

UMA VISÃO GERAL SOBRE A DEPRESSIVA

DOENÇA

AN OVERVIEW OF DEPRESSIVE ILLNESS

Saint-Clair Bahls¹

RESUMO

O mais comum dos transtornos de humor é a depressão. Costuma afetar parcela considerável da população e trazer sofrimento e limitações significativos a seus portadores e suas famílias, sendo a principal causa de suicídios. Representa, atualmente, um dos maiores problemas de saúde pública existentes. A despeito de tal importância, ainda é doença pouco reconhecida e tratada, apesar de sua conceituação clínica ter ocorrido cientificamente desde o final do século passado; e seus portadores, muitas vezes, serem vítimas do preconceito e do desconhecimento que a cercam. É fundamental, portanto, que ocorra um maior entendimento da mesma, pois somente através do conhecimento adequado do quadro clínico poderá ocorrer um correto tratamento. Este artigo de revisão tem a finalidade de contribuir com dados clínicos que colaborem no esclarecimento e compreensão desta patologia.

Palavras-chave: depressão, características clínicas.

ABSTRACT

Depression is the ailment that most commonly affects a person's temper and habitually affects a considerable portion of the population, causing suffering and significant limitations both to those affected by it and to their families, as well as being the main cause of suicides. It currently represents one of the greatest problems facing the public health services. Despite its importance, it still continues to receive little recognition or treatment, in spite of its clinical conceptualisation having occurred scientifically in the last century; and those who suffer from it are often victims of the prejudice and ignorance that surrounds it. A greater understanding of depression is, therefore, fundamental since it is only through an adequate knowledge of the clinical picture that correct treatment can be provided. This review is intended to contribute by means of clinical data that can collaborate with information and understanding in relation to this illness.

Key words: depression, clinical characteristics.

Depressão

*Se o medo e a tristeza duram muito tempo,
tal estado é próprio da melancolia.*
Hipócrates

INTRODUÇÃO

Todo ser humano apresenta flutuações do afeto em resposta a situações em seu cotidiano, e sentimentos de tristeza, frustração e desânimo são freqüentes como resposta às vicissitudes da vida. As pessoas costumam, normalmente, experimentar uma larga variedade de sentimentos e um vasto repertório de expressões afetivas. Em algumas pessoas as respostas afetivas podem assumir um caráter inadequado, patológico, seja em relação à intensidade, duração ou circunstâncias desencadeadoras, caracterizando a ocorrência de um

¹ Professor do Depto. de Psicologia da UFPR. Mestre em Psicologia da Infância e Adolescência pela UFPR R. Carneiro Lobo, 570, conj. 1.403 - 80240-240 Curitiba - PR. E-mail: scbahls@uol.com.br.

transtorno de humor ou afetivo. O mais comum destes transtornos é a depressão (Guimarães,1993; Stoppe Jr. & Louzã Neto,1997).

O termo depressão é utilizado amplamente e em várias situações diferentes. Existem três usos diferentes para depressão: o uso leigo, associado à tristeza e desânimo, e que não representa necessariamente patologia; o uso do termo representando um sintoma que indica humor rebaixado, deprimido, podendo ser encontrado em inúmeras patologias, e o uso para definir uma síndrome que reúne um conjunto de sinais e sintomas relacionados principalmente aos denominados transtornos de humor (Del Porto,1999; Kaplan, Sadock & Grebb,1994; Mirza & Michael,1996).

Esta generalidade de conceitos associada a estigmas e desinformação costuma criar concepções populares equivocadas sobre a depressão, especialmente de que esta não é uma doença, mas sim, resultado de fraqueza de caráter e que pode ser superada através de esforço. Stahl (1998) cita um levantamento recente na população geral, mostrando que 71% das pessoas entrevistadas consideram as doenças mentais como consequência de fraqueza emocional; 65% acreditam serem estas doenças causadas por más influências dos pais; 45% consideram que a doença mental é culpa da vítima, podendo ser superada pela força de vontade; 43% acreditam que a doença mental é incurável; 35% consideram-na consequência de comportamento pecaminoso; e apenas 10% acham que a doença mental tem base biológica ou que este tipo de doença envolve o cérebro. Esses dados encontram-se na tabela 1. Esta realidade costuma colocar o paciente deprimido em situação ainda mais desoladora dentro de seu sofrimento patológico.

