



DEPRESSÃO E COMORBIDADES



Norma Alves de Oliveira

**Médica Psiquiatra , Mestre em Ciências da Saúde
Presidente da ASP, Docente da Pós Graduação em
Psiquiatria e em Psicologia Transpessoal, membro da
Comissão de Eventos em Saúde Mental e**

Espiritualidade da ABR

TRANSTORNOS AFETIVOS E IMPACTO SOCIAL



◆

**3º lugar no mundo
2º lugar em 2020;
Enormes gastos com a saúde;
Prejuízo profissional;
População geral - 3 a 5% (2007)
(2011);
1.000.000 suicídios por ano;
Morbimortalidade no idoso.**

◆



DEPRESSÃO E QUADRO CLÍNICO

- humor deprimido,
- perda de interesse ou prazer,
- sentimento de culpa ou baixa autoestima,
- distúrbios do sono,
- perda ou ganho ou do apetite, perda ou ganho de peso,
- agitação ou retardo psicomotor,
- fadiga ou perda de energia,
- sentimento de inutilidade ou culpa excessiva,
- capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se,
- Perda gradativa da capacidade laborativa,,
- ideação ou tentativa de suicídio.



DEPRESSÃO E QUADRO CLÍNICO



A depender da intensidade ser:

- ❖ Leve
- ❖ Moderada
- ❖ Grave

(WHO) (2011).



DEPRESSÃO E QUADRO CLÍNICO



- **Transtorno depressivo leve**
- Estão presentes ao menos dois ou três dos sintomas citados anteriormente, porém o paciente é capaz de desempenhar a maior parte das atividades cotidianas, embora esteja angustiado pelos sintomas e tenha dificuldades em desempenhar suas atividades profissionais e sociais. Pode apresentar-se sem e com sintomas somáticos.

(WHO) (2011).



DEPRESSÃO E QUADRO CLÍNICO



- **Transtorno depressivo moderado**
- Frequentemente, estão presentes quatro ou mais dos sintomas citados anteriormente e o paciente aparentemente tem muita dificuldade para continuar a desempenhar as atividades laborativas, sociais ou domésticas. No trabalho, passa a ausentar-se com frequência, pois tem muita dificuldade em dar continuidade. Pode, também, cursar com sintomas somáticos ou não (WHO) (2011).



DEPRESSÃO E QUADRO CLÍNICO



- **Transtorno depressivo grave**
- Apresenta a maioria dos sintomas para os critérios de transtorno depressivo e com intensidade grave. No transtorno depressivo grave sem sintomas psicóticos, vários dos sintomas estão presentes de forma intensa, com perda de autoestima e ideias de desvalia ou culpa.
- Ideias e atos suicidas são comuns e observa-se em geral uma série de sintomas somáticos (OMS, 2008).

DEPRESSÃO E QUADRO CLÍNICO



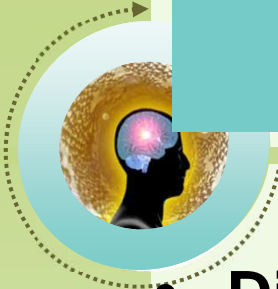
- **Transtorno depressivo grave**
- o transtorno depressivo grave pode cursar com delírios, alucinações, estupor depressivo e agitação psicomotora.
- Dificilmente, o paciente continua com suas atividades laborais, sociais e domésticas, e quando o faz é de forma caótica. (OMS, 2008).
-
-

DEPRESSÃO E QUADRO CLÍNICO



- **Transtorno depressivo grave**
- Os delírios são constituídos por ideias de pecado, pobreza ou catástrofes nas quais o paciente, frequentemente, sente-se o responsável. As alucinações auditivas costumam caracterizar-se pela presença de vozes difamatórias e acusadoras e ainda podemos encontrar as alucinações cenestésicas onde o paciente tem a sensação de sujeira apodrecida ou de carne em decomposição. (OMS, 2008).

DEPRESSÃO E QUADRO CLÍNICO



- **Distímia**

- ❖ Rebaixamento crônico do humor, acompanhado de dois ou mais dos seguintes sintomas:
- ❖ Apetite diminuído ou aumentado,
- ❖ Insônia ou hipersonia,
- ❖ Diminuição da energia e fadiga,
- ❖ Baixa da autoestima, diminuição da concentração e da capacidade de tomada de decisões,
- ❖ Comportamento agressivo, hostilidade e irritabilidade fácil que persiste ao menos por dois anos,.

(OMS, 2008).

CAUSAS

História Familiar e Fator Genético



História Familiar



Fator Genético



CAUSAS

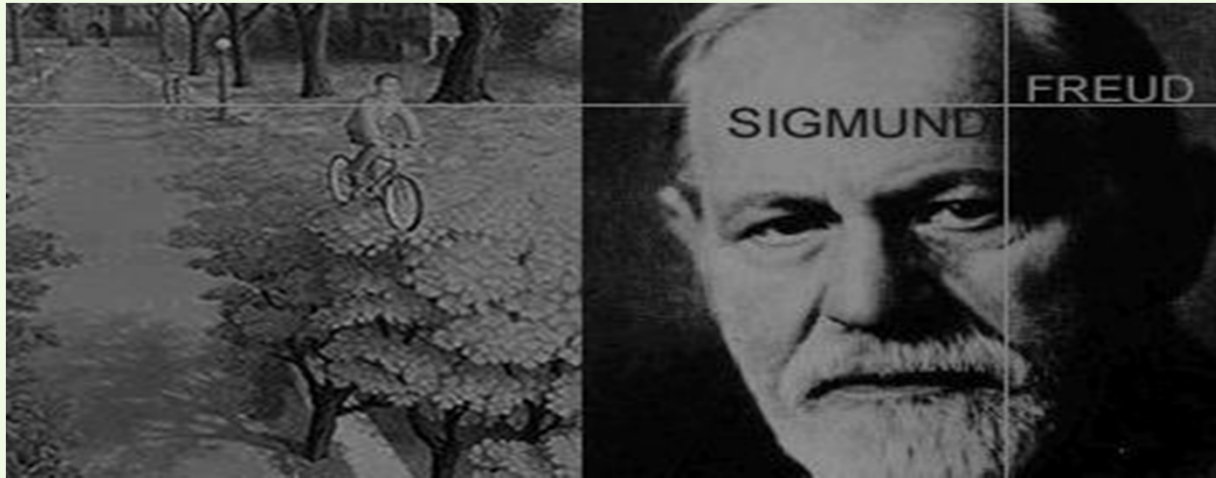
Fatores Biológicos

- ❖ Deficiência no funcionamento dos neurotransmissores cerebrais: serotonina, noradrenalina e/ou dopamina.
- ❖ **Associação entre as neurotrofinas, substâncias envolvidas na neurogênese, manutenção e plasticidade dos neurônios e a depressão.**
- ❖ **Redução dos níveis de BDNF, fator neurotrófico derivado do cérebro com diminuição do volume cortical, principalmente no hipocampo.**
- ❖ **Os fatores inflamatórios, também, têm sido relacionados à depressão**

CAUSAS



Psicodinâmicas



FREUD

- ❖ Inconsciente
- ❖ Recalques
- ❖ Libido
- ❖ Pulsão de morte e de vida

CAUSAS



Psicodinâmicas



CARL G. JUNG

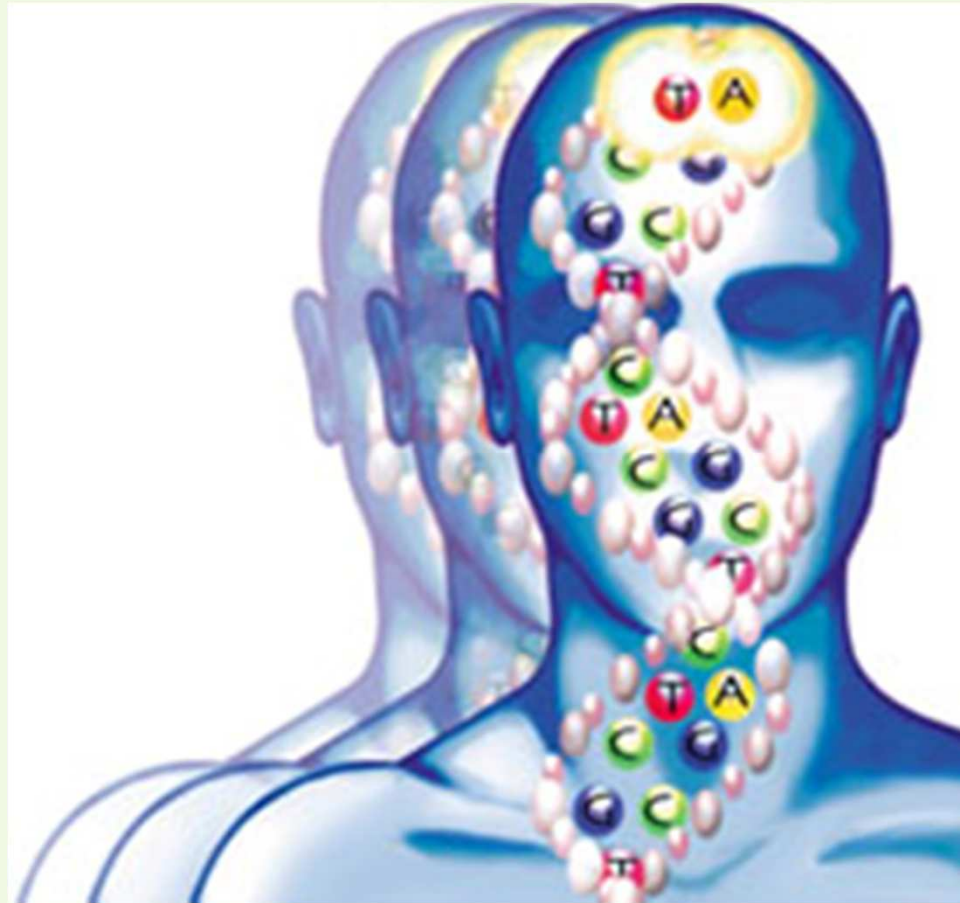


- ❖ Persona – papel social
- ❖ Sub-personalidades
- ❖ Complexos
- ❖ Arquétipos
- ❖ Self
- ❖ Inconsciente coletivo

CAUSAS



Genéticas





FATORES SOCIOCULTURAIS



CAUSAS

Conflitos Existenciais



CAUSAS



Dependência química





CAUSAS: PERINATAIS



N.O.

COMORBIDADES PSIQUIÁTRICAS



- **Transtornos de Ansiedade Generalizada**
- **Transtornos de Pânico e Fobias**
- **Transtornos de personalidade**
- **Psicose/ Esquizofrenia**
- **Transtorno de Deficit de atenção/ hiperatividade, etc.**



COMORBIDADES CLÍNICAS

- ❖ **A associação entre depressão e doenças clínicas é muito frequente,**
- ❖ **Pior evolução tanto do quadro psiquiátrico como da doença clínica,**
- ❖ **Com menor aderência às orientações terapêuticas, além de maior morbidade e mortalidade.**



COMORBIDADES CLÍNICAS

- ❖ **Diversas doenças estão claramente associadas à depressão, com maior destaque para as doenças cardiovasculares, endocrinológicas, neurológicas, renais, oncológicas e outras síndromes dolorosas crônicas.**
- ❖ **Evidências na literatura demonstram essa associação, com enfoque nos avanços em fisiopatologia e terapêutica psiquiátrica.**



COMORBIDADES CLÍNICAS

- ❖ A depressão muitas vezes é subdiagnosticada e subtratada
- ❖ Principalmente pela presença de sintomas depressivos, que também podem ocorrer em doenças crônicas, como fadiga e anorexia.



COMORBIDADES CLÍNICAS

Tabela 1. Fatores que contribuem para o subdiagnóstico e subtratamento da depressão no contexto médico.

- 1. Ênfase nos sintomas somáticos em detrimento das queixas cognitivas e afetivas.**
 - 2. Relutância em estigmatizar o paciente com um diagnóstico psiquiátrico.**
 - 3. Sintomas de depressão muito leves ou pouco específicos; sintomas físicos comuns à depressão e as condições clínicas, tais como: fadiga, diminuição de apetite, dores, alterações do sono e perda de peso. Presença de irritabilidade como traço marcante de depressão, e não da tristeza (ver critérios DSM-IV).**
 - 4. Medo dos efeitos colaterais dos antidepressivos.**
 - 5. Noção equivocada de que “depressões reativas” não são patológicas, os sintomas de depressão são “reações normais” à condição médica.**
 - 6. Falta de tempo para uma abordagem psiquiátrica, ou falta de treinamento para tal; dificuldades pessoais do profissional de saúde em lidar com o adoecer psiquiátrico.**
-

*Adaptado e modificado de Rouchell et al., 2002
e de Fráguas Jr e Figueiró, 2001.*



COMORBIDADES CLÍNICAS

A avaliação adequada dos sintomas depressivos em pacientes com condições médicas associadas é dificultada pela superposição dos sintomas da patologia clínica (fadiga, inapetência, dor, insônia, lentificação), bem como de condições associadas à internação e à percepção das consequências adversas das doenças (desalento e baixa auto-estima).



