



DEPRESSÃO NO ADULTO

Os sintomas comuns desse tipo de transtorno são a presença persistente de sensação de inutilidade e de falta de expectativa, pensamentos sobre morte e suicídio e a incapacidade de desfrutar ou interessar-se pela vida. Em algumas pessoas o desespero e a culpa tornam-se tão intensos que se convertem em delírios sobre doenças ou pecados imaginados (depressão psicótica). As pessoas deprimidas freqüentemente encontram-se também em estado fisicamente deprimido (cansaço, insônia, falta de apetite). Alterações emocionais similares, porém de menor duração ou freqüência e menos incapacitantes, são chamadas de distúrbios de ajuste com afeto deprimido, depressão menor, transtorno depressivo breve, ciclotimia (forma branda de transtorno bipolar) e distímia (forma crônica e branda de depressão unipolar).

A depressão é um dos transtornos psiquiátricos mais conhecidos. Sem tratamento, o episódio depressivo típico dura seis meses. Na maior parte dos casos os sintomas reaparecem periodicamente, ocorrendo em média de cinco a sete episódios durante toda a vida. Dez por cento dos pacientes deprimidos permanecem doentes durante 15 anos ou mais, e mesmo aqueles que se recuperam apresentam sintomas residuais. A distímia dura em média mais do que cinco anos. Estes transtornos constituem uma doença complexa que tem muitas causas diferentes. Quase todo mundo já passou por momentos de depressão, mas esses estados emocionais podem aprofundar-se e persistir quando a pessoa não consegue restabelecer um equilíbrio emocional devido a estresse incomum ou regulação interna deficiente. Um mecanismo regulador deficiente ou o excesso de estresse podem ter como causa uma predisposição genética, desequilíbrios bioquímicos, experiências na infância e na vida adulta e diversas condições sociais que mudam de uma pessoa para outra.

Estudos conduzidos em gêmeos e crianças adotadas mostram que a predisposição hereditária aparece mais claramente, pois uma pessoa com o pai e a mãe afetados corre risco de 75% de ele também desenvolver o distúrbio, e famílias geneticamente também. Genes passíveis de contribuir para a doença foram localizados em três linhagens familiares diversas. Outro estudo sugere que o transtorno está associado a um distúrbio congênito conhecido como síndrome velo-cardio-facial, a qual ocorre em crianças que apresentam falta de uma certa seção do cromossomo 22. Os transtornos são provavelmente influenciados por várias combinações de genes que diferem de uma família para outra e que variam em termos dos efeitos provocados, dependendo do ambiente social e físico. Os pacientes podem apresentar sintomas discrepantes ou responder a tratamentos diferentemente. Os investigadores estão ampliando os conhecimentos sobre a estrutura e o funcionamento do cérebro em pessoas



com transtornos, sobre o papel desempenhado pelos neurotransmissores químicos e o sistema endócrino e sobre a influência do sono e de outros ciclos fisiológicos.

A tomografia com emissão de pósitrons (PET) e a tomografia computadorizada com emissão de fóton único sugerem a presença de conexões cortadas ou deterioradas nas redes envolvidas na regulação do estado emocional. Os pacientes deprimidos apresentam atividade metabólica cerebral acima da média, mas baixo nível de atividade no córtex pré-frontal esquerdo, que governa o juízo e o planejamento. É mais provável que uma pessoa que teve essa região do cérebro afetada por acidente vascular cerebral se torne deprimida do que uma que teve acidente vascular cerebral apenas no hemisfério direito. A amígdala, região que regula a memória de eventos emocionalmente significativos, apresenta atividade acima do normal tanto na tristeza como na depressão clínica e mesmo em pacientes que não estão deprimidos no momento mas que já o estiveram no passado..

