

Depressão:

O que é:

A depressão, também chamada de transtorno depressivo major ou depressão unipolar, é uma doença psiquiátrica capaz de causar inúmeros sintomas psicológicos e físicos. Seu sintoma mais conhecido é uma profunda e prolongada tristeza, o que não significa que toda tristeza esteja relacionada necessariamente a um quadro de depressão.

O transtorno depressivo major é uma doença psiquiátrica crônica, extremamente comum, caracterizada por uma alteração do humor do paciente, que o deixa triste além do normal, desanimado, sem energia, com baixa autoestima e com dificuldade de lidar com sua vida pessoal e profissional.

Mais do que apenas um ataque de tristeza, a depressão não é uma fraqueza ou falta de disciplina, nem é algo que o paciente possa simplesmente resolver apenas com a vontade própria. Para o deprimido, deixar de estar triste não é que nem o fumante que pretende parar com o cigarro; não é uma questão de tomar a decisão e manter-se fiel a ela. A depressão é uma doença crônica que geralmente requer tratamento a longo prazo, como são o diabetes ou a hipertensão. Assim como ninguém deixa de ser diabético apenas com a força de vontade e pensamento positivo, a depressão também precisa de ajuda médica para ser controlada.

Diferenças entre tristeza e depressão:

O termo deprimido é muitas vezes usado como sinônimo de triste. Tristeza e depressão são coisas diferentes. Na verdade, a tristeza costuma ser um dos sintomas da depressão, mas só ela não basta para o seu diagnóstico.

A tristeza é uma reação normal e esperada para muitas situações, como a morte de um ente querido, o fim de um relacionamento amoroso, perda do emprego, etc. É completamente normal o indivíduo passar alguns dias ou semanas tristes após situações de perda. Isto não é considerado um transtorno depressivo major.

Para ser depressão o quadro de tristeza tem que ser prolongado e acima do normal, sendo suficiente para interferir nas atividades diárias da pessoa, reduzindo a capacidade de cuidar de si mesmo, atrapalhando relacionamentos, prejudicando suas atribuições profissionais, etc. Se você perde um parente e sente-se triste por semanas, isso é normal. Mas se esta tristeza for tão intensa

que semanas após a perda você ainda não conseguiu retomar a sua vida em questões básicas, como trabalhar, manter higiene pessoal, cuidar da casa, isso pode ser depressão.

Na tristeza, o indivíduo costuma apresentar períodos de melhora ao longo do dia, conseguindo esquecer por momentos a causa da sua tristeza, como, por exemplo, durante a visita de uma pessoa querida. Na depressão, o sentimento é contínuo e não alivia com a ajuda de outros. A depressão costuma também provocar um sentimento de culpa, mas sem motivo aparente. O deprimido sente uma pesada culpa, mas não sabe explicar bem o porquê.

É bom salientar que o paciente deprimido nem sempre apresenta para os amigos e família aquele clássico comportamento de tristeza excessiva. O transtorno depressivo pode ser mais sutil, manifestando-se como perda do interesse em atividades que antes eram prazerosas, ausência de planos para o futuro, alterações do padrão do sono, isolamento social ou baixa autoestima. Para estar deprimido não é preciso passar o dia inteiro na cama chorando.

A tristeza sempre tem uma causa, a depressão não. Obviamente, o falecimento de uma pessoa próxima pode desencadear um transtorno depressivo, mas nem sempre situações tristes precisam ocorrer para o indivíduo iniciar um quadro de depressão.

História:

Na história da medicina, a identificação da depressão, enquanto patologia própria, é relativamente recente, remontando ao século XVIII.

Até então, os seus sintomas eram identificados como aspectos da melancolia, a qual era assim explicada por Hipócrates *se medo e tristeza duram longo tempo, tal estado é melancólico (1)*.

Contemporaneamente, a Associação Americana de Psiquiatria elaborou um manual listando diversas espécies de transtornos mentais, conhecido pela sigla DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 1952). Posteriormente, como base nessa classificação, a Organização Mundial de Saúde (OMS) incluiu em sua Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID), os transtornos mentais como entidades mórbidas.

Atualmente, o CID-10 relaciona transtornos mentais e comportamentais em seu Capítulo V, compreendidas as espécies entre os códigos F00-F99.

Assim, somente na idade moderna, a depressão passou a ser visualizada como uma patologia com características próprias. A partir da análise de suas principais características, a escola psiquiátrica anglo-saxão a denominou, inicialmente, como *affective disorder* (doença afetiva), o que posteriormente passou por uma nova reformulação com a substituição do termo "afetivo" por "humor", a partir de estudos realizados pela Associação Americana de Psiquiatria.

Hodiernamente, a depressão encontra-se classificada como transtorno de humor, compreendendo suas modalidades dos códigos F30-F39, do CID-10.

