

DEPRESSÃO: UM CASO CLÍNICO

ANDRÉ LUIZ C. NETTO

THAÍS SIMÕES

GABRIELA SERFATY

RESUMO

A depressão maior é um transtorno frequente, crônico, mais comum em mulheres e com elevado prejuízo funcional e risco de suicídio. Este trabalho tem como objetivo apresentar um caso clínico exemplificando e discutindo o diagnóstico de depressão maior e fatores de risco de suicídio.

PALAVRAS-CHAVE: *Depressão; Risco de suicídio; Caso clínico.*

ANAMNESE

IDENTIFICAÇÃO: L.A.F., 30 anos, masculino, branco, viúvo, natural do Rio de Janeiro, estudante de nível superior e trabalhador da área de saúde, em nível técnico.

MOTIVO DA CONSULTA: “Não tenho mais vontade de viver.”

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

L.A.F compareceu à consulta psiquiátrica relatando estar se sentindo desanimado, choroso, triste e “revoltado com as pessoas ao seu redor”.

Tal quadro clínico teve início em 2008, quando sua mulher, com quem foi casado por seis anos, faleceu de distrofia muscular progressiva.

Desde então, L.A.F passou a ter dificuldades no trabalho. Assistir às aulas e focar atenção nos estudos era outro grande

tormento: “Doutor, não consigo mais fazer nada do que fazia antes. Minha vida está uma porcaria. É isso que devo ser mesmo, uma grande porcaria.”

As dificuldades em dormir à noite e o pouco apetite passaram a ser uma constante em sua vida.

No entanto, o que mais chamava atenção era seu isolamento: “Passei a não fazer mais nada. Eu, quando não estava dormindo, ficava com meu filho. Ficar com ele me fazia lembrar um pouco a minha esposa”.

Exceto pelo filho, L.A.F diz estar sem vontade de continuar a viver e sente-se injustiçado por Deus e sozinho pela falta de apoio dos colegas de trabalho e da sua família.

Paciente procurou a psicóloga do curso universitário com queixas de dificuldades nos estudos e tristeza, e foi encaminhado ao Programa de Prevenção de Suicídio.

HISTÓRIA PESSOAL:

Natural do Rio de Janeiro, L.A.F é o filho mais velho de uma prole de cinco filhos.

Apresentou desenvolvimento tanto psicomotor como cognitivo dentro dos padrões de normalidade.

Foi criado apenas pela sua mãe e não teve contato com seu pai, diz que durante sua infância sempre se sentiu sozinho, sua mãe e seus irmãos não davam

muito atenção a ele.

Estudou no Colégio Naval e “não tive grandes amigos com quem poderia contar”.

Conta que na sua formatura não compareceu ninguém da sua família. Ele disse que este momento não significou nada para eles, apesar dele ser o único filho a ter completado o segundo grau.

L.A.F comenta que sempre foi um sujeito tímido e reservado, não teve muitos amigos durante a sua infância e a sua adolescência, não mantendo um bom relacionamento social com os demais familiares. Não costuma solicitar ajuda da família.

L.A.F não teve nenhum relacionamento estável até conhecer Thais, aos 24 anos, com quem se casou e teve seu único filho de seis anos.

Sua mulher era seu grande apoio. Após seu falecimento, L.A.F continuou morando no mesmo apartamento com seu filho e sua sogra que, segundo ele, é a única pessoa que o ajuda a criar seu filho.

EXAME PSICOPATOLÓGICO

- Aparência: Cuidada, no entanto, com barba por fazer e roupa com tonalidade escura;
- Atitude: Apática;
- Consciência: Vígil;
- Orientação: Orientado globalmente;
- Atenção: Hipovígil, Hipotenaz;
- Sensopercepção: Paciente não relata, e não se observam alterações no campo da sensopercepção;
- Memória: Sem alterações significativas;
- Inteligência: Dentro dos parâmetros de normalidade;
- Pensamento: Forma: Organizada

Curso: Lentificado, com aumento do período de latência entre perguntas e respostas;

Conteúdo: Real, Autodepre-

ciativo, com predomínio do tema morte relacionado à esposa e ideias de menos valia e suicídio (há duas semanas);

- Linguagem: Não apresenta erros de português que comprometam a compreensão, utiliza linguagem coloquial;
- Consciência do eu: Preservada;
- Humor: Tristeza Vital;
- Psicomotricidade: Inibição psicomotora, comprometendo atividades laborativas e estudantis;
- Vontade: Hipobólico;
- Pragmatismo: Hipopragmática;
- Consciência de morbidade: Presente;
- Vida Instintiva: Diminuição significativa da libido, insônia terminal e hiporexia;
- Aspectos Valorativos: Católico, no entanto, distante da igreja após a morte de sua esposa.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

Episódio Depressivo Grave com Ideação Suicida (CID-10: F32.2); Distímia (CID-10: F34.1).

CONDUTA

Antidepressivo Venlafaxina 75mg.
Encaminhamento para Psicoterapia Individual.
Telefone de contato com o plantão de psiquiatria, 24h.
Retorno agendado para 3 dias.

