

DEPRESSÃO: ASPECTOS RELEVANTES

DEPRESSION: RELEVANT ASPECTS

Débora Rickli Fiuza¹
Luiz Carlos Golanoski Junior²

RESUMO

A depressão é um transtorno de humor, caracterizada principalmente por humor triste e diminuído, associado a outros sintomas menores. Apresenta prevalência em torno 10% e incidência de 2% ao ano, afetando um quarto da população em algum momento da vida. Tem como fatores de risco: baixa renda e escolaridade, sexo feminino, idade de início entre 20 e 40 anos, pessoas divorciadas ou separadas, indivíduos que moram sozinhos ou viúvos, falta de suporte social, residentes em zona urbana e estresse crônico. Possui diagnóstico baseado em critérios clínicos dentro do DSM V e CID 10, tratamento psicoterapêutico grupal ou individual para os casos leves e associado a farmacoterapia em casos moderados a graves. Apresenta os inibidores da recaptação serotonina como tratamento medicamentoso de primeira linha devido tolerabilidade, porém existem outras classes de medicamentos com eficácia semelhante. Independentemente do tipo de terapêutica utilizada, o exercício físico tem papel adjuvante importante no tratamento. Atualmente, os atendimentos aos usuários com transtornos depressivos são responsáveis por cerca de um quarto da demanda da rede de atenção básica em saúde, demonstrando a importância da criação e efetivação de políticas públicas voltadas ao cuidado da Saúde Mental.

Palavras-chave: Depressão. Epidemiologia. Fatores de risco e proteção. Diagnóstico. Tratamento. Políticas Públicas.

ABSTRACT

The depression is a mood disorder, characterized by sad and diminished mood, associated with other minor symptoms. It presents prevalence around 10% and incidence of 2% a year, affecting a fourth population at some point in life. It has as risk factors: low income and schooling, female, age between 20 and 40 years, divorced or separated people, Individuals living alone or widowed, lack of social support, urban residents and chronic stress. It has diagnosis based on clinical criteria within DSM V and CID10, group or individual psychotherapeutic treatment for mild cases and associated with pharmacotherapy in moderate to severe cases. It presents the serotonin reuptake inhibitors as first-line drug treatment due to tolerability, But there are other classes of drugs with similar efficacy. Regardless of the type of therapy used, the physical exercise has an important adjuvant role in the treatment. At present, the services to users with depressive disorders are responsible for about a quarter of the demand for the basic health care network, demonstrating the importance of the creation and implementation of public policies aimed at mental health care.

Keywords: Depression. Epidemiology. Risk and protection factors. Diagnosis. Treatment. Public policy.

¹ Graduada em Psicologia pela Universidade Estadual do Centro-Oeste - UNICENTRO, especialização em Psicologia da Saúde e Hospitalar (Faculdades Pequeno Príncipe) e em Gestão em Saúde Pública (Unicentro). Mestre em Desenvolvimento Comunitário pela Universidade Estadual do Centro-Oeste –UNICENTRO. Atualmente é professora de Psicologia e coordenadora do curso de Pós-Graduação em Psicologia, Políticas Públicas e Atenção Psicossocial em Saúde Mental - Faculdade Campo Real. Atua como psicóloga no município de Guarapuava-Pr.

² Graduado em Medicina pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Pós-graduando em nível de Especialização: Psicologia, Políticas Públicas e Atenção Psicossocial em Saúde Mental. Atualmente atua como médico na Estratégia de Saúde da Família em Turvo-Pr.

1 INTRODUÇÃO

A depressão é um transtorno afetivo que se caracteriza principalmente por alteração humor, energia reduzida e diminuição das atividades do dia a dia. Pode variar entre episódios leves, moderados e graves (ROMBALDI et al., 2010). Segundo manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-V, 2014) sistematiza depressão como transtorno de humor, já classificação internacional de doenças e problemas relacionados à saúde (CID-10, 1993) a coloca como transtorno afetivo. Existem diversas abordagens no estudo da depressão, uma vez que ela pode ser decorrente de fatores genéticos, psicológicos, familiares e sociais. No momento a depressão se apresenta como parte significativa da demanda por atendimento na atenção básica e possui fatores de risco que são considerados mutáveis na maioria das vezes, dependendo principalmente de políticas públicas direcionadas para solução dos mesmos.

Este trabalho tem caráter básico, exploratório, realizado através de pesquisa bibliográfica e de documentos sobre aspectos relevantes relacionados a depressão. Não se pretende esgotar o assunto, mas ampliar conhecimentos, facilitando a criação de políticas públicas e o exercício profissional das áreas relacionadas com este tema. Foram abordados aspectos relacionados à epidemiologia, fatores de risco e de proteção, diagnóstico, classificação, tratamento e a forma pela qual a criação e efetivação de políticas públicas já existentes pode atuar para amenizar os fatores causais, reduzindo assim a probabilidade do indivíduo desenvolver sintomas depressivos. A revisão da literatura baseou-se em livros e artigos científicos nas plataformas: SCIELO, LILACS, MEDLINE e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

2 EPIDEMIOLOGIA

Os transtornos mentais afetam aproximadamente um quarto da população em algum momento da vida, representando 40% das principais causas de incapacidade em todo o mundo. As doenças mentais respondem a 12% da carga global de doenças, com um crescimento previsto para 15% em 2020, chegando nesse mesmo ano como segunda causa de incapacidade em saúde. Os transtornos depressivos são um dos principais responsáveis por esses números juntamente com uso de substâncias químicas e esquizofrenia (WHO, 2001).

