

Perturbações Depressivas: Linhas Gerais de Abordagem Diagnóstica e Terapêutica



Dr. Almeida Nunes

Especialista em Medicina Interna.

Ex-Assistente Graduado do Hospital de Santa Marta, Lisboa. CLIMI, Lisboa.

Dr. Almeida Nunes - Para os não psiquiatras continuam a estar muito presentes os conceitos de depressão endógena e depressão reactiva? São, de facto, ainda referenciais úteis que descrevem duas entidades clínicas diferentes?

Dr. Vítor Cotovio - Em relação às perturbações do humor e, dentro destas, às perturbações depressivas e, deixando de fora as classificações pelas quais nós, psiquiatras, nos guiamos – isto, porque as classificações, as ICD e as DSM, vão definindo critérios para arrumar as perturbações depressivas de uma maneira ou de outra, e às tantas ficamos muito reféns de determinados critérios operacionais que elas estabelecem (por exemplo, terem de estar reunidos 2 ou 3 tipos de sintomas para cumprir um critério diagnóstico) – na nossa experiência clínica da depressão somos mais confrontados com esses dois grandes referenciais que referiu, o mais reactivo e o mais endógeno, que têm implicações a nível de tratamento e de prognóstico. Se olharmos para as classificações estão lá as perturbações bipolares e as outras perturbações depressivas e nas perturbações depres-

sivas está lá a depressão *major* e aquilo que agora se chama distímia, que acho um mau termo; antes era depressão neurótica que acho um bom termo, porque se aproxima daquilo que é o conceito de depressão reactiva, enquanto que o conceito de depressão endógena nos re-envia para aquilo que é a susceptibilidade ou a vulnerabilidade, também biológica, para deprimir. Isso implica que, quando eu tenho alguém com sintomatologia depressiva, o primeiro passo é fazer uma boa colheita da história clínica para tentar perceber se nos antecedentes pessoais e nos antecedentes familiares consigo apanhar sintomas e sinais que me possam re-enviar para um diagnóstico de depressão com características endógenas ou para um diagnóstico de depressão circunscrita a uma reacção a alguma perda, a um luto, um “stress”, um traumatismo, ou seja de depressão com características reactivas. É claro que uma pessoa com uma depressão endógena também pode, obviamente, deprimir de forma reactiva a um acontecimento de vida, mas o que nós sabemos é que se a pessoa não tem antecedentes pessoais nem antecedentes familiares de depressão e lhe aconteceu algo de traumatizante na vida e deprime. Podemos enquadrar, eventualmente, esta situação numa depressão reactiva; isto, porque na depressão reactiva se identifica algo que causou a depressão e podem não se encontrar antecedentes pessoais ou familiares de depressão. Nos casos em que há antecedentes de depressão e a causalidade externa não é a mais determinante da depressão pode tratar-se de uma depressão endógena.

Dr. Almeida Nunes - Geralmente pensa-se que a depressão endógena tem, habitualmente, prognóstico mais reservado e mais difícil terapêutica? Será verdade?

Dr. Vítor Cotovio - Muitas vezes poderá ser! Claro que eu não posso excluir a vivência que cada pessoa em particular tem da sua depres-



Dr. Vítor Cotovio

Médico Psiquiatra e Psicoterapeuta.

Diretor Clínico do Hospital Psiquiátrico Casa de Saúde do Telhal (CST).

são, seja ela reactiva ou endógena. São as pessoas que deprimem e, portanto, a depressão naquela pessoa concreta, em função da sua matriz de personalidade, pode ser vivenciada de uma ou outra forma por ela própria. Uma pessoa pode ter uma vivência do deprimir diferente de outra: há pessoas que, em termos de temperamento, têm tendência a olhar mais para o copo meio vazio e outras para o copo meio cheio, independentemente da presença de depressão.

O que vai agravando o prognóstico de uma depressão endógena é não só a intensidade e a persistência dos sintomas, como a sua recorrência. Se uma pessoa deprime de uma forma intensa e persistente e recorre com muita frequência, essas recorrências podem ir empobrecendo o prognóstico. Por isso, numa depressão endógena, é muito importante que o tratamento seja feito o melhor possível logo no primeiro episódio porque o doente pode ter de assumir que tem uma vulnerabilidade para deprimir e ter de aprender a lidar, e a ter ferramentas para lidar, com essa susceptibilidade e

essas ferramentas também são terapêuticas; se a abordagem não for correcta o doente pode recair com mais facilidade ou o quadro depressivo pode persistir de uma forma mais intensa no tempo e aí está-se a empobrecer o prognóstico. Numa depressão reactiva é suposto que, passado o tempo da depressão, e havendo uma abordagem adequada, a pessoa fique curada; o que não quer dizer que perante um acontecimento equivalente a pessoa não possa deprimir outra vez. Assim, a forma como a depressão é abordada e tratada pode dificultar ou possibilitar a probabilidade de recorrência, mesmo na depressão reactiva. Na depressão reactiva é também importante trabalhar os factores de resiliência, a capacidade de a pessoa lidar com as frustrações, com as angústias que resultem da perda de capacidade.

Dr. Almeida Nunes - Quer na depressão reactiva, quer na depressão endógena, é sempre importante a terapêutica precoce?

