

ASPECTOS BIOLÓGICOS E SOCIAIS DA DEPRESSÃO

Ana Paula Peron¹
Grisiely Yara Ströher Neves¹
Milena Brandão¹
Veronica Elisa Pimenta Vicentini²

PERON, A.P.; NEVES, G.Y.S.; BRANDÃO, M.; VICENTINI, V.E.P. Aspectos Biológicos E Sociais Da Depressão. *Arq. Ciênc. Saúde Unipar, Umuarama, 8(1), jan./abr.* p.45-48, 2004.

RESUMO: O termo depressão pode significar um sintoma que faz parte de inúmeros distúrbios emocionais sem ser exclusivo de nenhum deles, pode significar uma síndrome traduzida por muitos e variáveis sintomas somáticos ou ainda pode significar uma doença, caracterizada por marcantes alterações afetivas. Os fatores causais que podem provocar a depressão estão divididos em genéticos, psicossociais, e biológicos (neurais). Seu conceito e classificação são muito amplos onde basicamente a depressão está dividida em Transtorno Depressivo Maior, Distímia e Transtornos Bipolares. O tratamento da depressão geralmente é medicamentoso, os antidepressivos utilizados são os Tricíclicos, os Inibidores das Monoaminoxidases (IMAOs) e os Inibidores da Recaptação da Serotonina (ISRS) que atualmente são os mais utilizados por apresentar menores efeitos colaterais.

PALAVRAS-CHAVE: depressão; alterações físicas e psicológicas; transtornos do humor; causas da depressão; tratamentos da depressão.

BIOLOGICAL AND SOCIAL ASPECTS OF DEPRESSION

PERON, A.P.; NEVES, G.Y.S.; BRANDÃO, M.; VICENTINI, V.E.P. Biological and social aspects of depression. *Arq. Ciênc. Saúde Unipar, Umuarama, 8(1), jan./abr.* p.45-48, 2004.

ABSTRACT: The term depression can mean a symptom inherent to several emotional disturbances without being particularly exclusive to anyone of them. It may also be a syndrome expressed by many and variable somatic symptoms or an illness characterized by marked affective changes. Depression may be caused by genetic, psychosocial and biological (neuronal) factors. While its concept and classification are extremely broad, depression may be divided into Major Depressive Disturbance, Dysthymia and Bipolar Disturbances. Depression is treated with drugs. Tricyclics, Monoamine Oxidase Inhibitors (IMAOs) and Serotonin Receptor Inhibitors (ISRS) are the antidepressant drugs commonly used since they have fewer side effects.

KEY WORDS: depression; physical and psychological changes; humor perturbation; causes of depression; treatments of depression.

Introdução

Guerras, epidemias, desemprego, divórcios e outros acontecimentos classificam o século XXI como o século dos deprimidos. O problema é tão grave, que segundo a Organização Mundial de Saúde, a depressão será a segunda maior causa de incapacitação ao trabalho no ano de 2020. Recentemente, descobriu-se que 45% dos infartados já vivenciaram um episódio depressivo. A depressão deixa de ser apenas consequência e vira fator de risco de outras doenças, também começa a atingir pessoas em plena juventude, onde a média etária de sua primeira manifestação baixou de 40 para 26 anos. Crianças e adolescentes atualmente, integram o rol dos consumidores de antidepressivos (VEIGA, 2003).

O conceito de depressão engloba uma variedade de distúrbios psicopatológicos que diferem consideravelmente quanto a sintomatologia, gravidade, curso e prognóstico. Frequentemente, confunde-se estresse ou tristeza com depressão, mas esta última é muito mais intensa e é considerada como uma profunda impotência funcional perante a vida (SOUZA *et al.*, 2001).

De modo geral, a depressão abrange alterações normais do humor diante de perdas ou outros problemas de natureza emocional ou ainda, manifestação de doenças físicas, bem como efeito colateral de medicamentos que o paciente esteja utilizando. Pode ser também, uma manifestação de alterações neuroquímicas cerebrais em pessoas geneticamente predispostas. Há uma grande distância entre doença depressiva de sentimentos e pensamentos depressivos normais. Em sua apresentação mais grave, a depressão permeia a vida da pessoa, alterando implacavelmente a sua existência cotidiana, podendo levar o depressivo ao suicídio (MASCI, 2000).