Em números absolutos seriam 350 milhões de pessoas vivem com depressão, tendo como principais sintomas: sentimento de tristeza, falta de confiança, visões negativas sobre si, perda de interesse nas atividades sociais, no apetite e no sono (WHO, 2010). A depressão

e a ansiedade são responsáveis por uma perda anual de produtividade de mais de um trilhão de dólares (CHISHOLM et al., 2016).

Os diversos estudos mostram que os transtornos depressivos atingem prevalência de 10% e incidência de 2% ano na população. Essa prevalência continua elevada independente do local de estudo, dos períodos de tempo e do instrumento utilizado.

Os fatores que se associam aos transtornos depressivos com frequência são: baixas renda e escolaridade, sexo feminino, idade de início entre 20 e 40 anos, pessoas divorciadas ou separadas, indivíduos que moram sozinhos ou viúvos, falta de suporte social, residentes em zona urbana e estresse crônico. Pessoas acometidas pela depressão tendem a procurar assistência médica por outras causas com mais frequência (LIMA, 1999).

Outras associações comuns são com o sedentarismo e tabagismo. Estes comportamentos mostraram relação intensa com sintomas depressivos. O tabagismo foi 65% maior em pacientes com depressão maior, mostrando assim maior prevalência de sintomas depressivos em fumantes (PATTON et al., 1988).

Quanto ao local de residência, os moradores dos centros urbanos são mais acometidos pelos sintomas depressivos do que os que vivem em meio rural (BARROS et al., 2006). No caso das mulheres chegam a ser acometidas duas vezes mais que os homens (ROMBALDI et al., 2010). O motivo pelo qual população feminina seria mais suseptível é a da reação de reação biológica ao estresse (ZAMMIT; OWEN, 2006).

No Brasil, segundo estudo megacity de São Paulo, que se usou o método de entrevista estruturada o qual gera diagnósticos de acordo com os critérios do DSM-IV, teve prevalência de 9,4% com referência ao período de um ano (ANDRADE et al., 2012). Para (BARROS et al., 2011) a prevalência aumenta com o envelhecimento e persiste no mesmo patamar após os 60 anos.

Na população idosa os números são parecidos com as demais fases da vida mantendo uma alta prevalência, ficando em torno de 10% dos idosos acometidos com alguma forma de estado depressivo. Este valor se eleva para 30% quando são avaliados os idosos institucionalizados (ALMEIDA et al., 1997). Sendo assim, a depressão é uma condição de saúde mental comum entre os brasileiros mais velhos.

Estima-se que mais de 25% dos idosos do Brasil apresentam sintomas depressivos clinicamente significativos e 7,0% apresentam depressão maior (BARCELOS et al, 2010). Geralmente as pessoas com idade avançada tem má adesão ao tratamento, causando sofrimento individual, familiar e social (FAIRBUN; PATEL, 2014). Os fatores que mais tiveram relação com depressão na velhice foram as doenças crônicas, baixo poder econômico, adversidades psicossociais, deficiências, perda de familiares, baixa capacidade funcional nas atividades da vida diária e principalmente a institucionalização (STEK et al, 2006).

Atualmente os atendimentos aos usuários com transtornos depressivos são responsáveis por cerca de um quarto da demanda da rede de atenção básica em saúde no Brasil, demonstrando a importância de políticas públicas voltadas ao cuidado da saúde mental (MOLINA et al., 2012). Além das desordens mentais, outras condições crônicas completam a carga de doenças atendidas, como desordens neurológicas, ósseas e articulares, doenças autoimunes, dentre outras (WHO, 2005).

3 DIAGNÓSTICO

A depressão é uma doença incluída dentro dos chamados transtornos do humor e tem como característica a sensação de grande sofrimento pelo indivíduo, acompanhada de perda de interesse e energia, sentimento de culpa, perda de apetite, dificuldade de concentração, alterações na atividade sexual e no sono, pensamentos de morte ou suicídio. Essas alterações causam comprometimento do desempenho interpessoal, social e ocupacional (SADOCK; SADOCK, 2007). O diagnóstico, assim como outros distúrbios mentais é fenomenológico, ou seja, a partir da observação e descrição do paciente. Para definição correta pode-se usar tanto critérios diagnósticos do CID-10 quanto do DSM-V. A importância destas classificações são de criar uma linguagem uniforme, facilitando a pesquisa e comunicação entre os profissionais e auxiliar a tomada de decisão do tratamento.

De acordo com o manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-V, 2014) classifica os transtornos depressivos em: Transtorno depressivo maior, distímia, depressão pós parto, transtorno depressivo devido a outra condição médica, transtorno depressivo induzido por Substância/Medicamento, Transtorno disfórico pré-menstrual. Destes, o de interesse para este trabalho é o transtorno depressivo maior, o qual se caracteriza por:

Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de duas semanas e representam uma mudança em relação ao funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda de interesse ou prazer. 1. Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, conforme indicado por relato subjetivo (p. ex., sente-se triste, vazio, sem esperança) ou por observação feita por outras pessoas (p. ex., parece choroso). (Nota: Em crianças e adolescentes, pode ser humor irritável.) 2. Acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (indicada por relato subjetivo ou observação feita por outras pessoas). 3. Perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta (p. ex., uma alteração de mais de 5% do peso corporal em um mês), ou redução ou aumento do apetite quase todos os dias. (Nota: Em crianças, considerar o insucesso em obter o ganho de peso esperado.) 4. Insônia ou hipersonia quase todos os dias. 5. Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observáveis por outras pessoas, não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento). 6. Fadiga ou perda de energia quase todos os dias. 7. Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada (que podem ser delirantes) quase todos os dias (não meramente autorrecriminação ou culpa por estar doente). 8. Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou

observação feita por outras pessoas). 9. Pensamentos recorrentes de morte (não somente medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, uma tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio. B. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo. C. O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica. D. Quando a ocorrência de episódio depressivo maior não é melhor explicada por transtornos do espectro esquizofrênico ou outros transtornos psicóticos. E. Não houve nenhum episódio de mania ou hipomania anterior (DSM-V, 2014, p. 160-161).