COMORBIDADES CLÍNICAS

Em pacientes internados, pode-se lançar mão de medidas indiretas para avaliar sintomas depressivos, como:

- ❖ a capacidade de obter prazer em conversas com colegas de quarto e visitas familiares,**
- ❖ capacidade de vislumbrar melhora e**
- ❖ a possibilidade de voltar a realizar atividades antes prazerosas**
- ❖ e fazer planos para o futuro.**



COMORBIDADES CLÍNICAS

Alguns sintomas parecem estar associados ao maior risco de mortalidade, como:

- ❖ **indecisão,**
- ❖ **insônia,**
- ❖ **baixa auto-estima,**
- ❖ **desesperança,**
- ❖ **anedonia,**
- ❖ **pensamentos de morte e de suicídio e**
- ❖ **planejamento suicida (Furlanetto, 2001).**



COMORBIDADES CLÍNICAS

- ❖ **A dificuldade em se avaliar sintomas depressivos e definir o diagnóstico de depressão em pacientes clínicos gerou a necessidade de se definir critérios que clarificassem a questão, apesar de não haver consenso na literatura.**
- ❖ **Esses critérios podem ser agrupados em tipos de abordagens, descritos na tabela abaixo:.**

COMORBIDADES CLÍNICAS

Tabela 2. Tipos de abordagens para a definição de critérios diagnósticos para a depressão em pacientes clínicos.

Tipos de abordagens	Características	Situação clínica
Inclusiva	Utilizar sintomas depressivos independente da doença	Prática clínica diária (falso-positivos)
Excludente	Retirar sintomas explicáveis pela doença no diagnóstico	Pesquisa (falso-negativos)
Etiológica	Diagnóstico pela inferência de causalidade (DSM-IV)	Baixa confiabilidade
Substitutiva	Exemplo: trocar alteração de sono por isolamento social	Multiplicidade de diagnósticos

Rouchell et al., 2002.



COMORBIDADES CLÍNICAS

- ❖ **A melhor abordagem para a prática clínica diária é a inclusiva, em que os sintomas depressivos devem ser contabilizados, independente de poderem ser explicados pela patologia clínica.**
- ❖ **Como exemplo, pode-se citar a fadiga e insônia na insuficiência cardíaca, que podem ser explicados pela doença clínica, mas devem ser contabilizados como sintomas depressivos**



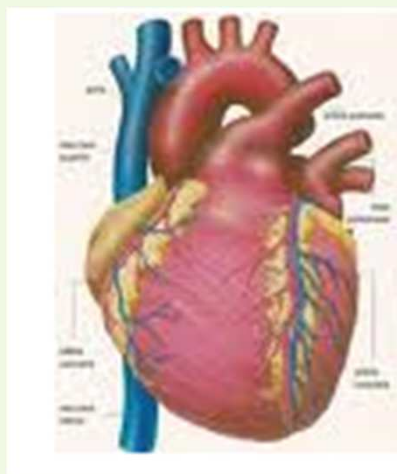
COMORBIDADES CLÍNICAS

- ❖ Esta abordagem gera mais diagnósticos falso-positivos, porém diminui o risco de não se diagnosticar um quadro depressivo oligossintomático.
- ❖ A abordagem excludente retira os sintomas explicáveis pela patologia clínica, mas os critérios são muito variáveis de autor para autor, e por ser muito restritivo, acaba gerando muitos diagnósticos falso-negativos.
- ❖ Esta abordagem é mais adequada para pesquisas clínicas.



Doenças Cardiovasculares (DCV) e Depressão

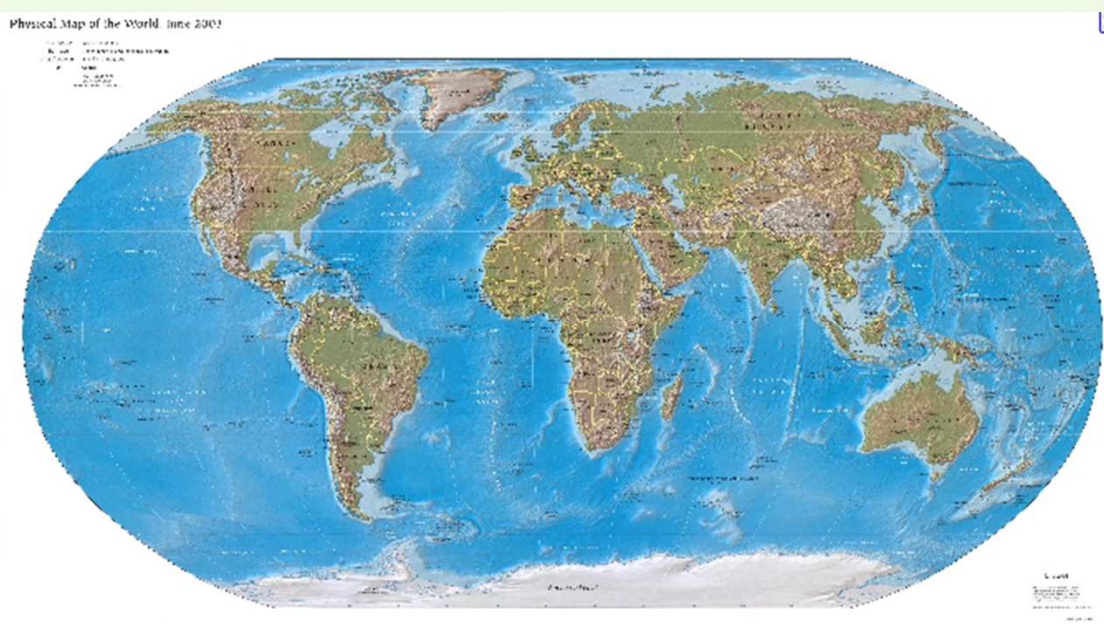
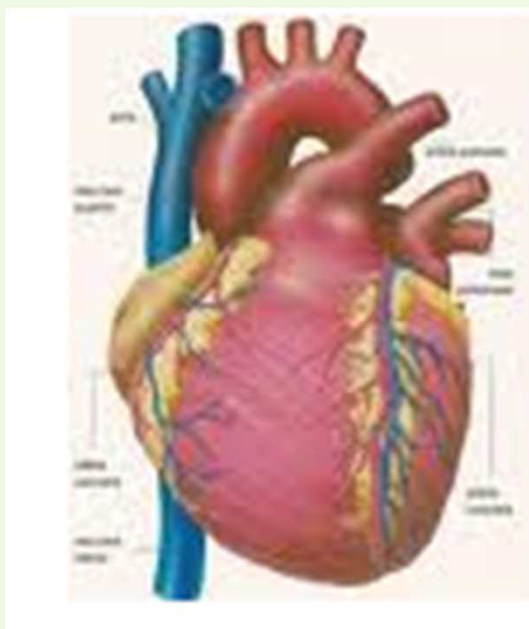
- **DCV: estão entre as principais causas de mortalidade no mundo moderno (LIEM *et al.*, 2007; ARZAMENDI *et al.*, 2011);**
- **Depressão: 850.000 suicídios por ano com alta morbimortalidade (WHO, 2009; SCDHMIDT *et al.*, 2011).**





DCV e Impacto Social

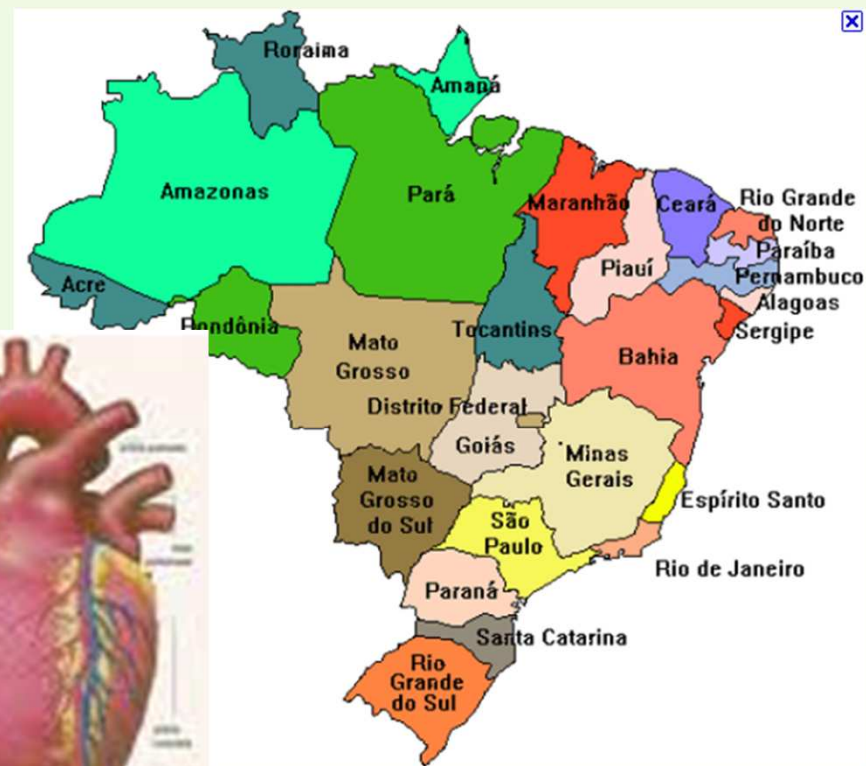
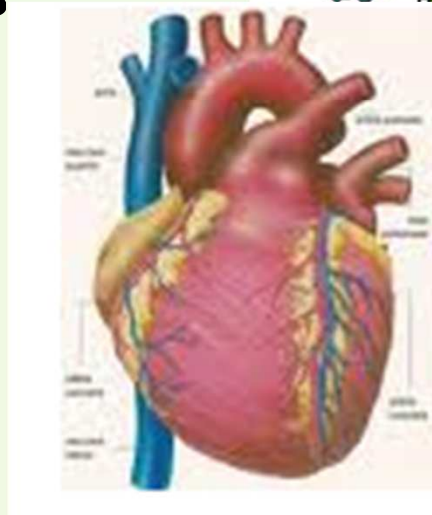
- ❖ **Constituem, juntamente com as DCBV, as principais causas de morte no mundo moderno;**
- ❖ **Acelerado crescimento nas mulheres e adultos jovens.**





Síndrome Coronariana Aguda no Brasil

- 10% internações no SUS;
- 30% dos óbitos;
- 130 mil internamentos;
- 333 milhões gastos em 2009.



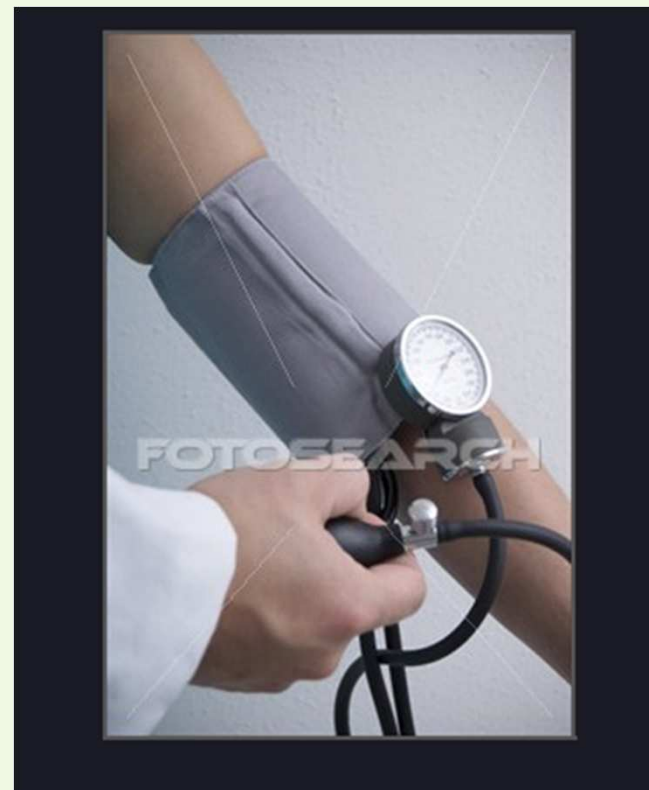
(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010)