Geralmente, o estado depressivo clínico é caracterizado por atraso nos processos psíquicos, humor depressivo e/ou irritável, redução de energia, incapacidade parcial ou total de sentir alegria ou prazer (anedonia), desinteresse, dificuldade de concentração e pensamentos de cunho negativo. Muitas pessoas têm ambos os sintomas, físicos e psicológicos, mas a natureza exata da doença pode variar de uma pessoa para outra. Um indivíduo pode apresentar a predominância de alguns sintomas da doença

¹Bióloga

²Docente do departamento de biologia celular e genética – UEM

Endereço para correspondência: Prof^a Dr^a Veronica Elisa Pimenta Vicentini. Departamento de Biologia Celular e Genética. Universidade Estadual de Maringá. Av. Colombo, 5790. Maringá – PR. CEP:87020-900.

que diferem dos sintomas predominantes em outro indivíduo (BIEDERMAN *et al.*, 2001).

Infelizmente, a doença física muitas vezes, parece ser socialmente mais aceitável que uma indisposição emocional, como é a depressão. Os espectadores se mostram muito mais tolerantes em relação a uma doença fisicamente identificável, que pode ser diagnosticada e compreendida. A depressão é um estado emocional muito doloroso, portanto, uma doença grave que deve ser tratada, desmistificada e melhor esclarecida na população, pois afeta drasticamente a vida social e pessoal do indivíduo, impedindo-o de ter qualidade de vida em todos os aspectos (MCKENZIE, 2003).

Desenvolvimento

Aspectos Comprometidos com o Desencadeamento da Depressão

Primordialmente, o paciente com depressão se apresenta ou se descreve com o humor entristecido, deprimido, às vezes irritável, de forma persistente e pervasiva na maior parte do tempo. Este quadro pode estar associado ou não com a perda parcial ou completa de interesse ou prazer por suas atividades diárias. Alguns pacientes deixam de sentir prazer nas atividades que antes lhes eram agradáveis, como por exemplo, assistir televisão e o convívio com familiares (BLAZER *et al.*, 1994).

Geralmente, a aparência do depressivo é caracterizada por uma imagem cansada e preocupada, onde se mantém o olhar fixo, triste e melancólico e a testa franzida. O corpo tende a manter-se curvado e o desleixo parcial ou total com a aparência é evidente. Os processos cognitivos estão caracteristicamente diminuídos, o que reflete a baixa estima, que é a marca registrada da depressão. Uma pessoa deprimida pode descrever-se como a pior pessoa da face da Terra ou declarar que todo mundo ficaria melhor se ela estivesse morta (MORENO & MORENO, 1995).

Pensamentos de morte em pessoas depressivas são muito freqüentes, onde podem ocorrer pensamentos como: seria melhor dormir e não acordar mais, ser vítima de um acidente ou de uma doença grave. O paciente também pode ter pensamentos francamente suicidas e desta forma, pode planejar o suicídio e realizar tentativas ou até obter êxito (ORMEL *et al.*, 1993).

O rendimento intelectual também é diminuído, as queixas mais freqüentes são dificuldades para raciocinar, concluir pensamentos, elaborar idéias, dificuldade para se lembrar de fatos passados, que tenham ocorrido há alguns dias ou que tenham ocorrido há pouco tempo (por exemplo, o que comeu na última refeição). Também pode haver queixas de indecisão diante de situações da vida, em que o paciente sente dificuldades em fazer opções (BALLONE, 2000b).

Em relação ao comportamento, o retraimento social é bem característico, associado à diminuição dos movimentos, onde a tendência é ficar deitado e em isolamento. O oposto também pode ocorrer a esta inibição, como inquietação ou agitação psicomotora, não conseguindo parar quieto, andando de um lado para outro, esfregando as mãos, balançando as pernas. O funcionamento físico do depressivo também é afetado e as anormalidades mais comuns são distúrbios na

regulação da função corporal básica. Esses sinais incluem problemas com o sono e o apetite (BALLONE, 2000a).