DISCUSSÃO

É uma unanimidade que a depressão é um dos maiores problemas de saúde pública no mundo, associada ao pior funcionamento e ao maior número de dias afastados do trabalho.

Os primeiros relatos sobre a exis-

tência da melancolia datam da civilização greco-romana e são descritos em personagens bíblicos como o rei Saul no antigo testamento, e mitológicos, como na *Ilíada* de Homero. Foi Hipócrates, no século IV e V a.C., quem descreveu a melancolia (mélas = negro; cholé = bile). Hipócrates considerava que as afecções mentais eram fenômenos subjacentes ao desequilíbrio dos quatro humores: sangue, bile amarela, bile negra e fleuma. Afirmava que o medo ou a depressão prolongada significavam melancolia, uma condição associada à aversão ao alimento, fraqueza, apatia, insônia, irritabilidade e inquietude².

Estudos epidemiológicos sobre depressão, em particular o *National Comorbidity Survey* (NCS), mostram taxas bastante elevadas de prevalência do transtorno depressivo maior (TDM), de 25% em mulheres e 12% entre os homens³.

Muitos autores consideram estes índices excessivamente elevados. No entanto, se a depressão é superdiagnosticada na população geral, por outro lado existe um grande grupo de pacientes deprimidos que passam despercebidos por seus médicos, ou seja, subdiagnosticados⁴.

A depressão masculina é um tema menos falado do que a feminina porque os homens são mais resistentes em abordar com seus médicos seus problemas emocionais. Tal resistência tem a ver com aspectos ligados à masculinidade deste indivíduo, seu papel social e sua imagem profissional, familiar e pessoal^{5,6}.

Muitas vezes, os sintomas depressivos podem estar mascarados com o consumo excessivo de álcool, de medicações psicotrópicas ou mesmo drogas ilícitas. Winston Churchill, primeiro-ministro britânico durante a Segunda Guerra Mundial, chamou de “cão negro” a depressão que o perseguia.

Quanto aos critérios diagnósticos, os transtornos do humor são divididos em

transtornos depressivos e transtorno bipolar. Os transtornos depressivos, então, são subdivididos em transtornos depressivos maiores (Episódio único ou recorrente) ou Distímia. Esta subdivisão diagnóstica não exclui a sobreposição destes diagnósticos⁷.

A melancolia é caracterizada por um episódio grave de humor triste ou apreensivo, não remissivo e não reativo, com início agudo, por um período de, no mínimo, duas semanas e comprometimento das atividades diárias do indivíduo. Na melancolia, ainda ocorrem alterações da psicomotricidade e sintomas vegetativos, além de poder cursar com sintomas psicóticos⁸. As principais características que separam a depressão melancólica da não melancólica são: alteração psicomotora, humor triste, falta de reatividade, delírios de autorreprovação e falta de interesse. O alentecimento psicomotor e os sintomas delirantes são sintomas cardinais nesta distinção.

A etiologia dos transtornos depressivos ainda não está bem esclarecida, sendo atribuída a múltiplos fatores como: hereditário, psicológico, cognitivo e ambiental. A ação sinérgica destes diferentes fatores sobre este indivíduo, em um determinado momento da vida deste, provavelmente explicaria o adoecimento de forma depressiva⁴.

No entanto, este adoecer não se dá de forma semelhante entre homens e mulheres. Seja pelas diferenças hormonais, sociais ou mesmo culturais, as evidências sugerem que homens podem manifestar a depressão de maneira diferente das mulheres: comportamentos violentos ou abusivos, raiva inapropriada ou injustificável, comportamento de fuga ou de risco como beber abusivamente ou dirigir de maneira imprudente e ideação suicida⁹.

Para a depressão maior, segundo o DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), dentre os critérios de exclusão, o critério E diz que: “Os sinto-

mas não são melhor explicados pelo luto, ou seja, perda de um ente querido, os sintomas persistem por mais de dois meses ou são caracterizados por acentuado prejuízo funcional, preocupação mórbida com desvalia, ideação suicida, sintomas psicóticos ou lentificação psicomotora¹⁰.

Em relação à terapêutica, as depressões melancólicas respondem melhor aos tratamentos biofarmacológicos quando associados à psicoterapia, nos seus mais diferentes modelos. A droga de escolha para início do tratamento para melancolia são os antidepressivos, particularmente os inibidores seletivos de recaptção de serotonina por possuírem menos efeitos colaterais do que os antidepressivos tricíclicos. Se após 7 a 10 dias o paciente não apresentar melhora alguma da sintomatologia com uma dose eficaz de antidepressivo, recomenda-se associar um antipsicótico atípico por um curto intervalo de tempo. Na ausência de resposta com a associação entre antidepressivo e antipsicótico, o próximo passo é a utilização de agentes duais, como a Venlafaxina descrita no caso clínico ou um inibidor da enzima monoaminoxidase. Se após essas etapas, com doses eficazes e por um período adequado, o paciente não obter resposta é indicada eletroconvulsoterapia⁸.

