

# **HÁ UMA LUZ NO INÍCIO DO TÚNEL**

Conheça os novos métodos de tratamento para a depressão, o que a ciência já descobriu sobre essa doença e os mitos que já foram derrubados

# Dedicatória

A meu pai, que no fundo foi o grande responsável por esta obra, quando me gerou, me educou e me deu seu exemplo.

A minha mãe, que onde quer que esteja, tenho plena convicção de que ainda cuida de mim...

À Cecilia, a mulher que me ensinou o verdadeiro significado das palavras amor e alegria, pois minha vida começou quando a conheci...

A minha irmã e sobrinhos, que apesar da distância, os levo no coração

A familiares e amigos que me acompanham desde os primeiros passos e torcem por mim...

# Sumário

## **INTRODUÇÃO**

### **O TAMANHO DO PROBLEMA**

### **O QUE É A DEPRESSÃO?**

### **CAUSAS BIOLÓGICAS DA DEPRESSÃO**

Entendendo o funcionamento cerebral

Fatores psicológicos e ambientais

Conheça a história de Maria das Dores

### **TRISTEZA OU DEPRESSÃO? EIS A QUESTÃO**

A História de Regina

Quais são os sintomas mais frequentes na depressão?

A depressão pode levar ao suicídio?

A depressão pode causar ou piorar outras doenças físicas?

Ricardo e sua longa história...

### **TRATAMENTO DA DEPRESSÃO**

Entendendo as fases da depressão

Como se trata a depressão?

Diferenças entre antidepressivos

O que fazer com os efeitos colaterais das medicações?

A psicoterapia

Acupuntura

Exercícios físicos

Atividade física como prevenção de depressão

Qual a prescrição ideal de atividades físicas na depressão?

Estimulação Magnética Transcraniana

### **DERRUBANDO MITOS**

**Há uma luz no início do túnel**

# INTRODUÇÃO

É muito comum as pessoas, ao receberem o tratamento para depressão e melhorarem, se perguntarem: porque demorei tanto para procurar ajuda? Na verdade, a resposta para essa pergunta é simples: o desconhecimento da doença e a propagação de mitos passados de geração em geração.

Esses mitos estimula a crença em frases do tipo: “na minha época não tinha nada disso”, ou “isso é falta de fazer alguma coisa” ou “homem não sente isso”.

Por outro lado, o desconhecimento nos faz duvidar da doença, atrasa a busca por ajuda, intensifica o sofrimento e a recuperação se torna mais difícil, além de abrir o campo dos “achismos”:

“ Você deve ter pecado, por isso está em depressão” ou

“ Se você arrumar um homem você sai dessa”, e ainda:

“ Tira umas férias e viaja, você vai curar essa depressão”.

Isso contribui para que, normalmente, quando a pessoa chega ao consultório, já está há vários meses adoecida, vai ao médico porque perdeu todas as forças que tinha para lutar contra essa dor.

Os familiares e amigos não ficam atrás. Maridos dizem: “doutor, é só ela entrar na academia, sair de casa, viajar, que ela

melhora” ou pior: “ela não quer melhorar, não reage, não luta contra isso”.

Como se a pessoa escolhesse estar deprimida, e a qualquer momento escolhesse sorrir, passear e viajar.

**A depressão não é uma escolha**, assim como o câncer não é uma escolha. Ou alguém escolhe ter um câncer? Porque não dizem essas frases para alguém que tem um câncer de fígado? “Tira umas férias que você melhora” ou “é só ter força de vontade que você se cura”. Sabem por que as pessoas não dizem isso? Porque já foram convencidas de que o câncer é uma doença, de que tem uma forma adequada de tratamento e podem se curar.

Este livro é uma proposta de ajuda para as pessoas que sofrem de depressão e para aquelas que estão próximas, como familiares e amigos.

Primeiramente, precisam ser convencidas de que estamos tratando de uma doença. Doença grave e muitas vezes incapacitante. Esta obra se propõe a esclarecer o que é a depressão, seus sintomas, a diferença entre a tristeza e a depressão, como familiares e amigos podem ajudar o paciente deprimido, e, por último, quais as formas atuais de tratamento.

