

Capítulo 21

O TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR

MIKAELLY FARIA DE SOUSA¹
ANA CAROLINA MATTOS BRAGA¹
BRUNO GONÇALVES MOUTINHO TEBALDI¹
EVELIN FELIPETTO DA CUNHA MOREIRA¹
ISABELLE DE ANDRADE SABINO SANTOS¹
JULIANA LOUVISE CARVALHO¹
MARIA GORETE DO NASCIMENTO SILVA¹
MARIANA BASTOS¹
NATHALIA MACHADO RODRIGUES SILVA¹
NAYANE DO CARMO BUY¹
RAFAEL TUDESCO DE FREITAS¹
VINICIUS CHAGAS MADUREIRA²

1. Discente - Medicina na Universidade Iguazu – Campus V – UNIG, Itaperuna, RJ.
2. Discente - Medicina na Faculdade Metropolitana de São Carlos – FAMESC, Bom Jesus da Itabapoana – RJ.

Palavras Chave: Transtorno depressivo maior; Saúde mental; Psiquiatria.



INTRODUÇÃO

O Transtorno Depressivo Maior consiste em um distúrbio mental recorrente, que segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) afeta mais de 260 milhões de pessoas em todo o mundo (OMS, 2021). Tudo isso, resulta em intensos impactos no que tange a economia e gastos com saúde pública, sendo extremamente relevante estudos acerca da prevenção e tratamento, área essa que vem sendo mais elucidada desde a década de 1980, entretanto, no Brasil e outros países em desenvolvimento essa abordagem tardou-se um pouco mais (REDDY, 2010)

Nesse contexto, o Brasil apresenta mais de 16 milhões de casos diagnosticados, afetando, principalmente, mulheres e idosos, com predomínio nas regiões Sul e Sudeste (IBGE, 2020). Sabe-se que sua etiologia é variável e multifatorial, com destaque para os fatores psicossociais. Em relação ao seu quadro clínico, são incluídos como sintomas: alterações de humor, sono, concentração, apetite e anedonia, assim como uma maior tendência a ideações suicidas. Com isso, o doente apresenta danos consideráveis em sua qualidade de vida de forma geral (GUIMARÃES *et al.*, 2019). Nesse viés, essa patologia ocupou o quarto lugar no ranking de doenças incapacitantes, e tinha a previsão de ocupar a segunda colocação em meados de 2020, ultrapassando doenças como Diabetes Mellitus, coronariopatias e artrite reumatoide, segundo dados apresentados pela *Global Burden of Disease* (EGEDE, 2008).

Nesse âmbito, a atenção básica constitui a principal porta de entrada desses pacientes no SUS, uma vez que, cerca de 30% dos casos são abordados inicialmente em Unidades básicas de Saúde (UBS) (IBGE, 2020). Nesse viés, o diagnóstico e o manejo adequado são imprescindíveis, para o tratamento efetivo desses pacientes. Dessa forma, este estudo tem como objetivo a

reunião de dados acerca das condutas adotadas para o manejo adequado, eficiente e seguro do transtorno depressivo maior, principalmente, no que tange a atenção primária.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão sistemática, por meio de buscas bibliográficas em revistas científicas e bancos de dados (PubMed, SciELO, entre outros) acerca do tema abordado. Dessa forma, foram utilizados os seguintes descritores: “Transtorno depressivo maior”; “Saúde mental”; “Psiquiatria”. Ao fim, foram selecionados 40 artigos, posteriormente submetidos aos critérios de seleção.

Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: estudos e pesquisas publicados no período de 2008-2022, em português, espanhol e inglês. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, disponibilizados na forma de resumo, que não abordavam diretamente a proposta estudada e que não atendiam aos demais critérios de inclusão.

Após os critérios de seleção restaram 25 artigos que foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados. Os resultados foram apresentados de forma descritiva, divididos em categorias temáticas abordando: definição, epidemiologia, prevalência, quadro clínico, diagnóstico e tratamento.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Transtorno Depressivo Maior é popularmente conhecido como depressão. Segundo o DSM-5 (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), o quadro clínico inclui, humor deprimido, irritabilidade e sensação de vazio, somado a alterações somáticas e cognitivas afetando drasticamente a qualidade de vida

e a produtividade do paciente. Embora possa ocorrer um episódio isolado, geralmente é uma condição persistente. Além disso, é importante reconhecer e distinguir o TDM e uma tristeza ou luto esperados em determinadas circunstâncias (APA, 2014).