SCA e Fatores de Risco Clássicos



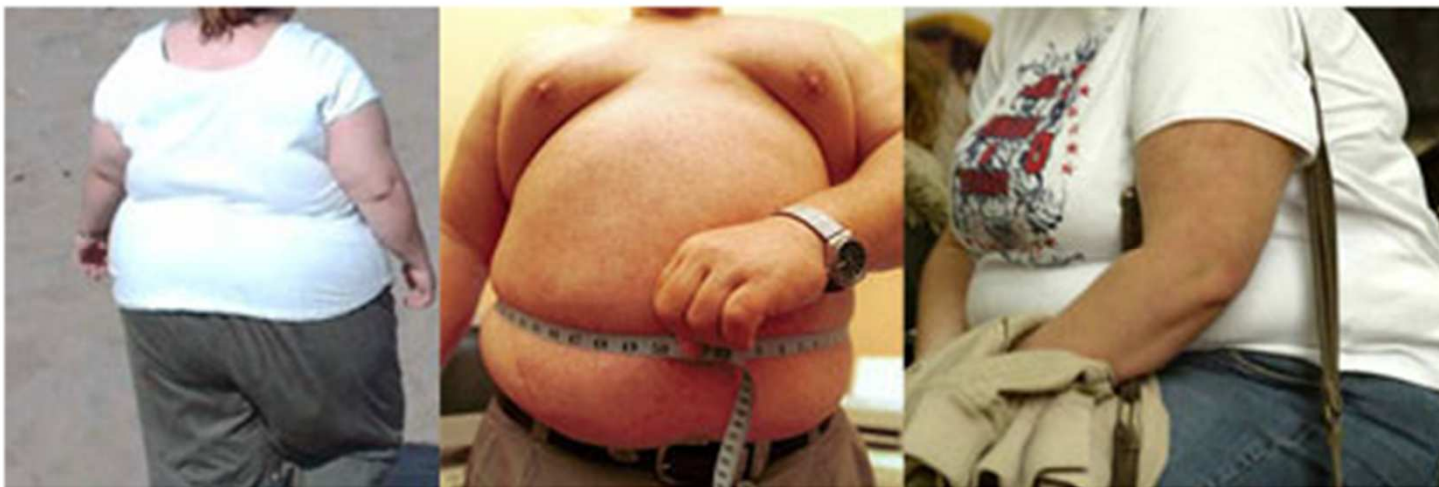
sistêmica



Hipertensão arterial



DCV e Fatores de Risco Clássicos



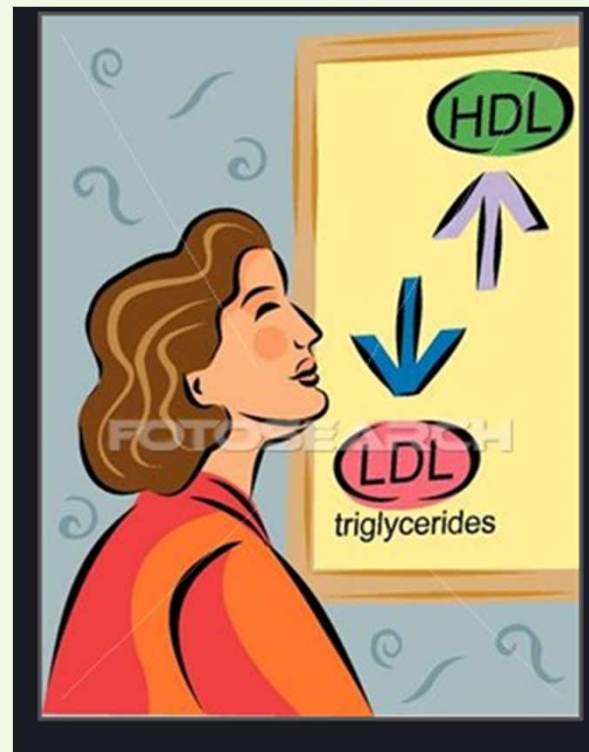
Obesidade



DCV e Fatores de Risco Clássicos



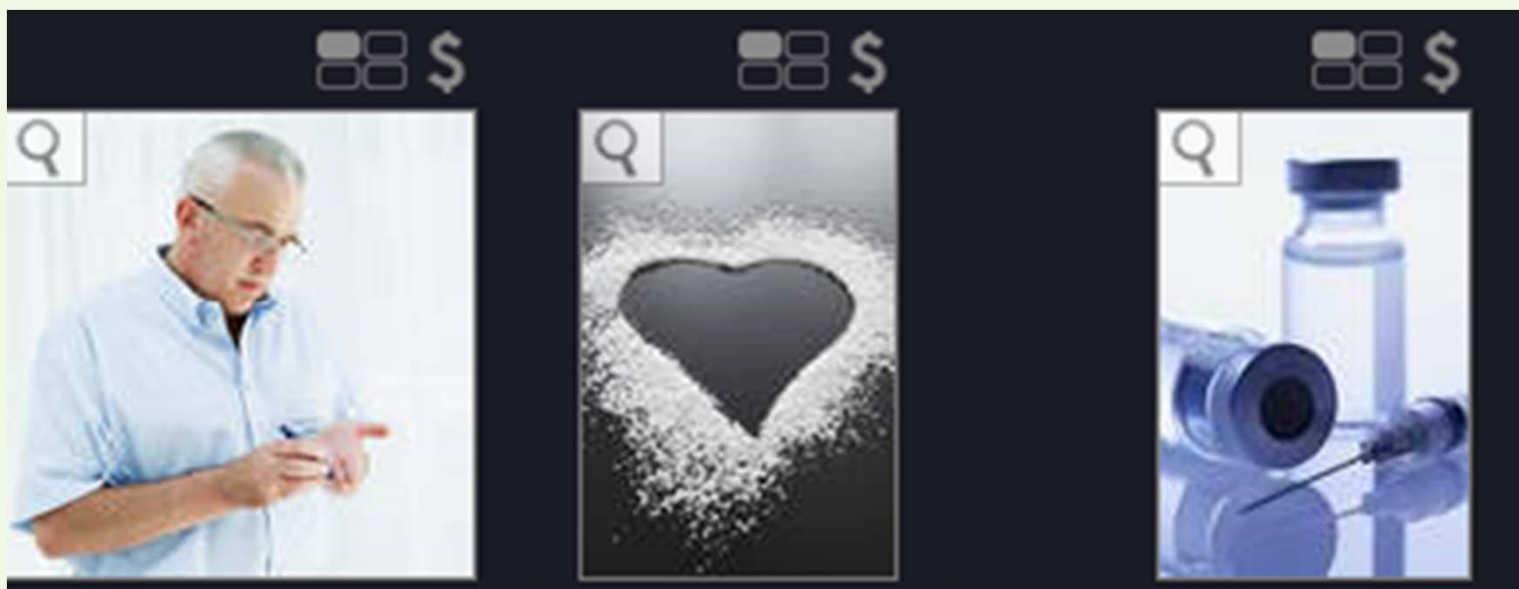
Sedentarismo



Dislipidemia



DCV e Fatores de Risco Clássicos



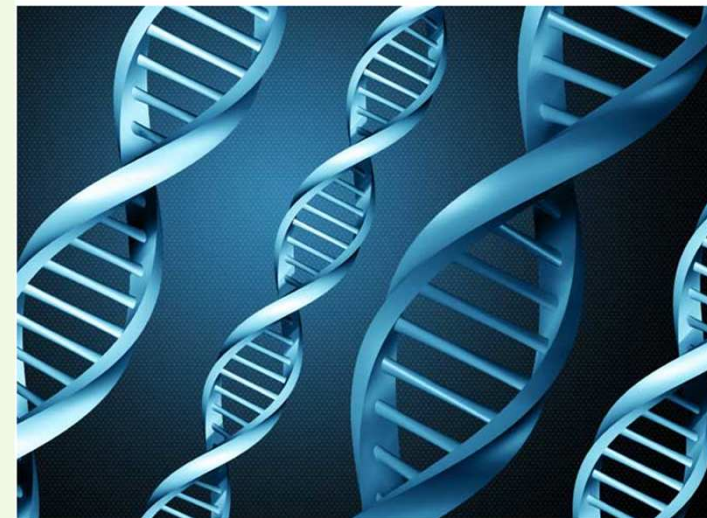
Diabete melito



DCV e Fatores de Risco Clássicos



História familiar de DAC
Genético



Fator



DCV e Fatores de Risco Emergentes



Apneia Obstrutiva do Sono

(JESUS et al.,2010)

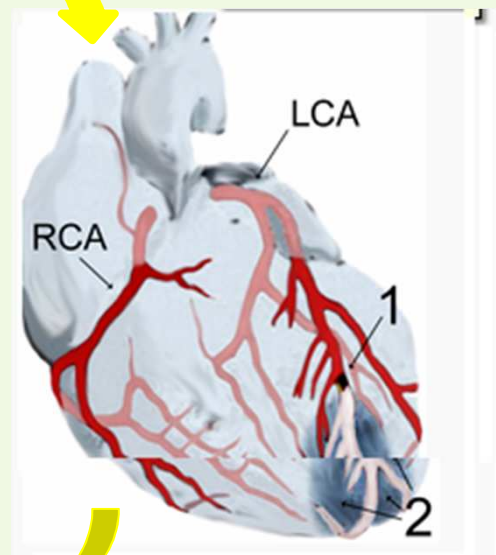


Depressão

(SCHIMDT *et al.*, 2011)



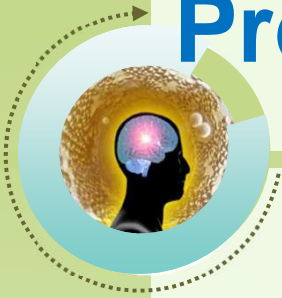
Associação entre Depressão e DCV



- Depressão e SCA têm uma relação bidirecional;
- Depressão: fator de risco independente para a SCA;
- SCA como fator desencadeador da depressão.

(MALZBERG, 1937; GLASSMAN, 2010; SCHMIDT,

Presença da Depressão nas DCV



Resultados variam:

- Rudisch e Nemerof (2003) : de 17 a 27%;
- Manica *et al.* (1999): 14 a 60%;
- Lespérance *et al.* (2000): 40%;
- Mattos *et al.* (2005): 53,3%;
- Perez *et al.* (2005): 55%;
- Thombs *et al.* (2008): 50%;
- Taylor *et al.* (2008): 50%;