# O TAMANHO DO PROBLEMA

Atualmente, nos países desenvolvidos, a depressão vem sendo tratada como um problema de saúde pública. Ela deixou de ser uma doença de poucos e passou a ser uma doença de qualquer um. Apesar de existirem fatores que aumentam o risco da depressão, a verdade é que qualquer pessoa pode adoecer. Costumo dizer que a depressão é uma doença muito democrática, pois não poupa idade, sexo, cor, religião, muito menos condição financeira.

Na década de 90, a depressão foi estimada como a quarta causa específica de incapacitação no mundo. A previsão para o ano 2020 é a de que ela será a segunda causa em países desenvolvidos e a primeira, em países em desenvolvimento. Quando comparada às principais condições médicas crônicas, a depressão só tem equivalência em incapacitação às doenças cardíacas graves.

Estudos de prevalência, em diferentes países, mostram que a depressão é um transtorno mais frequente que imaginávamos. A prevalência anual na população em geral varia entre 3% a 11%. Em pacientes internados por qualquer doença física,

a prevalência de depressão varia entre 22% a 33%. Já em populações específicas, como a de pacientes com infarto cardíaco recente, é de 33%, chegando a 47% nos pacientes com câncer.

Aproximadamente 80% dos indivíduos que receberam tratamento para um episódio depressivo terão um segundo episódio ao longo de suas vidas, numa média de quatro. A duração média de um episódio é de 20 semanas e 12% dos pacientes têm um curso crônico, sem remissão de sintomas. Portanto, estamos falando de uma doença crônica e recorrente.

Além disso, o impacto socioeconômico da doença é incalculável. Quantos dias de trabalho são perdidos em decorrência da doença? Quantos acidentes de trânsito são devidos à diminuição da atenção que ocorre na depressão? Quantos casamentos são desfeitos porque o paciente deprimido se torna extremamente desinteressante e apático? Estima-se que 30.000 a 35.000 suicídios ocorram por ano nos EUA, em decorrência da depressão.

É quase impossível dimensionarmos os impactos da depressão em uma sociedade. E com certeza, nenhum desses impactos é maior que o sofrimento que uma pessoa sente ao adoecer de depressão.

# O QUE É A DEPRESSÃO?

Para entendermos a depressão, primeiro é preciso conhecer alguns conceitos básicos da psiquiatria. Didaticamente, dividimos a mente em várias funções, por exemplo: o humor, o pensamento, a atenção, a memória, a vontade, entre outras. Essas funções são como verdadeiros órgãos, localizados em determinadas regiões do cérebro, funcionando minuto a minuto para que possamos sorrir, trabalhar, lembrar de nossos parentes, sabermos a hora do dia e refletirmos sobre o que fazemos. Portanto, se olharmos para essas funções como qualquer outro órgão do corpo humano, como o coração e o fígado, fica fácil entender como alguém adoece mentalmente. Assim como o fígado é passível de adoecer, o humor também é. Assim como a hepatite é uma doença do fígado, a depressão é uma doença do humor. Assim como o fígado se localiza no abdômen, o humor está localizado em determinadas regiões do cérebro. Mas, aqui está o primeiro problema: em um exame físico, conseguimos palpar o fígado, conseguimos enxergá-lo em um exame de imagem, como a ressonância magnética. Quando ele adoece, conseguimos



diagnosticar através de um exame de sangue. E o humor? Se eu não consigo palpar nem vê-lo, onde ele está? Como ele pode adoecer?

Nas próximas linhas, entenderemos o que é, onde está e como uma pessoa pode ficar doente do humor.

Humor pode ser entendido como o estado de ânimo que a pessoa percebe o mundo e a realidade. É o humor que determina a atitude geral da pessoa diante das experiências de vida. É ele que faz com que percebamos as experiências de modo agradável ou sofrível, de forma indiferente ou entusiasmada, determinando sentimentos que oscilam entre dois pólos, a tristeza e a alegria. Direta ou indiretamente, o humor exerce profunda influência sobre o pensamento e a conduta do indivíduo.