Na história da medicina, a identificação da depressão, enquanto patologia própria é relativamente recente, remontando ao século XVIII.

Até então, os seus sintomas eram identificados como aspectos da melancolia, a qual era assim explicada por Hipócrates *se medo e tristeza duram longo tempo, tal estado é melancólico*(1).

Contemporaneamente, a Associação Americana de Psiquiatria elaborou um manual listando diversas espécies de transtornos mentais, conhecido pela sigla DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 1952). Posteriormente, como base nessa classificação, a Organização Mundial de Saúde (OMS) incluiu em sua Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID), os transtornos mentais como entidades mórbidas.

Atualmente, o CID-10 relaciona transtornos mentais e comportamentais em seu Capítulo V, compreendidas as espécies entre os códigos F00-F99.

Assim, somente na idade moderna, a depressão passou a ser visualizada como uma patologia com características próprias. A partir da análise de suas principais características, a escola psiquiátrica anglo-saxão a denominou, inicialmente, como *affective disorder* (doença afetiva), o que posteriormente passou por uma nova reformulação com a substituição do termo "afetivo" por "humor", a partir de estudos realizados pela Associação Americana de Psiquiatria.

Hodiernamente, a depressão encontra-se classificada como transtorno de humor, compreendendo suas modalidades dos códigos F30-F39, do CID-10.

Causas:

Assim como acontece em diversas doenças psiquiátricas, não existe uma causa única para a depressão. A doença parece ser provocada pela interação de diversos fatores, sejam eles físicos ou psicológicos.

1- FATORES ORGÂNICOS RESPONSÁVEIS PELA DEPRESSÃO

A depressão não surge apenas por problemas emocionais ou psicológicos. Já foram reconhecidos vários fatores de risco e causas orgânica para o transtorno depressivo major.

1.1 – Genética

Pessoas que possuem familiares com depressão apresentam um maior risco de também desenvolverem a doença, indicando que existe uma vulnerabilidade à depressão que pode ser herdada geneticamente. Na verdade, ter familiares próximos com outras doenças psiquiátricas, como síndrome do pânico, distúrbios afetivo ou até mesmo alcoolismo, também são fatores de risco para depressão.

Apesar de intensos estudos na área, ainda não se conseguiu identificar os genes responsáveis pela vulnerabilidade à depressão.

Apesar da herança genética ser aparentemente um fator importante, ela sozinha não é suficiente para desencadear a doença. Isso é facilmente comprovado através de estudos de irmãos gêmeos idênticos, onde se viu que há concordância em apenas 40% dos casos. Portanto, outros fatores além da genética são necessários para que o transtorno depressivo surja.

1.2 – Neurotransmissores

O cérebro humano é uma estrutura altamente complexa, cujo funcionamento depende de centenas de mediadores químicos. Sabemos hoje que boa parte das doenças psiquiátricas estão relacionadas a pelo menos 5 destes neurotransmissores: noradrenalina, serotonina, dopamina, ácido gama aminobutírico (GABA) e acetilcolina.

A abundância ou a falta de alguns destes neurotransmissores em certas partes do cérebro podem desencadear graves distúrbios psiquiátricos e neurológicos. Exemplos: uma falta de dopamina em determinadas áreas da base do cérebro

provoca a doença de Parkinson. Já a doença de Alzheimer parece estar relacionada com níveis baixos de acetilcolina no cérebro.

A depressão tem origem no funcionamento anormal de alguns destes neurotransmissores, como a dopamina, serotonina, noradrenalina e GABA. Dentre estes, a serotonina parece ter o papel mais relevante, estando habitualmente em níveis reduzidos nos pacientes com depressão.

1.3 – Uso de drogas ou álcool

As doenças que causam dependência também estão sob a influência destes neurotransmissores citados acima. Drogas e álcool exercem seus efeitos através do aumento da liberação de dopamina no cérebro, o que provoca euforia e uma sensação agradável. O problema é que o uso repetido de drogas ou álcool dessensibiliza o sistema da dopamina, fazendo com que o mesmo se acostume com a presença destas substâncias. Por isso, pessoas viciadas precisam cada vez de mais drogas ou álcool para atingirem o mesmo grau de satisfação, podendo deixá-las deprimidas quando estão fora do efeito destas substâncias. O cérebro se acostuma a viver com níveis cada vez mais elevados de neurotransmissores estimulantes, fazendo com que os níveis normais passem a ser insuficientes para controlar o humor do indivíduo.

1.4 – Alterações do cérebro

Além da redução da concentração de neurotransmissores, pacientes com transtorno depressivo crônico também apresentam alterações na anatomia do cérebro, como reduções de volume do lobo frontal e do hipocampo.