Tabela 1 – Percepção da população geral sobre doença mental.

71%	<i>Devida à fraqueza emocional</i>
65%	<i>Causada por más influências dos pais</i>
45%	<i>Culpa da vítima</i>
43%	<i>Incurável</i>
35%	<i>Consequência de comportamento pecaminoso</i>
10%	<i>Apresenta base biológica; envolve o cérebro</i>

HISTÓRICO

Hipócrates, no século IV a.C., descreveu a melancolia e a mania como formas de doença mental, sendo a melancolia considerada como consequência do desequilíbrio dos humores do organismo, com predomínio da bílis negra (melanio chole). Este conceito foi utilizado por vários autores médicos da Antigüidade como Celsus, Arateus, Galeno e outros, que tiveram seus escritos reunidos por R. Burton (1577-1640) em sua Anatomia da Melancolia. É na tradução latina das obras de Hipócrates, do termo melancolia, que surge a palavra depressão (depremere), que significa pressionar para baixo (Busse,1996; Cordás,1997; Freeman,1994; Kaplan, Sadock & Grebb,1994; Pontes, 2000; Sonenreich, Estevão, Friedrich & Silva Filho,1995; Stoppe Jr. & Louzã Neto,1997).

Em 1686, Bonet, descrevendo uma doença que denominou de maníaco *melancholicus*, inicia o conceito da doença maníaco-depressiva que se fixou em meados do século XIX. Em 1854, descrevendo uma mesma condição clínica, Falret chamou-a de *folie circulaire* e Baillarger de loucura de dupla forma. Em 1863 Kahlbaum utiliza os termos ciclotimia para formas mais leves de flutuação do humor e distimia (que tem origem grega e significa “mau-humor”) para formas que apenas apresentavam uma fase de depressão atenuada; e em 1899 Kraepelin, reunindo os conceitos prévios de autores europeus, descreve a psicose maníaco-depressiva e introduz o conceito de depressão como entidade nosológica (Cordás,1997; Del Porto,1999; Freeman,1994; Kaplan, Sadock & Grebb,1994; Moreira,1996; Sonenreich et al.,1995).

Finalmente em 1957, Leonhard propõe a separação entre quadros unipolares, quando ocorre recorrência apenas de fases depressivas, e quadros bipolares, onde fases de depressão e mania estão presentes. Estudos posteriores, clínicos e genéticos, demonstraram a utilidade desta distinção que foi formalmente estabelecida nos sistemas de códigos de diagnóstico a

partir do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – Terceira Edição (DSM-III,1980) e da Classificação Internacional de Doenças – Décima Versão (CID-10,1992) (Moreira,1996; Stoppe Jr. & Louzã Neto,1997).

CLASSIFICAÇÃO

A relação entre etiologia, sintomas, processos bioquímicos, resposta ao tratamento e evolução dos transtornos de humor ou afetivos ainda não é suficientemente bem compreendida (Bahls,1999), para permitir sua classificação de forma a receber aprovação universal. Até o momento, nenhum marcador biológico definitivo para os distúrbios afetivos foi encontrado, sendo a questão de sua classificação ainda aberta e campo de acirradas discussões. Os dois principais sistemas de classificação em Psiquiatria atuais, são a CID-10 (1992) da Organização Mundial de Saúde (OMS) e o DSM-IV (1994), da Associação Americana de Psiquiatria (APA). Ambos entendem os transtornos psiquiátricos como doenças com componentes psicológicos e biológicos, porém não se prendem a suas etiologias. Tanto a CID-10 quanto a DSM-IV dividem os transtornos de humor em dois grandes grupos: os transtornos depressivos e os transtornos bipolares. (CID-10,1992; Del Porto,1999; DSM-IV,1994; Guimarães,1993).