Segundo (CID–10, 1993): Um episódio depressivo se caracteriza por um período de duração mínimo de duas semanas, com a presença de dois agrupamentos de sintomas: 1) humor deprimido, diminuição do interesse e do prazer, diminuição da energia e fadigabilidade; e 2) concentração e atenção reduzidas; autoestima e autoconfiança reduzidas; ideias de culpa e inutilidade; visões desoladas e pessimistas do futuro; ideias ou atos auto-lesivos ou suicídio; sono perturbado; apetite diminuído. Classifica-se o episódio depressivo em três níveis: leve, quando estão presentes dois sintomas do primeiro agrupamento e dois do segundo, causando angústia, mas sem parar as atividades do dia a dia; moderado, quando presentes três do primeiro e três do segundo, tendo dificuldade considerável nas atividades laborativas e grave, quando presentes três do primeiro e quatro ou mais do segundo, não conseguindo mais desempenhar suas atividades cotidianas.

4 FATORES DE RISCO E DE PROTEÇÃO

Os fatores de proteção diminuem o risco que ocorra o episódio depressivo. Já os fatores considerados de risco aumentam a probabilidade que a depressão aconteça. Geralmente tanto os fatores de proteção quanto de risco são associados com eventos estressantes da vida do paciente, o que torna o stress protagonista neste meio de discussão. Diversos estudos estabelecem relação entre stress e depressão e ainda a influência da predisposição genética, da personalidade, dos eventos de vida, das habilidades sociais e do suporte social (TABOADA; LEGAL; MACHADO, 2006). Em relação a genética para (WICHERS et al., 2007) que estudaram irmãos gêmeos monozigóticos e dizigóticos, há a hipótese de que existe vulnerabilidade gênica à depressão, porém sem excluir a influência do meio sobre o indivíduo.

De acordo com (KENDLER; KUHN; PRECOTT, 2004) que também fizeram suas análises com gêmeos, ficou demonstrado que eventos de vida negativos como perda de emprego, assalto, doenças, problemas financeiros e muitos outros de natureza interpessoal, como problemas conjugais ou no trabalho, divórcio, rompimento de relacionamento amoroso ou de amizade, estavam acontecendo concomitantemente ou antes de um episódio depressivo. Segundo (SEGRIN; RYNES, 2009) em estudo feito com quinhentos universitários, evidenciou-se que aqueles com melhor repertório de habilidades sociais apresentaram

menores escores de stress psicológico e como consequência, apresentaram menos sintomas depressivos e melhor qualidade de vida.

Além de todos os fatores já citados seriam importantes ainda a idade de início dos sintomas, raça, sexo, situação conjugal, fatores sociodemográficos, stress crônico, suporte social e residência. Com relação ao sexo, as mulheres apresentam cerca de duas vezes mais depressão do que homens. Porém, muito mais do que a questão de gênero, ao que parece o ambiente e a situação cultural que o sexo feminino está inserido, seriam os responsáveis por esse número elevado. Para ambos os sexos os transtornos depressivos são mais frequentes entre 20 e 40 anos, podendo ocorrer na infância tendo aumento gradativo com o passar do tempo. A raça não determinou aumento incidência de depressão por si só, o que ocorre é que outros fatores inerentes ao ambiente e a situação de moradia, idade e situação socioeconômica fazem com que o transtorno apareça com mais frequência. Destes fatores socioeconômicos, a baixa escolaridade e renda apresentam maior prevalência (ROBBINS; REGIER, 1991). Ao que parece a alta escolaridade é um fator protetor para depressão. Um nível educacional elevado possibilita que o indivíduo amplie os recursos de enfrentamento às situações estressantes da vida (BATISTONI; NERI; CUPERTINO, 2010). Sugere-se que até o local onde se encontra a residência determina mudança no padrão de distribuição da doença. No meio urbano a taxa de depressão seria o dobro que no ambiente rural (ROBBINS; REGIER, 1991).

Na perspectiva da situação conjugal, a depressão parece ser mais comum entre indivíduos que terminaram o relacionamento do que entre pessoas solteiras e casadas. A viuvez recente está associada à alta ocorrência de depressão. Mulheres sem parceiros são mais vulneráveis à depressão do que casadas, situação oposta encontrada no sexo masculino. De modo geral, aqueles que vivem sozinhos apresentam maiores chances de desenvolver depressão, ou seja, quanto mais pessoas viverem juntas na mesma casa, menor risco de apresentar sintomas depressivos, desde que não existam conflitos graves nesse meio de convívio. Sabe-se que quanto mais eventos danosos do tipo morte de ente querido, perda de emprego, acidente com lesão corporal, assalto, migração e presença de familiar com doença crônica no domicílio, maiores as chances de desenvolver sintomas depressivos. Sendo assim, existem diversas situações que a longo prazo trazem dificuldades para o paciente, sejam elas de cunho financeiro, relações interpessoais, ameaça a sua segurança, isolamento social, falta de uma pessoa confiante. Tudo isso gera estresse crônico, o que por sua vez aumenta a chance de ocorrência de depressão. O efeito estressor sobre as pessoas pode ser mudado por fatores socioambientais. Um suporte social adequado é capaz de prover aos indivíduos capacidade de gerenciar problemas gerais do dia a dia, em contra partida a ausência do mesmo associam-se a maior ocorrência de depressão maior (ROBBINS; REGIER, 1991).