Epidemiologia e prevalência

O Transtorno Depressivo Maior consiste em um distúrbio mental recorrente, que segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) afeta mais de 260 milhões de pessoas em todo o mundo (OMS, 2021). Na China variou 2% ao longo da vida (LU *et al.*, 2008), na Coreia do Sul cerca de 7% (CHO *et al.*, 2015), no Chile aproximadamente 21% (MARKKULA *et al.*, 2017), assim como na França (BROMET *et al.*, 2011). Ao longo de um ano incidência variou de 1% na China e quase 11% no Brasil (LU *et al.*, 2008; BROMET *et al.*, 2011). Em relação ao continente, o que apresentou a maior prevalência foi a Europa (BROMET *et al.*, 2011; GOLDNEY *et al.*, 2010) e a menor foi a Ásia (LIU *et al.*, 2015).

Nesse contexto, entre os fatores sociodemográficos relacionados ao TDM, dois possuem destaque: o sexo feminino, que 26 de 30 estudos corroboraram com essa predominância de gênero; e processos de divórcio, com predominância em 26 de 29 estudos abordados (BROMET *et al.*, 2011).

Ademais, o estado laboral também está constantemente atrelado ao TDM, uma vez que, o desemprego foi associado a esse aumento em 8 estudos, que consideraram esse quesito. Outrossim, fatores sociodemográficos, como: nível social, econômico e escolar foram correlacionados apenas em alguns dos estudos elucidados. Vale salientar, a relação da renda e TDM, exposto em um estudo randomizado realizado na Holanda com mais de 71 mil participantes adultos, que demonstrou que a elevação da renda in-

dividual até certo ponto diminuiu os índices desse transtorno, entretanto, um nível socioeconômico muito elevado apresenta influência no aumento dos casos (ASSARI *et al.*, 2018).

Porém, esses dados ainda são controversos, visto que fatores como saúde física, obesidade, maior uso de drogas, entre outros fatores que afetam o bem-estar devem ser levados em consideração (KLIJS *et al.*, 2016; PORRAS-SEGOVIA *et al.*, 2019).

Quadro clínico

A característica essencial de um episódio depressivo maior é um período de pelo menos duas semanas durante as quais há um humor depressivo ou perda de interesse ou prazer em quase todas as atividades. Em crianças e adolescentes, o humor pode ser irritável em vez de triste. O indivíduo também deve experimentar pelo menos quatro sintomas adicionais, extraídos de uma lista que inclui mudanças no apetite ou peso, no sono e na atividade psicomotora; diminuição de energia; sentimentos de desvalia ou culpa; dificuldade para pensar, concentrar-se ou tomar decisões; ou pensamentos recorrentes de morte ou ideação suicida, planos ou tentativas de suicídio (NÓBREGA *et al.*, 2022).

A fim de contabilizar para um episódio depressivo maior, um sintoma deve ser recente ou então ter claramente piorado em comparação com o estado pré-episódico da pessoa. Os sintomas devem persistir na maior parte do dia, quase todos os dias, por pelo menos duas semanas consecutivas. O episódio deve ser acompanhado por sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo. Para alguns indivíduos com episódios mais leves, o funcionamento pode parecer normal, mas exige um esforço acentuadamente aumentado (WHO, 2017).

A clínica do transtorno depressivo maior cursa com a apresentação de um humor deprimido na maior parte dos dias (ou de um humor irritável nos casos de crianças e adolescentes), bem como a visualização de uma acentuada diminuição de interesse e de prazer em quase todas as atividades diárias. Dessa forma, esses sintomas podem ser observados por outras pessoas ou por intermédio de um relato subjetivo pessoal (sentir-se triste, vazio ou sem esperança) (NÓBREGA *et al.*, 2022).