Os fatores de risco para suicídio, como sexo masculino, idade avançada, abuso comórbido de substâncias, história de tentativa prévia de suicídio, história familiar de suicídio, perda recente, nunca ter se casado e sintomas psicóticos auxiliam os profissionais de saúde mental a questionarem sobre pensamentos e planos suicidas. Existem relatos que sugerem um risco aumentado de suicídio em alguns pacientes que tenham iniciado tratamento com antidepressivos. Entretanto, em estudo recente, observou-se que, após a introdução de terapia antidepressiva, o risco de suicídio chegou a níveis comparados à popula-

ção em geral. Portanto, os antidepressivos devem ser utilizados em casos de risco de suicídio iminente, tomando cuidado com a quantidade de medicação disponibilizada e com a cautela de fornecer telefone de contato para o caso de alguma intercorrência^{9,11}.

REFERÊNCIAS

1. Teng CT; Rev Bras Med – Vol 64 – Edição Especial – Dez 2007.
2. Goodwin FK e Jamison K; Manic Depressive Illness; 2007
3. Nock MK et al; Mental Disorders, Comorbidity and Suicidal Behavior: Results from National Comorbidity Survey Replication; Mol Psychiatric; Mar 2009
4. Del Porto JA; Bipolar Disorder: Evolution of Concept and Current Controversies; Rev Bras Psiquiatria; 26 (Suppl 3) 2004.
5. Angst J and cols; Gender Differences in Depression: Epidemiological Finds from European Depres I and II Studies; European Archives Psychiatric Clinical Neuroscience 252; 2009.
6. Piccinelli M, Wilkinson G; Gender Differences in Depression – Critical Review, Br j Psychiatric Dec 2000; 177: 486-92.
7. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-X: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas, OMS, Porto Alegre, Art med, 1993.
8. Parker G; Defining melancholia: the primacy of psychomotor disturbance; Acta Psychiatrica Scand 2007; 115 (Suppl. 433): 21-30.
9. Ilgen MA and cols; Exploratory data mining analysis identifying subgroups of patients with depression who are at high risk for suicide; J Clin Psychiatry, 2009 Nov; 70: 1495-500.
10. American Psychiatry Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV). Washington DC: American Psychiatric Association; 1994.
11. Simon GE et al; Suicide Risk during Antidepressant Treatment. Am J Psychiatry 2006, 163(1): 41-7.

ABSTRACT

Major depression is a common disorder, chronic, more common in women, with a high functional impairment and suicide risk. This paper aims to present a clinical case illustrating and discussing the diagno-

sis of major depression and suicide risk factors.

KEYWORDS: Depression, Suicide risk; Case report.

TITULAÇÃO DOS AUTORES

LUIZ AUGUSTO BRITES VILLANO

Professor Adjunto da Faculdade de Ciências Médicas/ UERJ; Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da UERJ; Doutor em Psiquiatria e Psicologia Médica pela Universidade Federal de São Paulo.

ABDON L.G. NANHAY

Professor Docente da Secretaria Estadual de Educação do Rio de Janeiro; Médico pela Faculdade de Ciências Médicas/ UERJ.

AMAURY JOSÉ DA CRUZ JUNIOR

Vice-Presidente da Sociedade Brasileira de Perícias Médicas; Médico da Equipe do Proexa/ UERJ; Médico Perito Judicial; Médico do Trabalho.

ANDRÉ LUIZ CARVALHO NETTO

Médico psiquiatra, com Residência na especialidade no HUPE/ UERJ.

EMYLUCY M P PARADELA

Professora visitante do Departamento de Medicina Interna da Faculdade de Ciências Médicas da UERJ; Mestre e Doutora em Saúde Pública pelo Instituto de Medicina Social da UERJ; Especialista em Geriatria pela Associação Médica Brasileira.

GABRIELA SERFATY

Médica Residente de Psiquiatria do HUPE/ UERJ.

LILIAN OLIVEIRA E CRUZ DE ARAGÃO

Psicóloga do HUPE/ UERJ.

MARCOS C.F. BAPTISTA

Médico psiquiatra e psicanalista. Professor colaborador e Coordenador do Setor de Psicoterapia e Psicanálise da UDA de Psiquiatria/ FCM/ UERJ.

OSVALDO LUIZ SAIDE

Livre-Docente e Professor Adjunto de Psiquiatria; Coordenador do PROEXA – Programa de Extensão em Alcoolologia (UERJ).

SHEILA ABRAMOVITCH

Professora adjunta de Psiquiatria da Infância e Adolescência da Faculdade de Ciências Médicas da UERJ.

SILVANA A.T. FERREIRA

Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da UERJ; Professora da disciplina de Psiquiatria do Departamento de Especialidades Médicas da Faculdade de Medicina da UERJ.

THAÍS SIMÕES

Médica psiquiatra, com Curso de Especialização na especialidade na FCM/ UERJ.