A insônia sobrevém freqüentemente, com várias apresentações distintas: a) inicial, quando o paciente se queixa de dificuldade para adormecer; b) intermediária, quando o paciente desperta com freqüência, no meio da noite, podendo ter dificuldade para adormecer ou não, geralmente esse despertar é desagradável; ou c) insônia terminal, quando o paciente desperta do sono no final da madrugada, mesmo desejando continuar dormindo. Em geral, os pacientes relatam um padrão de sono normal antes da depressão, confirmando que o início da insônia coincide com o início dos sintomas depressivos. Em relação ao apetite, pode ocorrer tanto perda como o aumento, onde o paciente se refere a falta de prazer ou grande interesse pela alimentação (CAVANAUGH, 1995).

Transtornos do Humor

A depressão pode apresentar-se como um episódio único ao longo da vida ou pode ocorrer de forma cíclica, repetindo-se ao longo do tempo, sendo denominada de recorrente. A entidade nosológica depressão recebeu diversas qualificações, tais como, endógena e reativa, conceitos que foram progressivamente incorporados à denominação única de transtornos do humor (ROUCHELL *et al.*, 1996).

Os transtornos do humor constituem um grupo de condições clínicas caracterizadas pela perda de senso de controle dos humores e do afeto e ainda, por uma experiência subjetiva de grande sofrimento que conseqüentemente, leva à depressão. Sinais e sintomas destes transtornos, acarretam alterações nos níveis de atividade, linguagem e funções vegetativas. Essas mudanças quase sempre, comprometem o funcionamento interpessoal, social e ocupacional (KAPLAN *et al.*, 2000).

Abordagens ao diagnóstico para depressão iniciaram-se com Emil Kraepelin, um psiquiatra alemão pioneiro na classificação dos transtornos psiquiátricos no início do século XX. Ele propunha que a doença maníaco-depressiva constituía um espectro genético de transtornos, que passou a chamar de Transtorno Bipolar, Depressão Maior e Distímia. Suas opiniões foram codificadas em uma série de manuais que tiveram muita influência em toda a Europa. Sua abordagem formou a base para o sistema diagnóstico desenvolvido pelo grupo de St. Louis, de Robins, Winokur e Guze que evoluiu para o *Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais* (DSM III, DSM III-R) (HIRSCHFELD & GOODWIN, 1992).

À medida que os pesquisadores clínicos e biológicos estudaram os transtornos do humor, as distinções anteriormente reconhecidas clinicamente foram avaliadas e agora são reconhecidas pela Quarta edição do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM-IV) (KAPLAN *et al.*, 2000).

Transtorno Depressivo Maior

O Transtorno Depressivo Maior, caracteriza-se por um ou mais episódios depressivos maiores, isto é, pelo menos duas semanas de humor deprimido ou perda de interesse, acompanhados por pelo menos quatro sintomas adicionais da depressão, porém, alguns pacientes podem apresentar episódios depressivos maiores com duração superior a dois anos (KAPLAN *et al.*, 2000).

Os episódios depressivos que acarretam o Transtorno Depressivo Maior estão divididos em leve, moderado ou grave. A intensidade é baseada em número de sintomas como pressão psicológica, grau de sofrimento experimentado e prejuízo de atividades habituais. De acordo com o DSM-IV, será leve se o paciente apresentar de cinco a seis sintomas depressivos, incapacitação leve ou continuar a desempenhar suas atividades normalmente, mas com grande esforço. Os episódios graves são bastantes sintomáticos, com quase todos os sintomas presentes. Havendo evidente incapacitação, como por exemplo, quando o paciente não é capaz de trabalhar ou cuidar dos filhos. Os casos graves ainda podem apresentar sintomas psicóticos, ocorrendo mais frequentemente, em pacientes com características melancólicas. Os casos moderados têm gravidade intermediária (FAVA *et al.*, 2000).