Segundo a DSM-IV (p. 303), que é o sistema diagnóstico mais amplamente utilizado, os principais transtornos depressivos (“depressão unipolar”) são a depressão maior e a distimia. O transtorno depressivo maior caracteriza-se por um ou mais episódios depressivos maiores, isto é, pelo menos duas semanas de humor deprimido ou perda de interesse, acompanhados por pelo menos quatro sintomas adicionais de depressão que são: perda ou ganho significativo de peso; insônia ou hipersônia; agitação ou retardo psicomotor; fadiga ou perda de energia; sentimento de inutilidade, ou culpa excessiva, ou inadequada; capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se, ou indecisão e pensamentos de morte recorrente. Estes sintomas encontram-se na tabela 2. A distimia, ou transtorno distímico, caracteriza-se por pelo menos dois anos de humor deprimido na maior parte do tempo (em crianças e adolescentes a duração mínima é de apenas um ano), acompanhado por sintomas depressivos adicionais que não satisfazem os critérios para um episódio depressivo maior.

Tabela 2: Sintomas do episódio depressivo maior – DSM-IV

-
- 1- *Humor deprimido ou irritável*
 - 2- *Interesse ou prazer acentuadamente diminuídos*
 - 3- *Perda ou ganho significativo de peso, ou diminuição ou aumento de apetite*
 - 4- *Insônia ou hipersônia*
 - 5- *Agitação ou retardo psicomotor*
 - 6- *Fadiga ou perda de energia*
 - 7- *Sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada*
 - 8- *Capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se, ou indecisão*
 - 9- *Pensamentos de morte recorrentes, ideação suicida, tentativa ou plano suicida*
-

Conforme ainda o DSM-IV (p. 303), os principais transtornos bipolares são: transtorno bipolar I, o transtorno bipolar II e a ciclotimia. O transtorno bipolar I é caracterizado por um ou mais episódios maníacos ou mistos, geralmente acompanhados por episódios depressivos maiores. Um episódio maníaco é definido por um período distinto de pelo menos uma semana, durante o qual existe um humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável, acompanhado por pelo menos três sintomas adicionais: auto-estima elevada ou grandiosidade, necessidade de sono diminuída, pressão por falar, fuga de idéias, distratibilidade, maior envolvimento em atividades dirigidas a objetivos ou agitação psicomotora, e envolvimento excessivo em atividades prazerosas com um alto potencial para consequências dolorosas; se o humor for irritável, pelo menos quatro dos sintomas adicionais devem estar presentes. Estes sintomas encontram-se na tabela 3. Um episódio misto caracteriza-se por um período mínimo de uma semana durante o qual são satisfeitos os critérios tanto para episódio maníaco quanto para episódio depressivo maior; o indivíduo experimenta uma rápida alternância do humor,

acompanhada dos sintomas de um episódio maníaco e de um episódio depressivo maior. O transtorno bipolar II caracteriza-se por um ou mais episódios depressivos maiores, acompanhados por pelo menos um episódio hipomaníaco. Um episódio hipomaníaco é definido como um período mínimo de quatro dias, durante o qual existe um humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável, acompanhado por pelo menos três sintomas adicionais iguais ao do episódio maníaco, exceto pela ausência de delírios ou alucinações e que, comparado com um episódio maníaco, o episódio hipomaníaco não é suficientemente severo para causar prejuízo acentuado no funcionamento social ou ocupacional ou para exigir hospitalização, nem existem características psicóticas. A ciclotimia ou transtorno ciclotímico é caracterizada por pelo menos dois anos (um ano para crianças e adolescentes) com numerosos períodos de sintomas hipomaníacos que não satisfazem os critérios para um episódio maníaco e numerosos períodos de sintomas depressivos que não satisfazem os critérios para um episódio depressivo maior.