RESULTADOS



- **Frequência de depressão:**
- **78 (51,7%); (IC95%; 57,0-72,2)**

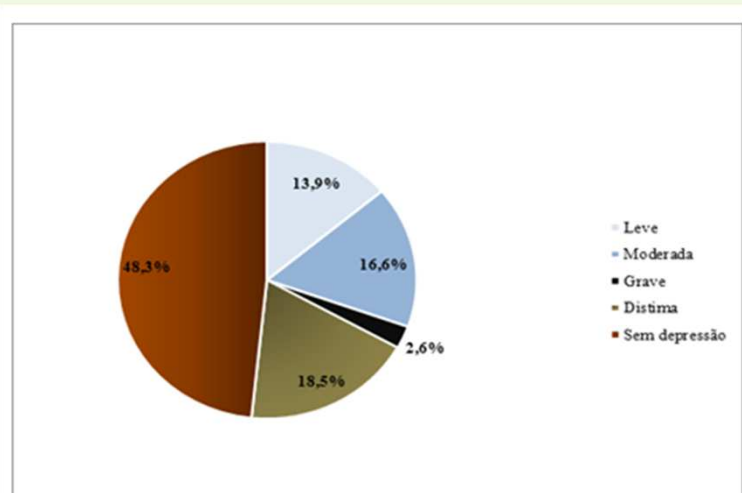


Figura 1 Distribuição da depressão na amostra quanto as características clínicas

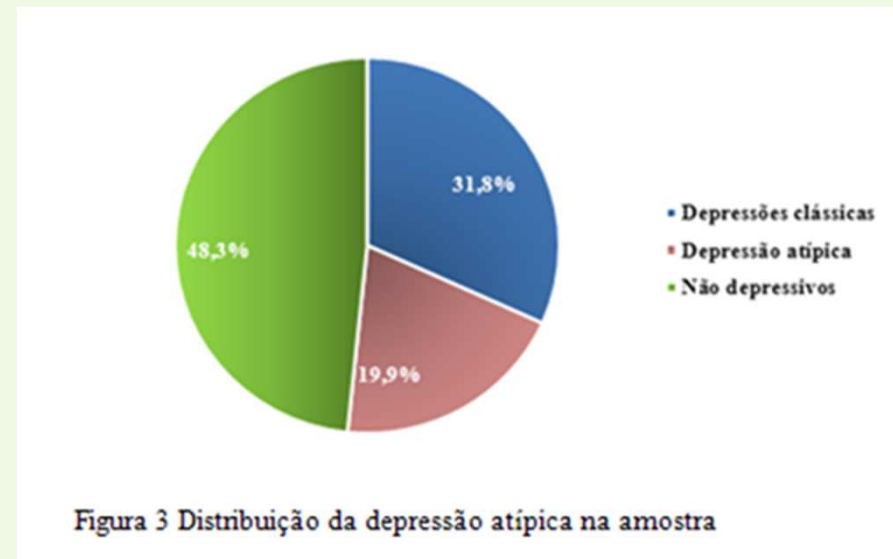


Figura 3 Distribuição da depressão atípica na amostra



RESULTADOS

Sintomas de Depressão Desencadeados durante a SCA

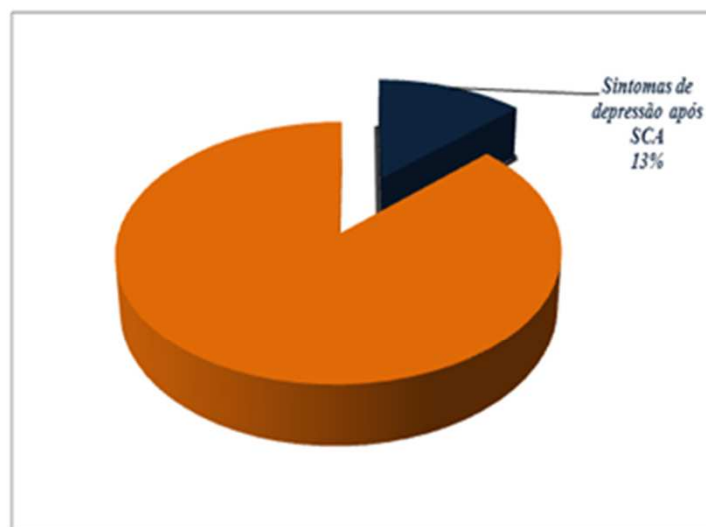


Figura 6 Distribuição dos sintomas de depressão desencadeados após a SCA

RESULTADOS

Distribuição dos Fatores de Risco Incluindo a Depressão

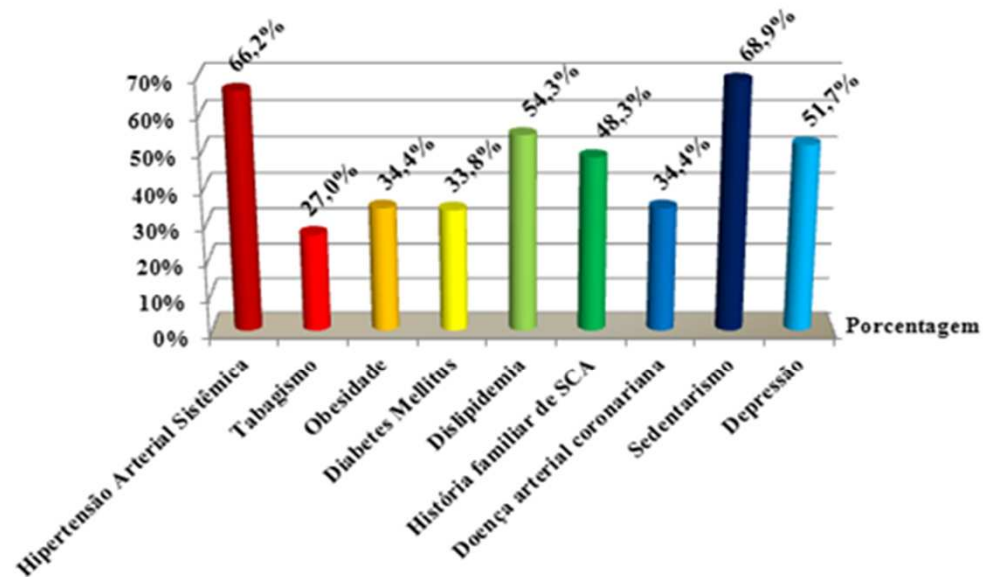


Figura 2 Frequência dos fatores de risco na amostra, incluindo a depressão



Impacto no Prognóstico

A depressão tem sido associada à SCA, agravando o prognóstico;



- Agrava o prognóstico intra-hospitalar e pós-hospitalar.

(FRASURE-SMITH; LESPÉRANCE; TALAJIC,1995; AHTO *et al.*, 2007; CARNEY; 2008; GLASSMAN, 2010; HUFFMAN; CELANO; JANUZZI, 2010)

;



Evolução intra-hospitalar

Desfechos cardiovasculares (endpoints)

- Revascularização;
- Óbito;
- Arritmias;
- Eventos isquêmicos recorrentes (EIR);
- Edema agudo de pulmão (EAP);
- Acidente vascular cerebral (AVC);
- Insuficiência cardíaca congestiva (ICC);
- Choque cardiogênico (CC);
- Tempo de internamento (TI).



Fatores Psicossociais na Associação entre Depressão e SCA

- Estresse agudo e crônico;
- Fatores comportamentais;
- Psicodinâmicos;
- Ausência de suporte social;
- Afetividade negativa;
- Tipos de personalidade;
- Traumas de grande impacto.



(VLASTELICA, 2008; DAVIDSON, *et al*, 2010)



Fatores Psicossociais

- Estresse crônico e agudo relacionados à falta de suporte financeiro, relações interpessoais complicadas, ameaças à integridade física, instabilidade profissional, falta e excesso de trabalho, eventos vitais significativos, estão presentes no fenômeno da associação entre a depressão e a SCA;

(PICKERING, 2001; STEPTOE, 2006)

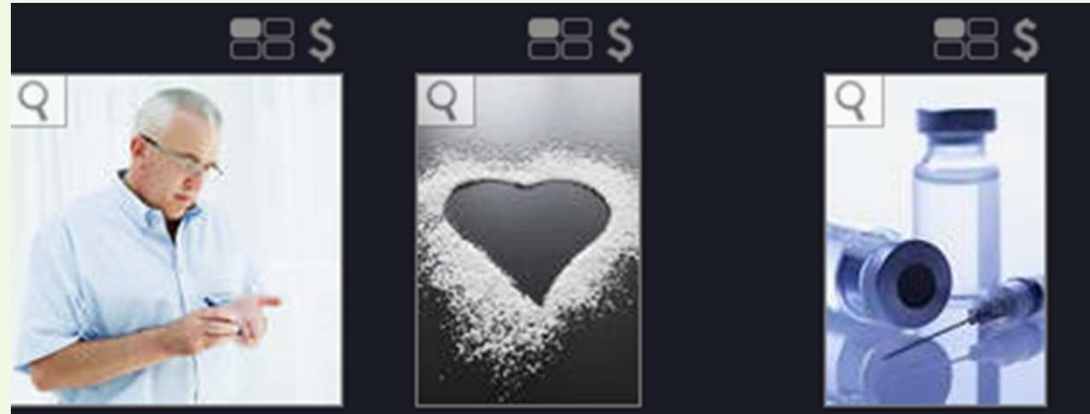


Fatores Psicossociais

- Lett *et al* (2007) relatam que depressão e baixo suporte social aumentam a morbimortalidade na SCA;
- Afetividade negativa e ausência de suporte social associam-se ao risco de depressão na SCA (LEIFTHETT-LINSON *et al.*, 2010);
- Ausência de suporte social não foi significativo, provavelmente pelas características da população;

DEPRESSÃO E DOENÇAS ENDÓCRINAS

Diabetes melito

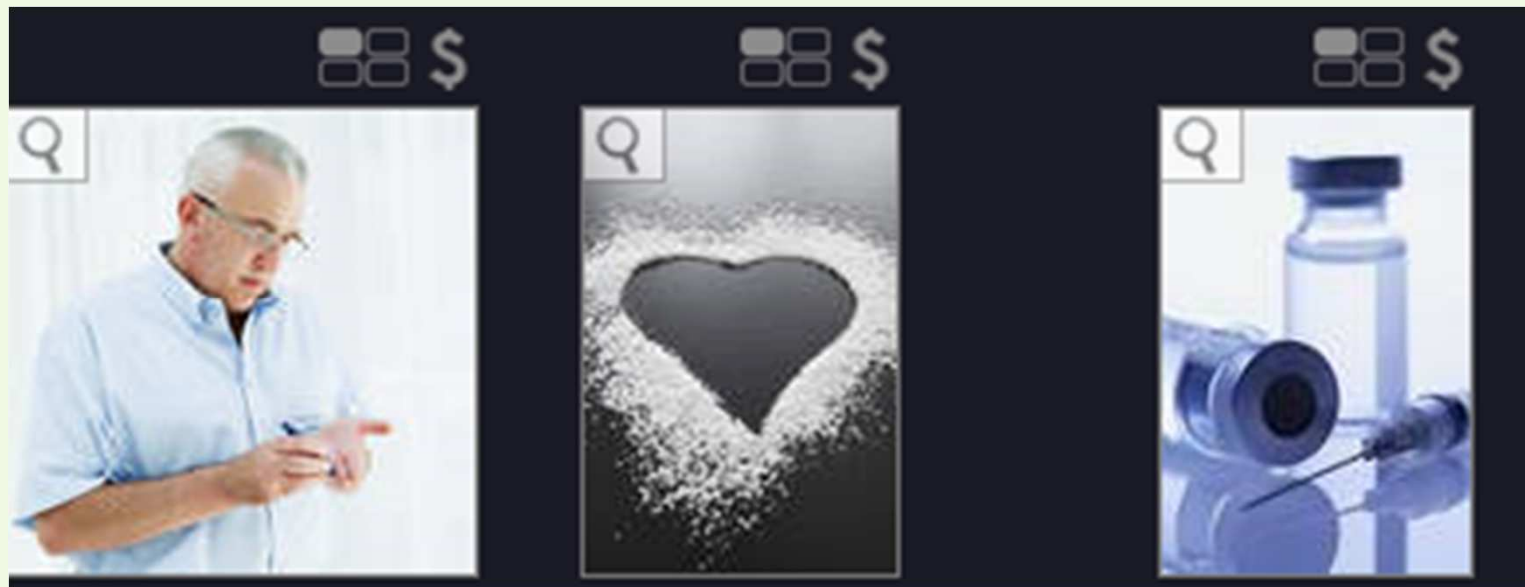


Existe clara associação entre diabetes melito e depressão.

Em uma metanálise, avaliando estudos que utilizaram grupos controle normais, a prevalência de depressão em pacientes diabéticos era de 11% a 31%, enquanto que a presença de diabetes aumenta em duas vezes o risco de depressão em relação aos grupos controle, independentemente se fosse do tipo 1 ou 2 (Anderson et al., 2001).

DEPRESSÃO E DOENÇAS ENDÓCRINAS

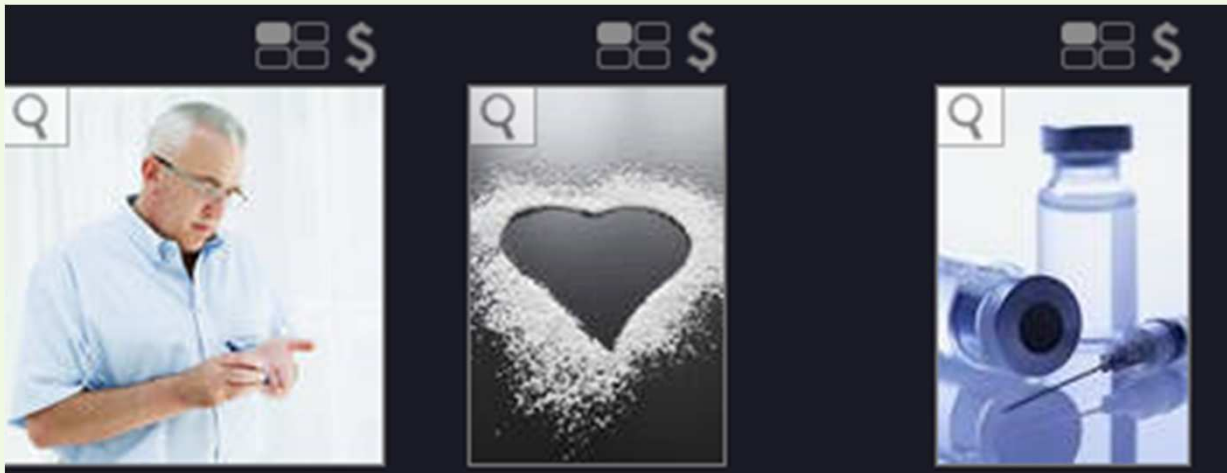
Diabetes melito



Pacientes com depressão também têm maior risco de desenvolver diabetes tipo 2 (Eaton et al., 1996).

DEPRESSÃO E DOENÇAS ENDÓCRINAS

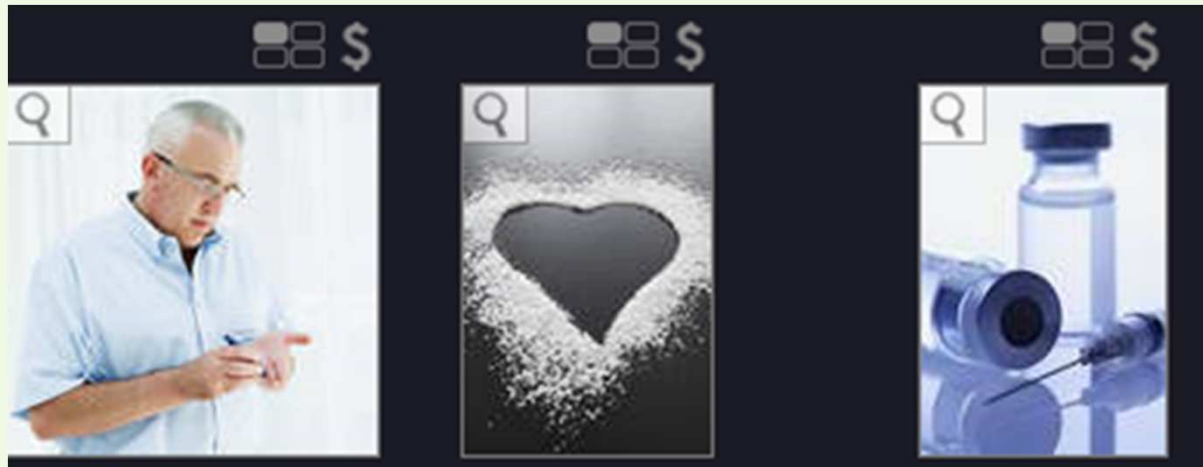
Diabetes melito



Pacientes diabéticos com depressão apresentam maior risco de obesidade, menor nível educacional e socioeconômico, além de pior suporte social, sendo mais vulneráveis a estressores financeiros e psicossociais (Fisher et al., 2001; Everson et al., 2002).