Distímia

O espectro depressivo envolve outros quadros sindrômicos menos freqüentes na população, como a Distímia. A caracterização sintomatológica é bastante semelhante aos casos de Transtorno Depressivo Maior. A Distímia é uma síndrome depressiva de curso crônico e de início insidioso, onde os pacientes se queixam que sempre foram deprimidos desde a infância ou adolescência, sendo o início tardio menos freqüente. Pode permanecer por um período de dois anos, onde os sintomas são praticamente ininterruptos (ZIMMERMAN *et al.*, 2000).

Durante o período de Distímia o que a caracteriza basicamente é a presença de pouco apetite ou hiperfagia, fadiga ou baixa energia, baixa auto-estima e dificuldade de concentração. Entretanto, o seu quadro clínico é menos rico em sintomas e estes são menos intensos se comparados as do Transtorno Depressivo Maior, o que implica em menor gravidade do quadro clínico. É tipicamente uma síndrome depressiva crônica (ZIMMERMAN *et al.*, 2000).

Transtorno Bipolar

Episódios depressivos podem ocorrer no transcurso do humor bipolar, que é caracterizado pela presença de episódios maníacos. O Transtorno Bipolar também é sinônimo de psicose maníaco depressiva. São menos comuns atingindo cerca de 1% da população, e possuem efeitos similares aos da esquizofrenia (TAVARES & JURUENA, 2001).

A presença de sintomas depressivos em pacientes portadores de outras doenças também é freqüente e pode representar uma reação normal à doença. Comparando-se dados de prevalência de sintomatologia depressiva na população em geral e de pacientes portadores de patologias clínicas, encontramos que a prevalência é nitidamente superior no segundo grupo. Cerca de 10% dos pacientes com transtornos depressivos da população geral necessitam de intervenção terapêutica, enquanto tal intervenção é necessária em cerca de 30% dos pacientes portadores de outras doenças (JÚNIOR & CORDÁS, 2002).

Causas da Depressão

Os fatores causais da depressão são divididos artificialmente em fatores biológicos, genéticos e psicossociais. Esses fatores podem interagir entre si. Por exemplo, os fatores psicossociais e genéticos podem afetar os fatores biológicos (p. ex., concentração de determinado neurotransmissor). Os fatores biológicos e psicossociais

também podem afetar a expressão de genes, e os fatores biológicos e genéticos podem vir a afetar a resposta de uma pessoa aos fatores psicossociais (LAFER, 1996).

A genética pode ser um fator significativo no desenvolvimento de um quadro depressivo. Os genes, provavelmente, são importantes em relação a depressão, mas não se sabe exatamente como se desencadeiam suas ações no organismo. Não há com certeza, evidências de uma herança direta para as diferentes formas da depressão. Um indivíduo não irá definitivamente desenvolver a depressão só porque sua mãe, pai ou irmã são deprimidos, mas o seu risco aumenta (BERLIM & FLECK, 2001).

Em relação a personalidade, todos os seres humanos com qualquer padrão de comportamento, podem tornar-se deprimidos sob circunstâncias apropriadas, porém, as pessoas obsessivas, dogmáticas, rígidas e que escondem seus sentimentos, têm um risco maior. As pessoas que têm mudanças de humor freqüentes e continuadas, são mais propensas a ter depressão (BALLONE, 2000d).

Casos clínicos e artigos teóricos relatam que as relações entre o funcionamento da família estão comprovadamente envolvidos com os Transtornos do Humor, principalmente com o Transtorno Depressivo Maior. O grau de psicopatologia da família pode afetar o índice de recuperação, o retorno dos sintomas e o ajuste pós recuperação do depressivo. Sendo assim, é de suma importância que o médico avalie a vida familiar de seu paciente e aborde quaisquer estresses relacionados a ela (SCHINDLER, 2000).