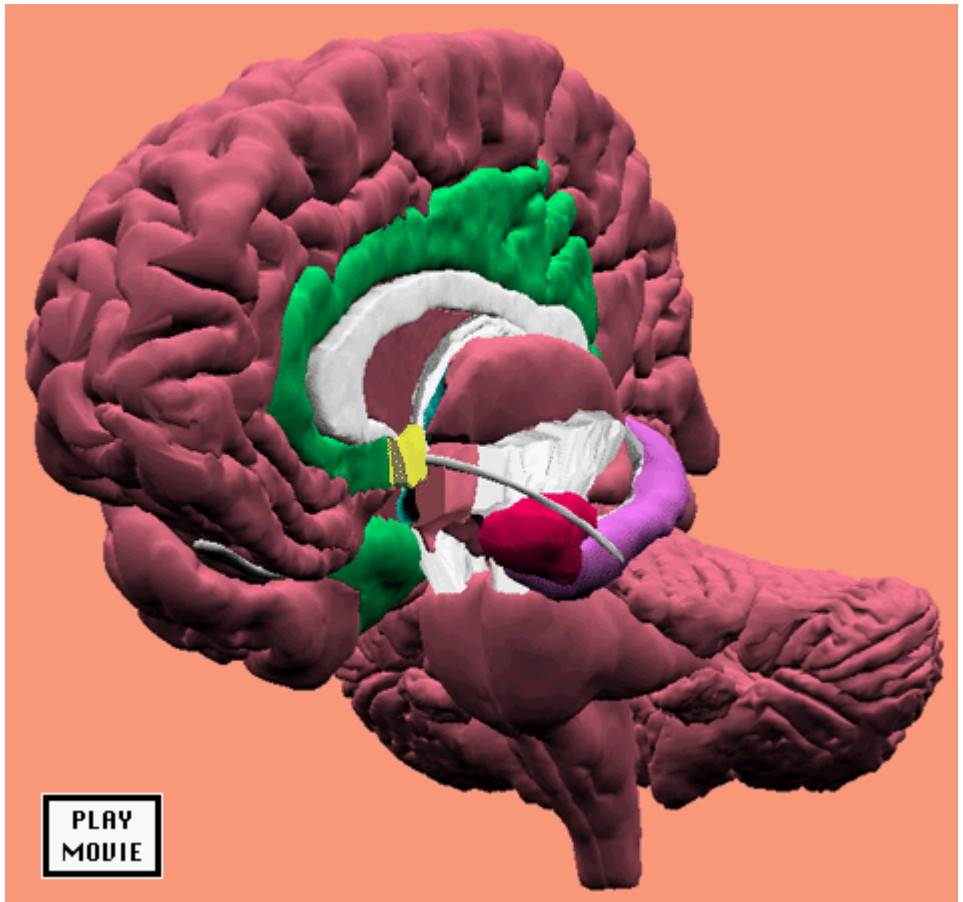
A partir desse conceito, começamos a entender porque uma pessoa deprimida perde a vontade de viver, pensa em morrer, perde o prazer e o interesse pelas atividades que antes gostava. Uma vez que o humor adocece, é como se todas as outras funções (pensamento, vontade, concentração, memória, sono, apetite) fossem “contaminados” por esse humor patologicamente triste. Na depressão, a percepção do mundo se altera, as cores já não são mais as mesmas, as coisas não têm mais graça, a vida torna-se sem sentido.

Portanto, o primeiro conceito é: a **depressão é uma doença do humor**, e, uma vez que o humor está depressivo, todas as outras funções também vão estar.

Um das piores angústias para uma pessoa em depressão é que ela acha que todas as suas funções mentais estão doentes. Ela não consegue mais se concentrar, ela não consegue mais dormir e comer adequadamente. Ela entra em desespero por achar que tudo está doente, que tem uma série de problemas. Começa a achar que precisa de um remédio para parar de chorar, outro para se alimentar, outro para aumentar a energia e assim por diante. Porém, isso não é uma verdade, pois, como vimos, o que está doente é o humor, e essas funções estão apenas “contaminadas” pelo humor depressivo.

Mas, do ponto de vista biológico, onde está o humor?