Estudos de neuroimagem também evidenciam alterações no funcionamento de várias áreas do cérebro em pessoas com depressão. Pesquisadores descobriram uma área do córtex pré-frontal com uma atividade anormalmente diminuída em pacientes com esse distúrbio. Esta região está relacionada com a resposta emocional e tem conexões generalizadas com outras áreas do cérebro responsáveis pela regulação de neurotransmissores associados ao humor, como noradrenalina, dopamina e serotonina.

1.5 – Doenças cerebrais

É cada vez mais aceita a relação entre o acidente vascular cerebral (AVC) e o surgimento da depressão. Sabemos hoje que a depressão que surge após um AVC não é provocada somente por abalos psicológicos devido às consequências perceptíveis do AVC, como sequelas motoras ou da fala. A própria lesão direta do cérebro pelo derrame cerebral aumenta o risco do surgimento da depressão, mesmo que as consequências do AVC não tenham grande efeito psicológico no paciente. Além do AVC, várias outras doenças

neurológicas aumentam o risco de depressão, entre elas, Parkinson, Alzheimer, esclerose múltipla, tumores do cérebro e traumatismos cranianos.

1.6 – Doenças crônicas

Pacientes portadores de doenças crônicas também estão mais vulneráveis ao aparecimento do transtorno depressivo. As mais comuns são: diabetes, doenças cardíacas, hipotireoidismo, AIDS, cirrose, doença inflamatória intestinal, lúpus, artrite reumatoide, fibromialgia, entre outras.

2- FATORES PSICOLÓGICOS ASSOCIADOS À DEPRESSÃO

Estresses emocionais são um importante gatilho para o aparecimento da depressão. Muitas vezes, um evento traumático é fator que falta para um indivíduo susceptível desenvolver um processo depressivo.

2.1 – Traumas na infância

Traumas adquiridos na infância são um importante fator de risco para o desenvolvimento da depressão. Entre os traumas estão abusos, ausência do pai, falecimento de um ente próximo, agressões ou falta de afetividade por parte dos pais.

Relações problemáticas com pais, irmãos e colegas são comuns em crianças e adolescentes com depressão. Adultos depressivos também frequentemente relatam pouco envolvimento paterno e superproteção materna durante a primeira infância.

Crianças que sofreram bullying também estão sob maior risco de se tornarem depressivas.

2.2 – Estresses emocionais

Embora o transtorno depressivo possa surgir sem quaisquer fator emocional precipitante, estresses e perdas pessoais certamente aumentam o risco. Perdas de pessoas amadas são fatores de risco importantes nos indivíduos mais jovens. Nos idosos com longos casamentos, a perda do esposo ou da esposa também costuma ser um evento desencadeador de depressão.

Dor crônica, doença crônica, incapacidade e doenças que deixam sequelas também podem levar à depressão.

Isolamento social, excesso de críticas e cobranças por parte da família, dificuldade econômica persistente, separação matrimonial ou baixa autoestima também são fatores comuns.

Ter contato próximo e frequente com alguém deprimido também aumenta o risco de depressão.

2.3 – Depressão pós-parto

A depressão pós-parto é uma espécie de transtorno depressivo que algumas mulheres desenvolvem depois de dar a luz. A maioria das mulheres com depressão pós-parto começa a apresentar sintomas no primeiro mês de vida do bebê, mas algumas demoram até 12 meses para desenvolver o quadro depressivo. Cerca de 10% das mães sofrem de depressão pós-parto.

Nos primeiros 2 ou 3 dias após ter um bebê, muitas mulheres costumam apresentar um tipo leve de depressão pós-parto, chamada tristeza pós-parto ou melancolia pós-parto. Este quadro acomete até 80% das mães e se caracteriza por mau humor, irritação, dificuldades de concentração, insônia e crises de choro.

A melancolia pós-parto ocorre por alterações hormonais que surgem com o término da gravidez e por estresses psicológicos causados pela responsabilidade de cuidar de um recém-nascido, associado ao cansaço físico que a tarefa provoca. Na maioria dos casos, a tristeza pós-parto desaparece em 2 ou 3 semanas.

A depressão pós-parto é um quadro mais importante que a melancolia pós-parto, durando mais tempo e apresentando sintomas mais severos. Mulheres com histórico de depressão estão mais propensas a ter depressão pós-parto do que mulheres que nunca foram deprimidas.

Mulheres com depressão pós-parto costumam não conseguir dormir, mesmo quando seus bebês dormem. Além disso, apresentam-se muito irritadas, incapazes de cuidar do bebê, com grave sentimento de culpa e com sentimento de não ter laços afetivos com o novo filho.

A depressão pós-parto pode levar a mãe a ter pensamentos de ferir a si e ao bebê, na maioria dos casos, porém, a mãe consegue reconhecer o absurdo da ideia, tendo capacidade de controlar este estranho pensamento.

