



Revista Interdisciplinar do Pensamento Científico. ISSN: 2446-6778
Nº 3, volume 4, artigo nº 12, Julho/Dezembro 2018
D.O.I: <http://dx.doi.org/10.20951/2446-6778/v4n3a12>
Edição Especial

DOENÇAS NEGLIGENCIADAS: DEPRESSÃO

Nickolas Ferreira Nunes Nogueira¹
Acadêmico em medicina, Uniredentor

Victor Souza Ferreira²
Acadêmico em medicina, Uniredentor

Anderson Nunes Teixeira³
Doutor, Mestre, Médico-Veterinário

Miguel de Lemos Neto⁴
Pós-Doutor, Mestre, Especialista, Médico,

Renata Clementino Gontijo⁵
Doutora, Mestre, Tocoginecologia

Resumo

A principal proposta deste trabalho é apresentar uma pesquisa e uma reflexão sobre uma doença altamente prevalente na população em geral e que por muitas vezes não é diagnosticada corretamente, levando a um tratamento pouco eficaz, trazendo muitos prejuízos para a vida do paciente. A presença da depressão piora diversos fatores relacionados à saúde, apresentando maior mortalidade quando está associada a sintomas depressivos em pacientes idosos com doenças clínicas crônicas.

Palavras-chave: depressão; diagnóstico; pacientes idosos.

Abstract

¹ Uniredentor, Acadêmica de Medicina, Itaperuna, nickolas_nunes@hotmail.com

² Uniredentor, Acadêmica de Medicina, Itaperuna, leticiaxiv@hotmail.com

³ Uniredentor, Departamento de Fisiologia e Farmacologia, Itaperuna, professorandersoneteixeira@outlook.com

⁴ Uniredentor, Departamento de Fisiologia e Farmacologia, Itaperuna, mdlemos@oi.com.br

⁵ Uniredentor, Coordenação de Medicina, Itaperuna, coordmedicina@redentor.edu.br

The main proposal of this work is to present a research and a reflection on a disease highly prevalent in the general population, and which many times is not properly diagnosed, leading to a treatment less effective, bringing a lot of damage to the life of the patient. The presence of depression worsens the various factors related to the health, presenting higher mortality when it is associated with depressive symptoms in elderly patients with diseases chronic.

Keywords: depression; diagnosis; elderly patients.

1. INTRODUÇÃO

Por muito tempo, a depressão foi conhecida com outro nome: Melancolia. Era não só um tipo de doença como um tipo de temperamento, no qual o indivíduo sentia-se desanimado, triste e com um estado emocional abalado. O termo depressão foi utilizado pela primeira vez na psiquiatria para relacionar-se a transtornos de humor, com características de irritabilidade e sentimentos deprimidos. É uma doença que afeta a capacidade de motricidade, atenção e concentração. Não se trata apenas de um sentimento de tristeza, mas de um conjunto de sintomas como pensamentos negativos, pessimismo e sentimento de culpa (CANALE et al., 2013; ASSUNÇÃO, 1998).

A depressão é uma patologia de humor, que necessita ser identificada e tratada. Não está relacionada ao caráter do indivíduo nem com a própria vontade do mesmo, sendo assim pode acometer qualquer indivíduo de qualquer idade, gênero e etnia (CANALE et al, 2013).

No geral, a depressão caracteriza-se por um processo que gera a lentificação dos fatores psíquicos, humor depressivo e/ou irritável podendo estar associado à ansiedade e à angústia, diminuição de energia, culminando em desânimo e cansaço, anedonia, desinteresse, apatia ou agitação motora, dificuldade de concentração e pensamentos negativos, com perda da capacidade de planejar o futuro e alteração do juízo da realidade (CANALE et al, 2013).

Nos idosos, por exemplo, as doenças psiquiátricas mais comuns são a demência e a depressão. Com o aumento na da expectativa de vida, essas alterações se tornaram mais freqüentes. No entanto, ainda hoje, ambas as doenças são negligenciadas pelas equipes de saúde, tornando difícil o diagnóstico diferencial entre elas e, conseqüentemente, o seu tratamento (NETTO et al, 2006).

Há uma indicação na relação entre a depressão e a taxa de suicídio de pessoas idosas na qual cerca de 71% a 95% dos casos de idosos que cometeram suicídio sofriam com algum transtorno mental. Dentro desta margem estatística, cerca de 60% dos casos

correspondam a idosos com depressão, sendo um dado alarmante, no sentido de se buscar cada vez mais um reconhecimento da doença e diagnóstico precoce no meio médico (ASSUMPÇÃO et al., 2018).

