sintomas)
- Hipóteses diagnósticas: TDM, depressão unipolar, níveis: leve, moderado e grave, depressão com sintomas psicóticos, depressão relacionada a doenças orgânicas



DIAGNÓSTICO É CLÍNICO!

- Podendo se solicitar exames laboratoriais e de imagem para descartar/ investigar outras morbididades de acordo com a história, idade e sintomas
- Diagnósticos diferenciais (orgânicos): hipotireoidismo, anemia, (álcool, cocaína, maconha), lesões encefálicas (neoplasias, sequelas, de TCE ou AVE), doenças infecciosas (neurosífilis, neurocisticercose), doenças autoimunes (esclerose múltipla, LES), síndromes demenciais

IMPORTANTE!

O PACIENTE:

Não precisa se sentir triste

Pode estar aparentemente funcional

Principalmente em quadros arrastados, pode nem apresentar queixas (ajuda o relato feito por pessoa próxima e o uso de perguntas fechadas depois de um início aberto)

Pode ter humor reativo -> Rir e se sentir bem -> Devemos atentar pra preponderância

PODEM SER E DESENCADear, MAS NÃO NECESSARIAMENTE SÃO:

Luto

Conflitos interpessoais

Novas situações de vida (+ ou -)

Classificações diagnósticas

- Classificação buscam uniformizar conceitos e diagnósticos, facilitando a comunicação entre os profissionais da saúde
- Norteamento do diagnóstico -> Parâmetros clínicos: duração, persistência, abrangência, perturbação do funcionamento psicológico e fisiológico e desproporção em relação a um fator desencadeante
- Preenchimento de critérios



CID - 10

- F32 – Episódio depressivo (usado para episódio depressivo único)
- O episódio depressivo pode ser, quanto á intensidade, classificado como: leve, moderado ou grave
 - Moderados podem ser classificados de acordo com a presença ou ausência de sintomas somáticos

- Os episódios depressivos graves são subdivididos de acordo com a presença ou ausência de sintomas psicóticos
- F33 – Transtorno depressivo recorrente (tem as mesmas subdivisões descritas para o episódio depressivo) F34 – Transtorno persistente do humor:
- F34.0 – Ciclotimia e F34.1 – Distímia

Sintomas fundamentais
1. Humor deprimido 2. Perda de interesse 3. Fadigabilidade
Sintomas acessórios
1. Concentração e atenção reduzidas 2. Auto-estima e auto-confiança reduzidas 3. Idéias de culpa e inutilidade 4. Visões desoladas e pessimistas do futuro 5. Sono perturbado 6. Apetite diminuído
<small>*Episódio leve: 2 fundamentais + 2 sintomas acessórios Episódio moderado: 2 fundamentais + 3 a 4 sintomas acessórios Episódio grave: 3 sintomas fundamentais + > 4 acessórios</small>

SINTOMAS NÃO CONTEMPLADOS:

Desesperança e desamparo

Incapacidade em lidar com responsabilidades do dia a dia

Pessimismo em relação ao futuro

Sensação de vazio

Retraimento social

Ansiedade

Sintomas físicos sem explicação médica

Sintomas paranoides

Sintomas obsessivos e compulsivos

Baixa autoestima

Irritabilidade

Abuso de substâncias

Instrumentos

PARA AUXÍLIO NA CONSULTA:

- Genograma e ecomapa, avaliar vulnerabilidades sociais
- Entrevista semi-estruturada e questionários, escalas e inventários que também possibilitam identificar os sintomas depressivos

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

- Escala de Hamilton (21 itens), inventário de Beck, geriátrica, HADS, dentre outras, pode auxiliar na classificação da depressão a partir de dados quantitativos, além de serem úteis nas reavaliações para remissão dos sintomas
- Algumas auto-avaliativas podem servir como rastreamento, auxiliando a busca por ajuda médica

Rastreamento

- Pesquisa ativa pelos dois critérios maiores (humor deprimido e perda de interesse ou prazer)
 - (1) Durante o último mês, você se sentiu incomodado por estar “para baixo”
 - (2) Durante o último mês, você se sentiu incomodado por ter pouco interesse ou prazer em fazer as coisas?
- Se sim para uma ou duas perguntas: sensibilidade de 96% e especificidade de 57%
- A sintonia fina da especificidade pode ser feita através dos demais sintomas presentes nos critérios diagnósticos, mas não apenas através deles – outros aspectos podem aparecer

Tratamento

Depressão Leve – psicoterapia

Depressão Moderada – psicoterapia + tratamento medicamentoso

Depressão Grave – psicoterapia + tratamento medicamentoso + avaliar internação

TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO

- Psicoeducação (paciente e familiares)
- Psicoterapia (mais estudadas: TCC e TIP)
- Terapias psicodinâmicas (familiar, grupo, etc)
- Atividade física regular
- Alimentação saudável
- Ingesta hídrica correta
- Apoio familiar e profissional

TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

ANTIDEPRESSIVOS? PSICOTRÓPICOS?