É importante salientar que os fatores acima citados formam uma rede causal, cada fator acarretando consequências individualmente, mas também interagindo com os demais fatores. Por isso, existem modelos matemáticos de fatores causais que são úteis para determinar a importância relativa de cada um desses fatores. Usando esses métodos matemáticos, a depressão figura com mais frequência entre jovens, mulheres e pessoas que moram na zona urbana, mesmo quando outros fatores sociodemográficos são considerados (ROBBINS; REGIER, 1991). Dessa forma fica clara a multi causalidade da depressão, a qual é oriunda de diversos campos da vivência do ser humano, tendo fatores biológicos, psicológicos, sociais e ambientais envolvidos (CASPI et al., 2010).

Na população idosa, existem algumas peculiaridades como no caso da dor crônica, por ser uma fase na qual existem doenças que com frequência causam dor constante como a osteoartrite, nestes indivíduos a depressão tem incidência aumentada devido ao desconforto e incapacidade física que a dor gera no organismo (LEITE et al., 2011). Os idosos inativos tem mais chance de apresentar sintomas depressivos. Aqueles que fazem exercícios físicos regulares tem 68% menos probabilidade de desenvolver depressão (REICHERT et al., 2011).

Ao que parece a atividade física diminui os níveis de estresse e conseqüentemente o risco de depressão (BALU, 2009). Nos homens, distúrbios de ereção estão fortemente associados a sintomas depressivos (ARAÚJO et al., 1998). Independentemente do gênero, nesta faixa etária há elevação do número de casos de doenças cardiovasculares, sendo que os pacientes que são acometidos por um episódio de acidente vascular encefálico (AVE), apresentam aumento da incidência de depressão, mantendo se alta até 1 a 3 anos pós ocorrência do acidente encefálico e tendo pico de incidência de 3 a 6 meses pós AVE (HACKETT et al., 2005).

Uma vez descritos os fatores que podem acarretar a depressão, está por sua vez pode figurar como fator de risco isolado para outras comorbidades, pois aumenta a chance da ocorrência de várias outras doenças. Dentre elas: as cardiovasculares como o acidente vascular cerebral hemorrágico, infarto do miocárdio e doença arterial periférica, podendo ser considerado um fator independente tão importante quanto os clássicos fatores de risco para doenças crônicas (DASKALOPOULOU et al., 2016).

5 TRATAMENTO

O tratamento da depressão deve abordar diversos aspectos inerentes ao ser humano, dando ênfase na parte psicológica, mas não esquecendo das dimensões biológicas e sociais. Diante disso, a terapia deve ser globalizada e utilizar a psicoterapia e terapia farmacológica como pilares, lembrando da importância de mudanças no estilo de vida (STAHL, 1998). O

objetivo terapêutico é restabelecer a normalidade da vida do indivíduo antes da depressão, tentando ser o mais peculiar possível para cada paciente.

Devido à enormidade de casos, a maioria dos indivíduos são atendidos por médicos generalistas, ficando os casos mais graves e aqueles que tiveram falha terapêutica a cargo da especialidade de psiquiatria. Vale salientar que aproximadamente metade dos pacientes não melhoram a partir da primeira tentativa de tratamento (SINYOR; SCHAFFER; LEVITT, 2010). Os casos leves podem ser tratados inicialmente apenas com psicoterapia, na modalidade que melhor se adapte ao paciente. Deve ainda ocorrer mudanças no estilo de vida e iniciar atividade física regular (KUPFER, 2005).

O fato de se movimentar com frequência é eficaz tanto no tratamento da depressão quanto da ansiedade (FRAZER; CHRISTENSEN; GRIFFITHS, 2005). Parece que essa atividade regular estimula liberação de substâncias que causam bem estar, simulando atividade das drogas antidepressivas (GREENWOOD et al., 2003). Nos indivíduos sem depressão que praticam atividade física, o risco de depressão foi reduzido em 22% (POOLE et al., 2011). Porém, para que esse objetivo seja alcançado com melhora da parte emocional é necessário a prática entre 4 e 20 semanas de atividade física com intensidade moderada (GODOY, 2002).

Assim, para que a população de forma geral se sinta estimulada a praticar atividade física, foi criada em 2011 por parte dos órgãos governamentais a academia da saúde, que é uma estratégia de promoção da saúde e produção do cuidado que funciona com a implantação de espaços públicos conhecidos como polos do programa academia da saúde. Esses locais possuem infraestrutura, equipamentos e profissionais qualificados.

Como ponto de atenção no território, complementam o cuidado integral e fortalece as ações de promoção da saúde em articulação com outros programas e ações de saúde como a estratégia da saúde da família, os núcleos de apoio à saúde da família e a vigilância em saúde (DAB, 2012). Porém, até agosto de 2016, dos 5.570 municípios que o Brasil possui, apenas 2.789 municípios estavam com academias em funcionamento, ou seja, 5 anos após início do programa, mais da metade dos municípios brasileiros não estavam com o programa regularizado (MINISTERIO SAÚDE, 2016).