Sendo assim, a depressão pode ser definida como um problema de saúde pública, necessitando de uma atenção especial, pois com o passar dos anos os números de pessoas com esse diagnóstico, em todo mundo, é significativa. Desta forma, é muito importante essa discussão no meio científico, para que novas informações sobre o tema alcancem um maior número de pessoas possível. Assim, é extremamente relevante a promoção de programas de prevenção e cuidado para pessoas com depressão. Desta forma pode-se evitar que seus sintomas cheguem ao ponto de resultar em suicídio (ASSUMPÇÃO et al., 2018).

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

De acordo com o atual cenário epidemiológico, há uma elevada taxa de morbimortalidade proveniente de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), dessa forma fica cada vez mais evidente a relevância dos comportamentos relacionados à saúde, os quais atualmente são reconhecidos como fatores de risco dessas doenças. Essa identificação e reconhecimento conduziram órgãos nacionais e internacionais à elaboração de planos e definição de estratégias para controle das DCNT, justificados em propostas de mudanças dos comportamentos nocivos à saúde e considerando que os comportamentos de saúde são socialmente determinados (BARROS et al., 2017)

A depressão é uma síndrome psiquiátrica altamente prevalente na população em geral; estima-se que acometa 3% a 5% desta. Já em populações clínicas, a incidência é ainda maior, uma vez que a depressão é encontrada em 5% a 10% dos pacientes ambulatoriais e 9% a 16% de internados, além disso, é constatado que a depressão aumenta o risco de várias doenças cardiovasculares, incluindo acidente vascular cerebral hemorrágico, infarto e doença arterial periférica, sendo considerado um fator independente tão importante quanto os clássicos fatores de risco para doenças crônicas (DASKALOPOULOU et al., 2016, KATON, 2003).

Apesar desta alta prevalência em populações clínicas, a depressão muitas vezes é sub-diagnosticada e desta forma sub-tratada. Em torno de 50% a 60% dos casos de depressão, não são detectados pelo médico clínico. Muitas vezes os pacientes deprimidos também não recebem tratamentos suficientemente adequados e específicos. A morbimortalidade associada à depressão pode ser em boa parte prevenida (em torno de 70%) com o tratamento correto (FLECK et al., 2003)

De acordo com alguns pesquisadores, há uma correlação entre modalidades de uso prejudicial de bebida alcoólica e diferentes tipos de distúrbios depressivos. Pesquisas demonstram maior risco de sintomas depressivos e de depressão maior em pacientes jovens adolescentes que consomem álcool frequentemente. Há uma sugestão que a relação entre álcool e depressão é bidirecional sendo a dependência de álcool quatro vezes superior em indivíduos com transtorno depressivo maior. Em idosos, verificou-se que indivíduos com depressão apresentavam probabilidade 18% (6% a 31%) maior de se tornarem etilistas crônicos. Grande parte das pesquisas científicas constata a associação entre álcool e depressão e foi identificada uma base genética para isto, o qual, os pacientes portadores do alelo S homozigoto do polimorfismo 5HTTLPR têm maior risco de depressão maior e de dependência de álcool (DASKALOPOULOU et al., 2016).

Em serviços de cuidados primários e outros serviços médicos gerais, de 30% a 50% dos casos de depressão não são diagnosticados. Os motivos para o sub-diagnóstico advém de fatores relacionados aos pacientes e aos médicos. Os pacientes podem ter preconceito em relação ao diagnóstico de depressão e descrença em relação ao tratamento. Os fatores relacionados aos médicos incluem falta de treinamento, falta de tempo, descrença em relação à efetividade do tratamento, reconhecimento apenas dos sintomas físicos da depressão e identificação dos sintomas de depressão como uma reação “compreensível” (FLECK et al., 2003).

A presença de depressão piora diversos fatores relacionados à saúde em pacientes clínicos. Há uma maior mortalidade associada a sintomas depressivos em pacientes idosos com doenças clínicas crônicas e esses pacientes apresentam maior risco de não aderirem às recomendações médicas (TENG et al., 2005).

A avaliação adequada dos sintomas depressivos em pacientes com condições médicas associadas é dificultada pela superposição dos sintomas da patologia clínica (fadiga, inapetência, dor, insônia, lentificação), bem como de condições associadas à internação e à percepção das consequências adversas das doenças (desalento e baixa auto-estima). Critérios intuitivos como a intensidade de sintomas desproporcional ao esperado pelo quadro clínico e a relação temporal entre o início dos sintomas depressivos e da patologia clínica podem induzir a erros, como a possibilidade de postergar o diagnóstico de depressão. Em pacientes internados, pode-se lançar mão de medidas indiretas para avaliar sintomas depressivos, como a capacidade de obter prazer em conversas com colegas de quarto e visitas domiciliares, capacidade de vislumbrar melhora e a possibilidade de voltar a realizar atividades antes prazerosas e fazer planos para o futuro. Alguns sintomas parecem estar associados ao maior risco de mortalidade, como indecisão,

insônia, baixa auto-estima, desesperança, anedonia, pensamentos de morte e de suicídio e planejamento suicida (TENG et al., 2005).