É comum ouvirmos as pessoas relacionarem os sentimentos ao coração. Elas dizem: “meu coração está partido”. Porém, na verdade, o órgão responsável pelos sentimentos é o cérebro: sentimos com a cabeça e não com o coração. É no cérebro, em regiões específicas, que ocorre o controle do humor. Uma dessas regiões é chamada de Sistema Límbico.



O sistema límbico (colorido em verde, rosa, branco, amarelo e vermelho) em conexão com outras áreas (lobo pré-frontal e lobo orbitotemporal) é o responsável pelo controle do nosso humor. Os neurônios dessas áreas liberam continuamente substâncias (os neurotransmissores) que são responsáveis pela regulação do humor. O adoecimento dessas regiões vai ter

como consequência a disfunção do humor, surgindo, com isso, os sintomas da depressão.

Agora, vem a pergunta: como nosso humor adocece?

Para entendermos como o humor adocece, temos que saber quais são os fatores que o influenciam. O humor sofre influência da **constituição biológica** do indivíduo, de sua **condição psicológica** e das **circunstâncias ambientais** em que ele vive. Portanto, estamos diante de uma doença com causas **biopsicossociais**.

# CAUSAS BIOLÓGICAS DA DEPRESSÃO

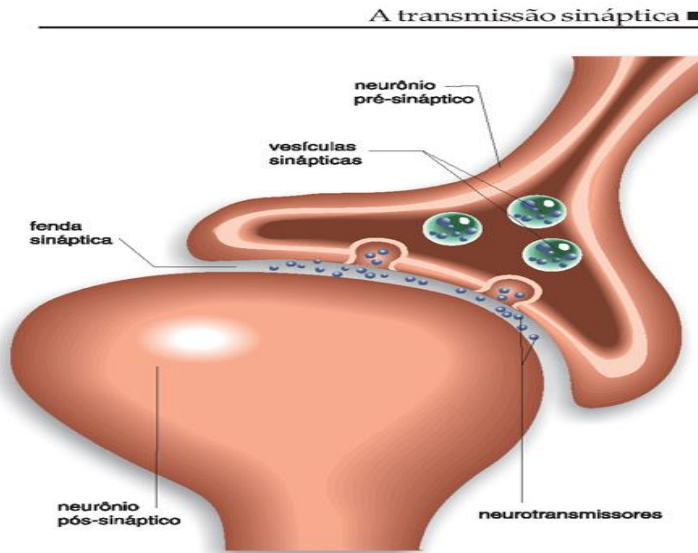
Os aspectos biológicos estão relacionados com a **genética** e com as **alterações físicas** que ocorrem no cérebro.

- Quanto à genética: os estudos mostram que pessoas com familiares de primeiro grau de pacientes deprimidos apresentam até três vezes mais chance de ter depressão do que aquelas pessoas que não têm histórico familiar. No entanto, a genética, isoladamente, não determina a doença, ou seja, não é porque o pai ou a mãe têm depressão que os filhos terão; mas é sim, uma predisposição ao adoecimento, como a hipertensão e o diabetes. Isso porque, para que ocorra a doença, é necessário que outros fatores estejam associados.

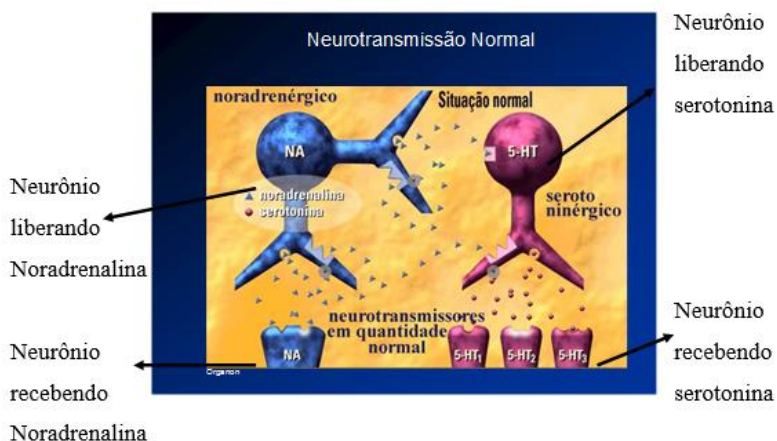
- Quanto aos aspectos físicos, a ciência não tem mais dúvidas: trata-se de uma **doença cerebral neuroquímica**. O que significa isso?