Alguns psicólogos afirmam que os pais exigentes e críticos e que consideram qualquer sucesso como uma coisa corriqueira, mas que são severos com qualquer tipo de fracasso, podem tornar seus filhos mais propensos à depressão, no futuro. Os psicoterapeutas sugerem que as pessoas que foram muito exigidas e que tiveram pouco afeto materno quando jovens, têm um risco de sofrer de depressão mais tarde na vida, mas não há uma prova científica desta probabilidade (GREVET & CORDIOLI, 2000).

Tratamento e Drogas Disponíveis

Os antidepressivos guardam diferenças importantes em relação ao mecanismo de ação, eficácia, tolerabilidade e segurança. Conhecendo esses fatores, o médico tem maior facilidade para a escolha do antidepressivo e portanto, pode otimizar o tratamento (KELLER *et al.*, 1992).

Os antidepressivos classificam-se de acordo com sua atividade no Sistema Nervoso Central (SNC), aumentando a disponibilidade de neurotransmissores, notadamente da serotonina, da noradrenalina ou noroepinefrina e da dopamina. As drogas tricíclicas e os inibidores das monoaminoxidases (IMAOs), são drogas antidepressivas clássicas. Essas drogas foram amplamente usadas, mas atualmente, com o advento dos ISRS (Inibidores Específicos da Recaptação de Serotonina), os IMAOs e tricíclicos vêm perdendo espaço. Os ISRS são considerados mais seguros que as drogas tricíclicas e têm mostrado igual ou até superior eficácia em estudos de pacientes ambulatoriais deprimidos. Pesquisas mostram que os ISRS não causam ganho de peso, ao contrário dos pacientes que usam antidepressivos tricíclicos e seus efeitos já começam a ser observados em quatro semanas após o início do tratamento (BALLONE, 2000c).

A escolha do tratamento para a depressão deve ser feita a partir da análise dos fatores clínicos, pelas características do estado depressivo, pelos fatores que desencadeiam o episódio depressivo e também pelos antecedentes familiares. Sendo assim, depois de se suspeitar ou destacar a doença por um médico, o paciente deve ser encaminhado a um profissional especializado para que este possa diagnosticá-lo corretamente e aplicar um tratamento adequado, mas, geralmente, isso não ocorre, porque poucas pessoas depressivas procuram ajuda, e quando vencem o preconceito e vão ao médico, nem sempre recebem o tratamento correto. Segundo o Departamento de Saúde dos Estados Unidos, apenas um terço dos americanos com depressão é diagnosticado e toma medicamento certo, na dosagem correta e pelo tempo necessário. No Brasil, muita gente nem procura um médico porque não acredita que esteja doente (VEIGA, 2003).

Outro problema é a desinformação entre a classe médica, onde a maioria dos médicos interpretam mal os sintomas da depressão. Um endocrinologista, por exemplo, pode achar que a paciente precisa fazer uma dieta porque anda comendo demais ou de menos, sinais típicos da depressão. Muitos passam meses fazendo um verdadeiro escrutínio do paciente até levantar a hipótese de uma depressão (VEIGA, 2003).

Considerações Finais

Tristeza é um sentimento que todos têm e faz parte da vida, ela vira doença quando esses sentimentos negativos dominam a pessoa 24 horas por dia, impedindo-a de trabalhar e se relacionar, e quem não vivencia a tristeza de forma legítima, acaba entrando em depressão. Portanto, a depressão é uma doença grave que afeta o indivíduo como um todo, ou seja, no campo afetivo, comportamental, físico e que se não diagnosticada corretamente e tratada, pode levar o deprimido ao suicídio. Mas, apesar de tudo, quando corretamente diagnosticada e adequadamente tratada, tratamento este feito por um médico especialista, ela tem cura e o indivíduo readquire o seu bem-estar.