O tratamento antidepressivo deve ser entendido de uma forma globalizada levando em consideração o ser humano como um todo incluindo dimensões biológicas, psicológicas e sociais. Portanto, a terapia deve abranger todos esses pontos e utilizar a psicoterapia, mudanças no estilo de vida e a terapia farmacológica. Deve-se mencionar que não se trata a depressão de forma abstrata mas sim pacientes deprimidos, contextualizados em seus meios sociais e culturais e compreendidos nas suas dimensões biológicas e psicológicas (SOUZA, 1999).

Atualmente é consenso que todos os indivíduos com diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior, devem receber tratamento; podendo ser medicamentoso e/ou psicoterápico. Quando o tratamento é realizado de forma que as duas intervenções são realizadas ao mesmo tempo, isso aumenta a eficácia do tratamento e reduz o risco das recaídas. É importante não interromper o tratamento antes que a duração mínima do tratamento seja avaliada pelo médico. Doses terapêuticas de antidepressivos deve ser entre seis e nove meses para os casos de primeiro episódio, dois a quatro anos para o segundo e considerar o tratamento continuado para os casos de segundo episódio grave ou para os casos de terceira ou mais recorrência ou recaída (PARADELA, 2011).

Muitos antidepressivos já foram estudados e são consensos na psicoterapia em jovens, adultos e idosos. Os mais estudados em idosos são os tricíclicos (ADT) como a nortriptilina, imipramina e amitriptilina e os inibidores seletivos de recaptção da serotonina (ISRS) como fluoxetina, sertralina, paroxetina, o citalopram e o escitalopram (PARADELA, 2011).

Nos pacientes idosos, os ADT são muito eficazes no tratamento da depressão, são adequados para indivíduos com insônia e depressão, são analgésicos, aumentam o apetite e melhoram a incontinência urinária de urgência. É importante saber que alguns cuidados com estes medicamentos em idosos devem ser tomados, pois os ADT causam confusão mental, hipotensão postural, constipação intestinal, diminuição do limiar convulsivo, atividade pró-arrítmica e a retenção urinária. Não devem ser utilizados após o IAM (infarto agudo do miocárdio) (PARADELA, 2011).

Outra classe de medicamentos antidepressivos, são os inibidores seletivos de recaptção da serotonina (ISRS) que, atualmente, são os medicamentos de primeira escolha para o tratamento medicamentoso dos transtornos do humor em idosos devido ao melhor perfil de tolerância e a comprovada eficácia no tratamento da depressão. Com

relação à interação medicamentosa, o citalopram e a sertralina têm menor potencial de interação medicamentosa. A dose necessária para a remissão total dos sintomas deve ser usada, levando-se em conta a tolerância dos indivíduos aos efeitos colaterais e as doses sugeridas pelos fabricantes (PARADELA, 2011).

Há novos antidepressivos conhecidos como inibidores da recaptção da serotonina e noradrenalina (IRSN) como a duloxetina, venlafaxina e a mirtazapina. São muito utilizados nestes pacientes a despeito do alto custo, porém, estudos revelam que a eficácia destas novas drogas não é maior que os ADT ou ISRS (PARADELA, 2011).

As intervenções psicoterápicas podem ser de diferentes formatos, como psicoterapia de apoio, psicodinâmica breve, terapia interpessoal, comportamental, cognitiva comportamental, de grupo, de casais e de família. Fatores que influenciam no sucesso psicoterápico incluem: motivação, depressão leve ou moderada, ambiente estável e capacidade para insight. Mudanças no estilo de vida deverão ser debatidas com cada paciente, objetivando uma melhor qualidade de vida. Os antidepressivos produzem, em média, uma melhora dos sintomas depressivos de 60% a 70%, no prazo de um mês, enquanto a taxa de placebo é em torno de 30% (PARADELA, 2011; SOUZA, 1999).