Outras mudanças pessoais cotidianas podem ser demonstradas por um indivíduo com esse transtorno, como: (APA, 2014)

- Uma perda ou um ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta (exemplificando-se: uma alteração de mais de 5% do peso corporal em um mês), ou uma redução ou um aumento do apetite em quase todos os dias. Nas crianças, pode ser mostrado um insucesso em se obter o ganho de peso esperado;
- Insônia ou hipersonia na sua rotina diária;
- Agitação ou retardo psicomotor;
- Fadiga ou perda de energia;
- Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada, que podem ser delirantes;
- Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão, visualizadas de forma pessoal (a partir de uma análise individual própria) ou externamente por outros sujeitos;
- Pensamentos recorrentes de morte (não somente com um medo de morrer), muitas vezes, com uma ideação suicida recorrente sem um plano específico ou com tentativas de suicídio arquitetadas.

A sintomatologia clínica permite identificar os subtipos depressivos em melancólicos, psicóticos ou atípicos. Classifica-os, ainda, quanto a sua polaridade (unipolar ou bipolar), a sua intensidade (distímia), o seu curso (breve, recorrente ou persistente), os seus fatores desencadeantes (sazonal ou puerperal) e a sua gravidade (leve, moderada ou grave) (BARBOSA & PICARELLI, *et al.* 2022).

Diagnóstico

Dentre os transtornos depressivos a depressão maior é o que causa maior prejuízo individual e coletivo. Os critérios diagnósticos para a depressão maior segundo o DSM-V são: (APA, 2014)

A. 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 ou por observação feita por outras pessoas (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.

3. Perda ou ganho significativo, 5% de peso sem estar fazendo dieta ou redução ou aumento do apetite quase todos os dias.

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.

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, ideia suicida recorrente com ou sem um plano específico ou uma tentativa de 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. Nota: Os Critérios A-C representam um episódio depressivo maior.

D. A ocorrência do episódio depressivo maior não é mais bem explicada por outro transtorno psicótico.

E. Nunca houve um episódio maníaco ou um episódio hipomaníaco.

Tratamento

É importante considerar que a depressão é um transtorno multifacetado, portanto, não existe um tipo único de protocolo psicoterápico e farmacológico que funcionará em todos os pacientes. É necessário respeitar a individualidade, história pessoal e familiar, além das suas características de personalidade antes de encaixá-lo em um protocolo (ASSIS *et al.*, 2020).

Dessa forma, o tratamento deve integrar a farmacoterapia com a intervenção psicoterápica. Os antidepressivos produzem, em geral, uma melhora de 60 a 70% dos sintomas depressivos em um mês. Em termos de eficácia, parece não haver diferença significativa entre as várias drogas disponíveis (BARBOSA & PICARELLI, 2022).

Como tratamento farmacológico, indica-se o uso de antidepressivos, como, por exemplo, inibidores seletivos de recaptção de serotonina ou tricíclicos. Os ISRS inibem de forma seletiva a

recaptção da serotonina resultando em uma potencialização do neurotransmissor. Eles podem apresentar perfis farmacocinéticos variados, devido a sua estrutura molecular. Já os tricíclicos atuam no bloqueio das monoaminas em nível pré-sináptico (ASSIS *et al.*, 2020).

No entanto, alguns critérios orientam o tratamento antidepressivo: se existe uma história familiar ou história anterior de resposta positiva a determinada droga, esta deve ser tentada em primeiro lugar; se não houver história prévia, deve-se utilizar como primeira escolha um Inibidor Seletivo da Recaptção da Serotonina (ISRS) ou tricíclico e monitorar por 2-3 semanas (BURHAMAH *et al.*, 2020).

Além disso, a resposta geralmente aparece dentro de quatro semanas, e os efeitos colaterais são a principal variável relacionada à não adesão dos pacientes, portanto deve-se estar atento ao perfil de efeitos indesejáveis. Ademais, a retirada do antidepressivo deve ser gradual, ao longo de uma a duas semanas, dependendo da meia-vida do composto (ASSIS *et al.*, 2020).

Entretanto, após quatro semanas, se o antidepressivo não tiver o efeito desejado, uma mudança de classe de antidepressivo e/ou potencialização da terapia deve ser experimentada. Além do mais, L-triiodotironina (T3), carbonato de lítio e l-triptofano podem ser utilizados para potencializar o efeito antidepressivo (BURHAMAH *et al.*, 2020).