## Entendendo o funcionamento cerebral

Todo o funcionamento cerebral é feito a partir da comunicação de um neurônio com outro.



O simples ato de abrir e fechar as mãos significa que milhões de neurônios se comunicaram entre si. Essa comunicação não é feita diretamente de um neurônio para o outro. Os neurônios não estão colados uns aos outros. Entre eles existe um espaço chamado de fenda sináptica, e a comunicação é feita por “mensageiros” chamados neurotransmissores.



A figura acima mostra uma comunicação normal entre dois neurônios noradrenérgicos (azuis) e dois neurônios serotoninérgicos (rosas). As bolinhas vermelhas e os triângulos azuis são os neurotransmissores fazendo a comunicação entre

os neurônios. Por exemplo, o neurônio da serotonina (rosa), ao ser estimulado, libera uma certa quantidade de neurotransmissor (serotonina) na fenda sináptica. O neurotransmissor se ligará a receptores (5 – HT1; 5 – HT2 e 5 – HT3) do neurônio seguinte, estimulando-o e fazendo com que a informação chegue ao seu destino.

Porém, esse sistema de comunicação pode falhar de várias maneiras. Por exemplo, os **neurônios podem morrer**, diminuindo o número de células e dificultando a comunicação; ou os **neurotransmissores podem estar em quantidade insuficiente** para que a comunicação ocorra com sucesso. Por exemplo, uma lesão na parte do cérebro responsável pela contração da mão seria suficiente para que o desejo de abrir e fechá-la não se realize, pois não haverá comunicação entre os neurônios responsáveis por essa ordem motora.

Com os sentimentos não é diferente. Para que o indivíduo sinta de forma harmônica, equilibrada e proporcional ao estímulo, a comunicação entre os neurônios tem que estar perfeita.

Na depressão, os neurônios estão doentes. Nas áreas que controlam o humor, os neurônios passam a não liberar neurotransmissores em quantidades apropriadas. A diminuição da quantidade de neurotransmissores leva a uma série de outras



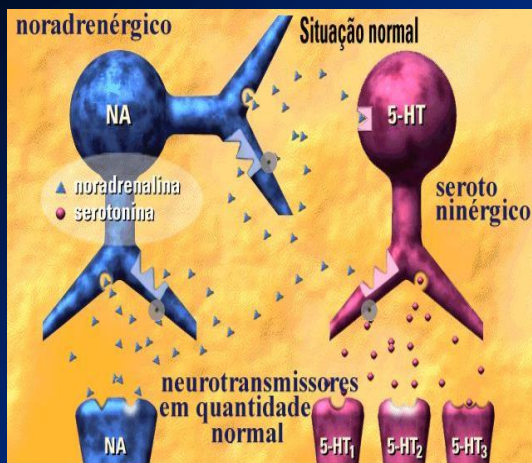
alterações como a diminuição dos impulsos nervosos e o aumento do número de receptores. No final, todas essas alterações vão resultar em sintomas depressivos.

### Alterações Neuroquímicas da Depressão



Organon

### Neurotransmissão Normal



Organon

Compare a quantidade de neurotransmissores (bolinhas vermelhas e triângulos azuis) da primeira figura com a segunda. A primeira figura é de um paciente deprimido e a segunda, de um indivíduo saudável. Veja a quantidade de neurotransmissores entre os neurônios.

No paciente deprimido a quantidade está bastante diminuída em relação ao indivíduo saudável. É essa diminuição que é responsável por parte dos sintomas. Os principais neurotransmissores envolvidos na depressão são: a serotonina, a noradrenalina e a dopamina.

Agora, já começamos a entender como uma pessoa começa a adoecer de depressão: ela nasce com uma predisposição genética e em um determinado momento de sua vida ela começa a apresentar uma alteração química no cérebro que se expressa em forma de sintomas (o que a pessoa sente).