A maioria dos procedimentos psicoterapêuticos pode ser eficazes, independente de linha teórica, idade e gênero dos pacientes, apesar das divergências na literatura a esse respeito. Por exemplo, alguns estudos apontam a terapia cognitiva-comportamental mais eficaz do que somente nefazodona, um antidepressivo. Porém, o tratamento combinado se destacou em termos de eficácia. Outros estudos mostram que a utilizando da intervenção psicoterápica com ênfase no psicodrama, concluindo que o tratamento combinado era superior ao tratamento farmacológico. Com a comparação dos tratamentos usuais para depressão com a utilização de processos psicoterápicos, há mais eficácia de abordagens cognitiva-comportamental e até mesmo de psicoterapias não diretivas, assim como na superioridade de intervenção breve psicoeducacional de grupo em mulheres com depressão pós-parto quando comparado aos cuidados rotineiros primários. A intervenção com aconselhamento voltado às soluções de problemas e educação comportamental teria mais eficácia quando comparada a pacientes que recebem tratamentos usuais para a depressão. Outros estudos não relataram diferença significativa entre tratamento por grupo psicoeducacional e tratamento rotineiro aleatório em pacientes com depressão menor (BAPTISTA et al., 2007).

3. CONCLUSÃO

Durante o desenvolvimento deste trabalho, foi possível encontrar artigos relacionados à depressão onde se pode concluir que esta doença é de difícil manejo, podendo haver diferentes diagnósticos diferenciais, onde é necessário um cuidado e uma atenção maior por parte dos profissionais de saúde, em saber como abordar, interpretar e identificar, através dos sintomas e sinais. É uma doença muito negligenciada, até pelo fato da sua dificuldade de diagnóstico e também por muitas pessoas não terem acesso a informações, não acreditarem, terem preconceito e negarem. Portanto é necessário entender que a depressão é uma doença como outra qualquer e que precisa de um tratamento efetivo para o controle e uma busca de melhora significativa na qualidade de vida e bem estar do paciente.

3. REFERÊNCIAS

ASSUMPÇÃO, Gláucia Lopes silva et al. Depressão e suicídio: uma correlação. Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas, v. 3, n. 5, jan./jun. 2018.

BAPTISTA, Makilim Nunes et al. Eficácia de intervenções psicoterápicas no tratamento de depressão. Revista de psicologia da vetor editora, v. 8, n. 1, p. 77-88, 2007.

CANALE, A.; FURLAN, M.M.D.P. Depressão. Arquivos do museu dinâmico interdisciplinar, v.11, n. 1, p. 23-31, 2013.

FLECK, Marcelo Pio de Almeida et al. Diretrizes da associação médica brasileira para o tratamento da depressão (versão integral). Revista Brasileira de Psiquiatria, 2003.

DASKALOPOULOU, Marina et al. Depression as a risk factor for the initial presentation of twelve cardiac, cerebrovascular, and peripheral arterial diseases: Data Linkage Study of 1.9 Million Women and Men. PLoS One, v. 11, 2016.

KATON, W.J. Clinical and health services relationships between major depression, depressive symptoms, and general medical illness. Biological psychiatry, v. 54, n. 3, p. 216-226, 2003.

NETTO, Bruno et al. Diagnóstico de demência, depressão e psicose em idosos por avaliação cognitiva breve. Revista da associação médica brasileira, v. 52, n. 6, p. 401-404, 2006.

PARADELA, E.M.P. Depressão em idosos. v.10, n. 2, p. 36-37, 2011.

SOUZA, F.G. de M. Tratamento da depressão. Revista brasileira de psiquiatria, v. 21, p. 18-23, 1999.

TENG, Chei Tung et al. Depressão e comorbidades clínicas. Revista de psiquiatria clínica, v. 32, n. 3, p. 149-159, 2005.

Sobre os Autores

Autor 1: Miguel de Lemos Neto. Professor do curso Medicina da Uniredentor. Atua na área de fisiologia e farmacologia. Pós Doutor em farmacologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. E-mail: mdlemos@oi.com.br

Autor 2: Anderson Nunes Teixeira. Professor do curso Medicina da Uniredentor. Atua na área de fisiologia e farmacologia. Doutor em ciência animal pela Universidade Estadual do Norte Fluminense. E-mail: professorandersonteixeira@outlook.com

Autor 3: Renata Clementino Gontijo. Coordenadora do curso Medicina da Uniredentor. Atua na área de ginecologia e obstetrícia. Doutora em tocoginecologia pela Universidade Estadual de Campinas. E-mail: coordmedicina@redentor.edu.br

Autor 4: Nickolas Ferreira Nunes Nogueira. Aluno graduando do curso Medicina da Uniredentor. E-mail: nickolas_nunes@hotmail.com

Autor 5: Victor Souza Ferreira. Aluno graduando do curso Medicina da Uniredentor. E-mail: leticiavix@hotmail.com