Quando ocorre quadro de depressão em idosos, a primeira medicação de escolha é a mirtazapina devido ao padrão reduzido de efeitos colaterais. Também possui ação sedativa (CONTI, 2022).

Existe uma terapia conhecida como eletroconvulsoterapia (ECT) que fica reservada aos casos de transtorno depressivo grave com sintomas psicóticos e refratário ao uso de antidepressivos. A indicação mais comum é o transtorno depressivo maior, sendo a terapia mais rápida e

eficaz disponível, devendo ser considerada para os pacientes gravemente deprimidos, com sintomas psicóticos, que apresentam ideação suicida ou que recusam alimentação, onde os medicamentos falharam ou não foram tolerados. É importante ressaltar que a ECT é um tratamento com segurança comprovada para pacientes com transtorno depressivo maior e outras doenças psiquiátricas (ASSIS *et al.*, 2020).

No entanto, o fato de muitos pacientes não aderirem ao tratamento com uso de fármacos por serem duradouros, estudos têm mostrado que o exercício físico é uma opção de baixo custo e acessível para todos, e atua de forma benéfica e efetiva no tratamento, tendo ação anti-inflamatória e preventiva, proporcionando melhora nas esferas física, mental e social, sendo eficaz e essencial para diminuição das consequências degenerativas (WHO, 2017).

Sabe-se que a falta de exercício físico ou a inatividade física é um fator de impacto na saúde mental, pois, enquanto acontece à diminuição da autoestima, da autoimagem, do bem-estar e da sociabilidade, ocorre o aumento significativo do estresse, ansiedade e possivelmente da depressão. Indivíduos depressivos são pessoas que manifestam forte propensão para desenvolver outras doenças, e o exercício, pode ter benefícios adicionais como, por exemplo, controle do peso corporal e ganho de massa muscular (BATISTA & OLIVEIRA, 2016).

Além do mais, a atividade física pode reduzir as repostas emocionais frente ao estresse e comportamentos neuróticos, tendo impacto positivo, se tornando um método eficaz na atenuação dos riscos de desenvolvimento de doenças psicológicas. Aspectos neuroendócrinos, como mudança na atividade central de monoaminas, são responsáveis por efeitos antidepressivos no humor e isso ocorre devido ao aumento dos neu-

rotransmissores, das catecolaminas, da biossíntese de serotonina pelo aumento do triptofano, sensação de bem-estar aumentando, além dos níveis de satisfação e felicidade (SIQUEIRA *et al.*, 2019).

Existe também o tratamento com a psicoterapia que se apresenta como uma abordagem muito eficaz para a depressão, visto que o paciente com depressão possui uma tríade cognitiva negativa, isto é, a visão de si, do mundo e do futuro é distorcida. Notam-se diversas distorções cognitivas, ou seja, erros sistemáticos na interpretação de si e do mundo. Assim, um dos focos da terapia é auxiliar o paciente a desenvolver uma visão menos disfuncional, e mais verdadeira da realidade. Além disso, é ensinado ao paciente habilidades sociais, que auxiliam a tomar decisões e a realizar técnicas comportamentais para o controle de crises de ansiedade, por exemplo (OLIVEIRA, 2019).

CONCLUSÃO

Pode-se concluir, que o Transtorno Depressivo Maior é extremamente recorrente e afeta a vida dos pacientes em todas as esferas, causando prejuízos, atrasos pessoais e profissionais, por exemplo.

Ademais, é necessário que os pacientes diagnosticados tenham o amparo de familiares e amigos, para realizarem o tratamento da forma correta, visto que muitos negam as abordagens propostas, o que gera piora clínica do quadro.