## **E os fatores psicológicos e ambientais?**

Esses fatores são denominados: **fatores desencadeantes e mantenedores** da depressão. Isso significa dizer que existem fatores que contribuem para iniciar a doença – ou seja, iniciar a alteração química cerebral – e fatores que

contribuem para manter essa alteração, fazendo com que a depressão se torne prolongada e de difícil tratamento.

Os fatores desencadeantes e mantenedores podem, grosso modo, serem classificados em internos ou externos. Os fatores internos estão ligados à pessoa, como sua constituição biológica e psicológica. Por exemplo, um indivíduo com predisposição genética para depressão e com dificuldades de lidar e aceitar frustrações tem uma possibilidade maior de ter depressão. Os fatores externos estão ligados a algumas circunstâncias de vida que podem levar a um risco elevado de depressão.

Conheça os principais fatores internos e externos causadores de depressão:

<b>Fatores familiares</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Fim de uma relação sentimental;</li><li>• Relações conflituosas;</li><li>• Problemas conjugais;</li><li>• Divórcio;</li><li>• Luto.</li></ul>
<b>Separação da Família</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Estar longe de casa;</li></ul>

<p><b>Fatores ligados ao estado de saúde</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Perda da integridade física;</li> <li>● Lesões graves;</li> <li>● Doença crônica;</li> <li>● Doença debilitante;</li> <li>● Doença incapacitante;</li> <li>● Fármacos;</li> <li>● Drogas.</li> </ul>
<p><b>Fatores ligados à violência</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Violência física;</li> <li>● Violência psicológica;</li> <li>● Tortura;</li> <li>● Assalto;</li> <li>● Rapto;</li> <li>● Ataque terrorista;</li> <li>● Prisão;</li> <li>● Viver em ambientes de elevada incidência de criminalidade.</li> </ul>
<p><b>Fatores ligados a acontecimentos vitais</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Testemunha de acontecimentos graves;</li> <li>● Catástrofes naturais;</li> <li>● Acidentes dos quais se sinta culpado;</li> <li>● Acidentes rodoviários ou domésticos.</li> </ul>
<p><b>Fatores ocupacionais</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Tempo de descanso curto;</li> <li>● Problemas com os superiores;</li> <li>● Problemas de carreira;</li> <li>● Dificuldades econômicas;</li> <li>● Dificuldades financeiras.</li> </ul>

É importante ressaltar que esses aspectos, por si só, não determinam a depressão, apenas contribuem para que pessoas predispostas, quando submetidas a essas situações de vida, desenvolvam a doença. Isso explica porque havendo duas pessoas submetidas a um mesmo fator estressor, como por exemplo, uma separação conjugal, uma deprime e a outra não. É a somatória dos fatores genéticos, físicos, psicológicos e sociais que vai determinar a doença. A pessoa não escolhe entrar em depressão, ela não quer a doença, ela apenas desenvolve a depressão a partir da combinação desses fatores.

Nesse momento, já temos o conhecimento para entendermos como uma pessoa adoece. Ela, normalmente, tem parentes com depressão (**predisposição genética**); No decorrer da vida, ela desenvolve traços de personalidade que facilitam a evolução da doença (**fatores psicológicos**: como dificuldade de superar as frustrações, pessimismo e insegurança) e, quando submetidas a eventos desencadeantes (**fatores ambientais**), a doença aparece. Por isso, falamos em doença biopsicossocial.

## **Conheça a história de Maria das Dores**

Maria das Dores (nome fictício) foi minha paciente por muitos anos. Ela chegou ao consultório, em um final de tarde chuvoso, em que eu já encerrava os trabalhos e me preparava para ir para casa. Pediu uma consulta de urgência.

Ao entrar no consultório, notei uma senhora que aparentava 45 anos de idade, andando devagar, cabisbaixa e com cabelos despenteados, maltratados. Ao sentar-se na cadeira, disse: “Doutor, não aguento mais, me ajude”. Então começou a contar sua história e logo observei que, facilmente, caíam lágrimas de seus olhos e que esses evitavam cruzar com os meus, como se estivesse sentindo vergonha por estar ali.

