



PROTOCOLO MUNICIPAL PARA TRATAMENTO DE PACIENTES COM QUADRO DE TRANSTORNOS DEPRESSIVOS

*Secretaria da
Saúde*



**Prefeitura de
SOROCABA**

CIDADE HUMANIZADA E INOVADORA

COMISSÃO DE ELABORAÇÃO

**Dra Hellora Grillo Junqueira
Núcleo de Políticas de Saúde**

**Eline Araújo Vitor
Coordenação de Saúde Mental**

**Livia Pero S. Canavezi
Coordenação de Saúde Mental**

**Isabelle Cobianchi Pereira Ferreira
Assistência Farmacêutica**

**Dr Guilherme Tayar de Camargo
Médico Psiquiatra - Responsável Técnico do CAPS III Viver em Liberdade**

**Patrícia Fernandes Brandão
Médica Psiquiatra - Responsável Técnica do CAPS III Arte do Encontro**

Índice

1. INTRODUÇÃO.....	5
2. EPIDEMIOLOGIA.....	5
3. DIAGNÓSTICO.....	5
3.1. Quadro Clínico.....	5
3.2. Como avaliar e abordar.....	7
3.2.1. Queixas Apresentadas.....	7
3.2.2. Classificação e Subtipos.....	8
3.3. Diagnósticos Diferenciais.....	9
4. TRATAMENTO.....	10
4.1. Manejo psicossocial.....	10
4.2. Questionamentos que o profissional deve fazer antes de iniciar o tratamento.....	11
4.3. Medidas Gerais.....	12
4.4. Tratamento não farmacológico.....	12
4.5. Tratamento farmacológico.....	12
4.5.1. Depressão leve.....	12
4.5.2. Depressão moderada e severa.....	13
4.5.3. Depressão com sintomas psicóticos.....	14
4.5.4. Avaliação e manejo do uso do antidepressivo.....	14
4.6 Seguimento.....	15
5. CASOS ESPECIAIS.....	16
5.1. Paciente com doença física.....	16
5.2. Infância e Adolescência.....	17
5.3. Gestação e Puerpério.....	17
5.4. Idosos.....	18
5.5. Situações de Emergência: Suicídio.....	19
6. ENCAMINHAMENTOS.....	20
7. ANEXOS.....	20

7.1 Tabela de Medicamentos.....	20
8. REFERÊNCIAS.....	20

PROTOCOLO MUNICIPAL PARA TRATAMENTO DE PACIENTES COM QUADRO DE TRANSTORNOS DEPRESSIVOS

1. INTRODUÇÃO

A depressão é um transtorno comum, mas sério, que interfere na vida diária, capacidade de trabalhar, dormir, estudar, comer e aproveitar a vida. É causada por uma combinação de fatores genéticos, biológicos, ambientais e psicológicos.

Algumas pesquisas genéticas indicam que o risco de depressão resulta da influência de vários genes que atuam em conjunto com fatores ambientais ou outros.

Alguns tipos de depressão tendem a ocorrer em famílias. No entanto, a depressão também pode ocorrer em pessoas sem histórico familiar do transtorno. Nem todas as pessoas com transtornos depressivos apresentam os mesmos sintomas. A gravidade, frequência e duração variam dependendo do indivíduo e de sua condição específica.

2. EPIDEMIOLOGIA

A depressão é um transtorno comum em todo o mundo: estima-se que mais de 300 milhões de pessoas sofram com ele. A condição é diferente das flutuações usuais de humor e das respostas emocionais de curta duração aos desafios da vida cotidiana. Especialmente quando de longa duração e com intensidade moderada ou grave, a depressão pode se tornar uma crítica condição de saúde. Ela pode causar à pessoa afetada um grande sofrimento e disfunção no trabalho, na escola ou no meio familiar. Na pior das hipóteses, a depressão pode levar ao suicídio. Cerca de 800 mil pessoas morrem por suicídio a cada ano – sendo essa a segunda principal causa de morte entre pessoas com idade entre 15 e 29 anos.

A depressão é muito comum em todos os países e classes sociais, atingindo até 11% da população em determinado momento e com uma prevalência ao longo da vida de cerca de 20%. Em pacientes hospitalizados por qualquer doença pode chegar a 33%.

3. DIAGNÓSTICO

3.1. Quadro Clínico

Um episódio depressivo pode ser categorizado como leve, moderado ou grave, a depender da intensidade dos sintomas. Um indivíduo com um episódio depressivo leve terá alguma dificuldade em continuar um trabalho simples e atividades sociais, mas sem grande prejuízo ao funcionamento global. Durante um episódio depressivo grave, é improvável que a pessoa afetada possa continuar com atividades sociais, de trabalho ou domésticas.

Em medicina de família, a maioria dos transtornos de humor apresenta uma combinação de depressão e ansiedade, e se apresenta mais com queixas somáticas do que psicológicas. Quando sintomas depressivos forem acompanhados por sintomas ansiosos, a prioridade deve ser tratar a depressão, o que também pode reduzir a ansiedade.