A depressão pós-parto pode desaparecer espontaneamente, porém, a ajuda médica é importante, porque em alguns casos o transtorno depressivo não melhora com o tempo e há riscos da mãe infligir danos ao filho.

Sintomas:

Momentos de desânimo e tristeza ocorrem com todo mundo e fazem parte da vida. O problema surge quando este sentimento de vazio custa a desaparecer, atrapalhando suas atividades habituais, tirando-lhe o prazer de viver; atividades sociais e amigos já não lhe interessam como antes, você está exausto o tempo todo, sente-se inútil e a simples espera pelo passar do dia passa a ser intolerável. Se este desgosto permanente lhe é familiar, você pode estar sofrendo sintomas da depressão.

Para a verificação da depressão é imprescindível se perquirirem os sintomas apresentados, entre os quais se podem listar:

- (a) um rebaixamento do humor;
- (b) redução da energia e diminuição da atividade;
- (c) alteração da capacidade de experimentar o prazer;
- (d) perda de interesse para as atividades;
- (e) diminuição da capacidade de concentração para prática de estudos trabalho;
- (f) fadiga acima do que é observado regularmente para esforços mínimos;
- (g) problemas do sono;
- (h) diminuição do apetite;
- (i) diminuição da autoestima e da autoconfiança;
- (j) ideias de culpabilidade e ou de indignidade;
- (k) perda de interesse ou prazer;
- (l) despertar matinal em horários anteriores aos normais;
- (m) lentidão psicomotora importante;
- (n) agitação, perda de apetite;
- (o) perda de peso;
- (p) perda da libido;
- (q) alusão ao suicídio.

Nem todos os sintomas delineados, contudo, necessariamente se apresentam de forma concomitante. Pelo contrário, a aferição se dá pela verificação da presença simultânea de significativo número deles, que contextualizado, indiquem tratar-se de depressão.

Tipos:

A depressão é uma doença que pode se manifestar de maneiras diferentes e com gravidades distintas. Há vários tipos de depressão, sendo as mais comuns a chamada depressão major (depressão maior) e a depressão crônica, também conhecida como distímia. Outros tipos de depressão comuns são o distúrbio bipolar, depressão sazonal, depressão reativa, depressão atípica, depressão pós-parto e depressão minor (depressão menor).

- Depressão major:

A depressão major é o tipo de depressão mais comum, sendo caracterizada por uma combinação de sintomas que interferem com a capacidade do paciente de se relacionar com outros, trabalhar, dormir, estudar, comer e desfrutar atividades que anteriormente eram consideradas agradáveis.

Todos nós passamos por momentos de tristeza, desânimo e solidão, principalmente após perdas, como na morte de familiares ou ao fim de relacionamentos. A depressão, porém, distingue-se destas situações por ser persistente e incapacitante. A depressão também não precisa de um fato triste para surgir, o paciente pode passar a apresentar humor deprimido sem motivo aparente.

- Sinais de gravidade da depressão major

Pessoas com depressão major grave apresentam uma ou mais das seguintes características:

- Planos de suicídio ou homicídio.
- Sintomas psicóticos, como delírios ou alucinações.
- Catatonia, que é a incapacidade de mover ou falar normalmente.
- Capacidade de julgamento afetada, pondo risco a si mesmo e outras pessoas.
- Incapacidade de cuidar de si próprio, incluindo a recusa em ingerir líquidos ou alimentos.

Pessoas com transtorno depressivo major grave costumam precisar de internação hospitalar para tratamento psiquiátrico.

- Distímia:

A distímia é uma forma mais branda de depressão, porém prolongada, presente por pelo menos 2 anos. Às vezes, o paciente só é diagnosticado após muitos anos de doença, sendo os sintomas da distímia confundidos com a personalidade do indivíduo. Este fato é muito comum em crianças. No adulto, é comum o paciente não se lembrar de quando foi o último período em que esteve sem humor deprimido.

O humor depressivo na distímia está presente durante a maior parte do dia, por vários dias ao longo do mês. O paciente distímico passa mais dias com humor deprimido do que com humor normal. Além da sensação de tristeza prolongada, a distímia costuma vir acompanhada por dois ou mais dos seguintes sintomas:

- 1- Apetite diminuído ou aumentado.
- 2- Insônia ou excesso de sono.
- 3- Falta de energia.
- 4- Baixa autoestima.
- 5- Dificuldade de concentração.
- 6- Desânimo ou ausência de perspectivas na vida.

Na distímia os sintomas não são tão numerosos e intensos como na depressão major. Períodos livres de sintomas podem ocorrer, mas são curtos. 10% dos pacientes com distímia acabam evoluindo para um quadro de depressão major.