Com relação ao tratamento propriamente dito, a psicoterapia, tanto individual quanto grupal, são ferramentas importantes de tratamento (WHO, 2005), sendo a terapia grupal um mecanismo tão eficaz quanto o atendimento individual (BARTH et al., 2013). Este modelo em grupos é a terapêutica estratégica priorizada nas ações em saúde mental na atenção primária de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

De acordo com (BECK et al., 1979) sugerem que a psicoterapia, de forma continuada seria melhor que o tratamento farmacológico, uma vez que o paciente saberia conhecer os seus sentimentos, mudar seus padrões de pensamentos, lidar melhor com a realidade. Essa

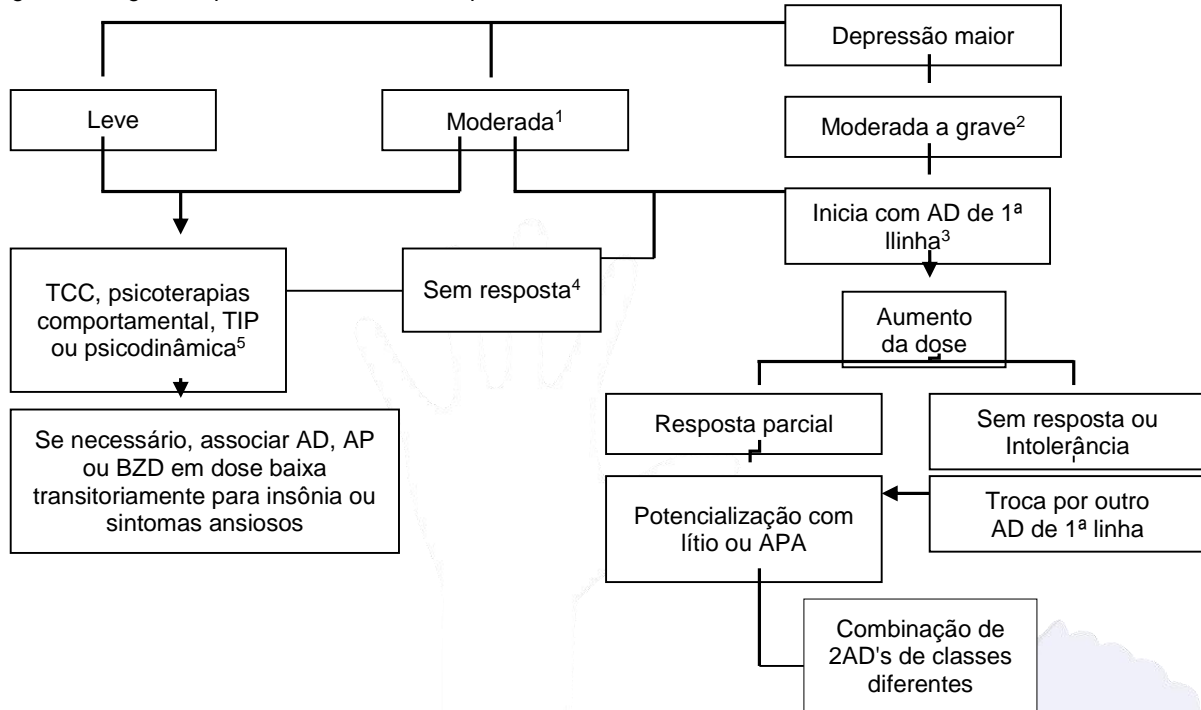
rede de sustentação criada através das sessões possibilitaria evitar episódios futuros e amenizar possíveis recidivas.

Em contrapartida, pacientes com depressão moderada e grave sem sintomas psicóticos, devem usar o tratamento medicamentoso em associação com a psicoterapia, sendo os de primeira linha aqueles pertencentes ao grupo dos inibidores da recaptação da serotonina, devido sua tolerabilidade (SINYOR; SCHAFFER; LEVITT, 2010). Todavia, todas as outras classes de antidepressivos tem eficácia semelhante devendo a escolha ser baseada no tipo de depressão, comorbidades, efeitos colaterais, custo e interação medicamentosa (STAHL, 1998). Todos os psicofármacos têm ação direta no sistema nervoso central, e são ferramentas importantes no tratamento dos transtornos de humor e em outros distúrbios comportamentais (VOYER et al., 2004).

No sistema único de saúde são poucas as classes disponíveis tendo como pilares os inibidores da recaptação da serotonina, cuja representante é a fluoxetina e os tricíclicos como a amitriptilina e nortriptilina (RENAME, 2015). A taxa de melhora esperada no prazo de um mês de tratamento com antidepressivo fica em torno de 65 % (KATZ et al., 1987). Se passadas quatro semanas, do início da terapia e não se conseguiu o resultado desejado, pode-se experimentar mudança de classe antidepressiva ou potencialização do efeito com outras drogas.

Não existe consenso até o momento de qual algoritmo seguir em caso de falha de tratamento com a primeira droga utilizada (KATON et al., 1997). Dentre tantos modelos que podem ser utilizados para tratamento farmacológico da depressão, este pode ser um exemplo de passo a passo a ser seguido segundo Cordioli et al. (2011, p 409, adaptado):

Figura 1 – Algoritmo para o tratamento da depressão.