Algumas apresentações comuns para depressão são:

- Múltiplas queixas somáticas, ganho ou perda de peso, deficit cognitivo leve;

- Múltiplas visitas médicas (>5/ano);
- Problemas em mais de um sistema corporal, com ausência de achados físicos;
- Fadiga (até 39% podem ter um transtorno do humor);
- Disfunção no trabalho ou nos relacionamentos/mudança nas relações interpessoais;
- Desânimo, cansaço fácil, necessidade de maior esforço para fazer as coisas;
- Diminuição ou incapacidade de sentir alegria e prazer em atividades anteriormente consideradas agradáveis;
- Desinteresse, falta de motivação e apatia;
- Falta de vontade e indecisão;
- Sentimentos de medo, insegurança, desesperança, desespero, desamparo e vazio;
- Pessimismo, ideias frequentes e desproporcionais de culpa, baixa autoestima, sensação de falta de sentido na vida, inutilidade, ruína, fracasso, doença ou morte. A pessoa pode desejar morrer, planejar uma forma de morrer ou tentar suicídio;
- Interpretação distorcida e negativa da realidade: tudo é visto sob a ótica depressiva, um tom “cinzento” para si, os outros e seu mundo;
- Dificuldade de concentração, raciocínio mais lento e esquecimento;
- Diminuição do desempenho sexual (pode até manter atividade sexual, mas sem a conotação prazerosa habitual) e da libido;
- Perda ou aumento do apetite e do peso;
- Insônia (dificuldade de conciliar o sono, múltiplos despertares ou sensação de sono muito superficial), despertar matinal precoce (geralmente duas horas antes do horário habitual) ou, menos frequentemente, aumento do sono (dorme demais e mesmo assim fica com sono a maior parte do tempo);
- Dores e outros sintomas físicos não justificados por problemas médicos, como dores de barriga, má digestão, azia, diarreia, constipação, flatulência, tensão na nuca e nos ombros, dor de cabeça ou no corpo, sensação de corpo pesado ou de pressão no peito, entre outros.

Um evento vital maior, como separação, perda de emprego ou de ente querido, precede o primeiro episódio depressivo em 40 a 60% dos pacientes. Episódios subsequentes são cada vez menos relacionados com estressores identificáveis.

Uma distinção fundamental também é feita entre depressão em pessoas que têm ou não um histórico de episódios de mania. Ambos os tipos de depressão podem ser crônicos (isto é, acontecem durante um período prolongado de tempo), com recaídas, especialmente se não forem tratados.

Transtorno depressivo recorrente: esse distúrbio envolve repetidos episódios depressivos, sendo que a partir do segundo episódio depressivo maior, já é classificado como recorrente. Durante esses episódios, a pessoa experimenta um humor deprimido, perda de interesse e prazer e energia reduzida, levando a uma diminuição das atividades em geral por, pelo menos, duas semanas. Muitas pessoas com depressão também sofrem com sintomas como ansiedade, distúrbios do sono e de apetite e podem ter sentimentos de culpa ou baixa autoestima, falta de concentração e até mesmo aqueles que são clinicamente inexplicáveis.

Transtorno afetivo bipolar: esse tipo de depressão consiste tipicamente na alternância entre episódios de mania e de depressão, separados por períodos de humor normal. Episódios de mania envolvem humor exaltado ou irritado, excesso de atividades, pressão de fala, autoestima inflada e uma menor necessidade de sono, bem como a aceleração do pensamento.

3.2. Como avaliar e abordar

3.2.1. Queixas Apresentadas

O paciente pode apresentar-se, inicialmente, com um ou mais sintomas físicos (fadiga, dor). Uma investigação adicional revelará humor deprimido ou perda de interesse. Às vezes, irritabilidade é a queixa apresentada.

Alguns pacientes têm mais alto risco e para estes está indicado rastreamento com um teste validado de duas perguntas. Pacientes de risco são aqueles com história de depressão, doença que cause debilidade ou limitação importante (diabetes, artrite, doença cardíaca) ou outras doenças mentais (demência, Parkinson, AVC), e ainda as puérperas.

Teste de Rastreamento – pode detectar até 96% dos casos, com especificidade de 57%.

Durante o último mês, você se sentiu frequentemente incomodado por estar “para baixo”, deprimido ou sem esperança?

Durante o último mês, você se sentiu frequentemente incomodado por ter pouco interesse ou prazer para fazer as coisas?

Critérios diagnósticos da CID-10, simplificados

SINTOMAS FUNDAMENTAIS

1. Humor deprimido ou tristeza persistente
2. Perda de interesse ou prazer
3. Fatigabilidade ou perda de energia física e mental

SINTOMAS ACESSÓRIOS

4. concentração e atenção reduzidas
5. auto-estima e autoconfiança reduzidas
6. idéias de culpa e inutilidade
7. visões desoladas e pessimistas do futuro
8. idéias ou atos autolesivos ou suicidas
9. sono perturbado
10. apetite diminuído

Os sintomas devem estar presentes na maior parte do dia, quase todos os dias, por pelo menos duas semanas para caracterizar um episódio depressivo. Pelo menos dois sintomas fundamentais (ou um mais fadiga/perda de energia) são necessários para o diagnóstico. Pode haver irritabilidade em vez de tristeza, principalmente em crianças e adolescentes. Neste grupo também se observa com frequência a queixa de aumento do sono e do apetite, em vez de anorexia e insônia.

Nos episódios graves, pode haver ainda marcada agitação ou retardo psicomotor e sintomas psicóticos.

Indivíduos com transtornos depressivos maiores têm maior risco de apresentar um ou mais transtornos comórbidos, sendo os mais frequentes abuso ou dependência de álcool, transtorno de pânico, transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno de ansiedade social.

3.2.2. Classificação e Subtipos

Deve-se tentar sempre classificar o episódio segundo sua gravidade, para orientar a conduta:

Sintomas depressivos sub-clínicos: não preenche critérios para um episódio, mas já apresenta sintomas (até três) que podem provocar incapacidade e prejuízo na qualidade de vida e merecem observação atenta.