Tabela 3: Sintomas do episódio maníaco – DSM-IV

-
- 1- *Auto-estima inflada, ou grandiosidade*
 - 2- *Necessidade de sono diminuída*
 - 3- *Mais loquaz do que o habitual, ou pressão por falar*
 - 4- *Fuga de idéias*
 - 5- *Distratibilidade*
 - 6- *Aumento de atividade dirigida a objetivos, ou agitação psicomotora*
 - 7- *Envolvimento excessivo em atividades prazerosas com um alto potencial para consequências dolorosas*
-

Para a CID-10 (p. 110), nos transtornos do humor ou afetivos, a perturbação fundamental é uma alteração do humor ou afeto, usualmente para depressão ou elação (mania). Essa alteração de humor é normalmente acompanhada por uma alteração no nível global de atividade, e a maioria dos outros sintomas é secundária ou facilmente compreendida no contexto de tais alterações. A maioria desses transtornos tende a ser recorrente, e o início dos episódios é freqüentemente relacionado com eventos ou sensações estressantes. Os termos “depressão grave” e “mania” são usados nesta classificação para denotar os extremos opostos do espectro afetivo; “hipomania” é usado para denotar um estado intermediário, sem delírios, alucinações ou uma completa perturbação das atividades. Segundo a CID-10 (p. 110), os principais transtornos de humor são o transtorno afetivo bipolar, o episódio depressivo, o transtorno depressivo recorrente e os transtornos persistentes do humor onde encontramos a ciclotimia e a distimia.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Os transtornos depressivos constituem um grupo de patologias com alta e crescente prevalência na população geral. Conforme a OMS, haverá nas próximas duas décadas uma mudança dramática nas necessidades de saúde da população mundial devido, parcialmente, ao fato de que doenças como depressão e cardiopatias estão, com rapidez, substituindo os tradicionais problemas das doenças infecciosas e de má nutrição. O prejuízo causado pelas doenças mentais como depressão, dependência do álcool e esquizofrenia tem sido seriamente subestimado, pois se considera somente a quantidade de mortes e não a incapacitação causada pelas doenças; enquanto as condições psiquiátricas são responsáveis por um pouco mais de 1% das mortes, representam quase 11% da carga de problemas causados por doenças em todo o mundo. O prejuízo causado pelas doenças, medido pela Disability Adjusted Life Years, mostra que a depressão maior, quarta causa geradora de sobrecarga em 1990, será a segunda causa no ano 2020 (Bahls,1999; Murray & Lopez,1996). A depressão é socialmente tão debilitante quanto as doenças coronarianas e mais debilitante ainda do que o diabetes melito ou a artrite. Também está associada à alta mortalidade, sendo que 15% dos pacientes gravemente deprimidos se suicidam (DSM-IV,1994; Stahl,1998).

A depressão afeta uma considerável parcela da população, conforme demonstram os estudos epidemiológicos atuais: o risco de depressão maior durante a vida, em amostras comunitárias, tem variado de 10 a 25% para as mulheres e de 5 a 12% para os homens. A prevalência-ponto de depressão maior em adultos tem variado de 5 a 9% para as mulheres, e de 2 a 3% para os homens. O risco de distimia durante a vida é de aproximadamente 6%. A prevalência-ponto da distimia é de aproximadamente 3% (DSM-IV,1994). Estes dados encontram-se na tabela 4. Em estudo epidemiológico prospectivo de vinte e cinco anos, na Suécia, Hagnell, Lanke, Rorsman e Ojesjo (1982) encontraram que, até a idade de setenta anos, a probabilidade cumulativa de um primeiro episódio de depressão foi de 27% para homens e 45% para mulheres, taxas que, segundo os autores, colocam a depressão como um dos mais importantes problemas de saúde pública. A depressão maior é duas vezes mais comum em mulheres adolescentes e adultas do que em adolescentes e adultos do sexo masculino; em crianças pré-púberes, meninas e meninos são igualmente acometidos (DSM-IV,1994). Esta diferença no gênero é universalmente observada, pois ocorre independentemente do país ou cultura pesquisados; atualmente aceitam-se como hipóteses mais prováveis desse fenômeno a participação na etiologia da doença do cromossomo X e dos hormônios gonadais (Kaplan, Sadock & Grebb,1994).