- Depressão Relativa:

A depressão reativa, também chamada de transtorno de adaptação, é uma condição que ocorre em resposta a um estresse emocional identificável. O fato estressante pode ser único, como o término de uma relação, ou múltiplo, como pressões diárias da vida ou do trabalho.

A depressão reativa é um distúrbio que provoca ansiedade e humor deprimido, mas não apresenta critérios para o diagnóstico de depressão major. Por isso, o nome transtorno de adaptação é mais adequado que depressão reativa.

O transtorno de adaptação é diferente da tristeza que ocorre no luto.

As características do transtorno de adaptação são os seguintes:

- Humor deprimido que ocorre em resposta a um fator estressante identificável nos últimos três meses.
- Humor depressivo excessivo, além do que seria esperado pela natureza do fator de estresse.
- Funcionamento social, acadêmico ou profissional prejudicado.

– Resolução dos sintomas em um prazo de seis meses após o fim do evento estressante.

É importante destacar que um quadro de depressão major pode ser desencadeado por um evento emocional. Para ser considerado transtorno de adaptação, o paciente não pode preencher critérios para outros problemas psiquiátricos, como distímia ou depressão major.

- Transtorno Bipolar:

Pessoas com transtorno bipolar, antigamente chamada de psicose maníaco-depressiva, apresentam períodos de mania (sentir-se excessivamente eufórico, impulsivo, irritável, ou irracional) e períodos de depressão major.

Diagnóstico:

A maioria dos adultos com transtorno depressivo nunca chega a ser avaliado por um psiquiatra, já que muitas vezes seus sintomas não são devidamente reconhecidos. Esta confusão ocorre até mesmo entre médicos não habituados a lidar com problemas relacionados à saúde mental. Estudos mostram que mais da metade dos pacientes com depressão atendidos por clínicos gerais por apresentarem sintomas físicos da depressão, como dores, insônia ou cansaço crônico, acabam não sendo reconhecidos como tal. O diagnóstico correto acaba surgindo apenas após meses ou anos de sintomas e várias consultas a médicos diferentes.

O diagnóstico da depressão é feito preferencialmente pelo médico psiquiatra e é baseado nos sintomas, na duração e nos efeitos globais que os mesmos causam na vida do paciente. Não há atualmente nenhum exame laboratorial ou de imagem que identifique a depressão, embora alguns testes de sangue possam ser feitos para descartar outras doenças com sintomas semelhantes, como o hipotireoidismo, por exemplo.

O diagnóstico de depressão major exige que os sintomas sejam graves o suficiente para interferir nas atividades diárias do paciente e na capacidade de cuidar de si mesmo, manter relacionamentos, participar de atividades de trabalho, etc. O diagnóstico também requer que os sintomas estejam ocorrendo diariamente durante pelo menos duas semanas.

Após o diagnóstico é importante tentar identificar pensamentos suicidas, para que o tratamento adequado seja instituído o mais rápido possível.

Tratamento:

O tratamento inicial da depressão major deve incluir medicamentos antidepressivos e psicoterapia, que pode ser feita com psiquiatra ou psicólogo.

Estudos mostram que o tratamento combinado (medicamentos + psicoterapia) é mais efetivo que a tratamento isolado com apenas uma das duas opções. A psicoterapia e os medicamentos antidepressivos são igualmente eficazes, mas a psicoterapia tem um efeito mais relevante a longo prazo, pois ela ajuda o paciente a desenvolver novas formas enfrentamento dos sintomas, bem como uma maior capacidade de racionalizar e se adaptar aos problemas da vida.

Medicamentos antidepressivos

Existem dezenas de fármacos com ação antidepressiva no mercado. Atualmente, as classes mais usadas são:

- Inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS ou SSRI) – Ex: Citalopram, Escitalopram, Fluoxetina, Paroxetina e Sertralina.
- Inibidores seletivos da recaptação da serotonina e noradrenalina (ISRSN ou SNRI) – Ex: Venlafaxina, Duloxetina, Milnaciprano e Desvenlafaxina.
- Antidepressivos atípicos – Ex: Mirtazapina, Bupropiona, Trazodona e Nefazodona.

Os inibidores da monoamina oxidase (IMAO) e os antidepressivos tricíclicos (ex: seleginina, amitriptilina, nortriptilina e imipramina), são fármacos mais antigos, que são atualmente pouco utilizados no tratamento da depressão por apresentarem muitos efeitos colaterais.

Habitualmente, os médicos iniciam o tratamento da depressão com um inibidor seletivo da recaptação da serotonina (ISRS ou SSRI), por ser esta uma classe de antidepressivos segura e com baixa taxa de efeitos colaterais. Os inibidores seletivos da recaptação da serotonina e noradrenalina (ISRSN ou SNRI) também são uma boa alternativa para o início do tratamento.