Depressão leve: pelo menos 4 sintomas (2 fundamentais e 2 acessórios), nenhum deles intenso; usualmente angustiado pelos sintomas, com alguma dificuldade em continuar com o trabalho e atividades sociais, mas provavelmente manterá a maioria de suas funções.

Depressão moderada: pelo menos 5 ou 6 sintomas (2 fundamentais e 3-4 acessórios), podendo apresentar-se com uma ampla gama de sintomas ou com apenas alguns deles, mas em grau intenso; dificuldade considerável em continuar com suas atividades laborais, sociais e domésticas.

Depressão grave: os 3 sintomas fundamentais e 4 ou mais dos acessórios estão presentes, com intensidade grave; pode haver agitação ou retardo psicomotor marcante, e é muito improvável que o paciente consiga manter suas atividades usuais. Depressão grave com sintomas psicóticos: presença de delírios (de ruína, hipocondríacos), alucinações ou retardo psicomotor grave, podendo evoluir para estupor.

Alguns subtipos de depressão

Depressão Atípica

Marcada por apetite e sono aumentados, ganho de peso, sensação de “paralisia de chumbo” ou peso nos membros, alta incidência e gravidade de sintomas ansiosos associados; mantém reatividade do humor a situações agradáveis e apresenta um padrão duradouro de sensibilidade extrema à rejeição interpessoal. Estes pacientes têm mais comorbidade com pânico, sumarização e abuso de substâncias. Pode responder melhor a antidepressivos inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS).

Distímia

Sintomas depressivos atenuados mas persistentes (pelo menos dois anos), principalmente anedonia, letargia, inércia, dificuldade de concentração, sentimentos de baixa autoestima e inadequação. Os pacientes se queixam de desânimo, mau humor e infelicidade, que muitas vezes são interpretados como inerentes ao indivíduo pela conexão. Pode haver um comprometimento social e ocupacional ainda maior do que o dos episódios depressivos. Também pode responder melhor a ISRS.

Depressão Bipolar

Ocorre como uma fase do transtorno afetivo bipolar. Com a descrição do TAB tipo II, que cursa com hipomania em vez de mania, uma maior atenção tem sido dada à possibilidade de quadros de depressão serem, na verdade, episódios depressivos do TAB.

Os seguintes erros clínicos são muito comuns e evitáveis:

1) questionamento insuficiente: não fazendo perguntas que possam revelar os sintomas depressivos do paciente, mesmo este tendo alto risco para depressão;

2) não consultar um membro da família: devido às distorções cognitivas próprias da doença, os pacientes podem tender a exagerar ou minimizar seus sintomas;

3) aceitação de um diagnóstico de depressão sem uso de critérios diagnósticos (p ex., humor deprimido sem outras alterações);

4) exclusão de um diagnóstico, ou falha em iniciar tratamento, apesar da constelação de sintomas presente.

3.3. Diagnósticos Diferenciais

É importante determinar se o paciente está com um episódio depressivo ou se está apenas apresentando sintomas depressivos em reação ao stress ou tristeza. Neste diagnóstico diferencial, os sintomas mais importantes, que devem estar presentes para caracterizar um episódio depressivo, são (1) incapacidade de sentir prazer/alegria (anedonia); (2) pensamentos de culpa/desvalia e visão negativa dos acontecimentos (distorções cognitivas). Indivíduos com depressão têm um humor que tem uma qualidade distinta da tristeza “normal”. Frequentemente se queixam que não conseguem mais sentir prazer com as “coisas” que gostavam anteriormente, de que tudo parece “pesado”, “difícil”, “arrastado” e que o “tempo não passa”, além de referirem um terrível sentimento de insuficiência. Resumindo, trata-se de um estado de falta de ânimo que tem um caráter persistente e autônomo, ou seja, na maior parte do dia, durante vários dias, não reativo a estímulos prazerosos, que colore a percepção de mundo da pessoa, fazendo com que tudo “pareça cinza”. Já na tristeza “normal” o indivíduo está chateado com a situação, consegue imaginar que teria prazer com atividades antes prazerosas (ex: encontrar um ente querido) e relata ficar “animado” com eventos favoráveis. A tentativa de se aliviar esse sofrimento normal do ser humano com o uso de antidepressivos, vem sendo um erro comum na prática médica. Erra-se duplamente com essa conduta:

1) não existe nenhum trabalho científico que mostre que estas medicações possam diminuir a tristeza de quem não tem depressão;

2) o profissional acreditando que já fez algo (a medicação) pode se eximir de ver a “pessoa” do paciente.

Se houver alucinações (ouvir vozes, ter visões) ou delírios (crenças estranhas ou incomuns), principalmente incongruentes com o humor, considerar os transtornos psicóticos agudos.

Se o paciente tem uma história compatível com episódios maníacos ou hipomaníacos (excitação, humor exaltado, fala rápida, diminuição da necessidade de sono), considerar a possibilidade de transtorno afetivo bipolar.

Se tiver uso pesado de álcool ou drogas, considerar transtorno mental pelo uso de substâncias.

Também é importante avaliar se doenças físicas e/ou substâncias podem estar causando o episódio depressivo. Vide quadro abaixo com causas comum de depressão secundária.