Sabe-se muito mais sobre como o afeto é afetado por neurotransmissores — os agentes químicos produzidos pelas células nervosas que transmitem os impulsos nervosos por todo o cérebro. Os circuitos envolvidos na regulação do afeto dependem principalmente dos neurotransmissores produzidos em apenas algumas regiões do cérebro, mas que transmitem impulsos nervosos através de longas projeções de ramificação para muitas outras regiões. Eles alteram a sensibilidade dos neurônios mais do que simplesmente instruí-los a descarregar ou parar de descarregar impulsos elétricos. Em pessoas predispostas à depressão, este sistema é aparentemente ineficiente. Principalmente quando se encontram sob estresse, o neurotransmissor pode ser liberado em quantidades excessivas ou insuficientes, e os receptores nos dois lados da fenda sináptica podem responder de forma demasiado tênue ou demasiado intensa.

O afeto também é influenciado pelo estado das glândulas endócrinas, as quais regulam as funções do organismo através da liberação de hormônios na corrente sanguínea. O sistema endócrino é governado pela glândula pituitária, que recebe instruções do hipotálamo, localizado na base do cérebro. Os órgãos mais importantes sob o controle deste sistema são as glândulas supra-renais e a glândula tireóide. Alguns pacientes com níveis anormalmente baixos de hormônios sofrem de depressão crônica. Os sistemas neurotransmissor e endócrino são interdependentes, e um desequilíbrio em qualquer parte de um dos dois sistemas altera a atividade dos dois. Os distúrbios do sono e outros ciclos biológicos constituem mais um indício do mecanismo de funcionamento da depressão. As pessoas deprimidas apresentam pouco sono de estágio III e IV, a parte do sono mais profundo num ciclo normal de cinco estágios. O sono REM (o período do sono em que a pessoa sonha) freqüentemente inicia-se à noite mais cedo do que o normal, e os sonhos das pessoas deprimidas podem ser anormalmente intensos.

A depressão também perturba outros ritmos corporais pautados pelo movimento de rotação da terra. Os padrões do sono e alimentares e os níveis de atividade de muitos animais, inclusive os seres humanos, mudam com as estações do ano onde os dias se tornam mais cumpridos ou mais curtos. Aparentemente por falta de



adaptação a essas mudanças, algumas pessoas tornam-se deprimidas cada vez que se inicia o ano, no fim do outono ou no.

A depressão é uma característica comum das doenças mentais, independentemente de sua natureza ou origem. Uma pessoa com histórico de qualquer transtorno psiquiátrico grave corre quase o mesmo risco de desenvolver depressão que alguém que já sofreu um episódio de depressão maior no passado. Muitos pacientes esquizofrênicos podem apresentar depressão crônica.

As anfetaminas e outros estimulantes agem diretamente sobre neurotransmissores que se encontram no centro de prazer ou recompensa do cérebro, causando auto-exaltação que frequentemente é seguida de depressão à medida que o efeito da droga passa. O que parece ser depressão maior em alcoólatras ou dependentes de heroína às vezes desaparece de forma impressionante após um período de abstinência. As pessoas que sofrem de transtornos afetivos graves apresentam uma taxa de dependência química de nicotina duas vezes superior à média, e muitos deles ficam deprimidos quando tentam parar de fumar.

Os transtornos da personalidade e os distúrbios afetivos também estão relacionados entre si. As pessoas desmoralizam-se mais facilmente diante da depressão e tardam mais a se recuperar se estiverem retraídas e tiverem uma atitude autocrítica exagerada ou irritável, impulsiva e hipersensível às perdas. Timidez, preocupação mórbida, passividade, melancolia e inconveniência nas relações sociais podem ser consideradas como transtorno da personalidade ou como sintoma depressivos. Inclusive já foi afirmado que drogas antidepressivas mudam a personalidade de certos pacientes cronicamente deprimidos.

A maior parte das pessoas com depressão maior também sofre de alguns sintomas de ansiedade, e apresentam crises de pânico. Pessoas cronicamente ansiosas podem também se automedicar com álcool e outras drogas capazes de provocar depressão. Alguns dos sintomas e tratamentos da ansiedade são similares aos da depressão e esses dois distúrbios podem ter mecanismos subjacentes em comum. Um diagnóstico proposto de transtorno misto de ansiedade e depressão inclui sintomas físicos e emocionais dos dois distúrbios.