- Enfim... desenvolvimento na década de 50. Possibilitando o tratamento corretamente e bons resultados
- Medicamentos antidepressivos **produzem aumento na concentração e na duração de neurotransmissores na fenda sináptica através da inibição do metabolismo, bloqueio de receptação neuronal ou atuação em autoreceptores pré – sinápticos**
- Medicamentos que atuam direta ou indiretamente em relação ao neurotransmissor serotonina e seus receptores. Mas não há seletividade. Todos os medicamentos atuam em outros neurotransmissores e receptores envolvidos (muitos estudos ainda avaliando esses efeitos e neurotransmissores)

MEDICAMENTOS MAIS ANTIGOS

- IMAO – inibidores da monoaminooxidase (potente porém com possíveis efeitos colaterais fatais) – atuam na mitocôndria neuronal do neurônio pré – sináptico inibindo a liberação de serotonina
- ADT – tricíclicos (ação não seletiva sobre os receptores com maiores efeitos colaterais) baixa tolerabilidade e risco de toxicidade

HETEROCÍCLICOS – ADT E TETRA

- 70% podem se beneficiar 30% efeitos colaterais interrompendo o tratamento
- Amitriptilina (SUS – DF)
- Nortriptilina (SUS – GDF)
- Imipramina (Enurese)

ISRS

- Maior número de estudos
- Menores efeitos colaterais (mais existem)
- Várias opções medicamentosas (em geral demoram 21 dias para efeitos esperados)
- **Primeira escolha no tratamento para depressão (porém não são todos pacientes que respondem bem)** ⚠
- Em pacientes com depressão bipolar tratamento deve ser diferenciado por alto risco de ciclar (depressão para mania)
- Fluoxetina (SUS – DF) (Tempo de ação prolongado) (maior interação medicamentosa)
- Fluvoxamina
- Paroxetina
- Sertralina
- Escitalopram (menor interação)
- Citalopram

DUAIS (SEROTONINA E NORADRENALINA)

- Duloxetina
- Venlafaxina
- Desvenlafaxina

ATÍPICOS – MULTIMODAIS

- Atuam em diversos receptores
- Vortioxetina, agomelatina, mirtazapina, trazodona, bupropiona (para parar de fumar também é indicação, e agora também pode ser opção para obesidade)
- Glutamato: escetamina (spray nasal ou injetável)

QUAL MEDICAMENTO É MELHOR?

- Depende dos sintomas referidos, depende dos efeitos colaterais, depende do paciente, depende das co-morbidades, depende dos medicamentos já em uso, depende da idade, depende do preço...
- Quem irá avaliar tudo isso? O médico!
- O médico, sempre reavaliando esse paciente a cada mês
- Efeito colateral em altas doses, síndrome serotoninérgica! TER CUIDADO!

TRATAMENTO PARA IDOSOS

- Sempre pensar nos efeitos colaterais (aumento de apetite, sonolência, riscos cardiovasculares)
- Ex: mirtazapina, escitalopram
- Pensar na interação medicamentosa (função renal, sangramentos...)

TRATAMENTO PARA GESTANTES

- ISRS parecem ser mais seguros
- Maior número de estudos com sertralina e fluoxetina
- Amamentação: preferência para sertralina (pode usar outros como ADT, duais também, mas existem poucos estudos)
- **EVITAR BENZODIAZEPÍNICOS!**
- **ECT é muito seguro e tem ótimas indicações**

TRATAMENTO COM TERAPIA DE ESTIMULAÇÃO

- Transtorno depressivo maior resistente

ELETROCONVULSOTERAPIA

- TDM e mania, fazendo parte da última linha de tratamento casos resistentes e gestantes
- Padrão ouro para catatonia, independente da causa
- Tratamento agudo: até 20 sessões (mais comum 6 a 12)
- Bilateralmente mais efetivo, porém com mais efeitos colaterais (relatos de afetar a memória)
- Altas taxas de recaída
- Deve-se continuar com o tratamento medicamentoso

ELETROTERAPIA CRANIANA

- Eletroestimulação não invasiva, pequenas correntes pulsadas
- Induz mudanças no EEG (altera ondas elétricas)
- Atinge áreas corticais, subcorticais e talâmica
- Indutor de neurohormônios e neurotransmissores
- Usados para diversas condições mentais

ELETROESTIMULAÇÃO TRANSCRANIANA (EMT)

- Campo magnético, atravessando a calota craniana e atingindo o cérebro (diversas áreas)
- Capaz de induzir mudanças neuronais mais duradouras
- Junto a exames de imagem (ressonância funcional) permite estudos sobre a neuroplasticidade
- Excitabilidade do córtex por intensidade de estimulação (córtex pré-frontal dorsolateral esquerdo ou direito)
- Teste com resposta motora

EMT REPETIDA (RETM)

- Trains
- Alta frequência ativa; baixa frequência inibe (ambas apresentam bons resultados para TDM)
- Já comprovada eficácia para TDM resistente (aprovada pelo FDA)

ESTIMULAÇÃO DO NERVO VAGO

- Alto custo
- Invasivo
- Eletrodo implantado - estímulo do nervo vago, modulação da resposta elétrica no tronco encefálico e, posteriormente, até os centros monoaminérgicos
- Bons resultados

ESTIMULAÇÃO PROFUNDA DO CÉREBRO

- Eletrodo direto na área cerebral de interesse
- Resposta rápida
- Já bem estabelecida para condições motoras em parkinson