DEPRESSÃO E DOENÇAS ENDÓCRINAS

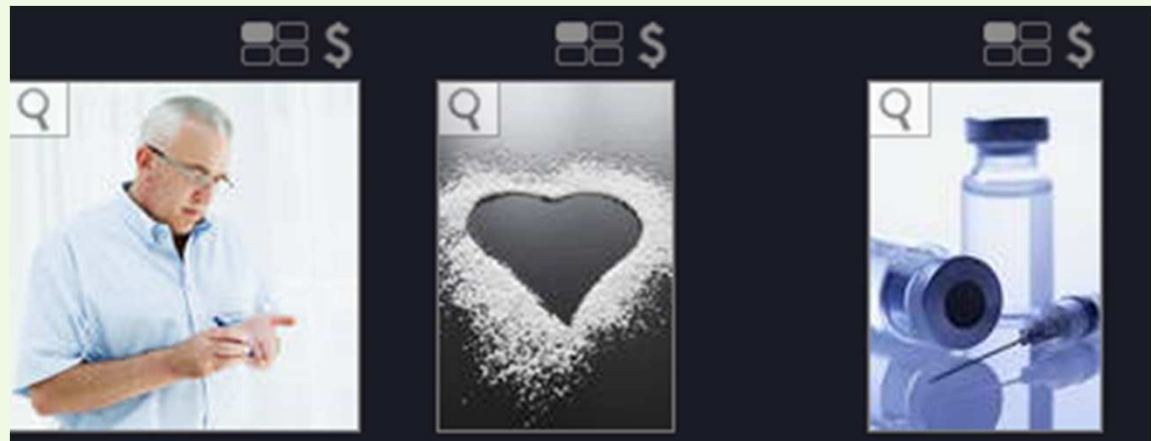
Diabetes melito



A presença de depressão também amplifica a percepção dos sintomas do diabetes, ou seja, pacientes diabéticos deprimidos sentem mais sintomas do que os não-deprimidos, mesmo com a gravidade do diabetes controlada (Ciechanowski et al., 2002).

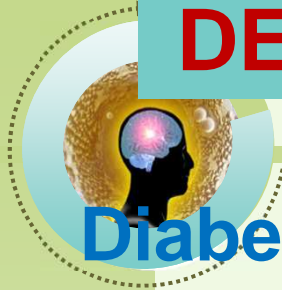
DEPRESSÃO E DOENÇAS ENDÓCRINAS

Diabetes melito

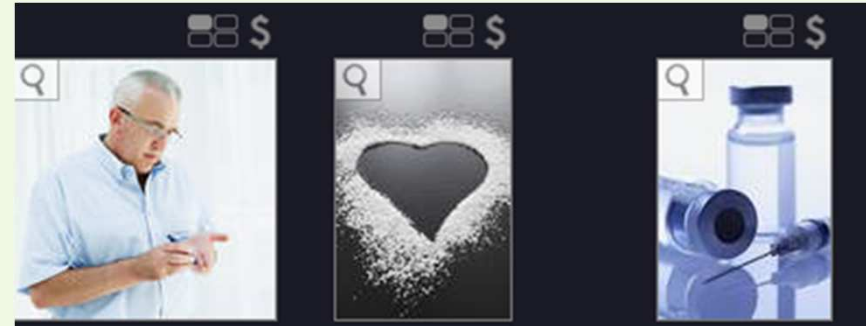


Pacientes com comorbidade depressão e diabetes apresentam pior controle glicêmico e maior prevalência de complicações múltiplas do diabetes, como retinopatia, nefropatia, neuropatia, disfunção sexual e complicações macrovasculares (de Groot et al., 2001).

DEPRESSÃO E DOENÇAS ENDÓCRINAS

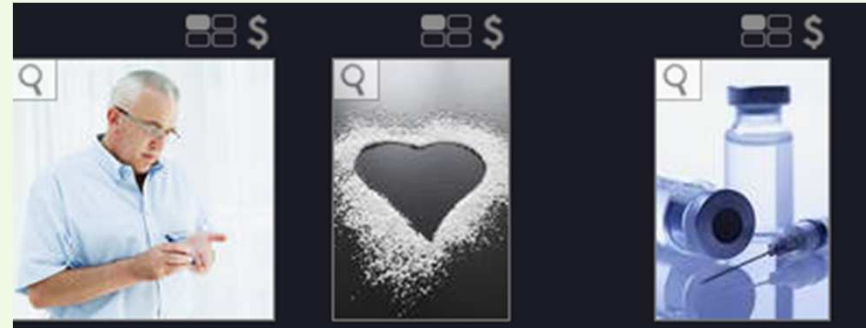


Diabetes melito mecanismos biológicos:



- **Evidências sugerem :**
 - ❖ **Alterações hormonais, principalmente a hipercortisolemia,**
 - ❖ **Aumento da ativação imunoinflamatória poderiam explicar o maior risco de diabetes em deprimidos,**
 - ❖ **Alterações do transporte de glicose em regiões específicas do cérebro poderiam ocorrer em pacientes diabéticos, favorecendo o desencadeamento da depressão (Musselmann et al., 2003).**

DEPRESSÃO E DOENÇAS ENDÓCRINAS

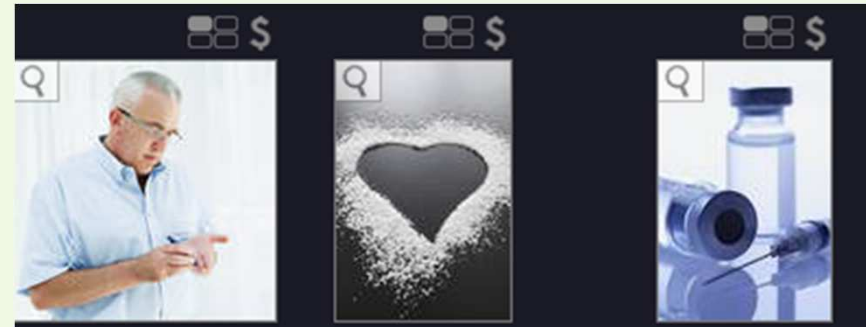


Estudos avaliando o tratamento da depressão em diabéticos, analisaram apenas o impacto do controle glicêmico de curto e médio prazo, através de índices como a hemoglobina glicosilada.

(Lustman et al., 1997; Lustman et al., 2000).

DEPRESSÃO E DOENÇAS ENDÓCRINAS

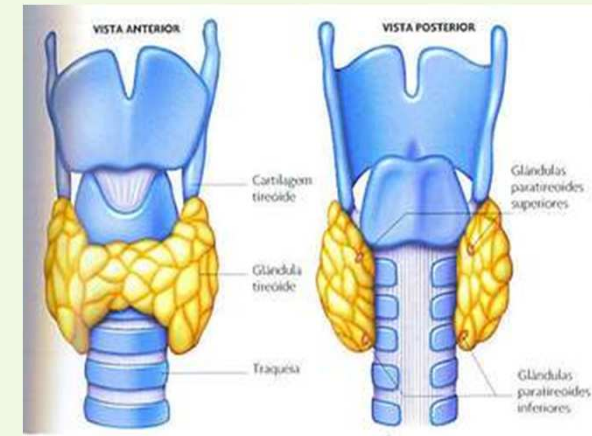
Diabetes melito



Estudos controlados avaliaram e observaram, respectivamente, a eficácia antidepressiva da nortriptilina e fluoxetina, sendo que a primeira medicação apresentou piora do controle glicêmico, e a segunda mostrou alguma tendência não significativa para um melhor controle glicêmico (Lustman et al., 1997; Lustman et al., 2000).

DEPRESSÃO E DOENÇAS ENDÓCRINAS

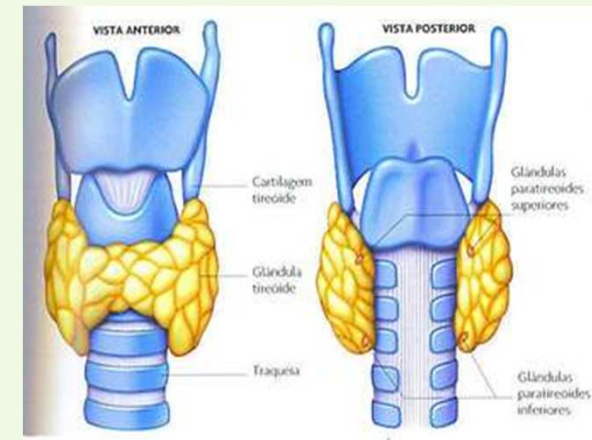
Distúrbios da tireóide



Tanto o hipotireoidismo como o hipertireoidismo estão associados a sintomas de astenia, lentificação, alteração de apetite e sono, dificultando o diagnóstico diferencial destas patologias com a depressão. (Cole et al., 2002).

DEPRESSÃO E DOENÇAS ENDÓCRINAS

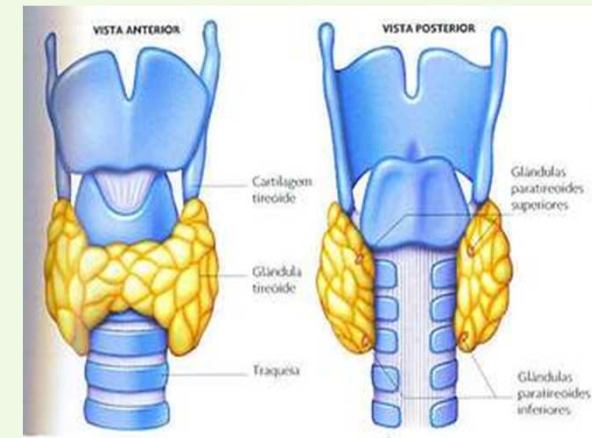
Distúrbios da tireóide



Ainda assim, frequentemente observa-se que pacientes com depressão podem apresentar alterações tiroidianas, sendo a mais comum o hipotireoidismo, que pode ocorrer em formas subsindrômicas em até 17% dos pacientes com transtornos do humor (Cole et al., 2002).

DEPRESSÃO E DOENÇAS ENDÓCRINAS

Distúrbios da tireóide

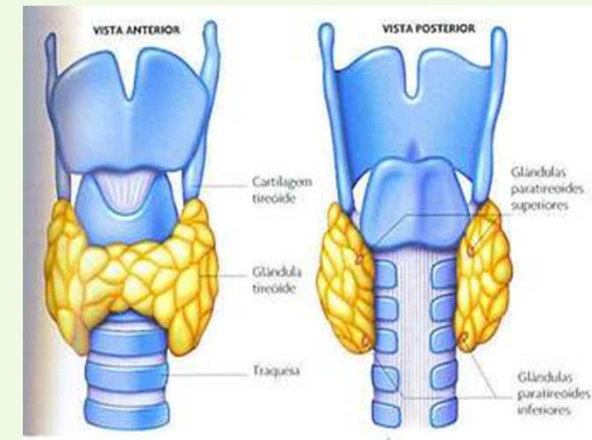


Pacientes agudamente deprimidos apresentam aumento do T4 livre no líquido, que reverte com a melhora do quadro (Kirkegaard e Faber, 1991),

e níveis séricos baixos de T3 estão associados à recorrência mais rápida de quadros depressivos (Joffe e Marriott, 2000).

DEPRESSÃO E DOENÇAS ENDÓCRINAS

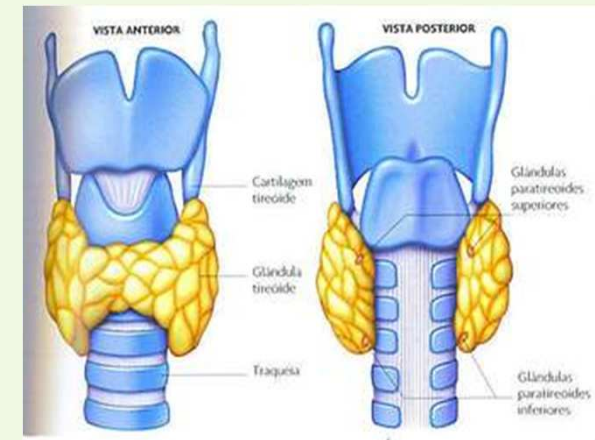
Distúrbios da tireóide



Baixos níveis de hormônios tiroidianos livres e altos índices de TSH (hormônio tiroestimulante), mesmo dentro dos níveis normais, estão associados à demora na resposta terapêutica em depressão bipolar (Cole et al., 2002).

DEPRESSÃO E DOENÇAS ENDÓCRINAS

Distúrbios da tireóide



Distúrbios da função tireoidiana estão francamente relacionados à evolução e à resposta ao tratamento antidepressivo, sendo muitas vezes necessária a reposição de T4 no hipotireoidismo, ou potencialização com T3, na resistência ao tratamento antidepressivo.

DEPRESSÃO E DOENÇAS ENDÓCRINAS

Obesidade



Ter depressão na adolescência é um fator de risco para se ter excesso de peso na fase adulta (Pine et al., 2001), sendo o contrário, também verdadeiro, ou seja, ter obesidade quando jovem aumenta o risco de ter depressão quando adulto (Stunkard et al., 2003).

DEPRESSÃO E DOENÇAS ENDÓCRINAS

Obesidade



Esta associação pode ser explicada de inúmeras maneiras, desde a possível concomitância de fatores de risco em comum, como maus tratos na infância, aspectos genéticos, padrão similar de comportamento alimentar e sedentarismo, ou manutenção de estados de estresse crônico, representado por hipercortisolemia.

DEPRESSÃO E DOENÇAS ENDÓCRINAS



Obesidade



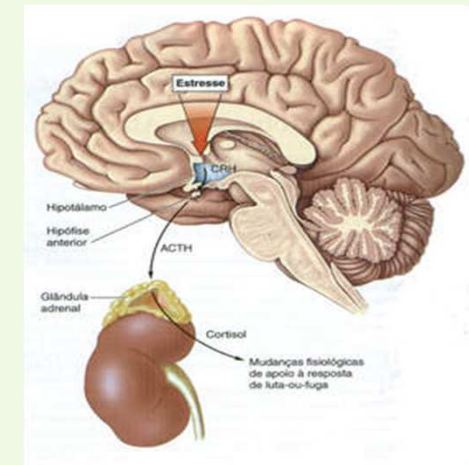
Estes fatores de risco não foram avaliados cientificamente. Um fato interessante é a relação do tratamento no impacto de cada um dos problemas, pois o tratamento da depressão pode aumentar o peso, enquanto que a diminuição do peso tende a melhorar o humor (Dymek et al., 2001).