Legenda: ¹Na depressão moderada inicial, com estressores socioambientais ou comorbidades, pode-se optar tanto por AD quanto psicoterapias como primeira linha de tratamento.

²Na depressão moderada com história de depressão, sintomas vegetativos, quadro depressivo crônico ou na distímia, iniciar uma AD.

³AD's de 1ª linha, IRSs (citalopram, escitalopram, fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, sertralina), IRSNs (duloxetina, desventaxina), ADTs (amitriptilina, clomipraximina, imipramina, nortriptilina), amineptina, bupropiona, mirtazapina, trazodona.

⁴Resposta: maior que 50% da redução dos sintomas; Parcial: entre 25% e 50% da redução dos sintomas; Sem resposta: menor que 25% da redução dos sintomas.

⁵Na terapia psicodinâmica, evidências incompletas ou empíricas.

Nota: AD = antidepressivo, AP = antipsicóticos; APA = antipsicótico atípico; BZD = benzodiazepínicos; TIP = terapia interpessoal; TCC: Terapia cognitivo-comportamental; IRSs: Inibidores seletivos da recaptção da serotonina; IRSNs = Inibidores seletivos da recaptção da serotonina e noradrenalina; ADTs = antidepressivos tricíclicos.

De acordo com a Associação Psiquiátrica Americana é necessário manter no mínimo de 16 a 20 semanas de tratamentos após a melhora ou remissão completa dos sintomas (APA, 1993). No momento da interrupção do uso da medicação o paciente deve saber os riscos envolvidos com a retirada da droga. O medicamento deve ser reduzido lentamente por um período mínimo de quatro semanas devido risco de recaída (KUPFER et al., 1992). O tratamento combinado de psicoterapia e farmacoterapia apresenta melhor eficácia do que ambas as técnicas isoladas, com isso fica evidente que a prática interdisciplinar deve ser estimulada no atendimento a estes pacientes (NIH, 2009).

6 CONCLUSÃO

A depressão é um distúrbio de humor com alta prevalência e incidência nas mais diversas faixas etárias, que causa morbidade importante nos indivíduos que por ela são acometidos. Apresenta como principais sintomas humor deprimido acompanhado de perda de interesse ou prazer. É diagnosticada através de critérios fenomenológicos sistematizados principalmente dentro do DSM V e do CID 10. Tem diversos fatores de risco e de proteção relacionados a genética, idade, sexo, nível socioeconômico, residência, situação conjugal e suporte social. Possui como terapêutica básica a psicoterapia isolada indicada principalmente em casos leves e associada a farmacoterapia em casos moderados a graves.

Diante da relevância dos dados e fatos levantados fica claro a necessidade de políticas públicas e um olhar crítico voltados para esse tema, com atuação principal nos fatores de risco que são considerados mutáveis, não só no âmbito do atendimento das especialidades, mas principalmente na atenção primária de saúde, local no qual a depressão é responsável, direta ou indiretamente, por grande parte dos atendimentos realizados da demanda em geral. Sendo assim, com a enormidade de fatores de risco e de proteção associados e a maioria dos mesmos passíveis de mudança, a academia da saúde é um exemplo de política pública que atua nestes fatores, pois com o estímulo da prática de atividade física na população, ocorre por consequência diminuição dos níveis de stress e por conseguinte da depressão.

Tendo como exemplo esse citado anteriormente, pode-se instituir outras políticas e reforçar as já existentes, não somente na área da saúde, mas também em outros campos como a educação e segurança pública, focando sempre nos demais fatores associados à depressão, para que em futuro próximo não tenhamos tantas pessoas afetadas por esse mal. Porém, é necessário que as medidas tomadas em favor da diminuição dos casos não fiquem apenas na teoria e sejam realmente efetivadas por parte dos órgãos governamentais.

Com relação ao tratamento propriamente dito, devem ser estimulados psicoterapias grupais de atendimento, estratégia esta priorizada na atenção primária, uma vez que apresentam maior abrangência e a mesma resolutividade que o tratamento individual. É necessário que o sistema único de saúde (SUS) diversifique sua gama de medicamentos disponíveis nas unidades básicas de saúde para o tratamento de depressão, pois atualmente se restringem a uma ou duas classes medicamentosas, não sendo a melhor escolha para alguns pacientes devido principalmente a efeitos colaterais e má tolerabilidade.