Tabela 4: Prevalência da depressão em amostras comunitárias – DSM-IV

Depressão Maior		Ponto	Ao Longo Vida
		Mulheres	Homens
		5 a 9%	10 a 25%
		2 a 3%	5 a 12%
Distimia		3%	6%

Os fatores relacionados à raça, educação, nível socioeconômico ou estado civil parecem não apresentar importância em relação à incidência da depressão maior; porém alguns autores chamam a atenção para a maior freqüência em pessoas que não possuem um relacionamento interpessoal íntimo (DSM-IV,1994; Kaplan, Sadock & Grebb, 1994). Com relação à situação conjugal, a depressão parece ser mais freqüente entre pessoas divorciadas ou separadas. Pessoas que moram sozinhas e viuvez recente representam um maior risco para depressão, e a maioria dos estudos epidemiológicos mostram uma associação entre eventos vitais negativos e depressão maior. No estudo Epidemiologic Catchment Area de Robins e Regier (1991), nos EUA, o resultado de análise de regressão logística mostrou que a depressão é mais freqüente entre jovens, mulheres e pessoas que moram na zona urbana, mesmo quando outros fatores sociodemográficos são considerados. Necessário destacar que os fatores de risco formam uma rede causal, sendo que, cada fator não apenas afeta diretamente o indivíduo como também interage com os demais (Lima,1999).

A depressão maior pode surgir em qualquer idade, porém a idade média de início se situa em torno dos vinte e cinco anos. Dados epidemiológicos sugerem que a idade inicial está baixando, principalmente em pessoas com menos de vinte anos (Guimarães,1993; Kaplan, Sadock & Grebb,1994). Em relação ao curso da doença, a depressão maior costuma evoluir em fases ou episódios, onde os períodos de remissão duram mais tempo no início do transtorno, havendo um risco de recorrência significativo, pois o risco de um segundo episódio depressivo maior (EDM), após um primeiro, é de 50 a 60%, o risco de um terceiro EDM, após o segundo, é de 70% e o risco de um quarto EDM, após o terceiro, sobe para 90% (DSM-IV, 1994; Stahl,1998).

Quanto ao padrão familiar de aparecimento da depressão maior, o risco em parentes biológicos de primeiro grau é um e meio a três vezes maior do que na população geral, havendo uma taxa de concordância em gêmeos monozigóticos de 65% contra 14% em gêmeos dizigóticos, indicando um fator genético em sua etiologia; porém, o fato de a taxa de concordância em gêmeos monozigóticos não alcançar 100% sugere que fatores ambientais desempenham um papel importante na etiologia dos transtornos depressivos. Sabe-se que fatores como ausência de apoio social, dificuldades psicossociais crônicas, perda da mãe na primeira infância e estresse favorecem o aparecimento de crises depressivas. O estresse

parece ser mais importante nos primeiros episódios depressivos, tornando-se menos operante à medida que a doença progride (DSM-IV, 1994; Guimarães, 1993).

CONCLUSÕES

A depressão maior é doença altamente prevalente na população geral e se acompanha de grande sofrimento e prejuízo para seus portadores e suas famílias. Apresenta elevado índice de morbidade e de mortalidade, constituindo-se na principal patologia causadora de suicídios. Tem a característica de ser recorrente, e os dados epidemiológicos recentes sugerem que se está iniciando cada vez mais precocemente. Representa um dos maiores problemas de saúde pública existentes e, a despeito de tal importância e de sua conceituação clínica ter ocorrido cientificamente desde o final do século passado, ainda é doença pouco reconhecida e seus portadores, muitas vezes, são vítimas do preconceito e do desconhecimento que a cercam. Foi observado, em pesquisa citada por Stahl (1998), que 71% das pessoas entrevistadas consideraram que as doenças mentais são causadas devido à fraqueza emocional e 45% acreditavam que podem ser superadas pela força de vontade.