Dr. Vítor Cotovio - Quanto mais precocemente se actuar mais estamos a contribuir para um melhor prognóstico, porque se não se actuar atempadamente começa-se a criar naquela pessoa a possibilidade de ela se ver como deprimida, como incapacitada, e ficar refém de uma dinâmica de funcionamento conduzida pela depressão, criando uma espécie de plano inclinado psicológico. Isto, porque, para além dos sintomas de tristeza, de choro fácil, de alterações do padrão alimentar, de alterações do padrão de sono, a depressão também tem condicionamentos de ordem social e cognitiva. Em resumo, nas perturbações depressivas tratar cedo é a regra de ouro.

Dr. Almeida Nunes - E o tratamento, quer da depressão reactiva, quer da depressão endógena, pode ser feito pelos especialistas de Medicina Geral e Familiar?

Dr. Vítor Cotovio - Actualmente, as depressões reactivas, os quadros mistos de depressão e ansiedade, e a ansiedade não complicada podem e devem ser diagnosticados e tratados pelo Médico de Família, até porque a sua grande prevalência e incidência não permite uma abordagem exclusivamente psiquiátrica. Por isso, é muito importante que haja uma boa formação da Medicina Geral e Familiar para iden-

tificar precocemente os sinais e sintomas dessas perturbações e sobretudo tratar adequadamente as depressões reactivas e os quadros mistos de depressão e ansiedade. Dantes, quando só existiam os antidepressivos antigos (tríclicos), o Médico de Família tinha alguma inibição em utilizá-los devido aos seus efeitos secundários. Por esse motivo, e também por ter muito menor formação na área da Saúde Mental, mais depressões reactivas e quadros mistos de depressão e ansiedade eram então tratados pelo Médico de Família com ansiolíticos (o que não é correcto, porque podem agravar a depressão). As depressões endógenas não complicadas também podem ser diagnosticadas e até tratadas pelo Médico de Família, deste que este tenha formação específica nessa área e/ou o apoio de um psiquiatra consultor. Na clínica diária da Medicina Geral e Familiar, ainda mais do que a depressão reactiva ou endógena, o que predomina são os quadros mistos de depressão e ansiedade. Há um tipo de ansiedade ligado à depressão que pode responder a determinado tipo de antidepressivos e aí podemos "matar 2 coelhos com uma cajadada". Portanto, não se trata uma depressão com um ansiolítico mas pode tratar-se a ansiedade com um antidepressivo. Claro que as depressões endógenas complicadas (com histórico grave), e os quadros de ansiedade grave deverão ser encaminhados pelo Médico de Família para a Psiquiatria.

Dr. Almeida Nunes - Quando se prescrevem antidepressivos, devem utilizar-se doses elevadas em monoterapia – por exemplo, de um inibidor selectivo da recaptção da serotonina (ISRS), como a fluoxetina ou a sertralina – ou, como já tenho visto, terapêutica de associação com 2 antidepressivos de classes diferentes (por exemplo, trazodona à noite e a sertralina, de manhã)?

Dr. Vítor Cotovio - Tudo depende da sintomatologia do doente, porque na escolha da terapêutica antidepressiva não é indiferente escolher um ou outro antidepressivo. Mesmo quando estamos a falar da classe dos ISRS não é indiferente escolher um ou outro medicamento; por exemplo, se eu percebo que uma pessoa tem uma depressão mais obsessivamente fixada nos sintomas, a sertralina pode

ser uma boa primeira escolha porque também é anti-obsessiva. Na terapêutica antidepressiva há um primeiro princípio que é ir sempre à procura das doses mínimas eficazes e um segundo princípio que é ir sempre à procura de monoterapias, quando possível; além disso não se deve medicar com mais de um medicamento de uma forma aleatória, tem de haver uma razão clínica que o justifique. Pensando a terapêutica de associação e, relativamente à associação que referiu, acontece que muitas vezes há, no indivíduo que está deprimido, uma alteração do padrão de sono (insónia) que leva à utilização da trazodona, por ser preferível utilizar esta do que deixar a pessoa refém de um indutor do sono benzodiazepínico que depois irá ter muita dificuldade de se libertar. O importante é que as escolhas terapêuticas sejam sempre feitas de acordo com a situação clínica da pessoa e não feitas de forma não fundamentada ou de forma acrítica de acordo com "Guidelines" – as "Guidelines" são importantes mas não se substituem ao doente que temos à nossa frente. A associação terapêutica, desde que bem fundamentada em termos clínicos pode ser correcta, o que me faz confusão é ver por vezes utilização de politerapia sem fundamentação clínica...

Dr. Almeida Nunes - Na depressão faz sentido a terapêutica crónica com antidepressivos, por exemplo com um ISRS?

Dr. Vítor Cotovio - Pode fazer sentido à luz da situação clínica da pessoa. Às vezes há pessoas que ficam a fazer um ISRS porque têm receio de a parar por medo de voltarem a ter aquele tipo de sintomas e não por escolha do médico. Nessas pessoas, dependendo da história clínica, podemos caminhar para um desmame ou, nas que deprimiam de forma recorrente e iam tendo um encurtamento progressivo dos tempos de recorrência, com várias recorrências, e em que, além disso, a sintomatologia depressiva tinha uma intensidade e uma gravidade grandes (exp. ideação suicida), existe indicação para um antidepressivo de manutenção tal como sucede noutras doenças crónicas, como a hipertensão arterial. Isto não é a regra, depende sempre da situação clínica. O que nunca será regra é manter-se o antidepressivo por displicência nossa. ▀