Causas comuns de depressão secundária

Intoxicação por drogas e medicamentos (álcool e sedativos, metoclopramida, ranitidina, betabloqueadores, clonidina, metildopa, anticoncepcionais, corticóides, levodopa)
Abstinência de drogas (nicotina, cafeína, álcool ou sedativos, cocaína, anfetaminas)
Tumores (cerebral primário, neoplasia de pâncreas), trauma (contusão cerebral, hematoma subdural), infecção cerebral (meningite, HIV, sífilis) ou sistêmica (endocardite, ITU ou pneumonia em idosos)
Doenças cerebrovasculares (AVC, vasculites), cardiovasculares (baixo débito, ICC), endócrinas/metabólicas (hipocalcemia, doenças da tireóide ou adrenal, falência hepática ou renal, hiperglicemia)
Doenças neurológicas (epilepsia/estados pós-ictais, doenças desmielinizantes/ neurodegenerativas, esclerose múltipla, Parkinson, demências)

4. TRATAMENTO

4.1. Manejo psicossocial

Informações essenciais para o paciente e familiares:

- Depressão é uma doença comum e existem tratamentos efetivos;
- Depressão não é fraqueza ou preguiça; os pacientes estão tentando vencê-la arduamente.

Recomendações ao paciente e familiares Indagar sobre o risco de suicídio:

- O paciente tem pensado frequentemente, em morte ou em morrer?
- O paciente tem um plano de suicídio específico?
- Ele fez tentativas de suicídio sérias no passado?
- O paciente está seguro de que não colocará em prática as ideias suicidas?
- A supervisão rigorosa por familiares ou amigos, devendo-se afastar/retirar objetos de risco para tentativa de suicídio como facas, armas de fogo, cintos, cordas, supervisionar tomada de medicamentos pelo familiar responsável; Hospitalização, pode ser necessária. Indagar sobre risco de dano a outras pessoas.
- Planejar atividades de curto prazo que dêem prazer ao paciente ou desenvolvam a confiança.
- Encorajar o paciente a resistir ao pessimismo e autocrítica, a não se deixar levar por ideias pessimistas (p. ex., terminar o casamento, deixar o emprego) e a não se concentrar em pensamentos negativos ou de culpa.
- Identificar problemas atuais de vida ou estresses sociais. Focalizar-se em pequenos passos específicos que os pacientes poderiam dar em direção a reduzir ou manejar melhor esses problemas. Evitar decisões ou mudanças de vida importantes.
- Se há sintomas físicos, discutir sua ligação com o transtorno do humor.
- Após a melhora, planejar com o paciente o que será feito se os sintomas reaparecerem.

4.2. Questionamentos que o profissional deve fazer antes de iniciar o tratamento

Três questões fundamentais devem preceder o início do tratamento:

- 1) avaliação do risco de suicídio, perguntando abertamente e quantificando;
- 2) avaliação de história prévia ou suspeita de episódio maníaco/hipomaníaco, inclusive na família (p. ex., euforia, gastos excessivos, irritabilidade intensa, ideias de grandeza);
- 3) exclusão da possibilidade de a depressão ser sintoma de outra doença ou uso de medicamentos ou substâncias – neste caso, otimizar o tratamento da doença médica associada, reavaliar o paciente e tratar depressão se esta ainda estiver presente.

É comum que o paciente mantenha afeto negativo por algum tempo mesmo já tendo melhorado de sintomas vegetativos e retomado parte de seu nível de energia. Em deprimidos

graves, esta melhora inicial dissociada pode permitir a execução de planos suicidas, e isto deve ser antecipado junto aos familiares e amigos e cuidadosamente monitorado.

4.3. Medidas Gerais

Deve-se adotar como medidas gerais, para todos os pacientes:

- Aconselhamento em higiene do sono (inclusive com o propósito de evitar o uso de sedativos): diminuir os estímulos sonoros e luminosos, evitar cochilos ou ficar na cama durante o dia, evitar substâncias estimulantes ou refeições copiosas à noite, preparação para o sono (banho morno, chá/bebida morna);
- Diminuir o uso de substâncias psicoativas, com destaque para cafeína, nicotina e álcool;
- Orientar técnicas para manejo de ansiedade, como respiração controlada e relaxamento;
- Recomendar programa estruturado de exercícios, como caminhadas regulares ou ginástica (30 a 40 min, 3 vezes por semana).

4.4. Tratamento não farmacológico

Alguns pacientes com episódio depressivo leve podem ter remissão espontânea dos seus sintomas, tornando a indicação do antidepressivo questionável nestes casos. Neste sentido, é importante a observação atenta, verificando se há história familiar de depressão e se há história passada de episódios depressivos sobretudo, se naquela época ou se agora existem características melancólicas (p.ex. piora matutina, acordar duas horas mais cedo que o habitual, culpa excessiva, etc.) ou se já teve benefício com antidepressivos no passado. Estes dados ajudam na hora de se decidir introduzir ou não um antidepressivo, pois ajudam a delimitar o diagnóstico de depressão.

Para aqueles que não são candidatos iniciais à medicação e/ou psicoterapia, além de serem orientados quanto às medidas gerais já citadas, deve ser agendado o seu retorno em 2 semanas (watchful waiting); muitos destes pacientes melhoram enquanto são observados. Quando disponível, deve ser oferecido tratamento psicoterápico breve, estruturado e focado nos sintomas depressivos; várias técnicas mostraram-se superiores ao placebo e comparáveis aos antidepressivos.

O encaminhamento para grupos de suporte ou auto-ajuda também deve ser oferecido. Várias intervenções baseadas em princípios cognitivo-comportamentais e ao alcance do clínico interessado, como fornecimento de material escrito ao paciente, também são tão eficazes quanto placebo e antidepressivos na depressão leve

4.5. Tratamento farmacológico

4.5.1. Depressão leve

Os Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina (ISRS) têm um perfil de efeitos adversos mais favoráveis e eficácia comparável com relação aos antidepressivos tricíclicos

(ADTC); em pacientes menos graves, e portanto mais sensíveis aos efeitos adversos, isso pode levar a uma menor taxa geral de abandonos por parafeitos, sendo portanto recomendados inicialmente nos casos leves a moderados (p. ex., fluoxetina 20-40mg/dia).