Estas relações merecem estudos mais amplos, para se definir com maior clareza como ocorre a associação entre obesidade e depressão.

DEPRESSÃO E DOENÇAS ENDÓCRINAS

Hiperreatividade do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal

Doença de Cushing,
Tratamentos com corticosteróides)

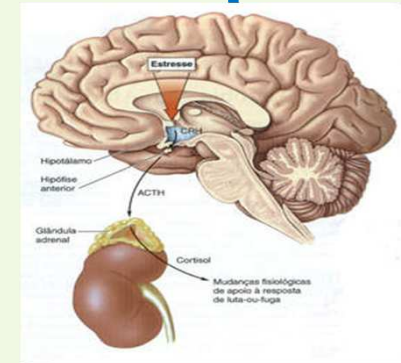


Sabe-se que em torno da metade dos pacientes deprimidos apresentam aumento da reatividade do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, representado pelo aumento do CRH (hormônio de liberação de corticotrofina) (Varghese e Brown, 2001).

DEPRESSÃO E DOENÇAS ENDÓCRINAS

Hiperreatividade do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal

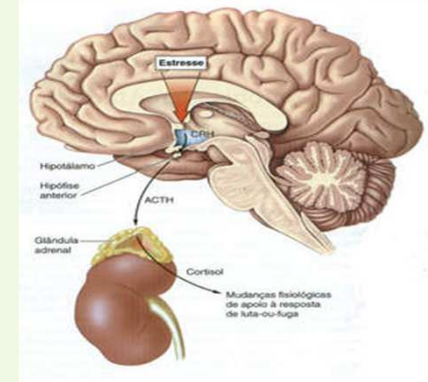
(Doença de Cushing, tratamentos com corticosteróides)



Este estado de desequilíbrio hormonal pode levar a inúmeras alterações fisiológicas, que explicariam uma série de consequências comuns à síndrome depressiva, como as alterações metabólicas da síndrome X (resistência periférica à insulina, dislipidemia, hipertensão, obesidade), alterações na função tireoidiana e sexual, desequilíbrio do sistema imunológico, diminuição do volume do hipocampo, com conseqüente prejuízo cognitivo (Tsigos e Chrousos, 2002).

DEPRESSÃO E DOENÇAS ENDÓCRINAS

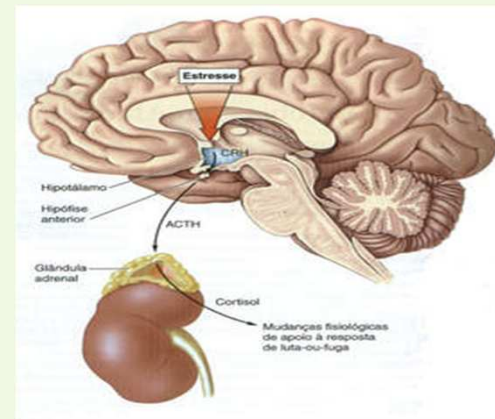
Hiperreatividade do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (doença de Cushing, tratamentos com corticosteróides)



Estas alterações podem ocorrer nos pacientes deprimidos, com maior frequência que indivíduos não-deprimidos, sendo também esperado que pacientes acometidos por patologias como a doença de Cushing, caracterizada pela hipersecreção de cortisol, ou pacientes que tenham que receber altas doses de corticosteróides, apresentem quadros afetivos com frequência. (Tsigos e Chrousos, 2002).

DEPRESSÃO E DOENÇAS ENDÓCRINAS

Hiperreatividade do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (doença de Cushing, tratamentos com corticosteróides)



Mais estudos são fundamentais para se definir como ocorrem estas alterações em pacientes deprimidos, permitindo vislumbrar novas possibilidades terapêuticas que possam controlar esse desequilíbrio. (Tsigos e Chrousos, 2002).

DEPRESSÃO E DOENÇAS RENAIIS



Doenças renais



Existem poucos estudos controlados, e envolvendo grandes amostras populacionais, que avaliaram as relações entre doenças renais e depressão.

O grupo de pacientes mais estudado foi os que participavam de programas de diálise em doença renal terminal, sendo que os estudos poderiam envolver pacientes com hemodiálise, diálise peritoneal ou ambos, complicando a interpretação dos resultados.

DEPRESSÃO E DOENÇAS RENAIIS

Doenças renais



Estudos de prevalência obtiveram taxas de 0% a 100% de depressão, geralmente utilizaram inventários que avaliavam intensidade de sintomas (e.g. inventário de depressão de Beck), e poucos definiram o diagnóstico através de critérios diagnósticos (Kimmel, 2002).

Apenas um estudo, realizado na Turquia, foi feito utilizando entrevista estruturada baseada no DSM-IV, e observou a prevalência de depressão de 24% de 50 pacientes (Soykan et al., 2004).

DEPRESSÃO E DOENÇAS RENAIS

Doenças renais



A mortalidade pode estar aumentada pela presença de depressão em pacientes em programa de diálise, apesar de haver estudos com resultados contraditórios (Kimmel, 2002).

Um estudo prospectivo com avaliações diagnósticas seriadas observou aumento do risco de mortalidade de 18% a 32% (Kimmel et al., 2000).

DEPRESSÃO E DOENÇAS RENAIIS

Doenças renais



Sintomas depressivos avaliados através do inventário de Beck para depressão estavam associados com maior risco de peritonite em pacientes em diálise peritoneal (Troidle et al., 2003) e de desnutrição (Koo et al., 2003).

Pacientes com doença renal terminal apresentam risco aumentado de suicídio em relação à população em geral (Kurella et al., 2005).

DEPRESSÃO E DOENÇAS RENAIS



Doenças renais



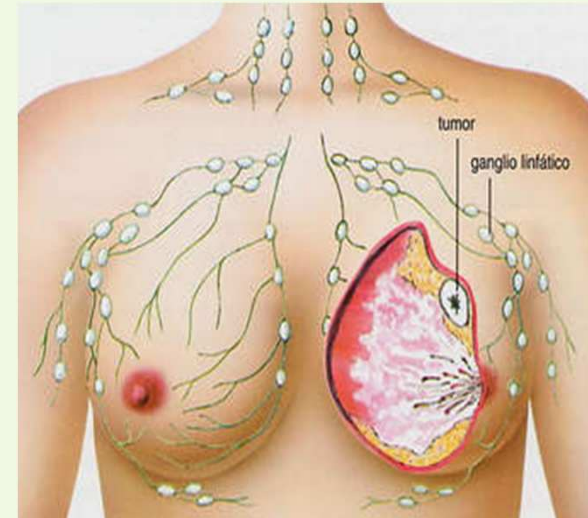
Os poucos estudos abertos que avaliaram a eficácia do tratamento antidepressivo em pacientes com doença renal terminal e depressão mostraram boa eficácia antidepressiva, de acordo com revisão de Finkelstein et al. (2002).

Estes autores recomendam doses baixas antidepressivas, que geralmente são suficientes para atingir melhora do quadro. O impacto do tratamento antidepressivo na morbimortalidade da doença renal não foi estudada.

DEPRESSÃO E DOENÇAS ONCOLÓGICAS



Oncologia

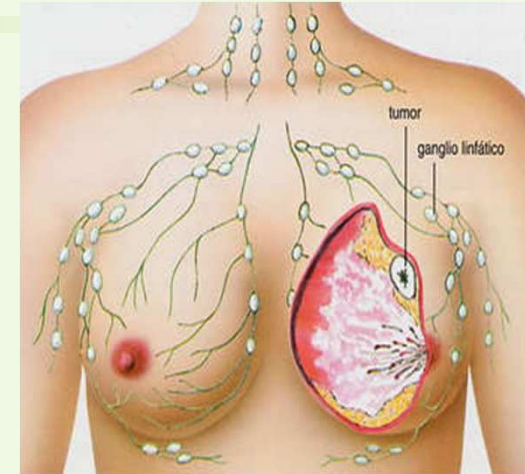


Mesmo que até hoje não se tenha demonstrado uma relação direta entre depressão e câncer, isto é, não existem evidências de que a depressão provoque algum tipo de câncer, a relação entre queda da sobrevida e presença de depressão é nítida. Pacientes oncológicos deprimidos aderem menos aos tratamentos propostos, piorando seu prognóstico.

DEPRESSÃO E DOENÇAS ONCOLÓGICAS



Oncologia



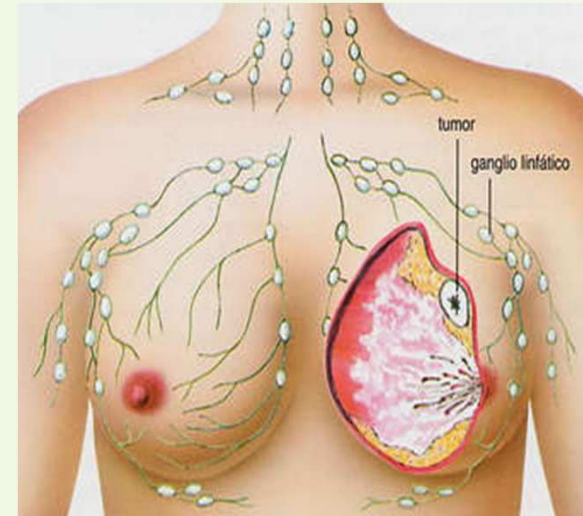
A qualidade de vida fica comprometida, acelerando um ciclo vicioso de desesperança que pode culminar em suicídio. Fatores imunológicos (comprometidos pela depressão) e elevação dos hormônios do estresse podem também reduzir a sobrevida.

O reconhecimento ativo e o tratamento agressivo dos quadros depressivos e ansiosos nos portadores de câncer é, portanto, parte essencial da correta abordagem dos pacientes (Raison e Miller, 2003).

DEPRESSÃO E DOENÇAS ONCOLÓGICAS



Oncologia

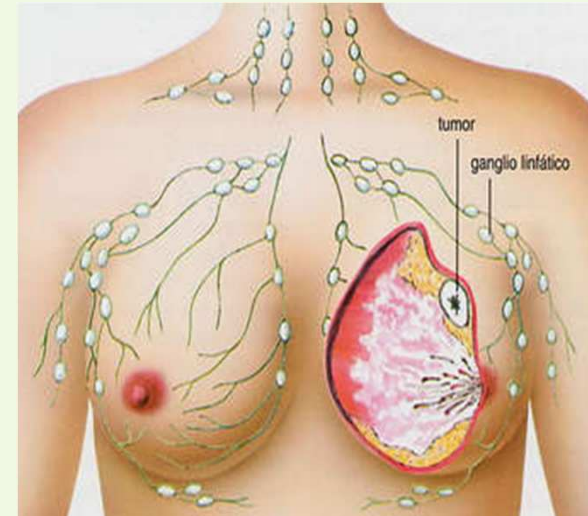


A grande maioria dos pacientes portadores de câncer apresentará algum sintoma de estresse emocional, especialmente no momento do diagnóstico. Com frequência são observados sentimentos intensos como sensação de "choque" ou de descrença, seguidos por período turbulento no qual são aparentes sintomas como ansiedade, tristeza, irritabilidade, alteração do sono e mudança do apetite.

DEPRESSÃO E DOENÇAS ONCOLÓGICAS

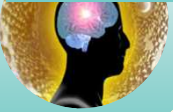


Oncologia

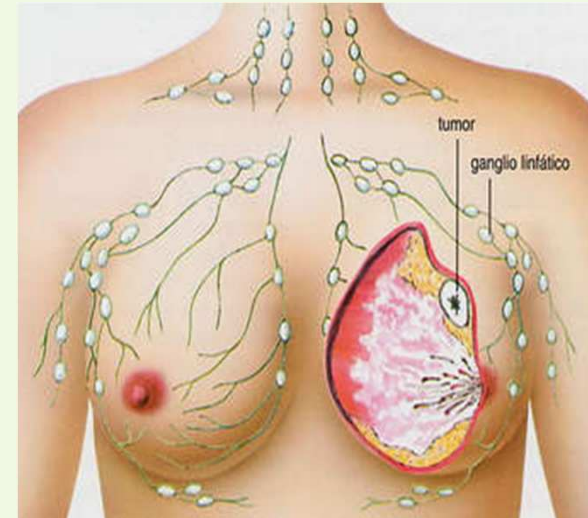


Além disso, os pacientes podem ser acometidos por uma série de receios, incluindo o da incapacitação, da perda do status social, de alteração na imagem corporal e de dependência ou de perda de controle. Aproximadamente 10% a 25% dos indivíduos com câncer apresentarão, além da reação "normal" esperada frente à doença, episódio de depressão maior e/ou de ansiedade (Croyle e Rowland, 2003).