Não existe uma receita pronta que possa ser aplicada para todos os pacientes com depressão. O medicamento a ser escolhido depende das características clínicas e das condições financeiras do indivíduo. Por exemplo, se o paciente, além da depressão, tem dificuldade pra dormir, fármacos que provocam sonolência, tais como a mirtazapina, podem ser a melhor escolha.

Os antidepressivos podem demorar para atingir o seu efeito pleno, muitas pessoas só começam a se sentir melhor após duas semanas. Porém, para sentir o efeito completo do fármaco, o paciente pode levar até 6 a 12 semanas. Ainda assim, se o paciente não referir alívio de seus sintomas após quatro semanas

de tratamento, o psiquiatra pode aumentar a dose, adicionar uma nova medicação ou simplesmente substituir a anterior. É importante ter em mente que a resposta aos antidepressivos é individual e que o tratamento pode levar semanas para ser ajustado.

A ocorrência de efeitos colaterais pode ser um motivo para substituição do medicamento. Alguns efeitos secundários desaparecem ao longo do tempo, mas outros não. Encontrar a medicação correta ou a combinação de medicamentos nas doses certas, por vezes, leva tempo e é necessário um pouco de tentativa e erro. O importante é não desanimar.

Procure ajuda!!

Quando aplicados devidamente e inseridos num programa de recuperação surtem um efeito positivo na superação da depressão. No entanto, por vezes, algumas das pessoas que sentem Claro que existem formas, tratamentos, terapias e mesmo alguns medicamentos que a sua energia diminuída, a irritabilidade aumentada, o prazer geral afetado negativamente, desmotivação para as tarefas habituais, excesso de pensamentos negativos, baixa autoestima, tristeza profunda, cometem o terrível erro de não procurar ajuda psicológica. Talvez por desconhecimento, ou por más experiências, ou por descrença nos profissionais, o que é certo é que resistem à procura de uma solução, arrastando a sua situação até a uma zona alarmante para a sua vida. Surgindo na grande maioria dos casos, a pergunta derradeira: Porque é que não consigo ser feliz?

Se você ou algum familiar seu se encontra numa situação idêntica à descrita, pondere a situação, dê-lhe a devida atenção e procure informação no sentido de esclarecer-se melhor.

Teste – Sentir, pensar e agir

Para conhecer o teste completo basta acessar o site:

<http://DoYouNeedTherapy.com>.

A seguir, a versão abreviada que abrange dez transtornos. Para fazê-lo, marque todas as afirmações que se aplicam a você:

1- TRANSTORNOS DO CONTROLE DE IMPULSOS

- (a) Às vezes não sou capaz de controlar a minha raiva
- (b) Frequentemente ajo por impulso, o que, às vezes, traz grandes problemas
- (c) Estou preocupado com as apostas, parece que tenho dificuldades em controlar meu comportamento quanto ao jogo

2- ABUSO DE SUBSTÂNCIAS

- (a) Durante o ano passado, tive de ingerir mais bebidas alcoólicas ou usar mais drogas para satisfazer minhas necessidades
- (b) No ano passado tentei, mas não consegui, diminuir a quantidade de bebidas alcoólicas, de drogas ou de cigarros
- (c) Durante o ano passado tive de ingerir quantidades cada vez maiores de bebidas alcoólicas ou drogas para me satisfazer ou lidar com meus problemas

3- DEPRESSÃO MAIOR

- (a) Nas últimas duas semanas venho tendo dificuldade em sentir qualquer prazer nas atividades diárias de que costumava gostar
- (b) Há cerca de 15 dias venho pensando com frequência que quero morrer
- (c) Pelo menos durante as duas últimas semanas, venho me sentindo deprimido quase todos os dias

4- FOBIAS ESPECÍFICAS

- (a) Tenho medo excessivo ou irracional de algum objeto ou situação
- (b) Estou com muito medo de algo, e meu medo interfere em minha capacidade de desenvolver o meu trabalho ou em conduzir a minha vida de maneira normal
- (c) Tenho muito medo de um objeto ou uma situação, e quando me exponho a

esse estímulo entro em pânico

5- FOBIAS SOCIAIS

- (a) Sinto medo de ficar perto de outras pessoas em determinadas situações e percebo que meus medos podem ser irracionais ou excessivos
- (b) Em determinadas situações sociais, sinto extrema ansiedade
- (c) Sinto grande temor em uma ou mais situações em que eu precise interagir com outras pessoas

6- TRANSTORNOS DA ALIMENTAÇÃO

- (a) Costumo comer muito e, em seguida, vomitar ou usar laxantes, ou outros meios radicais, para evitar ganho de peso
- (b) Estou preocupado com meu peso ou com a forma do meu corpo e, conseqüentemente, como ou me exercito de uma forma que algumas pessoas poderiam considerar incomum
- (c) Não estou disposto ou não sou capaz de comer ou digerir o alimento em quantidade suficiente para manter o peso saudável

7- TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO

- (a) Tenho lembranças perturbadoras relacionadas a um acontecimento traumático que experimentei no passado
- (b) Costumo ter sonhos perturbadores sobre uma experiência terrível ocorrida no passado
- (c) Às vezes me vejo revivendo o horror de um fato traumático que experimentei no passado

8- TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA

- (a) Pelo menos durante os últimos seis meses, venho sentindo preocupação e nervosismo excessivos, difíceis de controlar
- (b) No mínimo nos últimos seis meses, tenho ficado extremamente ansioso e preocupado com uma série de acontecimentos e atividades diferentes
- (c) Pelo menos durante os últimos seis meses, venho me sentindo excepcionalmente agitado, cansado, irritado, tenso ou distraído

9- TRANSTORNO BIPOLAR

- (a) Durante o ano passado tive variações súbitas de humor, sem qualquer razão aparente
- (b) Meu humor muda rapidamente, de depressivo a esfuziante, sem qualquer motivo aparente
- (c) Durante o ano passado o meu humor mudou mais de uma vez de deprimido para esfuziante

10- TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO

- (a) Repito excessivamente certos comportamentos ou pensamentos, sem conseguir parar
- (b) Pensamentos frequentes me causam grande ansiedade
- (c) Acredito que esses pensamentos possam ser irracionais ou exagerados. Faço ou penso repetidamente

PONTUAÇÃO

Se você deixou todos os itens em branco, parabéns! É provável que a sua saúde mental esteja muito bem. Caso contrário, lembre-se de que esta não é a versão completa do teste e, ainda que fosse, sua aplicação não tem peso diagnóstico. Mas os resultados podem ajudá-lo a pensar como tem se sentido e lidado com os problemas. Se marcou um item em uma ou mais categorias, é possível que esteja passando por situação de angústia que poderia ser mais bem compreendida (ou contornada) com a ajuda de um profissional. Se assinalou dois ou três itens em uma ou mais categorias, talvez seja mesmo

uma boa hora para consultar um psicólogo e evitar sofrer sem necessidade, já que a maioria dos problemas de saúde mental podem ser tratados. Mais importante que o resultado do teste, entretanto, é voltar-se para si e perguntar-se se não seria o momento de cuidar de si mesmo. Afinal, quando temos uma dor de dente, por exemplo, não hesitamos em buscar um dentista. Se a dor é na alma, o psicoterapeuta é o profissional mais indicado para cuidar desse desconforto.

Instituições que oferecem psicoterapia e preços reduzidos:

Psicólogos especializados em depressão em Vitória, ES:

<http://br.mundopsicologos.com/consultorios/depressao/vitoria-espirito-santo>

SÃO PAULO

• Alphaville

Clínica Psicológica Objetivo

Universidade Paulista (Unip)

Alameda Amazonas, 492

Tel.: (11) 4191-1078

Site: www3.unip.br

Adultos: plantão psicológico às quartas

Crianças até 12 anos: ligar das 14h às 22h para agendar.

O atendimento é realizado por alunos do 4o e do 5o ano de psicologia

Obs.: A clínica inicia atividades em março.

• Alto da Lapa

Centro de Estudos e Orientação da Família Rua Japuanga, 235

Tel.: (11) 3022-9596

Apenas para famílias e casais.

O atendimento é realizado por psicoterapeutas graduados.

Obs.: Os atendimentos começam em fevereiro e há fila de espera.

• **Mooca**

Clínica de Psicologia Aplicada Universidade São Judas Tadeu

Rua Marcial, 45

Tel.: (11) 2799-1831/ 2799-1943

Site: www.usjt.br

Interessados devem ligar de segunda a sexta, das 13h às 23h, ou aos sábados, das 7h às 17h, fazer a inscrição por telefone e aguardar contato para marcar triagem.

Atendimento realizado por alunos do 3o ao 5o ano de psicologia.

Obs.: A clínica está com inscrições abertas.

• **Pacaembu**

Centro de Estudos Psicanalíticos (CEP)

Rua Almirante Pereira Guimarães, 378

Tel.: (11) 3865-0017/3864-2330

Site: www.centropsicanalise.com.br

Interessados devem ligar para agendar triagem. Após esse processo a pessoa será encaminhada para o consultório mais próximo de sua residência ou trabalho.

É cobrada uma taxa de custo, estipulada pelo psicanalista junto com o paciente.

• **Perdizes**

Clínica Psicológica Sedes Sapientiae

Rua Ministro de Godói, 1484

Tel.: (11) 3866-2735

Site: www.sedes.org.br

Interessados devem ligar de terça a sexta-feira, das 9h às 20h, para inscrição. Em seguida devem comparecer na apresentação e em três encontros coletivos. Após essas etapas, o psicólogo marcará as consultas.