Pacientes que têm boa resposta inicial a doses baixas de tricíclicos (equivalentes a 75-100mg de imipramina) podem ser mantidos assim, com monitoração cuidadosa; aumentos de doses geralmente não aumentam a eficácia por gerarem abandonos pelos parafeitos. Doses menores do que 75 mg são geralmente ineficazes para tratamento de depressão.

Benzodiazepínicos, isolados ou em combinação, não são indicados como tratamento na depressão leve, podendo inclusive piorar os resultados a médio e longo prazo. Fitoterápicos como a erva de São João têm tido sua eficácia questionada por estudos mais recentes, e ainda não são recomendados como tratamento inicial de rotina no Brasil.

No que diz respeito à depressão bipolar é importante salientar que o tratamento difere da depressão monopolar, devendo preferencialmente ser utilizadas drogas estabilizadoras de humor, como lítio e valproato. Tal diagnóstico requer avaliação clínica criteriosa, pois existe o risco de antidepressivos gerarem “virada maníaca”, nestes pacientes. Portanto, o acompanhamento com consultas próximas se faz necessário sempre que utilizado antidepressivos em pacientes com suspeita de depressão bipolar.

4.5.2. Depressão moderada e severa

Pacientes com risco de causar dano a si ou aos outros devem ser referenciados imediatamente para um profissional ou serviço especializado de saúde mental.

Antidepressivos devem ser sempre considerados para pacientes com sintomas moderados a graves. Nos casos graves, principalmente com sintomas psicóticos, os tricíclicos ainda são considerados mais eficazes (ex: imipramina 100-300mg/dia), devendo ser utilizados quando não houver contraindicações.

Pacientes que já realizaram um tratamento bem-sucedido para depressão no passado devem utilizar a mesma medicação em casos de recorrência.

Os sintomas, os efeitos colaterais da medicação e o risco de suicídio devem ser monitorados cuidadosamente em todos os contatos, principalmente no início do uso do AD; familiares e cuidadores devem ser advertidos para ficar atentos a mudanças de humor, negatividade, desesperança e ideias suicidas, particularmente durante início ou aumento da medicação.

O paciente deve ser advertido dos riscos de diminuir ou interromper a medicação por conta própria (sintomas de retirada, piora do humor) e orientado de que estes medicamentos não causam dependência (fissura/tolerância). Deve ser orientado também sobre o manejo de alguns efeitos colaterais comuns e que melhoram após as primeiras semanas (náuseas, diarreia, cefaleia, ansiedade e inquietação no início dos ISRS; sedação, constipação, boca seca e hipotensão postural com ADTC).

Se não tiver havido nenhuma resposta após quatro semanas, deve-se aumentar a dose ou trocar o antidepressivo; se tiver havido uma resposta parcial, esta decisão deve ser adiada até seis semanas. A resposta inicial (2-3 semanas) é um bom preditor de resposta futura, principalmente com os ISRS.

No caso de aumento da dosagem, deve-se esperar novamente 4-6 semanas para avaliar resposta. Em idosos e na distímia, um teste terapêutico completo pode levar até 12 semanas.

Se um antidepressivo não foi efetivo em dose adequada ou é mal tolerado, deve ser prescrito um outro antidepressivo em monoterapia. A troca usualmente é feita por um agente de classe diferente, mas até 50% dos pacientes que não responderam a um ISRS podem responder a outro da mesma classe.

Os antidepressivos devem ser continuados por, no mínimo, seis meses após a remissão de um episódio depressivo, porque isso claramente diminui o risco de recaída.

Em pacientes com insônia e/ou ansiedade importante, os benzodiazepínicos, adicionados aos antidepressivos no início do tratamento, aumentam a taxa de respostas e diminuem o abandono por parafiteos. Há risco de dependência e de quedas em idosos, e o benefício inicial se perde a partir da quarta semana de tratamento. Portanto, seu uso deve ser sempre discutido com o paciente e descontinuado após no máximo quatro semanas de uso (ex., diazepam 5-10mg ou lorazepam 1-2mg, 1-2 vezes ao dia).

4.5.3. Depressão com sintomas psicóticos

Tanto os ISRS quanto os antidepressivos tricíclicos podem ser utilizados nos casos moderados e graves. Os ISRS apresentam, em geral, maior tolerância aos efeitos colaterais em relação aos tricíclicos.

Pode-se iniciar apenas com o antidepressivo e adicionar um antipsicótico se não houver uma boa resposta, ou iniciar com antidepressivo e antipsicótico combinados; ambas são condutas eficazes, devendo ser pesados riscos e benefícios.

Em caso de sintomas angustiantes, risco à segurança do paciente e de seus familiares ou agitação intensa, depois de descartada a necessidade de internação, os antipsicóticos devem ser iniciados juntamente com os antidepressivos, em doses equivalentes a 5mg/dia de haloperidol, sendo suspensos após a remissão dos sintomas psicóticos. Quando usados apenas para controle de agitação intensa ou impulsividade e agressividade, doses menores podem ser eficazes (1-2mg/dia de haloperidol). Pacientes com depressão bipolar não devem iniciar o tratamento com antidepressivos, e sim, com estabilizadores de humor (lítio, ácido valproico). Caso ocorra um episódio de mania/hipomania induzido por antidepressivos, suspender a medicação.