DEPRESSÃO E DOENÇAS ONCOLÓGICAS



Oncologia

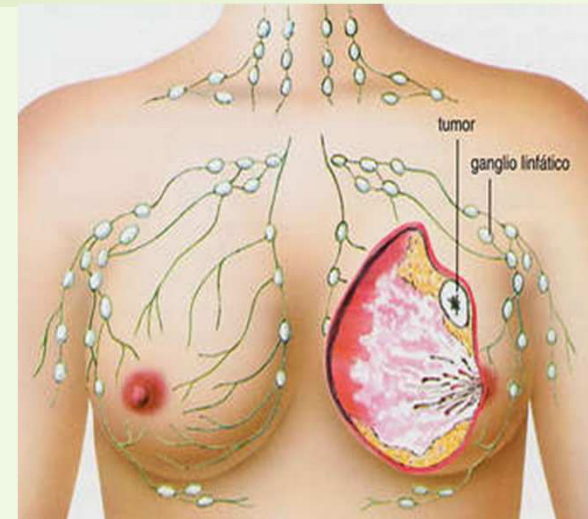


Apesar da importante associação, o tipo de câncer parece apresentar importante impacto na frequência, de 50% quando o sítio primário é o pâncreas, 25% quando ocorre na mama. Esses transtornos psiquiátricos interferem de forma bastante negativa na qualidade de vida dos pacientes, levam à não-adesão ao tratamento proposto e prolongam as internações hospitalares.

DEPRESSÃO E DOENÇAS ONCOLÓGICAS



Oncologia

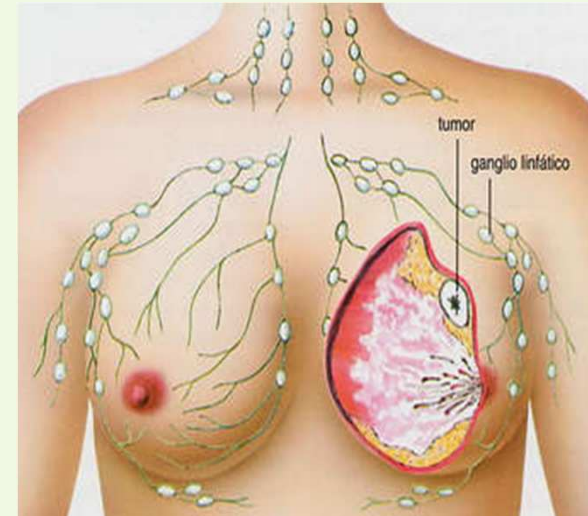


Sabe-se, atualmente, que a depressão e a ansiedade também influenciam negativamente no prognóstico desses pacientes, aumentando sua mortalidade. Diversas hipóteses cercam esta relação, há os que vêem os sintomas depressivos como sintoma da neoplasia, os que crêem que os sintomas depressivos elegeriam pacientes a uma maior propensão ao desenvolvimento de neoplasias e os que crêem ser mera associação.

DEPRESSÃO E DOENÇAS ONCOLÓGICAS



Oncologia



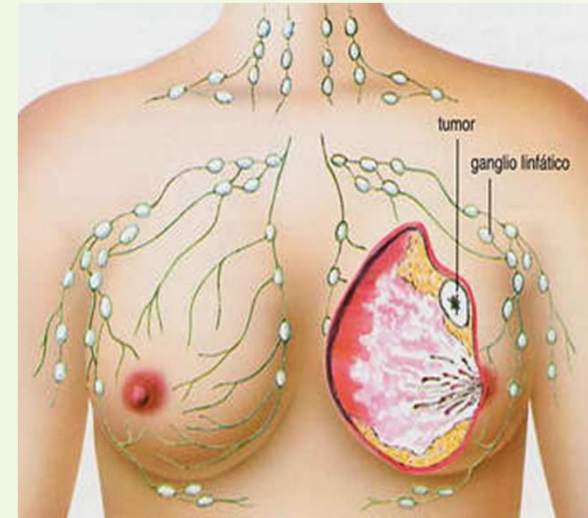
Em um estudo publicado em 1998 com idosos com idade superior a 70 anos, havia risco aumentado para o desenvolvimento de neoplasias nos pacientes com depressão (Penninx et al. 1998).

Lillberg e al. (2003) observaram maior relação entre maior número de eventos vitais estressantes nos cinco anos e o desenvolvimento de neoplasias mamárias.

DEPRESSÃO E DOENÇAS ONCOLÓGICAS



Oncologia



Tratamentos com antidepressivos parecem ser eficazes para reduzir os sintomas depressivos em pacientes com câncer. Cinco estudos controlados foram realizados com mianserina, paroxetina, amitriptilina, fluoxetina e desipramina observaram resultados positivos, com exceção de um estudo com fluoxetina (Raison e Miller, 2003). Um estudo aberto com mirtazapina observou melhora dos sintomas depressivos, de dor e de caquexia

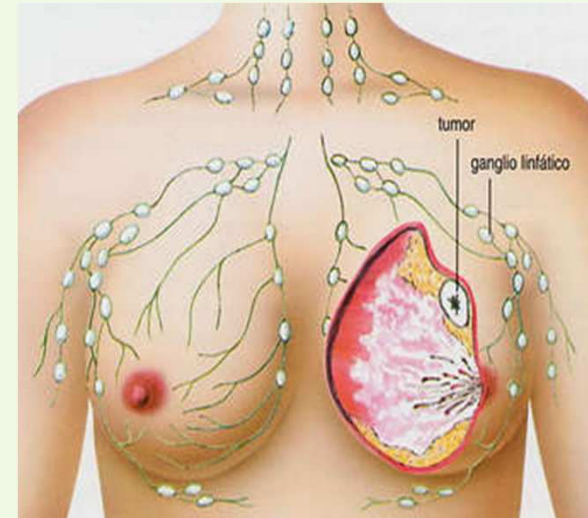
N.O (Theobald et al., 2002).

DEPRESSÃO E DOENÇAS ONCOLÓGICAS



Depressão e oncologia

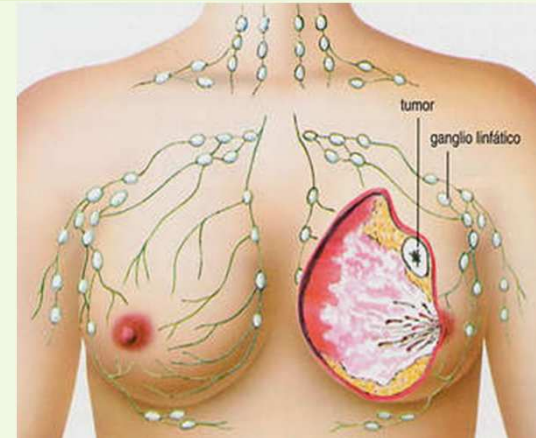
Psicoterapias focais para pacientes com câncer metastático apresentaram resultados positivos surpreendentes, não só reduzindo sintomas depressivos e ansiosos, dor e melhorando a capacidade de enfrentamento dos problemas, mas também conseguiram aumentar significativamente a sobrevida em até 18 meses (Spiegel e Giese-Davis, 2003).



DEPRESSÃO E DOENÇAS ONCOLÓGICAS



Depressão e oncologia



Dez estudos avaliaram o efeito de psicoterapias diversas em pacientes com câncer, sendo que cinco observaram este aumento de sobrevida, e os demais não.

Mesmo assim, estes resultados negativos não observaram efeitos deletérios na sobrevida dos pacientes, sugerindo que tratamentos psicossociais são uma chance provável de melhora de qualidade de vida e sobrevida, sem evidências de prejuízos.

DEPRESSÃO E DOR CRÔNICA

Depressão e dor crônica



Pacientes que com dor crônica apresentam frequentemente comorbidade psiquiátrica, 30% a 54% desses preenchem critérios depressão e 40% com abuso de álcool. Entre estes pacientes parece haver forte associação entre dor, depressão e alcoolismo pela história familiar.

DEPRESSÃO E DOR CRÔNICA



Depressão e dor crônica



Geralmente a terapia cognitiva para depressão e o uso de antidepressivos tricíclicos são eficazes e auxiliam no controle da dor (Sindrup e Jensen, 1999; O'Malley et al., 2000; Banks e Kerns, 1996; Burns et al., 2003; Leibing et al., 1999; Morley et al., 1999).

DEPRESSÃO E DOR CRÔNICA



Depressão e dor crônica



Pelo menos quatro neurotransmissores estariam relacionados à modulação central da dor: serotonina (5HT), noradrenalina (NA), substância P e fator de liberação de corticotrofina.

DEPRESSÃO E DOR CRÔNICA



Depressão e dor crônica



Os antidepressivos que agem tanto em serotonina como em noradrenalina costumam ser eficazes para a dor, com evidências favorecendo mais a noradrenalina (Campbell et al., 2003) e antidepressivos com ação dual 5HT+NA (Briley, 2004).

DEPRESSÃO E DOR CRÔNICA



Depressão e dor crônica



Dor grave está associada à maior frequência de pensamentos suicidas, tentativas de suicídios e suicídio completo (Fishbain et al., 1997), o que exige a pesquisa da ideação e planejamento suicida regularmente nos pacientes cronicamente acometidos.

DEPRESSÃO E DOR CRÔNICA



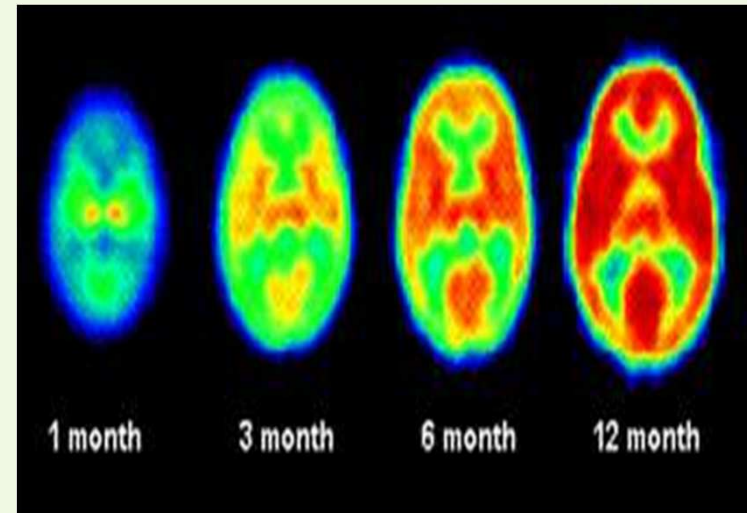
Depressão e dor crônica



A abordagem eficiente da depressão em pacientes com transtornos dolorosos crônicos depende do diagnóstico e tratamentos adequados dos problemas clínicos de base, e pelo tratamento antidepressivo incisivo, buscando a remissão dos sintomas depressivos.

N.O.

DEPRESSÃO E DOENÇAS NEUROLÓGICAS

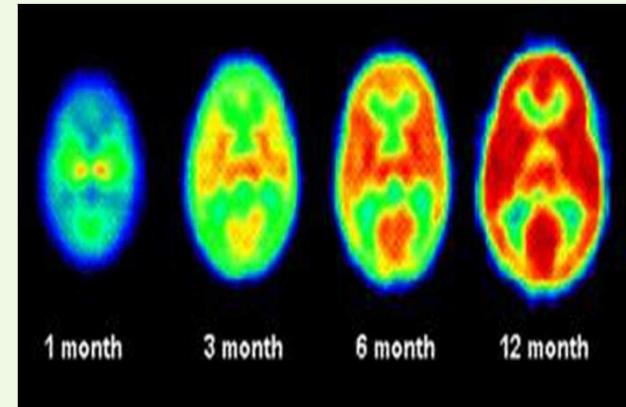


Grande parte dos transtornos neurológicos que possuem algum acometimento do sistema nervoso central frequentemente apresenta depressão, tanto pelas alterações neurofisiológicas diretamente implicadas na gênese biológica da depressão, como pelas consequências adversas para as capacidades de adaptação psicossocial que as doenças infligem nestes indivíduos.

DEPRESSÃO E DOENÇAS NEUROLÓGICAS



Crises epilépticas



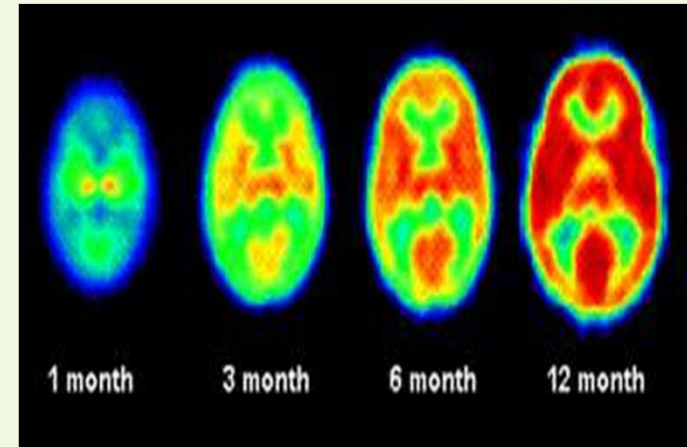
A epilepsia é bom exemplo, pois os pacientes epiléticos podem ser vítimas de preconceitos quanto à sua doença, tanto em sua própria casa, como em ambiente de trabalho, escola e convívio social.

A prevalência de depressão é considerada alta em pacientes epiléticos, atingindo de 20% a 55% dos pacientes com crises recorrentes, e 3% a 9% dos pacientes controlados (Kanner, 2003).