Assim sendo, é inquestionável o papel da atividade física na prevenção em saúde mental, bem como o papel de políticas públicas que fortaleçam práticas de saúde coletiva, haja vista que predominam ainda práticas isoladas e individuais nos serviços públicos, contribuindo para uma visão muito restrita e individualizada que a população tem sobre saúde.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, O. P; FORLENZA, O. V; LIMA, N. K; BIGLIANI, V; ARCURI, S. M; GENTILE, M *et al.* Psychiatric morbidity among the elderly in a primary care setting report from a survey in São Paulo, Brazil. **Int J Geriatr Psychiatry**, v. 12, n. 7, p. 728-36, 1997.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.** (DSM-V). Porto Alegre: Artes Médicas, 2014.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: Steering committee on practice guidelines. Practice guideline for major depressives disorder in adults. APA Practice Guidelines. **Am J Psych**, v. 150, ed. suplemento, p. 1-26, 1993.
- ANDRADE, L. H; WANG, Y. P; ANDREONI, S; SILVEIRA, C. M; ALEXANDRINO-SILVA, C; SIU, E. R *et al.* Mental disorders in megacities: findings from the São Paulo Megacity mental health survey, Brazil. **Plos One**, v. 7, n. 2, 2012.
- ARAÚJO, A. B; DURANTE, R; FELDMAN, H.A; GOLDSTEIN, I; MCKINLAY, J. B. The relationship between depressive symptoms and male erectile dysfunction: cross-sectional results from the Massachusetts Male Aging Study. **Psychosom Med**, v. 60, n. 4, p. 458-65, 1998.
- BALU, S. Estimated annual direct expenditures in the United States as a result of inappropriate hypertension treatment according to national treatment guidelines. **ClinTher**, v.31, n. 7, p. 1581-94, 2009.
- BARCELOS - FERREIRA R; IZBICKI, R; STEFFENS, D. C; BOTTINO, C. Depressive morbidity and gender in community-dwelling Brazilian elderly: systematic review and meta-analysis. **Int Psychogeriatr**, v. 22, n. 5, p. 712-26, 2010.
- BARROS, M. B. A; CÉSAR, C. L. G; CARANDINA, L; TORRE, G. D. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil. PNAD-2003. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 11, n. 4, p. 911-26, 2006.
- BARROS, M. B. A; FRANCISCO, P. M. S. B; ZANCHETTA, L. M; CÉSAR, C. L. G. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil. PNAD: 2003-2008. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 16, n. 9, p. 3755-68, 2011.
- BARTH, J; MUNDER, T; GERGER, H; NÜESCH, E; TRELLES, S; ZNOK, H; JÜNI, P; CUIJPERS, P. Comparative efficacy of seven psychotherapeutic interventions for patients with depression: a network meta-analysis. **Plos Med**, v. 10, n. 5, maio de 2013.
- BATISTONI, S. S. T; NERI, A. L; CUPERTINO, A. P. F. B. Medidas prospectivas de sintomas depressivos entre idosos residentes na comunidade. **Rev. Saúde Pública**, v. 44, n. 6, p. 1137-43, 2010.
- BECK, A. T; RUSH, A. J; SHAW, B. F; EMERY, G. **Cognitive therapy of depression.** New York: The Guilford Press, 1979.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Relação nacional de medicamentos – RENAME.** 9. ed. Brasília: MS, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Cadernos de Atenção Básica.** Brasília: MS, 2013.

CAETANO, D. (org.). Classificação de Transtornos mentais e de Comportamento da CÍD-10. **Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas**. Porto Alegre: Artmed, 1993.

CASPI, A; HARIRI, A. R; HOLMES, A; UHER R; MOFFITT, T. E. Genetic sensitivity to the environment: the case of the serotonin transporter gene and its implications for studying complex diseases and traits. **American Journal of Psychiatry**, v. 167, p.509-527, 2010.

CHISHOLM, D; SWENNY, K; SHEEHAN, P; RASMUSSEN, B; SMIT, F; CUIJPERS, P. et al. Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. **Lancet Psychiatry**, v. 3, n. 5, p. 415-24, 2016.

CORDIOLI, A. V. et al. **Psicofármacos**: consulta. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

DASKALOPOULOU, M; GEORGE, J; WALTERS, K; OSBORN, D. P; BATTY, G. D. STOGIANNIS, D. 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. **PlosOne**, v. 11, n. 4, 2016.

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Programa academia da saúde**. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_academia_saude.php. Acesso em: 14 ago. 2017.

FAIRBURN, C. G; PATEL, V. The global dissemination of psychological treatments: a road map for research and practice. London. **Am J. Psychiatry**, v. 171, n. 5, p. 495-98, 2014.

FRAZER, C; CHRISTENSEN, H; GRIFFITHS, K. Effectiveness of treatments for depression in older people. Australia. **Med. J. Aust**, v. 182, n. 12, p. 627-32, 2005.

GODOY, R. Benefícios do exercício físico sobre a área emocional. **Movimento**, v. 8, n. 2, p. 7-16, 2002.

GREENWOOD, B. N; FOLEY, T. E; DAY, H. E; CAMPISI, J; HAMMACK, S. H; CAMPEAU, S et al. Freewheel running prevents learned helplessness/behavioral depression: role of dorsal raphe serotonergic neurons. **J Neurosci**, v. 23, n. 7, p. 889-98, 2003.

HACKETT, M. I; YAPA, C; PARAG, V; ANDERSON, C. S. Frequency of depression after stroke: a systematic review of observational studies. **Stroke**, v. 36, n. 5, p. 1330-40, 2005.

KATON, W; VON KORFF, M; LIN, E. B; SIMON, G; WALKER, E; BUSH, T et al. Collaborative management to achieve depression treatment guidelines. **Journal of Clinical Psychiatry**, v. 58, n. 1, p. 20-3, 1997.

KATZ, M. M; KOSLOW, S. H; MAAS, J. W; FRAZER, A; BOWDEN, C. L; CASPER, R et al. The timing, specificity and clinical prediction of tricyclic drug effects in depression. **Psychol Med**, v. 17, p. 297-309, 1987.

KENDLER, K. S; KUHN, J; & PRESCOTT, C. A. The interrelationship of neuroticism, sex, and stressful life events in the prediction of episodes of major depression. **American Journal of Psychiatry**, v. 161, n. 4, p. 631-36, 2004.

KUPFER, D. J; FRANK, E; PEREL, J. M; CORNES, C; MALLINGER, A. G. THAS, M. E. et al. Five-year outcome for maintenance therapies in recurrent depression. **Arch Gen Psychiatry**, v. 49, p. 769-73, 1992.

KUPFER, D. J. The pharmacological management of depression. **Dialogues Clin Neurosci**, v. 7, n. 3, p. 191-205, 2005.

LEITE, A. A; COSTA, A. J. G; LIMA, B. A. M; PADILHA, A. V. L; ALBUQUERQUE, E. C; MARQUES, C. D. L. Comorbidades em pacientes com osteoartrite: frequência e impacto na dor e na função física. **Rev. Bras. Reumatol**, v. 51, n. 2, p. 118-23, 2011.

LIMA, M. S. **Epidemiologia e impacto social**. **Rev Bras. Psiquiatria**, v. 21, 1999.

MOLINA, M. R. A. L; WIENER, C. D; BRANCO, J. C; JANSEN, K; SOUZA, L. D. M. D; TOMASI, E; PINHEIRO, R. T. Prevalência de depressão em usuários de unidades de atenção primária. **Rev. Psiquiatr. Clínica**, v. 39, n. 6, p. 194-97, 2012.

PATTON, G. C; CARLIN, J. B; COFFEY, C; WOLFE, R; HIBBERT, M. BOWES, G. Depression, anxiety, and smoking initiation: a prospective study over 3 years. **Am J Public Health**, v. 88, n. 10, p. 1518-22, 1988.

PILING, S. et al. **The treatment and management of depression in adults**. Leicester: National Institute for Health and Clinical Excellence Depression, 2009.

POOLE, L; HAMER, M; WAWRZYNIAK, A. J; STEPTOE A. The effects of exercise withdrawal on mood and inflammatory cytokine responses in humans. **Stress**, v. 14, n. 4, p. 439-47, 2011.

PORTAL BRASIL. **Governo libera r-1-7-milhao-a-polos-de-academia-da-saude**. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2016/08/governo-libera-r-1-7-milhao-a-polos-de-academia-da-saude>>. Acesso em: 14 ago. 2017.

REICHERT, C. L; DIOGO, C. L; VIEIRA, J. L; DALACORTE, R. R. Physical activity and depressive symptoms in community-dwelling elders from southern Brazil. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 33, n. 2, p. 165-70, 2011.

ROBBINS, N; REGIER, D. A. **Psychiatric disorders in America: the epidemiologic Catchment Area study**. New York: Library of Congress, 1991.

ROMBALDI, A. J; SILVA, M. C; GAZALLE, F. K; AZEVEDO, M. R; HALLAL, P. C. Prevalência e fatores associados a sintomas depressivos em adultos do sul do Brasil: estudo transversal de base populacional. **Rev. Bras. Epidemiol**, v. 13, p. 620-9, 2010.

SADOCK, B.J; SADOCK, V. A. **Compêndio de psiquiatria**. 9.ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

SEGRIN, C; RYNES, K. The mediating role of positive relations with others in associations between depressive symptoms, social skills, and perceived stress. **Journal of Research in Personality**, v. 43, n. 6, p. 962-971, 2009.

SINYOR, M; SCHAFFER, A; LEVITT, A. The sequenced treatment alternatives to relieve depression (star D) Trial : a review. **CanJ Psychiatry**, v. 55, n. 3, p. 126-35, 2010.

STAHL, S. M. **Psicofarmacologia: Bases neurocientíficas e aplicações clínicas**. Rio de Janeiro: Medsi; 1998.

STANLEY ZAMMIT, MICHAEL J. OWEN. Stressful life events, 5-HTT genotype and risk of depression. **Br J Psychiatry**, v. 188, p. 199-201, 2006.

STEK M. L; VINKERS, D. J; GUSSEKLOO, J. VAN DER MAST, R. C; BEEKMAN, A. T. F; WESTENDORP, J. W. Natural history of depression in the oldest old population-based prospective study. **British J. Psych.**,v. 188, p. 65-9, 2006.

TABOADA, N.G; LEGAL, E.J; MACHADO, N. Resiliência: em busca de um conceito. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 16, n. 3, 104-13. 2006.

VOYER, P; COHEN, D; LAUZON, S; COLLIN, J. Factors associated with psychotropic drug use among community-dwelling older persons: A review of empirical studies. **BMC Nurs**, v. 3, n. 1,p. 1-13, 2004.

WICHERS, M;MYN-GEMEYS, I;JACOBS, N;PEETERS, F; KENIS, G;DEROM, C. et al. Genetic risk of depression and stress-induced negative affect in daily life. **British Journal of Psychiatry**, v. 191, n. 1, p. 218-23, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Equity, social determinants and public health programmes**. Geneva: WHO; 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **New understanding, new hope**. Geneva: WHO; 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing chronic diseases: a vital investment.**; Geneva: WHO; 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **What are the most effective diagnostic and therapeutic strategies for the management of depression in specialist care?**, Copenhagen: WHO; 2005.

INFORMAÇÕES DO TEXTO

Recebido em: 03 de março de 2018.

Aceito em: 20 de junho de 2018.

INFORMAÇÕES BIBLIOGRÁFICAS

Este artigo deve ser referenciado da seguinte forma:

FIUZA, Débora Rickli Fiuza; GOLANOSKI JUNIOR, Luiz Carlos. Depressão: aspectos relevantes. **RESO: Revista de Estudos Sociais**, Guarapuava, v. 1, n. 1, p. 3-17, jan./jul. 2018.