4.5.4. Avaliação e manejo do uso do antidepressivo

Deve-se informar ao paciente da possibilidade de piora inicial e de que o efeito terapêutico pode demorar a aparecer de 4 a 6 semanas, orientando-o a não parar o antidepressivo quando melhorar, devido ao risco de recidiva. Explicar que assim como a melhora do quadro pode levar cerca de 3 meses, caso seja suspenso o antidepressivo a volta dos sintomas pode ocorrer sutilmente também neste período.

A dose do antidepressivo deve ser aquela que juntamente com medidas não farmacológicas ajude o paciente a voltar ao estado de funcionamento de antes de adoecer, ou seja, devemos ter em mente que o objetivo é buscar a remissão completa dos sintomas, não somente a melhoria de alguns mais evidentes como a alteração do sono.

Em caso de resposta parcial ou falta de resposta verificar se o paciente está fazendo uso da medicação prescrita, incluindo, se for o caso, a verificação dos motivos pelos quais não usou a medicação ou reduziu a dose.

Além disso, verificar fatores psicossociais que possam estar agravando o quadro. Abordar esses fatores em consultas regulares, mesmo que breves, e oferecer possibilidades de tratamento disponíveis, tais como atividades em grupos e estratégias psicoterapêuticas.

Não há evidências que justifiquem adição de benzodiazepínicos em casos de depressão resistente. Também não devem ser usados de rotina carbamazepina, ácido valpróico ou hormônios tireoidianos.

4.6 Seguimento

É comum que o paciente mantenha afeto negativo por algum tempo mesmo já tendo melhorado de sintomas vegetativos e retomado parte de seu nível de energia. Em deprimidos graves, esta melhora inicial dissociada pode permitir a execução de planos suicidas, e isto deve ser cuidadosamente monitorado.

Há evidências de que consultas semanais no início do tratamento (primeiras 4-6 semanas) aumentam a adesão e melhoram os resultados em curto prazo, pelo que devem ser encorajadas sempre que houver disponibilidade do profissional e do serviço, principalmente nos casos graves e com risco de suicídio.

Pacientes que tiveram dois ou mais episódios depressivos nos últimos cinco anos têm indicação formal de tratamento de manutenção por pelo menos dois anos após a fase de continuação. O risco de um novo episódio depressivo é de 50% em quem teve um episódio, 70% com dois e chega a 90% com três episódios prévios. A duração exata do tratamento deve ser individualizada.

Para pacientes com alto risco de recorrência, o prejuízo potencial associado é tão grande que se justifica tratamento de manutenção por longos períodos, algumas vezes por toda a vida:

1) três ou mais episódios de depressão;

2) dois episódios com:

- História familiar de transtorno afetivo bipolar ou depressão recorrente;
- Recorrência dentro de um ano da suspensão da medicação;
- Primeiro episódio antes dos 20 anos;
- Episódios abruptos, graves ou com risco de suicídio nos últimos 3 anos;

Os antidepressivos devem ser usados em todas as fases na mesma dose em que foi obtida resposta clínica, pois a diminuição de dose é um fator de risco para recorrência. A persistência de sintomas residuais entre os episódios também é fator de risco para recorrência.

A descontinuação abrupta da maioria dos antidepressivos pode levar aos sintomas de retirada, que ocorrem nos primeiros dias e podem durar até três semanas. São comuns alterações de sono, ansiedade, sintomas gastrintestinais, tremor, tonturas e alterações de humor.

Retiradas abruptas podem ser necessárias em função de efeitos colaterais ou desencadeamento de mania/hipomania, mas sempre que possível, a descontinuação deve ser feita ao longo de quatro semanas. Exceção talvez seja a fluoxetina, que por sua meia vida longa (vários dias) geralmente pode ser retirada abruptamente sem maiores consequências.

5. CASOS ESPECIAIS

5.1. Paciente com doença física

Existem alguns cuidados na escolha dos antidepressivos, dependendo se o indivíduo apresenta alguma doença física de base:

1) os ISRS podem piorar os sintomas parkinsonianos, e, por isso são indicados os tricíclicos para estes pacientes;

2) os tricíclicos diminuem o limiar convulsivo e, por isso, em pacientes com risco de convulsões devem ser usados os ISRS;

3) a fluoxetina inibe o sistema enzimático hepático citocromo 2D6 e pode levar a aumento na concentração sérica de antiarrítmicos e beta-bloqueadores, por exemplo. Por este motivo, em pacientes fazendo uso de várias medicações está indicada a sertralina (nível de dispensação II) que tem menor risco de interação;

4) a nortriptilina (nível de dispensação II) tem menor risco de hipotensão postural e menos efeitos anticolinérgicos. Por isso é indicada quando se necessita de um tricíclico, mas não se deseja estes efeitos;

5) se o paciente tem dor neuropática pode ter alívio da mesma com o uso de baixas doses de tricíclicos (mas não com os ISRS). É possível para aqueles com dor neuropática e depressão, que não toleram doses maiores de tricíclicos, associar a nortriptilina (de 25 a 50mg à noite) com a sertralina pela manhã, tratando ao mesmo tempo a dor e a depressão. Outra alternativa é associar a amitriptilina ao tricíclico.

6) os tricíclicos podem levar a aumento do desejo por doces, aumento de peso e hiperglicemia, devendo ser usados com cuidado em diabéticos;

7) os ISRS aumentam a chance de sangramentos, tendo trabalhos que já comprovam sua associação com maiores riscos de hemorragia digestiva alta;

8) os tricíclicos, devido aos seus efeitos anticolinérgicos podem levar a: aumento da pressão intra-ocular sobretudo naqueles com glaucoma de ângulo estreito, retenção urinária nos que têm hipertrofia prostática e constipação, sendo problemático sobretudo em pacientes com doença diverticular;

9) “Boca seca” é um efeito colateral comum;

10) Paciente em uso de triciclos devem realizar eletrocardiograma de rotina devido risco de aumento do intervalo QT.

5.2. Infância e Adolescência

De modo geral, depressão em crianças e adolescentes mais jovens deve ser diagnosticada e manejada com apoio de profissional e/ou serviço especializado em saúde mental.

O sintoma fundamental de humor triste ou deprimido é comumente substituído por humor irritável e alteração do comportamento. Em pré-escolares, são frequentes sintomas somáticos (ex, dores abdominais), parada de crescimento, fâcies tristonha, anorexia, hiperatividade, transtornos do sono e auto e heteroagressão.

Em escolares, pode haver também lentificação, distorções cognitivas de cunho autodepreciativo, pensamentos de morte, além de sintomas de ansiedade e transtornos de conduta. O mau desempenho escolar (piora em relação ao padrão anterior) é frequente e um dos principais indicadores. O suicídio é raro em menores de 12 anos, mas os pensamentos são frequentes.

Em adolescentes, os sintomas assemelham-se mais ao adulto, com a frequente substituição do humor triste por irritável, e é frequente a associação com uso de substâncias psicoativas, o que pode confundir e dificultar a avaliação.

Alguns estudos mostram que a detecção de depressão nesta faixa etária por médicos de atenção básica é quase nula, apesar da alta prevalência. A mortalidade por suicídio em maiores de 15 anos tem aumentado significativamente no Brasil e no mundo.

Algumas intervenções psicoterápicas específicas são o tratamento de escolha para casos leves e moderados; para casos graves, antidepressivos podem ser usados, mas sua eficácia é menor do que em adultos. Os ISRS são os medicamentos mais seguros e com alguma evidência de eficácia em crianças e adolescentes. Em adolescentes mais velhos, pode-se usar fluoxetina, iniciando com doses de 10 mg e passando a 20mg de acordo com a tolerância. Os tricíclicos, como classe, são considerados ineficazes em adolescentes.

Sempre se deve pesquisar comorbidade e fazer diagnóstico diferencial com Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), transtornos de conduta, transtornos de ansiedade e transtorno afetivo bipolar, bem como pesquisar exaustivamente situações estressoras ocultas, principalmente situações de abuso, bullying e uso de substâncias ilícitas.

5.3. Gestação e Puerpério

Mulheres no período perinatal (gestação até um ano após o parto) são especialmente vulneráveis a problemas de saúde mental; estima-se que uma em sete apresentará algum transtorno. Portanto, devem ser rastreadas ativamente, especialmente no primeiro contato ou primeira consulta agendada (pré-natal) e nas revisões de um e quatro meses após o parto.

Os fatores de risco que devem ser mais valorizados são:

- 1) história atual ou pregressa de doença mental séria ou depressão no período pós-natal;
- 2) tratamento prévio por profissional de saúde mental;
- 3) história familiar de transtornos no período peri-natal.

O risco de depressão puerperal aumenta para 25% em mulheres com história de depressão, 50% com depressão pós-parto prévia e chega a 75% nas que apresentaram depressão durante a gestação. A psicose puerperal é, com muita frequência, um episódio do transtorno afetivo bipolar.

O rastreamento deve ser feito com as mesmas duas perguntas utilizadas para a população geral (teste de rastreamento), acrescidas de uma terceira:

Há alguma coisa que você sente que precisa de ajuda?

Mulheres com sintomas depressivos ou ansiosos que não preenchem critérios diagnósticos, mas interferem com o funcionamento social e interpessoal, devem ter suporte na forma de visitas e consultas informais e encaminhamento a grupos de apoio, durante a gravidez e o período pós-parto.

Nos casos de depressão leve a moderada, deve ser sempre oferecidas estratégias como auto-ajuda na forma de material escrito, grupos de apoio e orientação, exercícios físicos, consultas/visitas de aconselhamento não-diretivo (escuta) e, quando disponível, psicoterapia.

Ao considerar tratamento medicamentoso para gestantes e nutrízes, deve-se pesar o risco individual de cada situação, juntamente com a mulher e, algumas vezes, sua família (risco de malformações, risco de recaídas caso pare a medicação e suas consequências). Deve-se levar em conta o risco geral de malformações na população, que é de 2 a 4%.

Nos casos de depressão leve que já vêm em uso de antidepressivos, este deve ser interrompido gradativamente e a mulher, monitorada (watchful waiting); se os episódios anteriores foram moderados ou graves, o AD pode ser mantido, devendo ser trocado por aquele que oferecer menos risco para o feto.

Se optar por prescrever um antidepressivo durante a gestação e a lactação, a fluoxetina e a sertralina estão indicadas.

Todos os antidepressivos podem causar sintomas de abstinência e/ou toxicidade no neonato (irritabilidade, choro, flacidez, inquietação, tremor, dificuldades com sono e alimentação), mas estes geralmente são leves e transitórios.

Benzodiazepínicos (BDZ) devem ser prescritos apenas em casos de agitação ou ansiedade intensa e por curtos períodos, pelos riscos de fenda palatina e síndrome do bebê flácido (floppy infant). Em mulheres que engravidam em uso de BDZ, estes devem ser gradativamente retirados e substituídos por outras estratégias de manejo de ansiedade.