Além do mais, é de extrema importância ressaltar que a depressão é uma patologia que apresenta tratamento e cura, assim como diversas outras doenças, e que não deve existir preconceito, ou incredibilidade diante dos sintomas, diagnóstico e tratamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- APA - AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-5: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5 ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
- ASSARI, S. *et al.* Does discrimination explain high risk of depression among high-income African American men? *Behavioral Sciences (Basel)*, v. 8, n. 4, p. 40, 2018.
- ASSIS, T.S.M. *et al.* Eletroconvulsoterapia para o tratamento da depressão refratária à medicação: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria.*; v. 24, n.1, p.4, 2020.
- BARBOSA G.F. & PICARELLI, C.C. Relato de caso: avaliação do risco de suicídio no transtorno depressivo maior grave com sintomas psicóticos. *Revista Médica de São Paulo*, v. 101, n. 2, p. e-184948, 2022.
- BATISTA, J.I. & OLIVEIRA, A. Efeitos psicofisiológicos do exercício físico em pacientes com transtornos de ansiedade e depressão. *Corpoconsciência*, v.19, n.3, p. 1, 2016.
- BROMET, E. *et al.* Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Medicine*, v. 9, p. 90, 2011.
- BURHAMAH, W. *et al.* The psychological burden of the COVID-19 pandemic and associated lockdown measures: Experience from 4000 participants. *Journal of affective disorders*, v. 277, p. 977, 2020.
- CHO, M.J. *et al.* Prevalence and correlates of DSM-IV mental disorders in South Korean adults: the Korean epidemiologic catchment area study 2011. *Psychiatry Investigation*, v. 12, n. 2, p. 164, 2015.
- CONTI, M.B. Transtornos mentais em idosos brasileiros: revisão da literatura. *Repositório Institucional UNESP*, 2022.
- EGEDE, L.E. Depression: greater effect on overall health than angina, arthritis, asthma or diabetes. *Evidence-Based Mental Health*, v.11, n. 2, p. 57, 2008.
- GUIMARÃES, L.A. *et al.* Sintomas depressivos e fatores associados em idosos residentes em instituição de longa permanência. *Ciência & Saúde Coletiva [online]*, v. 24, n. 9, p. 3275, 2019.
- GOLDNEY, R.D. *et al.* Changes in the prevalence of major depressive disorder in an Australian community sample between 1998 and 2008. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, v. 44, n. 10, p. 901, 2010.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde. Acervo IBGE, 2020. <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101764.pdf> Acesso em 20/02/23.
- KLIJS, B. *et al.* Neighbourhood income and major depressive disorder in a large Dutch population: results from the lifelines cohort study. *BMC PublicHealth*, v. 16, p. 773, 2016.
- LIU, J. *et al.* Prevalence of major depressive disorder and socio-demographic correlates: results of a representative household epidemiological survey in Beijing, China. *Journal of Affective Disorders*, v. 129, p. 74, 2015.
- LU, J. *et al.* Major depressive disorder in Kunming: prevalence, correlates and co-morbidity in a south-western city of China. *Journal of Affective Disorders*, v. 111, n. 2-3, p. 221, 2008.
- MARKKULA, N. *et al.* Prevalence, trends, correlates and treatment of depression in Chile in 2003 to 2010. *Soc Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, v. 52, n. 4, p. 399, 2017.
- NÓBREGA, M.P.S, *et al.* Conhecendo sinais e sintomas do transtorno depressivo maior: revisão de escopo. *e-Acadêmica*, v. 3, n. 1, p. e1831105, 2022.
- OLIVEIRA, A.C. Eficácia da terapia cognitivo-comportamental no tratamento da depressão: revisão integrativa. *Revista Brasileira de terapia cognitiva*, v.15, n.1, p. 29, 2019.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. Depression, 2021. <https://www.who.int/health-topics/depression>. Acesso em 16/02/23.
- PORRAS-SEGOVIA, A. *et al.* Physical exercise and body mass index as correlates of major depressive disorder in community-dwelling adults: results from the PISMA-ep study. *Journal of Affective Disorders*, v. 251, p. 263, 2019.
- REDDY, M.S. Depression: the disorder and the burden. *Indian Journal of Psychological Medicine* v. 32, n. 1, p. 1, 2010.
- SIQUEIRA C.C, *et al.* Antidepressant efficacy of adjunctive aerobic activity and associated biomarkers in major depression: A 4-week, randomized, single-blind, controlled clinical trial. *PLoS One*; v.11, n.5, p. e0154195, 2019.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Depression and other common mental disorders: global health estimates, 2017. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254610>. Acesso em 16/02/23.