A depressão está associada a doenças físicas e psiquiátricas. Pacientes hospitalizados apresentam também sintomas depressivos. Condições médicas crônicas associadas à depressão incluem doença cardíaca, câncer, deficiências vitamínicas, diabetes, hepatite e malária. A depressão também é efeito comum dos distúrbios neurológicos, como a doença de Parkinson, a doença de Alzheimer, a esclerose múltipla, os acidentes vasculares cerebrais e os tumores do cérebro. Mulheres na casa dos quarenta anos e com depressão apresentavam perda óssea (osteoporose) mais tipicamente observada em mulheres na pós-menopausa. A depressão pode também afetar a probabilidade de sobrevivência após um ataque cardíaco.

Por vários motivos as pessoas com transtornos afetivos gastam o dobro do que o normal em tratamentos médicos não psiquiátricos. O estado de saúde pode se



deteriorar devido a um comportamento causado pela depressão (negligenciar a alimentação e a atividade física, incapacidade de aderir ao tratamento médico devido à passividade e ao pessimismo) ou à influência física de emoções determinadas pela atividade hormonal e neurotransmissora. É mais provável que os médicos percebam a depressão em alguém que já está recebendo atendimento médico, assim como é mais provável que dêem atendimento médico, inclusive hospitalização, a alguém que já está sob tratamento para depressão. Mesmo quando não se encontram fisicamente doentes, as pessoas deprimidas tendem a ficar mais seriamente comprometidas do que os portadores de doença apenas física. Pacientes com depressão maior são menos ativos e inter-relacionam-se menos bem do que a maioria das pessoas com doença cardíaca, artrite ou diabetes; os pacientes deprimidos até sentem mais dor e passam mais tempo em cama.

Suas queixas freqüentemente parecem aos outros (e a eles mesmos) problemas do cotidiano, e talvez sintam medo de incomodar suas famílias ou de ser estigmatizados como fracos ou inadaptados. A depressão é às vezes confundida com negligência em adolescentes, com alcoolismo em adultos ou com demência em pessoas idosas. Outro problema é que muitas pessoas deprimidas queixam-se principalmente de sintomas físicos. Podem começar a preocupar-se morbidamente com a sua saúde e interpretar sensações normais como sintomas de uma doença grave. Porém, são também mais sensíveis aos verdadeiros sinais de doenças físicas, e a depressão pode ser particularmente difícil de descobrir quando adquire essa forma. O diagnóstico do transtorno depressivo maior requer a presença de sintomas tais como ; ânimo deprimido a maior parte do dia, quase que todos os dias; interesse ou prazer acentuadamente diminuído em quase todas as atividades; perda/ganho significativo de peso corporal, insônia/hipersônia; agitação/retardo psicomotor; fadiga (perda de energia); sentimentos de baixa auto-estima (culpa); falta de concentração (indecisão); pensamentos recorrentes de morte ou suicídio.

Uma vez detectado o transtorno, o tratamento poderá reduzir a duração dos episódios mórbidos e prevenir a recidiva, freqüentemente por anos e eventualmente por toda uma vida. Os tratamentos mais amplamente utilizados são os muitos antidepressivos e agentes estabilizadores do afeto introduzidos nos últimos 40 anos. A maior parte dos pacientes obterão um certo grau de alívio com uma dessas drogas ou com uma associação delas. A maior parte dos especialistas acredita atualmente que os antidepressivos devem ser administrados durante meses ou até anos após a recuperação do paciente a fim de prevenir as recidivas. Muitos pacientes têm tomado fármacos continuamente por 15 anos ou mais. Quase todos concordam que as pessoas diagnosticadas com transtorno devem começar a tomar medicação o quanto antes, se necessário, devem continuar a tomar o remédio por toda a vida.

Dr. Maurício Aranha - Médico pela Universidade Federal de Juiz de Fora; Especialista em Neurociência e Saúde Mental pelo Instituto de Neurociências y Salud Mental da Universidade da Catalunya; Pesquisador do Núcleo de Psicologia e Comportamento do Instituto de Ciências Cognitivas. E-mail: dr_mauricioaranha@yahoo.com.br