5.4. Idosos

Idosos com depressão têm alto risco de recorrência, incapacidade crônica e mortalidade aumentada. A idade por si só não é fator de risco para depressão, mas situações como viuvez e doenças médicas com perda de autonomia aumentam a vulnerabilidade.

Depressão em idosos é particularmente subdiagnosticada e subtratada por médicos gerais, pelas diferenças na apresentação (mais sintomas somáticos), mas também por uma tendência a aceitar os sintomas depressivos como parte normal do envelhecimento.

A apresentação pode diferir pela maior ênfase em sintomas somáticos, como dores, tontura, dispneia, palpitação. Outros sinais e sintomas comuns nos idosos são: energia e concentração reduzidas, transtornos do sono (insônia terminal, sono entrecortado), perda de apetite e peso.

O deficit cognitivo pode ser facilmente confundido com demência (síndrome de demência da depressão), e podem ser necessários testes como o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) ou um ensaio terapêutico com antidepressivos para diferenciar. Esta pseudodemência ocorre em até 15% dos idosos deprimidos, e 25-50% dos pacientes com demência têm também depressão.

Em pacientes com demência e outros distúrbios neurológicos como Parkinson e após AVC, a depressão responde a antidepressivos e deve ser tratada da mesma maneira que nos pacientes sem demência da mesma faixa etária.

Idosos têm alto risco de suicídio, e solidão é o principal motivo relatado para considerar suicídio. Aqueles com perdas recentes, principalmente de cônjuge, e doenças médicas limitantes e incapacitantes devem ser rastreados ativamente para depressão e suicídio. Em idosos, o tratamento deve ser iniciado em baixas doses, deve-se preferir medicamentos de meia vida curta e com menos efeitos anticolinérgicos, como nortriptilina e sertralina. As doses devem ser individualizadas, iniciando com as doses mínimas eficazes (por ex, sertralina 50 mg, nortriptilina 50 mg).

Cuidado especial deve-se ter ao prescrever diazepam, que se acumula nos tecidos lipofílicos e pode ter uma meia vida de 4-5 dias em idosos, gerando aumento progressivo de efeito e risco de ataxia, sonolência, confusão, quedas e deficit cognitivo. A fluoxetina também pode se acumular com o tempo de uso e ter seu efeito (e toxicidade) aumentado após várias semanas de uso, devendo-se ter cautela com a dose utilizada.

5.5. Situações de Emergência: Suicídio

Perguntar ao paciente sobre ideação suicida não induz ao suicídio, e pode tranquilizá-lo, por perceber que pode falar abertamente de todos os aspectos de sua condição. Todos os pacientes com depressão moderada a grave devem ser perguntados abertamente e especificamente sobre ideação, planos e tentativas de suicídio.

A intervenção com maior grau de recomendação para diminuição do risco de suicídio na população é o tratamento adequado e eficaz dos pacientes com depressão.

Os melhores preditores de comportamento suicida são a existência de tentativa prévia e a presença de ideação suicida. A desesperança é a principal dimensão psicológica associada ao suicídio, e impulsividade e agressividade podem ser as principais características que compõem o comportamento suicida.

Considerações na avaliação do risco de suicídio

Avaliar presença de ideação, intenção ou plano suicida.
Acesso a meios para efetuar o suicídio e a letalidade desses meios
Tentativas prévias e a gravidade dos intentos
Presença de abuso de álcool ou outras substâncias
Sintomas psicóticos, alucinações de comando ou ansiedade severa.
História familiar de ou exposição recente a suicídio

Pode ser considerado para tratamento ambulatorial o paciente com ideação suicida crônica e/ou autolesão sem repercussão clínica grave, com apoio familiar e psicossocial estáveis e/ou acompanhamento ambulatorial já em andamento.

Quando optamos por não internar um paciente com risco de suicídio, devem ser orientadas medidas gerais como tirar armas e facas da casa, não deixar medicamentos ou produtos tóxicos acessíveis, manter algum familiar ou amigo constantemente presente; estas medidas simples podem diminuir o acesso do paciente a meios de se lesar e diminuir as chances de suicídio.

Deve-se avaliar acompanhamento em serviço especializado de referência em saúde mental ou internação quando houver risco de suicídio associado a:

- 1) psicose;
- 2) abuso de substância;
- 3) desesperança significativa, impulsividade ou plano suicida;
- 4) ausência de suporte familiar/social;
- 5) não aderência ou impossibilidade de seguir tratamento ambulatorial.

6. ENCAMINHAMENTOS

Todos os casos de depressão moderada a grave devem ser discutidos com a equipe de saúde mental. Nos casos refratários ao tratamento inicial, quando for considerar do aumento ou troca do agente antidepressivo, deve-se reavaliar, também em conjunto com a equipe de apoio em saúde mental, a indicação de abordagens psicoterapêuticas (individuais ou em grupo), apoio familiar e rede social do paciente, presença de estressores crônicos, presença de comorbidades clínicas ou psiquiátricas.

7. ANEXOS

7.1 Tabela de Medicamentos

8. REFERÊNCIAS

1. Biblioteca Virtual em Saúde, Ministério da Saúde – Depressão.
<https://bvsmms.saude.gov.br/depressao-4/>
2. Protocolo de Atenção em Saúde Mental - Prefeitura de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde – SMS, 1ª Edição Tubarão, 2010.
3. Caderno de Atenção Básica – Saúde Mental- Brasília 2013.
4. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) – Depressão-
<https://www.paho.org/pt/topicos/depressao>