DEPRESSÃO E DOENÇAS NEUROLÓGICAS



Crises epilépticas



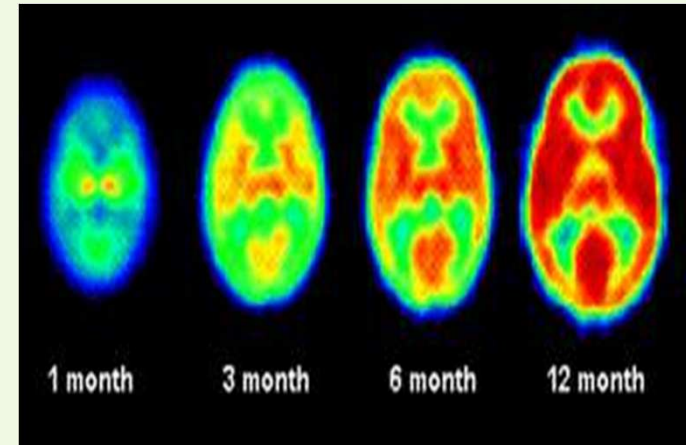
Mais contundente é a observação que a depressão parece preceder o início das crises epilépticas, pois epilépticos têm até seis vezes mais chance de ter história de depressão que controles normais (Forsgren e Nystrom, 1990; Hesdorffer et al., 2000).

A depressão pode ser consequência dos tratamentos antiepiléticos farmacológicos e cirúrgicos, por vezes apresentando quadros atípicos (Kanner, 2003).

DEPRESSÃO E DOENÇAS NEUROLÓGICAS



Crises epilépticas

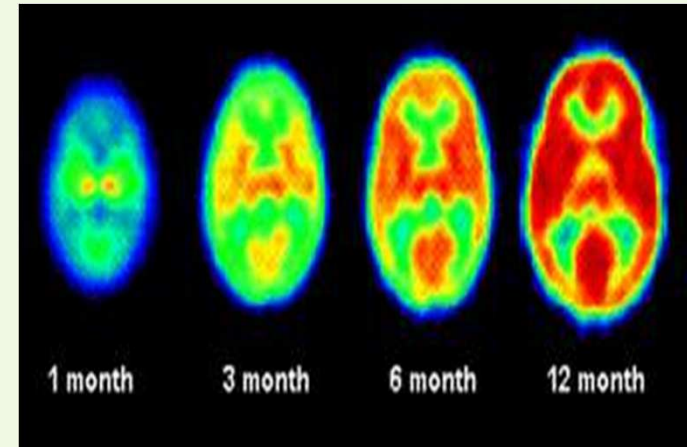


O suicídio é a principal causa de morte entre epilépticos, podendo ser até dez vezes mais frequente que na população geral, implicando em necessidade de pesquisa sistemática de ideação suicida e tratamento antidepressivo vigoroso, apesar de não haver estudos sistematizados que mostrem o impacto destes tratamentos na evolução da depressão e da epilepsia (Gilliam e Kanner, 2002).

DEPRESSÃO E DOENÇAS NEUROLÓGICAS

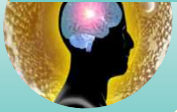


Crises epilépticas



O risco dos antidepressivos diminuírem o limiar convulsivo existe, porém é baixo, e não deve ser um fator impeditivo do uso deste tipo de tratamento em pacientes epiléticos (Tatum et al., 2001).

DEPRESSÃO E DOENÇAS NEUROLÓGICAS



Doença de Parkinson

A doença de Parkinson pode apresentar comorbidade com depressão em até 50% dos pacientes acometidos, o que pode ser explicado pela reação psicológica à incapacitação gerada pela doença ou pela neurodegeneração de áreas cerebrais comuns às duas patologias, principalmente no circuito gânglios da base-talamocórtex pré-frontal e frontal, com consequente redução da atividade serotoninérgica, dopaminérgica e noradrenérgica (McDonald et al., 2003).

DEPRESSÃO E DOENÇAS NEUROLÓGICAS



Doença de Parkinson

O uso de antidepressivos causa preocupação pelos efeitos indesejáveis, seja pelos efeitos hipotensores e cognitivos dos tricíclicos, seja pela piora dos sintomas extrapiramidais e risco de crise serotoninérgica na associação do inibidor de MAO-B selegilina, com inibidores seletivos de recaptura de serotonina; mas a eficácia antidepressiva é observada na prática clínica, com raras intercorrências relevantes (Jimenez-Jimenez et al., 1994; Richard et al., 1999; McDonald et al., 2003).

DEPRESSÃO E DOENÇAS NEUROLÓGICAS



Depressão e Acidente Vascular Cerebral

Depressão pós-acidente vascular cerebral (AVC) foi extensamente estudada, ocorrendo entre 19% a 23% dos casos, sendo que a presença de depressão pré-mórbida aumenta o risco de eventos vasculares cerebrais em 10 e 15 anos (Robinson, 2003).

Depressão na fase aguda pós-AVC está associada com pior recuperação e maior mortalidade (Paolucci et al., 1999; Morris et al., 1993).

DEPRESSÃO E DOENÇAS NEUROLÓGICAS

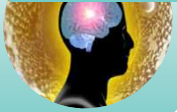


Depressão e Acidente Vascular Cerebral

Quadros depressivos tendem a ocorrer em lesões do hemisfério esquerdo, enquanto quadros maníacos ocorrem mais com lesões em hemisfério direito incluindo áreas subcorticais (Robinson, 2003).

O tratamento antidepressivo pode ser feito tanto com drogas noradrenérgicas como serotoninérgicas, com possível maior eficácia das primeiras (Robinson et al., 2000; Wiart et al., 2000).

DEPRESSÃO E DOENÇAS NEUROLÓGICAS



Depressão e Acidente Vascular Cerebral

Há evidências também de que o tratamento antidepressivo pode prevenir episódios depressivos futuros, melhorar a recuperação e diminuir a mortalidade (Robinson, 2003).

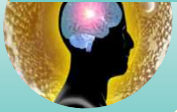
DEPRESSÃO E DOENÇAS NEUROLÓGICAS



Depressão e Acidente Vascular Cerebral

Outras doenças neurológicas como a demência de Alzheimer e a esclerose múltipla seguem o padrão dos citados acima, com alta prevalência de depressão, beirando os 50% dos casos, e com consequências negativas na evolução dos quadros neurológicos. **(Adda et al., 2001; Lee e Lyketsos, 2003).**

DEPRESSÃO E DOENÇAS NEUROLÓGICAS



Depressão e Acidente Vascular Cerebral

Mais estudos são necessários para se determinar os melhores tratamentos para cada tipo de patologia, respeitando a grande heterogeneidade, tanto da síndrome depressiva como das lesões causadas pelas patologias neurológicas (**Adda et al., 2001; Lee e Lyketsos, 2003**).

DEPRESSÃO E GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA



As mulheres são mais vulneráveis à depressão. Levantamentos epidemiológicos apontam duas mulheres deprimidas para cada homem (Kessler et al., 1994; Regier et al., 1988).

Em certos subtipos depressivos esta relação pode ser ainda maior. A maior ocorrência de depressão ocorre pelo maior número de primeiros episódios (novos casos), não significando maior recorrência ou cronificação nas mulheres.

DEPRESSÃO E GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA



Embora fatores socioculturais tenham sua contribuição, é inegável a importância dos hormônios femininos (estrógeno e progesterona) na gênese desta vulnerabilidade.

O papel central do estrógeno nos ritmos biológicos femininos (menstruação e menopausa) pode desestabilizar ou sensibilizar mecanismos neurotransmissores, neuroendocrinológicos e dos 'relógios biológicos', contribuindo para o desenvolvimento de transtornos cíclicos do humor (Demetrio e Vieira, 2001).

DEPRESSÃO E GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA



No entanto, digno de nota é que nas mulheres que sofrem com transtornos psíquicos relacionados ao ciclo reprodutivo (como o transtorno disfórico pré-menstrual ou a depressão puerperal) a flutuação hormonal é idêntica a de controles saudáveis (Teng, 2000; Dias, 2003),

Estes transtornos significam vulnerabilidade cerebral às flutuações normais dos hormônios, não se tratando portanto de patologia endócrina, e sim predisposição genética para maior sensibilidade do humor devido à variação normal dos hormônios sexuais femininos.

N.O.

DEPRESSÃO, COMORBIDADES E TRATAMENTO

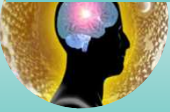


Tabela 3. Medicações utilizadas no tratamento da depressão em pacientes com comorbidades clínicas.

Classe	Nome	Dosagem usual (mg/dia)	Indicações de uso	Perfil de efeitos adversos
ISRS	Fluoxetina	20-80	Baixo potencial arritmogênico, mesmo em doses elevadas	Grande potencial de interações medicamentosas (exceto citalopram, escitalopram, sertralina). Agitação, alteração do sono, disfunção sexual e distúrbios gastrintestinais.
	Sertralina	50-200		
	Paroxetina	20-60		
	Citalopram	20-60		
	Escitalopram	10-30		
	Fluvoxamina	50-150		
Antidepressivo tricíclico	Nortriptilina	50-150	Eficácia comprovada nesta população. Útil em pacientes com depressão associada à dor, inapetência ou insônia.	Antiarrítmico 1A (risco de arritmias cardíacas) Baixa incidência de efeitos anticolinérgicos (boca seca, visão borrada, constipação) tontura e hipotensão.
Novos antidepressivos	Bupropiona	150-300	Útil em pacientes com hipersônia, lentificação psicomotora ou disfunção sexual induzida por ISRS.	Agitação, insônia, náusea e convulsões.
	Mirtazapina	15-45	Eficaz em depressões graves; melhora da ansiedade, apetite e distúrbios do sono. Poucas interações medicamentosas.	Ganho de peso, sedação, lentificação cognitiva, distúrbios motores.
	Venlafaxina	75-300	Eficaz em depressões graves; menor interação medicamentosa do que os ISRS.	Hipertensão sistólica (doses mais altas). Agitação, insônia, perda de peso, disfunção sexual.
	Duloxetina	60-120	Poucas interações medicamentosas, limitadas ao CYP 2D6. Ação dual benéfica contra dor.	Náuseas (início do tratamento). Elevação da PA dose-dependente.

DEPRESSÃO E COMORBIDADES



Conclusão

A síndrome depressiva é companheira frequente de quase todas as patologias clínicas crônicas, e quando está presente acaba levando a piores evoluções, pior aderência aos tratamentos propostos, pior qualidade de vida, e maior morbimortalidade como um todo.

A depressão é frequentemente subdiagnosticada e, quando diagnosticada corretamente, muitas vezes é subtratada.

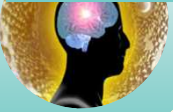
DEPRESSÃO E COMORBIDADES



Conclusão

Pelas suas potenciais consequências prejudiciais, o tratamento antidepressivo é preconizado, sendo intuitivo a necessidade de uma abordagem eficaz, buscando a remissão dos sintomas, como é a orientação para os quadros depressivos sem comorbidades.

DEPRESSÃO E COMORBIDADES



Conclusão

Faltam estudos que comprovem o valor real do tratamento antidepressivo no prognóstico das doenças clínicas comórbidas, sendo necessários estudos sistemáticos que auxiliem a distinguir quais as estratégias terapêuticas mais adequadas para cada caso.

DEPRESSÃO E COMORBIDADES



Conclusão

É bom ressaltar que é fundamental o correto tratamento da patologia clínica de base, uma vez que a depressão e as doenças clínicas quase sempre se retroalimentam, interagindo para criar uma situação deteriorante.

A importância das associações entre a síndrome depressiva e as doenças clínicas deve exigir constante vigilância para se detectar tanto a depressão como alterações subclínicas das doenças mais comuns, e estimular a pesquisa clínica neste campo vasto e complexo.



Occup Environ Med 43:218-225, 2001. [[Links](#)]

REFERÊNCIAS KIMMEL, P.L. - Depression in Patients with Chronic Renal Disease. What we Know and What We Need to Know. *J Psychosom Res* 53:951-6, 2002. [[Links](#)]

KIMMEL, P.L.; PETERSON, R.A.; WEIHS, K.L. et al. - Multiple Measurements of Depression Predict Mortality in a Longitudinal Study of Chronic Hemodialysis Patients. *Kidney Int* 57:2093-8, 2000. [[Links](#)]

KIRKEGAARD, C.; FABER, J. - Free Thyroxine and 3,3 Prime, 5-Triiodothyronine Levels in Cerebrospinal Fluid in Patients with Endogenous Depression. *Acta Endocrinol* 124:166-72, 1991. [[Links](#)]

KOO, J.R.; YOON, J.W.; KIM, S.G. et al. - Association of Depression with Malnutrition in Chronic Hemodialysis Patients. *Am J Kidney Dis* 41:1037-1042, 2003. [[Links](#)]

KUPFER, D.J.; FRANK, E. - Comorbidity in Depression. *Acta Psychiatr Scand* 108(Suppl. 418):57-60, 2003. [[Links](#)]

KURELLA, M.; KIMMEL, P.L.; YOUNG, B.S.; CHERTOW, G.M. - Suicide in the United States End-Stage Renal Disease Program. *J Am Soc Nephrol* 16:774-81, 2005. [[Links](#)]

LEE, H.B.; LYKETSOS, C. - Depression in Alzheimer's Disease: Heterogeneity and Related Issues. *Biol Psychiatry* 54:353-362, 2003.

N.O.

, 1999.

[[Links](#)]