Referências

- BALLONE, G. J. *Depressão*. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/deptxt0>>. Acesso em: 17 out. 2001.
- _____. *Depressão e ansiedade*. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/depansi>>. Acesso em: 17 out. 2001.
- _____. *Psiquiatria geral*. Disponível em: <<http://www.psiqweb.com.br>>. Acesso em: 03 set. 2001.
- _____. *Tratamento da depressão*. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/farmacol>>. Acesso em: 17 out. 2001.
- BERLIM, M. T.; FLECK, M. P. Uma breve história da psiquiatria: do século XVIII à era dos tratamentos moleculares. *Rev. Psiq. Clín.* v. 23, n. 3, p. 147-158, 2001.
- BIEDERMAN, J. et al. Patterns of psychopathology and dysfunction in high-risk children of parents with panic disorders and major depression. *Am. J. Psychiatry*, v. 158, n. 1, p. 49-57, 2001.
- BLAZER, D. G. et al. The prevalence and distribution of major

depression in natural community sample: The nacional comorbidity survey. *Am. J. Psychiatry*, v. 151, n. 979, 1994.

CAVANAUGH, S. V. A. Depression in medically ill: critical issues in diagnostic assessment. *Psychosomat.* v. 36, p. 48-59, 1995.

FAVA, M. et al. Anxiety disorders in major depression. *Compr. Psychiatry*, v. 4, n. 2. p. 97-102, 2000.

GREVET, E. H.; CORDIOLI, A. O. *Tratamento da depressão maior e distímia*: algoritmo. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psiq>>. Acesso em: 18 dez. 2001.

HIRSCHFELD, R. M. A.; GOODWIN, F. K. Transtornos do humor. In: TALBOTT, J. A. *Tratado de psiquiatria*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. p. 301-328.

JÚNIOR, A. S.; CORDÁS, T. A. Depressão e ansiedade. *Rev. Bras. Med.* v. 59, n. 4, p. 221-228, 2002.

KAPLAN, H. J.; SADOCK, B. J.; GREBB, J. A. *Compêndio de psiquiatria*. 7. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000. 517 p.

KELLER, M. B.; LAVORI, P. W.; ENDICOTT, J. Time to recovery chronicity in levels of psychopathology in major depression a five year prospective follow-up of 431 subjects. *Arch. Gen. Psychiatry*, v. 49, p. 809-816, 1992.

LAFER, B. Transtornos do humor. In: ALMEIDA, O. P. *Manual de psiquiatria*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996. p. 112-125.

MASCI, C. *A hora da virada: enfrentando os desafios da vida com equilíbrio e serenidade*. 4. ed. Rio de Janeiro: Saraiva, 2000. 30 p.

MCKENZIE, K. Guia da saúde familiar: depressão. *Revista IstoÉ*, São Paulo, v. 8, 96 p. 2003.

MORENO, R. A.; MORENO, D. H. Transtornos do humor. In: LOUZÁ-NETO, M. R. *Psiquiatria básica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p. 138-165.

ORMEL, J.; OLDEHINKET, T.; BRILMAN, E. Outcome of depression and anxiety in primary care. *Arch. Gen. Psychiatry*, v. 59, p. 759-766, 1993.

ROUCHELL, A. M.; POUNDS, R.; TIERNEY, J. G. Textbook of consultation – Liaison Psychiatry. *The American Psychiatry Press*, v. 1, p. 310-345, 1996.

SCHINDLER, F. A. *A depressão: impotência para viver!* Disponível em: <www.sosdepressão.com.br/abordagem>. Acesso em: 02 nov. 2001.

SOUZA, P. et al. *Conceitos elementares para doentes deprimidos e seus familiares*. Disponível em: <<http://www.organon.pt/saudemental>>. Acesso em: 10 nov. 2001.

TAVARES, R. V.; JURUENA, M. F. Depressão dupla refratária: um exemplo de transtorno afetivo recorrente. *Rev. Psiq. Din.* v. 28, n. 3, p. 113-119, 2001.

VEIGA, A. O desafio da depressão. *Revista Época*, São Paulo, n. 259, p. 50-55, 2003.

ZIMMERMAN, M.; McDERMUT, W.; MATTI, A. J. I. Frequency of anxiety disorders in psychiatry out – patients with major depressive disorders. *Am. J. Psychiatry*, v. 157, n. 8, p. 1337-1340, 2000.

Recebido para publicação em: 09/06/03

Received for publication on: 09/06/03

Aceito para publicação em: 26/10/04

Accepted for publication on: 26/10/04