É uma doença que pode ser tratada com sucesso, mas comumente não o é, pois, calcula-se que apenas um terço dos deprimidos recebe tratamento. E diz-se que a “depressão pode levar a mais depressão”, considerando que seu tratamento é mais eficaz nas fases iniciais da patologia; sendo assim, necessário se faz que os casos sejam precocemente identificados e tratados. (Bahls, 1999; Charman, 1994; Kent, Vostanis & Feehan, 1997; Stahl, 1998). Sabe-se, atualmente, que, mesmo entre os profissionais da área de saúde, poucos estão capacitados para reconhecer e tratar a depressão, ficando a grande maioria dos casos sem atendimento. É fundamental, portanto, que ocorra um maior entendimento sobre a doença depressiva, pois somente através do conhecimento adequado do quadro clínico poderá ocorrer um correto tratamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (DSM-IV, 4th ed.). Washington, DC, American Psychiatric Association.
- Bahls, S. C. (1999). Depressão: Uma Breve Revisão dos Fundamentos Biológicos e Cognitivos. *Interação*, 3, 49-60.
- Busse, S.R. (1996). *Histórico e conceito dos transtornos afetivos na infância e na adolescência*. Em Assumpção Jr. (Ed.), *Transtornos Afetivos da Infância e Adolescência* (p. 11-17). São Paulo: Lemos.
- Charman, T. (1994). *The stability of depressed mood in young adolescents: a school – based survey*. *J Affective Disorders*, 3: 109-116.
- Cordás, T. A. (1997). *Do mal-humorado ao mau humor: uma perspectiva histórica*. Em T. A. Cordás; A. E. Nardi; R. A. Moreno & S. Castel (Orgs.), *Distimia: Do mau humor ao mal do humor, diagnóstico e tratamento* (p. 15-21). Porto Alegre, Artes Médicas.
- Del Porto, J. A. (1999). Conceito e diagnóstico da depressão. *Rev. Bras. Psiquiatria*, 21 (supl. Depressão), 6-11.
- Freeman, H. L. (1994). Historical and Nosological Aspects of Dysthymia. *Acta Psych Scandinavica*, 383: 89.
- Guimarães, F. S. (1993). Distúrbios Afetivos. Em F. G. Graeff & M. L. Brandão (Eds.), *Neurobiologia das Doenças Mentais* (79-108). São Paulo: Lemos Editorial.
- Hagnell, O.; Lanke, J.; Rorsman, B.; Ojesjo, L. (1982). Are we entering an age of melancholy? Depressive illness in a prospective epidemiological study over 25 years: The Lundby Study, Sweden. *Psychol Med*, 12, 279-289.
- Kaplan, H. I, Sadock, B. J, Grebb, J. A. (1994). *Synopsis of Psychiatry*. (Seventh edition). Baltimore: Willians and Wilkins.
- Kent, L.; Vostanis, P.; Feehan, C. (1997). Detection of Major and Minor Depression in Children and Adolescents: Evaluation of the Mood and Feelings Questionnaire. *J Child Psychol Psychiatry*, 38 (5), 565-573.
- Lima, M.S. (1999). Epidemiologia e impacto social da depressão. *Rev. Bras. Psiquiatria*, 21 (supl. Depressão), 1-5.
- Mirza, K. A. H.; Michael, A. (1996). Major depression in children and adolescents. *Br. J. Hospital Medicine*, 55 (1-2), 57-61.

- Moreira, M. S. (1996). A psicose maníaco-depressiva na infância e na adolescência. *J. Bras. Psiquiatria*, 45 (2), 69-74.
- Murray, C. J. L.; Lopez, A. D. (1996). *The global burden of disease and injury series. The global burden of disease* (Summary). Harvard School of Public Health: Harvard University Press.
- Pontes, C. B. (2000). *Psicopatologia: Contribuições á Clínica Psiquiátrica*. Fortaleza: Edições Fundação Demócrata Rocha.
- Robins, L .N.; Regier, D. A. (1991). *Psychiatric Disorders in America. The Epidemiologic Catchment Area Study*. New York: The Free Press.
- Sonenreich, C.; Estevão, G.; Friedrich, S.; Silva Filho, L.M.A. (1995). A Evolução Histórica do Conceito de Depressão. *Rev. ABP-APAL*, 17(1): 29-40.
- Stahl, S. M. (1998). *Psicofarmacologia: Bases Neurocientíficas e Aplicações Clínicas*. Rio de Janeiro: Editora Médica e Científica Ltda.
- Stoppe, Jr., A.; Louzã Neto, M. R. (1997). *Depressão na Terceira Idade: Apresentação Clínica e Abordagem Terapêutica*. São Paulo: Lemos Editorial.
- World Health Organization (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization.