

Depressão e Ansiedade para Clínicos

Francisco Machado – CRM AL 7056

DEPRESSÃO



HUMOR: TRISTE, VAZIO, IRRITADO



PRAZER: ANEDONIA



ALTERAÇÕES SOMÁTICAS: PESO, SONO,
PSICOMOTRICIDADE, FADIGA



ALTERAÇÕES COGNITIVAS: CONCENTRAÇÃO,
PENSAMENTOS DE MORTE, IDEAÇÃO SUICIDA

DEPRESSÃO

• EPIDEMIOLOGIA

- 10 países
- N= 37.000
- Prevalência ao longo da vida: 8-12%
- Idade de início: 20-25 anos
- Sexo feminino



DEPRESSÃO

- EPIDEMIOLOGIA

- OPAS BRASIL/ OMS 2018:
 - Mais de 300 milhões de pessoas afetadas;
 - Principal causa de incapacidade em todo o mundo;
 - Menos da metade recebe tratamento;

DEPRESSÃO

• EPIDEMIOLOGIA

- Não há variação em relação a raça ou etnia;
- Menor escolaridade está associado a maior adoecimento psíquico;
- Maior frequência de sintomas depressivos em idosos que não possuem trabalho remunerado;
- Baixo nível socioeconômico;

• (BLAZER, 2000 E GAZELLE et al, 2004)

DEPRESSÃO

- EPIDEMIOLOGIA

- EPISÓDIOS DEPRESSIVOS PRÉVIOS:
- 50% de recorrência após primeiro episódio;
- 80-90% de recorrência após 02 ou mais episódios;

DEPRESSÃO

- EPIDEMIOLOGIA

- HISTÓRIA FAMILIAR:
- RISCO: 2-3X maior em parentes de primeiro grau;

- KLERMAN; WEISSMAN, 1989

DEPRESSÃO

• EPIDEMIOLOGIA

- FATORES AMBIENTAIS:
- Negligência ou trauma infantil;
- Morte de ente querido;
- Divórcio;
- Deveres domésticos e ocupacionais;
- Fraco suporte social;
- Estresse crônico (morar em locais perigosos, crise financeira);
- Grande número de situações adversas (assalto, luto);
- Morar sozinho;
- Participação limitada em atividades recreativas;
- STOPPARD, 2000; EATON et al, 2001 E KENDLER; THORNTON; GARDNER 2001;

DEPRESSÃO

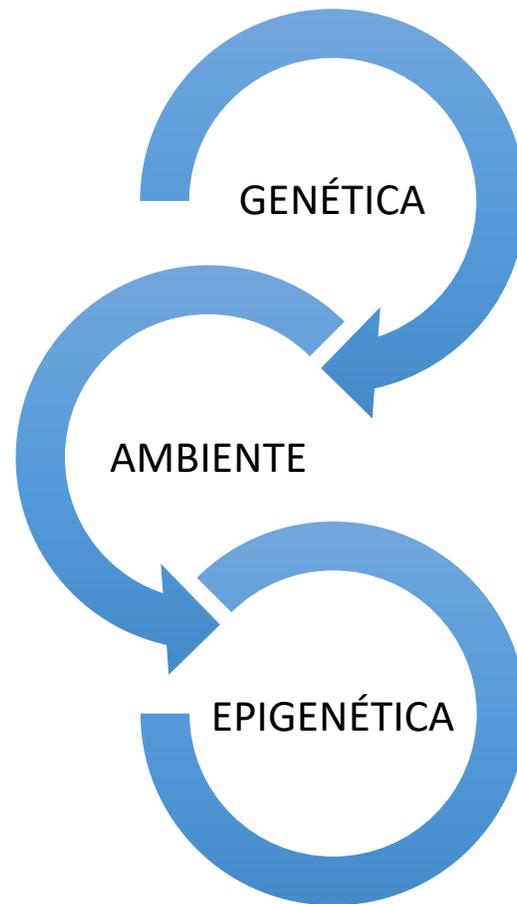
• EPIDEMIOLOGIA

- O IMPACTO ECONÔMICO:
- Alta prevalência;
- Maior causa de incapacidade;
- Custo direto
- Custo indireto:
 - Perda da produtividade no trabalho;
 - Absenteísmo;
 - Desemprego;

”O custo total com Depressão, no Reino Unido, é maior do que o custo com Diabetes e Hipertensão juntos.” (SCOT: DICKEY, 2003)

DEPRESSÃO

- ETIOLOGIA



DEPRESSÃO

- DIAGNÓSTICO

- TRANSTORNOS DEPRESSIVOS (DSM 5, APA 2013):
 - TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR
 - TRANSTORNO DISRUPTIVO DA DESREGULAÇÃO DO HUMOR
 - TRANSTORNO DEPRESSIVO PERSISTENTE (DISTIMIA)
 - TRANSTORNO DISFÓRICO PRÉ-MENSTRUAL
 - TRANSTORNO DEPRESSIVO INDUZIDO POR MEDICAMENTO
 - TRANSTORNO DEPRESSIVO DEVIDO A OUTRA CONDIÇÃO MÉDICA
 - OUTRO TRANSTONO DEPRESSIVO ESPECIFICADO

DEPRESSÃO

- DIAGNÓSTICO

- TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR:
- CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS
 - CRITÉRIO A
 - PERÍODO: DUAS SEMANAS NO MÍNIMO
 - LISTA DE 9 SINTOMAS: 5 OU MAIS

DEPRESSÃO

• DIAGNÓSTICO

- 1) **HUMOR DEPRIMIDO**
- 2) **PERDA DE INTERESSE OU PRAZER**
- 3) **PERDA OU GANHO SIGNIFICATIVO DE PESO**
- 4) **INSÔNIA OU HIPERSÔNIA**
- 5) **AGITAÇÃO OU RETARDO PSICOMOTOR**
- 6) **FADIGA OU PERDA DE ENERGIA**
- 7) **SENTIMENTOS DE CULPA, INUTILIDADE**
- 8) **CAPACIDADE DIMINUÍDA PARA PENSAR OU SE CONCENTRAR, INDECISÃO**
- 9) **PENSAMENTOS RECORRENTES DE MORTE, IDEAÇÃO SUICIDA, TENTATIVA DE SUICÍDIO OU PLANO DE SUICÍDIO**

DEPRESSÃO

- DIAGNÓSTICO

- CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

- CRITÉRIO B: Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo funcional;
- CRITÉRIO C: O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou outra condição médica;

DEPRESSÃO

- DIAGNÓSTICO

- CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS:
 - CRITÉRIO D: Não é melhor explicado por um transtorno psicótico;
 - CRITÉRIO E: não houve episódio maníaco ou hipomaníaco;

DEPRESSÃO

- DIAGNÓSTICO

- CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS:
- ESPECIFICADORES DE GRAVIDADE/CURSO:
- LEVE, MODERADA OU GRAVE
- COM CARACTERÍSTICAS PSICÓTICAS
- EM REMISSÃO COMPLETA
- NÃO ESPECIFICADO

Sintomas das síndromes depressivas nas diferentes esferas psicopatológicas

SINTOMAS AFETIVOS E DE HUMOR

- **Tristeza**, sentimento de **melancolia**, na maior parte do dia, todos ou quase todos os dias
- **Choro** fácil e/ou frequente
- **Apatia** (indiferença afetiva; “tanto faz como tanto fez.”), na maior parte do dia, todos ou quase todos os dias
- Sentimento de **falta de sentimento** (“É terrível: não consigo sentir mais nada!”)
- Sentimento de **tédio**, de aborrecimento crônico
- **Irritabilidade** aumentada (a ruídos, pessoas, vozes, etc.), na maior parte do dia, todos ou quase todos os dias

São frequentes também:

- Angústia
- Ansiedade
- Desespero
- Desesperança

Sintomas das síndromes depressivas nas diferentes esferas psicopatológicas

ALTERAÇÕES DA VOLIÇÃO E DA PSICOMOTRICIDADE

- **Desânimo**, diminuição da vontade (hipobulia; “não tenho pique para mais nada”)
- **Anedonia** (incapacidade de sentir prazer em várias esferas da vida, como alimentação, sexo, amizades)
- Tendência a permanecer quieto na cama, por todo o dia (com o quarto escuro, recusando visitas)
- Aumento na latência entre as perguntas e as respostas
- **Lentificação psicomotora** (pode progredir até o estupor/catatonia)
- **Estupor/catatonia**
- Diminuição da fala, fala em tom baixo, lenta, e aumento da latência entre perguntas e respostas
- Mutismo (negativismo verbal completo)
- Negativismo (recusa à alimentação, à interação pessoal, etc.)

Sintomas das síndromes depressivas nas diferentes esferas psicopatológicas

ALTERAÇÕES IDEATIVAS

- **Ideação negativa, pessimismo** em relação a tudo
- Ideias de **arrependimento** e de **culpa**
- **Ruminações** com mágoas atuais e antigas
- Visão de mundo marcada pelo **tédio** (“A vida é vazia, sem sentido; nada vale a pena”)
- **Realismo depressivo:** inferências sobre a vida mais realistas e pessimistas em relação a pessoas sem depressão, sendo que estas tenderiam a apresentar um viés positivo de avaliação da realidade
- **Ideias de morte**, desejo de desaparecer, dormir para sempre
- Ideação, planos ou atos **suicidas**

Sintomas das síndromes depressivas nas diferentes esferas psicopatológicas

ALTERAÇÕES DA ESFERA INSTINTIVA E NEUROVEGETATIVA

- **Fadiga**, cansaço fácil e constante (sente o corpo pesado)
- **Insônia** ou hipersonia
- **Diminuição** ou aumento do **apetite**
- Constipação, palidez, pele fria com diminuição do turgor
- **Diminuição da libido** (do desejo sexual)
- **Diminuição** da resposta **sexual** (disfunção erétil, orgasmo retardado ou anorgasmia)

Sintomas das síndromes depressivas nas diferentes esferas psicopatológicas

ALTERAÇÕES DA AUTOVALORAÇÃO

- Autoestima diminuída
- Sentimento de insuficiência, de incapacidade
- Sentimento de vergonha
- Autodepreciação

Sintomas das síndromes depressivas nas diferentes esferas psicopatológicas

ALTERAÇÕES COGNITIVAS

- Déficit de atenção e concentração
- Déficit secundário de memória
- Dificuldade de tomar decisões
- Pseudodemência depressiva

Sintomas das síndromes depressivas nas diferentes esferas psicopatológicas

SINTOMAS PSICÓTICOS

- **Ideias delirantes** de conteúdo negativo:
 - Delírio de ruína ou miséria
 - Delírio de culpa
 - Delírio hipocondríaco e/ou de negação de órgãos e partes do corpo
 - Delírio de inexistência (de si e/ou do mundo)
- **Alucinações**, geralmente auditivas, com conteúdos depressivos
- Ilusões auditivas ou visuais
- Ideação paranoide e outros sintomas psicóticos humor-incongruentes (delírio de perseguição, quando presente, pode revelar que, de algum modo, a pessoa “mereceria” ser perseguida e punida)

DEPRESSÃO

• TRATAMENTO

- QUANTO MAIOR A DURAÇÃO DA DEPRESSÃO NÃO TRATADA, PIOR O CURSO CLÍNICO DO TRANSTORNO EM TERMOS DE RECORRÊNCIA E COMORBIDADES;
- PACIENTES COM SINTOMAS RESIDUAIS APRESENTAM 76% DE CHANCE DE RECAÍDA;

• ALTAMURA et al, 2007; PAYKEL et al, 1995 •

DEPRESSÃO

• TRATAMENTO

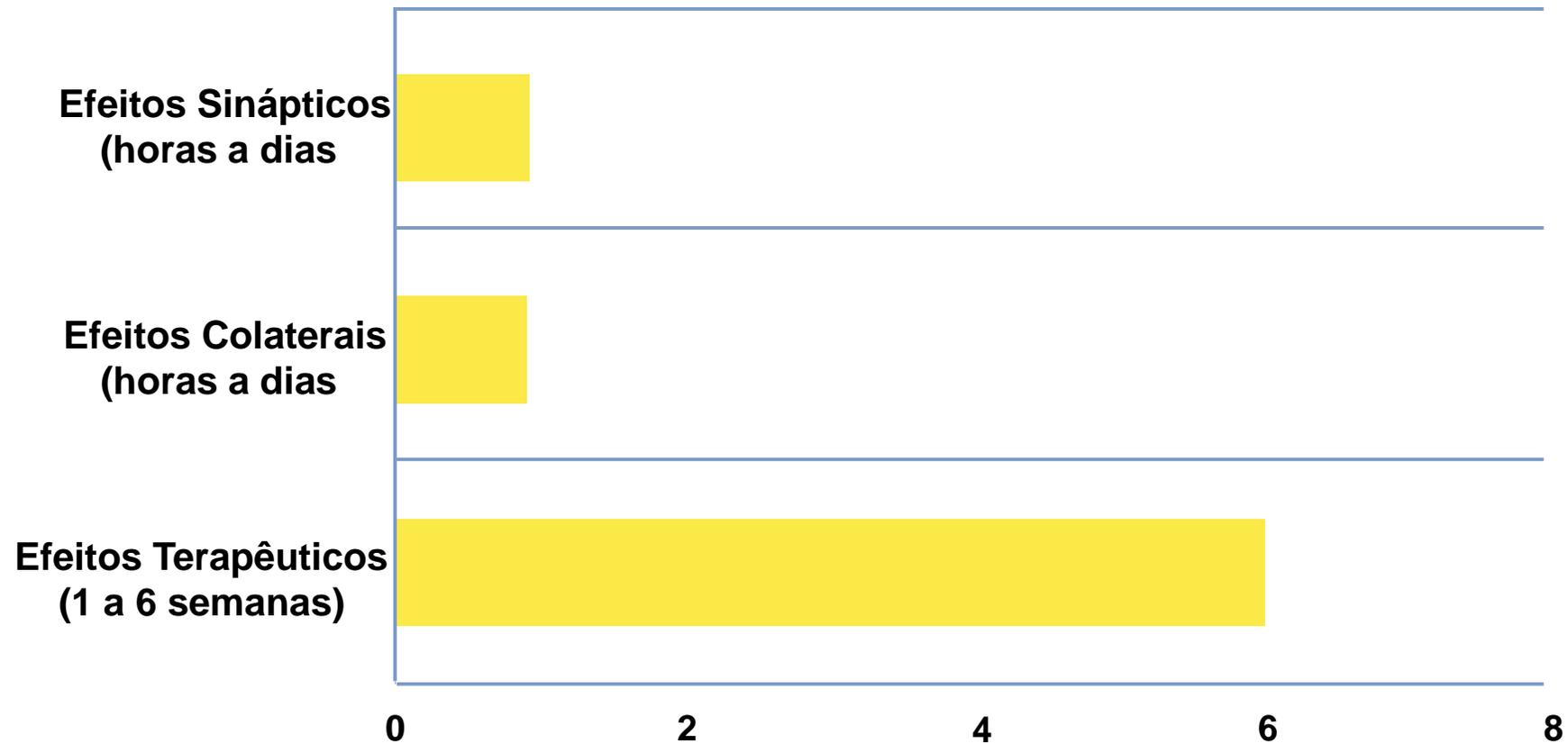
- PRINCÍPIOS PARA A ABORDAGEM TERAPÊUTICA:
 - DEFINIR METAS CLARAS
 - ESTABELECEER ALIANÇA TERAPÊUTICA
 - AVALIAR O RISCO DE SUICÍDIO
 - IDENTIFICAR E TRATAR AS COMORBIDADES
 - ESCOLHER O ANTIDEPRESSIVO MAIS APROPRIADO
 - CONSIDERAR PSICOTERAPIA
 - MONITORAR E FORTALECER A ADESÃO
 - ALCANÇAR E MANTER A RECUPERAÇÃO
 - MONITORAR O ACOMPANHAMENTO DO TRATAMENTO

DEPRESSÃO

• TRATAMENTO

- DEPRESSÃO LEVE: PSICOTERAPIA + MUDANÇA NO ESTILO DE VIDA
- DEPRESSÃO MODERADA: FARMACOTERAPIA + PSICOTERAPIA + MEV
- DEPRESSÃO GRAVE: FARMACOTERAPIA + PSICOTERAPIA + MEV

DEPRESSÃO



Richelson. *Mayo Clin Proc.* 1994
Stahl. *Essential Psychopharmacology.* 1996

DEPRESSÃO

• TRATAMENTO

• FARMACOTERAPIA:

• PRIMEIRA LINHA:

- ISRS: FLUOXETINA, SERTRALINA, CITALOPRAM, ESCITALOPRAM, PAROXETINA;
- ISRND: BUPROPIONA
- ISRN: VENLAFAXINA, DESVENLAFAXINA, DULOXETINA
- VORTRIOXETINA

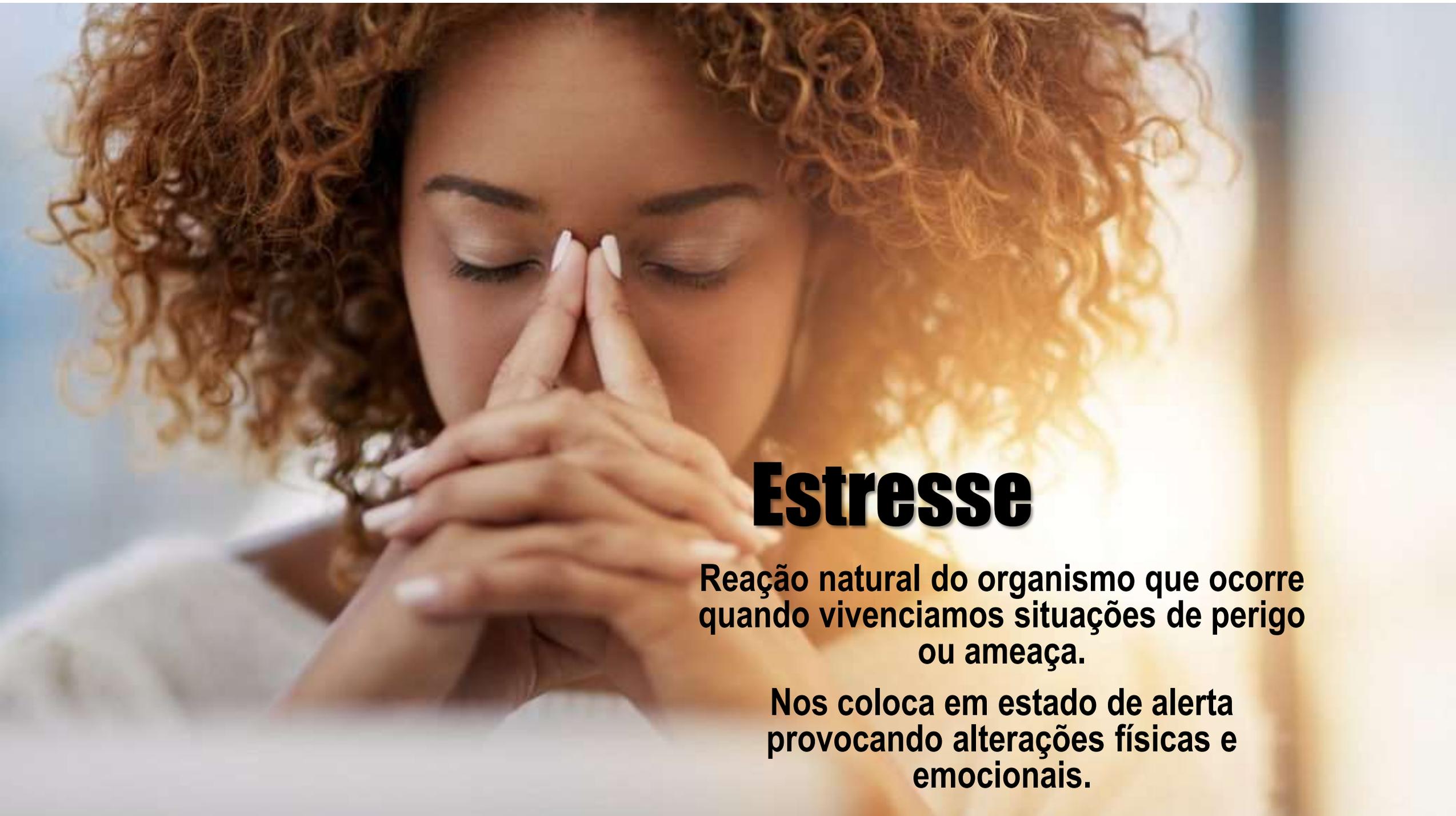
Quadro 29.5 | Semiotécnica de episódios depressivos no passado

PERGUNTAS:

- Você teve períodos em que se sentiu muito triste ou desanimado (claramente diferente do habitual)? Nesses períodos, não achava graça em nada, perdeu o interesse ou o prazer pelas coisas?
- Percebeu que o apetite diminuiu ou aumentou? Emagreceu ou engordou?
- Sentia-se também irritado ou nervoso? Tinha insônia ou dormia demais?
- Sentia-se mais cansado que o habitual? Perdeu o “pique”?
- Tinha dificuldade para trabalhar ou estudar?
- Sentia dificuldades para se concentrar ou tomar decisões?
- Tinha ideias negativas, como pensar em morrer? Sentia-se culpado ou arrependido?

EM CASO DE RESPOSTA CONFIRMANDO QUE JÁ TEVE PERÍODOS DE DEPRESSÃO, PERGUNTAR:

- Quando foi que isso aconteceu pela primeira vez? Ocorreu mais de uma vez?
- Quanto tempo duravam esses períodos? Quando foi o último período?
- O que o ajudou a melhorar? O que o fazia piorar?



Estresse

Reação natural do organismo que ocorre quando vivenciamos situações de perigo ou ameaça.

Nos coloca em estado de alerta provocando alterações físicas e emocionais.

The diagram features a large black circle containing two smaller circles. The top-left circle is yellow and labeled 'Ansiedade'. An arrow points from this circle to a larger circle on the right. This larger circle is divided horizontally into two sections: a dark grey top section and a brown bottom section. The top section is labeled 'Medo:' and lists 'Pânico' and 'Fobia'. The bottom section is labeled 'Preocupação:' and lists 'Sofrimento ansioso', 'Expectativa apreensiva', and 'Obsessão'.

Ansiedade

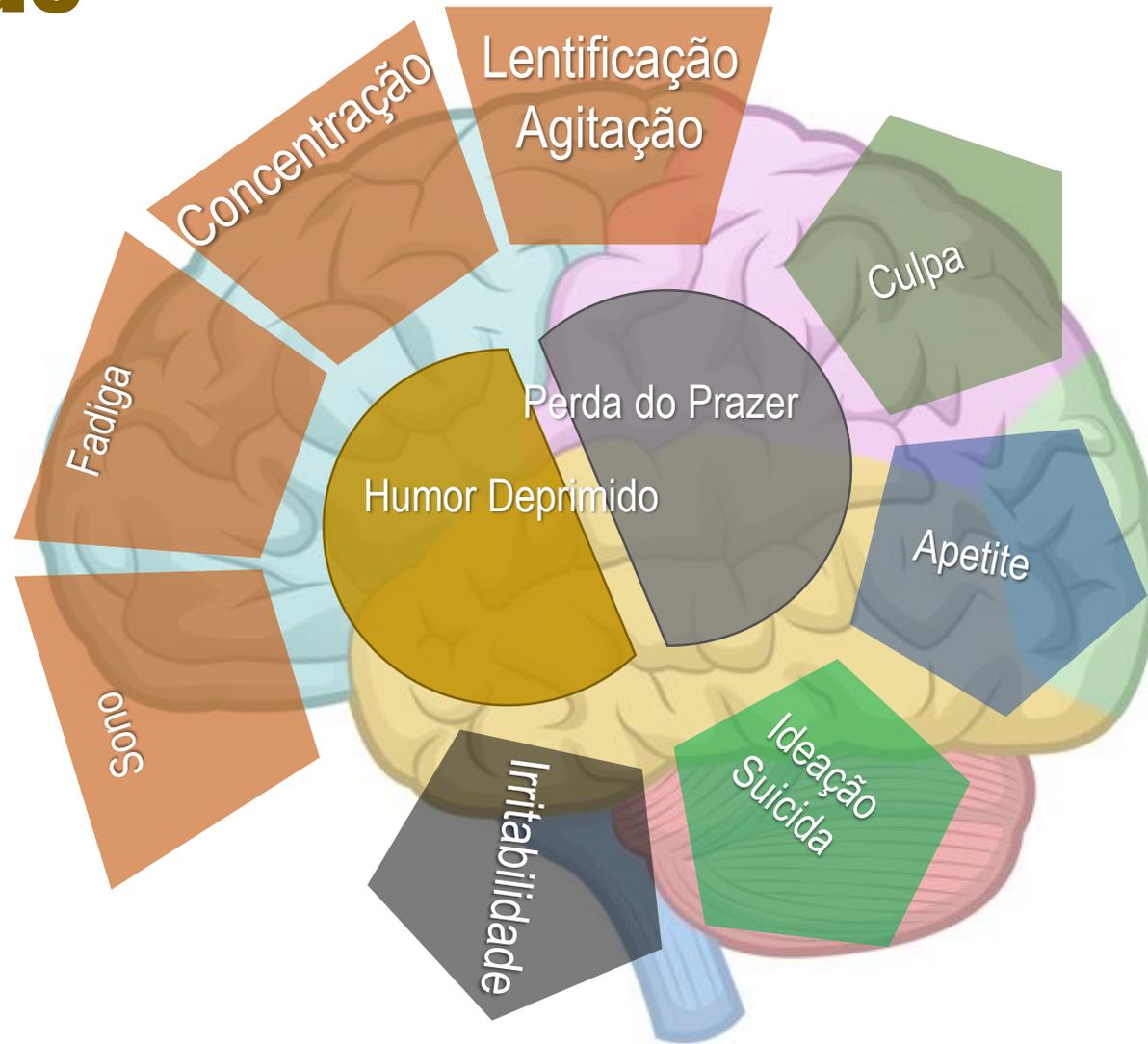
Medo:
Pânico
Fobia

Preocupação:
Sofrimento ansioso
Expectativa apreensiva
Obsessão

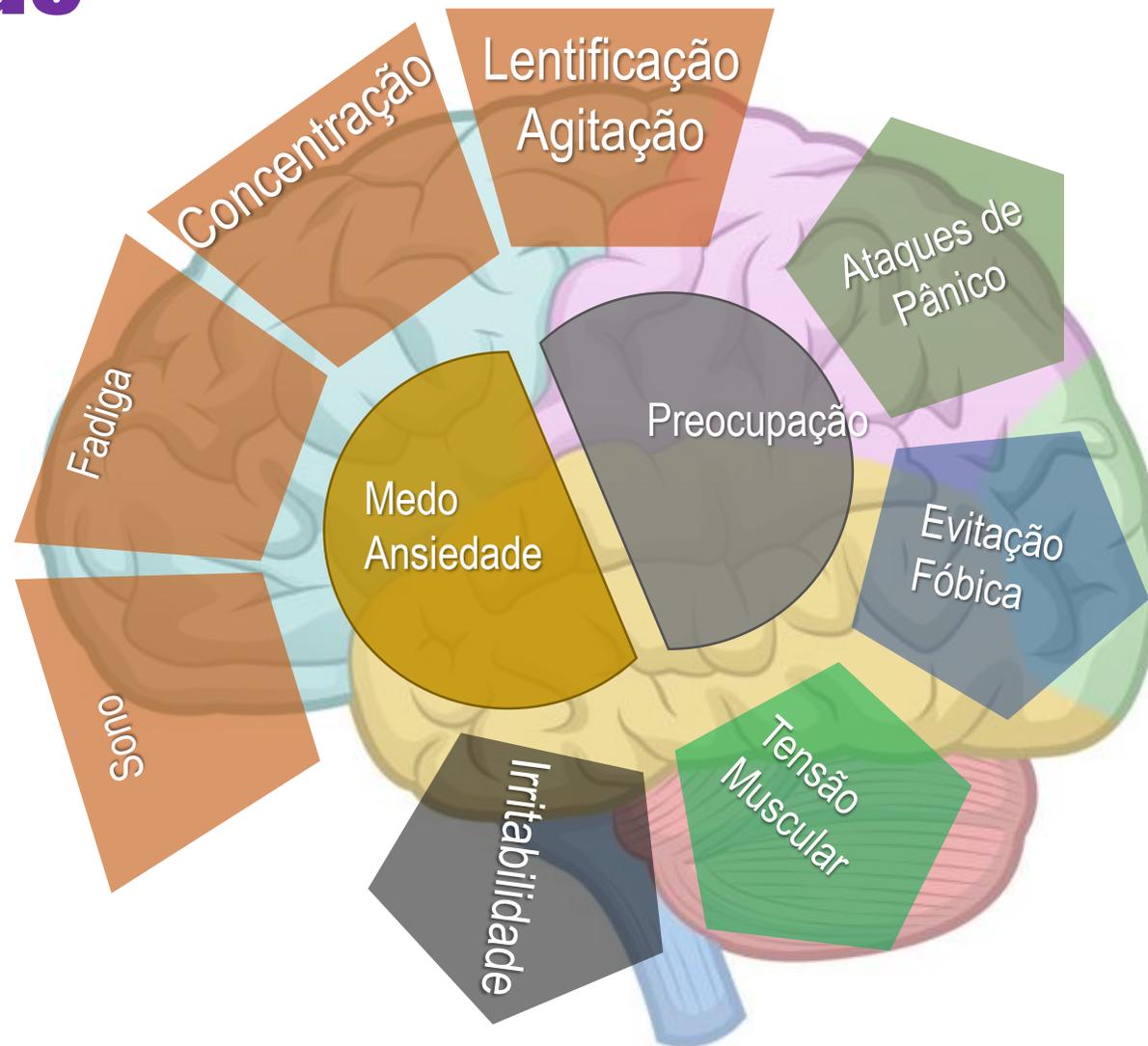


**Quando a ansiedade
passa a ser um
transtorno de
ansiedade?**

Superposição entre T. Depressivo e T. ansiedade



Superposição entre T. Depressivo e T. ansiedade



FATORES DE RISCO

■ Ambientais:

- Estressores, história de maus tratos e abuso na infância.

■ Psíquicos:

- Conflitos inconscientes não resolvidos;
- Respostas incorretas aos perigos percebidos. Atenção seletiva a detalhes negativos do ambiente; processamento incorreto de informações.

■ Temperamentais:

- Neuroticismo, evitação de danos e inibição comportamental.

■ Genéticos:



TABELA 9.6-1

Riscos familiares relativos em transtornos de ansiedade selecionados

Transtorno	Prevalência na população (%)	Risco familiar relativo ^a
Transtorno de pânico	1-3	2-20
Transtorno de ansiedade generalizada	3-5	6
Transtorno obsessivo-compulsivo	1-3	3-5

^aRazão de risco para parentes de casos *versus* risco para parentes de controles.



Quadro Clínico

- **Estado de preocupação crônico e exagerado**
 - Uma cadeia de pensamentos e imagens focados em riscos e perigos futuros, carregados de muito afeto negativo, e que são, ao mesmo tempo, altamente aversivos e incontrolláveis.
- **Tensão motora**
 - tremores, dificuldade de relaxar, inquietação, fadiga, cefaleia, dores musculares

quando o paciente tem alto nível de neuroticismo



Quadro Clínico

- **Hipervigilância**

- Insônia, irritabilidade, impaciência, dificuldade de concentração, antecipações negativas, preocupações excessivas

- **Hiperatividade autonômica**

- taquicardia, hiperpneia, sudorese, náusea, boca seca, tontura, urgência miccional, sintomas gastrointestinais (dificuldade de digestão, diarreia)

- **Pacientes com TAG**

- Pensam ter saúde emocional regular ou baixa
- Tendem a se preocupar excessivamente sobre as experiências rotineiras da vida diária

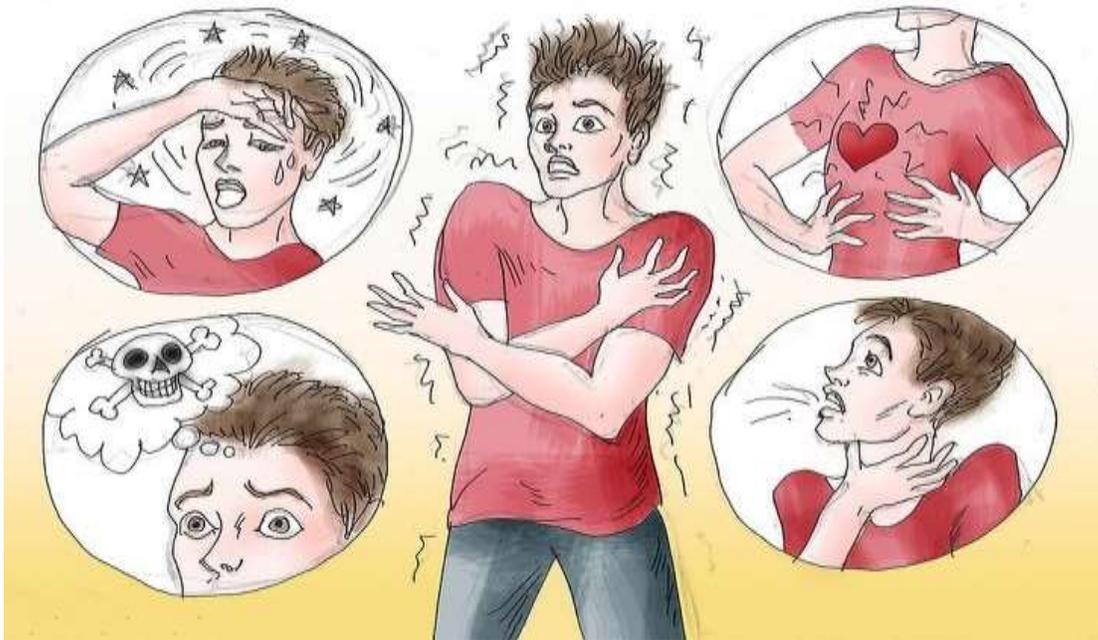
Transtornos ansiosos

- A. **Ansiedade e preocupação excessivas** (expectativa apreensiva), ocorrendo na maioria dos dias por pelo menos seis meses, com diversos eventos ou atividades (tais como desempenho escolar ou profissional).
- B. O indivíduo considera **difícil controlar a preocupação**.
- C. A ansiedade e a preocupação estão associadas com três (ou mais) dos seguintes seis sintomas (com pelo menos alguns deles presentes na maioria dos dias nos últimos seis meses). Nota: Apenas um item é exigido para crianças.
 1. **Inquietação ou sensação de estar com os nervos à flor da pele.**
 2. **Fatigabilidade.**
 3. **Dificuldade em concentrar-se ou sensações de “branco” na mente.**
 4. **Irritabilidade.**
 5. **Tensão muscular.**
 6. **Perturbação do sono (dificuldade em conciliar ou manter o sono, ou sono insatisfatório e inquieto).**
- D. A ansiedade, a preocupação ou os sintomas físicos causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

Curso e prognóstico

- Risco durante a vida de 5 a 9%.
- Mais comum em mulheres (2/1).
- Curso crônico e flutuante.
- Presença de comorbidades é muito alta: depressão, distímia, t. do pânico, abuso de substâncias, t. bipolar...
- Pelo caráter multifacetado é comum a procura pelo clínico geral, cardiologista, gastro, etc...

Ataque de pânico



Um surto abrupto de medo ou de desconforto intenso que alcança um pico em minutos e dura de 10 a 30 minutos.

Ataque de pânico

4 ou mais:

1. Palpitações, taquicardia.
2. Sudorese.
3. Tremores ou abalos.
4. Sensações de falta de ar ou sufocamento.
5. Sensações de asfixia.
6. Dor ou desconforto torácico.
7. Náusea ou desconforto abdominal.
8. Sensação de tontura, instabilidade, vertigem ou desmaio.
9. Calafrios ou ondas de calor.
10. Parestesias.
11. Desrealização ou despersonalização.
12. Medo de perder o controle ou “enlouquecer”.
13. Medo de morrer.

História de crises de ansiedade, medo e/ou desconforto repentino...

T. de pânico

- Súbitos, sem motivo aparente e associados a medo de novos episódios

Agorafobia

- Ansiedade em relação a situações nas quais pode ser difícil escapar ou receber auxílio se necessário

T. Ansiedade generalizada

- Preocupação ou ansiedade excessivas com tudo, “nervos à flor da pele”, sensação de estar “no limite”

Fobia Específica

- Específicos para uma situação ou pessoa ou objeto

Fobia Social

- Associados a medo ou constrangimento em situações sociais

Tratamento dos transtornos ansiosos

→ **Psicoeducação**

**Medicações + Psicoterapia + Mudança no
estilo de vida**

Antidepressivos na rede

Apresentação

Posologia inicial

Posologia de
manutenção

- Fluoxetina	20mg	10mg	20-60mg
- Citalopram	20 mg	10 mg	20-40 mg
- Amitriptilina	25mg	12,5mg	75-300mg
- Imipramina	25mg	12,5mg	75-300mg
- Clomipramina	25 mg	12,5 mg	75-300 mg

Outras boas opções, mas não têm na rede:

Antidepressivos

Apresentação

Posologia inicial

Posologia de
manutenção

- Escitalopram	10-20mg	5mg	10-20mg
- Paroxetina	20 mg	10 mg	20-50 mg
- Sertralina	50mg	25mg	50-200mg
- Venlafaxina	75-150mg	37,5mg	75-300mg
- Desvenlafaxina	50 – 100mg	50mg	50-200mg
- Duloxetina	30-60mg	30mg	60-90mg
- Bupropiona	150 mg	150 mg	300-450 mg
- Mirtazapina	30 mg	15 mg	30-45 mg

- ✓ Sempre **iniciar com subdose e aumentar paulatinamente**.
- ✓ Se existirem só sintomas depressivos pode aumentar a cada 3 a 4 dias.
- ✓ Se apresentar sintomas ansiosos ou se for idoso progredir a dose semanalmente.
- ✓ **Pode-se associar o benzodiazepínico ao antidepressivo** no início para aliviar um pouco os sintomas, principalmente se tiver sintomas ansiosos, pois o antidepressivo pode inicialmente piorá-los.
- ✓ Preferível: clonazepam 0,5mg 01cp à noite, orientar após duas semanas reduzi-lo para metade e ficar tomando até suspensão.

- ✓ Se caso a pessoa sentir muita sonolência com o clonazepam, pode trocá-lo por alprazolam 0,5 mg.
- ✓ Se tem crise de ansiedade e/ou ataque de pânico orientar sobre respiração abdominal e prescrever também o rivotril 0,25mg sublingual para as crises (tem início de ação rápido).
- ✓ Se já estiver tomando benzodiazepínico, mantê-lo e associar antidepressivo. Depois de controlar os sintomas depressivos/ansiosos desmamar o benzodiazepínico.

Efeitos indesejáveis dos benzodiazepínicos

Desenvolvimento de tolerância em relação aos efeitos hipnóticos-sedativos.

Prejudicam a atenção e a vigilância.

Amnésia anterógrada.

Alterações no desempenho psicomotor e cognitivo.

Toxicidade cerebelar pronunciada em idoso: ataxia e incoordenação postural -> risco de queda e fratura.

Potencializa os efeitos do álcool.

Agravamento da agressividade.

Pseudodepressão: sedação, fadiga.

Contraindicado em DPOC moderado a grave devido ao risco de depressão respiratória.

Higiene do Sono



Mantenha um horário regular para deitar e acordar



Só vá para o quarto na hora de dormir



Evite bebida alcoólica e cigarro próximo a hora de dormir



Faça atividades relaxantes e repousantes após o jantar



Não leve problemas para a cama



Não use medicamentos para dormir sem orientação médica



Evite bebidas com cafeína (café, refrigerante e alguns tipos de chá)



Jante moderadamente em horário regular e adequado

Evite os cochilos da tarde!

- ✓ Orientar sobre higiene do sono:

- ✓ Outras opções na rede para insônia:
 - Amitriptilina ou imipramina 25mg ½ a 1 cp
 - Clorpromazina 25mg 1\2 a 1 cp.

- ✓ Opções mais seguras para insônia, mas não têm na rede:
 - Trazodona 50mg ½ cp
 - Nortriptilina 25mg 1cp
 - Zolpidem 10mg ½ - 1cp -> também pode causar dependência
 - Mirtazapina 30mg 1/2cp

- ✓ Os antidepressivos demoram de duas a quatro semanas para fazerem efeito.
- ✓ Esperar de quatro a seis semanas com a dose mínima terapêutica para avaliar resposta.
- ✓ Se resposta parcial, aumentar a dose e reavaliar após 4-6 semanas.
- ✓ Se não houve nenhuma resposta, averiguar há quanto tempo está usando e se está tomado diariamente. Se tiver tolerado a medicação, pode-se aumentar a dose e reavaliar após 4-6 semanas. Se continuar sem resposta, trocar por outro antidepressivo.

- ✓ A dose de manutenção é a mesma dose do tratamento agudo. A redução da dose é um fator de risco para recaída.
- ✓ Maior risco de recaída/recorrência se descontinuar o antidepressivo antes de 6 meses após a remissão.
- ✓ O tempo de uso do antidepressivo é contado a partir da remissão total dos sintomas, manter por pelo menos 6 meses a 1 ano.

- ✓ Fatores de risco para considerar prolongar o uso do antidepressivo por 2 anos ou mais:
 - Episódios recorrentes;
 - Episódios mais severos (psicose, muito impacto na funcionalidade, suicidabilidade);
 - Presença de comorbidades psiquiátricas ou outras condições médicas gerais;
 - Presença de sintomas residuais;
 - Episódio de difícil tratamento.

machadonettoff@gmail.com

(82)9 9395-0065

Intagram
[psiquiatra.francisco.machado](https://www.instagram.com/psiquiatra.francisco.machado)