Atendimento realizado por
psicólogos formados.
Obs.: Inscrições a partir de fevereiro.

SALVADOR

Clínica Psicológica da Universidade
Federal da Bahia

Rua Aristides Novis (Estrada de São
Lázaro), 197, Federação

Tel.: (71) 3283-6437

As matrículas começam em fevereiro. Após triagem, o atendimento é feito por alunos do 5o ano de psicologia aproximadamente um mês após as inscrições.

RECIFE

Universidade Católica de Pernambuco

Rua do Príncipe, 526, Boa Vista

Tel.: (81) 2119-4115

Site: www.unimcap.br

Atendimento realizado por alunos do 9o e do 10o semestre de psicologia. Inscrições abertas em fevereiro.

Obs.: As duas primeiras sessões são gratuitas, e para as demais é cobrado valor simbólico de R\$ 20,00 por sessão.

FLORIANÓPOLIS

Comunidade Gestáltica Clínica

Escola de Psicoterapia

Rua Irmão Joaquim, 169, Centro

Tel.: (48) 3222-7777

Site: www.comunidadegestaltica.com.br

Interessados devem agendar triagem.

O atendimento é realizado por alunos

de graduação de psicologia da
UFSC e do curso de especialização
em gestalterapia.

Obs.: Inscrições começam em fevereiro.

BELO HORIZONTE

Serviço de Psicologia Aplicada da Universidade Federal de Minas Gerais

Av. Antônio Carlos, 6627, Campus Pampulha

Tel.: (31) 3409-5070

Site: www.ufmg.br

Interessados devem agendar triagem e em seguida aguardar, pois há fila de espera.

O atendimento é realizado por alunos do curso de psicologia da UFMG.

Obs.: Inscrições começam em março.

É cobrado valor simbólico.

RIO DE JANEIRO

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Av. Venceslau Brás, 250, Urca

Tels.: (21) 2295-8113/ 3873-5326

Site: www.psicologia.ufrj.br

Interessados devem comparecer no departamento de psicologia da universidade para triagem, feita por ordem de chegada.

Atendimento realizado por alunos do curso de graduação.

Obs.: as inscrições são abertas em fevereiro.

É cobrado valor simbólico.

BRASÍLIA

Centro de Atendimento e Estudos Psicológicos do Instituto de Psicologia da

Universidade de Brasília (UnB)

Instituto de Psicologia, Campus Universitário Darcy Ribeiro

Asa Norte – Brasília – DF

Tel.: (61) 3307 2625 ramais 614 e 615

Os interessados devem ligar em fevereiro para maiores informações.

Atendimento realizado por estagiários.

Obs: Inscrições serão retomadas em março de 2011. É cobrado valor simbólico.

A **ABP – Associação Brasileira de Psiquiatria** é uma entidade sem fins lucrativos, representativa dos psiquiatras no país, que atualmente reúne 5.500 associados, congrega 53 federadas, cinco núcleos em todos os Estados da Federação e cinco departamentos. Anualmente, a ABP realiza o CBP – Congresso Brasileiro de Psiquiatria, evento de referência no Brasil e na América Latina, considerado o terceiro maior da especialidade no mundo.

Link: <http://www.abp.org.br/portal/>

Bibliografias

-ABREU, Fernanda Moreira de. *Depressão como doença do trabalho e suas repercussões jurídicas*. São Paulo: LTr, 2005.

-JARDIM, Silvia Rodrigues. Depressão e trabalho: ruptura de laço social. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 36, n. 123, p. 84-92, jan./jun. 2011.

-JORGE NETO, Francisco Ferreira; CAVALCANTE, Jouberto de Quadros Pessoa. *Direito do trabalho*. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2012.

-NEVES, Marco Antônio Borges das. *As doenças ocupacionais e as doenças relacionadas ao trabalho*: as diferenças conceituais existentes e as suas implicações na determinação pericial nonexo causal, do nexo técnico epidemiológico (NTEP) e da concausalidade. São Paulo: LTr, 2011.

http://www.lex.com.br//doutrina_23947023_A_CARACTERIZACAO_DA_DEPRESSAO_E_O_CONTRATO_DE_TRABALHO.aspx

<http://www.mdsaude.com/2012/04/o-que-e-depressao.html>

<http://www.abp.org.br/portal/>

http://www2.uol.com.br/vivermente/reportagens/e_hora_de_procurar_ajuda.htm
!

<http://br.mundopsicologos.com/consultorios/depressao/vitoria-espirito-santo>

<http://www.escolapsicologia.com/depressao-como-aceitar-que-precisa-de-ajuda-psicologica/>