Maria era uma mulher comum, de 40 anos, casada, 2 filhos adolescentes, com jornada tripla, pois trabalhava fora, e ainda tinha que ser mãe e esposa. Começou falando que já fazia um tempo que não mais sentia prazer na vida, que as coisas não tinham mais graça, chorava por qualquer coisa, estava difícil de viver. Dizia:

- Se for para ser desse jeito é melhor não viver.

Queixava-se de insônia, pois já não conseguia dormir e as noites passaram a ser temidas e passadas em claro; tinha perdido quase 10 kg nos últimos meses.

Após alguns segundos de silêncio, questionei sobre pensamentos de morte. Neste momento, seus olhos encontraram-se com os meus. Estavam estatelados, assustados, como se dissessem “como ele sabe disso”? Confessou que frequentemente passava em sua cabeça ideias de morte, não porque queria se matar, mas porque queria acabar com seu sofrimento, e a morte, nesses momentos, era uma solução. Deixei-a falar.

Falou do relacionamento difícil que tinha com o marido:

- Ele é muito duro, de poucas conversas, muito ciumento e possessivo.

Relatou algumas dificuldades financeiras que vinha passando, da sobrecarga de atividades que tinha durante o dia. E os filhos? Perguntei.

- É tudo de bom que ainda tenho na minha vida, é por eles que não faço uma bobagem.

Maria tinha poucos amigos e pouco contato com a família, que morava no Piauí. Sua vida se resumia, conforme suas próprias palavras:

- Eu acordo, trabalho e cuido dos meus filhos. É só.

Calou-se por mais uns segundos, e me perguntou:

- Doutor, o que eu tenho?

Então, comecei a falar de seus sintomas, das circunstâncias de sua vida e das dificuldades que vinha tendo para superar seus problemas. Esses eram os motivos que a traziam ali. Já não conseguia lutar sozinha. Percebi que ao ouvir minhas palavras ela se sentiu mais confortável e seu semblante mudou. Era como se pensasse “será que ele me entende mesmo”?

Então, falei:

- Maria, você está com depressão. Ela respondeu imediatamente:

- Depressão doutor? Mas isso não é frescura das pessoas?

A história de Maria é clássica. Vamos falar um pouco dos sintomas depressivos, das diferenças entre tristeza e depressão e de como a doença se manifesta na vida das pessoas.



# **TRISTEZA OU DEPRESSÃO? EIS A QUESTÃO.**

Para compreendermos melhor a depressão é preciso entender a tristeza. Digo sempre que quando nascemos nós herdamos um pacote de sentimentos e sensações. Nesse pacote está incluso a alegria, a tristeza, o gozo, a raiva, o ódio, a compaixão, o ciúme e todos os outros sentimentos do ser humano. Portanto, apesar de ser desagradável, a tristeza é um fenômeno normal do ser humano. Mas, aqui há um problema. Vivemos em uma sociedade hedonista, na qual o que vale é o prazer. A busca do prazer é o que move as pessoas. Sentimentos como a tristeza não são bem-vindos. Parece que não se permite mais ficar triste. Se um dia estamos tristes, logo ouvimos: “o que está acontecendo que você está triste? Você não pode ficar assim”. Podemos sim, temos esse direito, nascemos assim.

A tristeza nos faz pensar e refletir nossas posturas no mundo, nos faz crescer e amadurecer para não cometermos os mesmos erros. Com ela, nos tornamos mais afetuosos, nos

aproximamos mais uns dos outros. Não é assim em um velório, quando se perde alguém?

É muito comum os psiquiatras atenderem em seus consultórios pessoas tristes, mas não deprimidas. E é cada vez mais frequente as pessoas desejarem antidepressivos para suas tristezas.

Sabia que é possível uma pessoa procurar um médico com as mesmas queixas de Maria das Dores e não ter depressão?

## **A História de Regina**

Regina era uma mulher de 35 anos de idade, casada há dez anos e com dois filhos pequenos. Procurou minha ajuda porque, segundo ela: “estava sofrendo demais”. Foi orientada por uma amiga a consultar um psiquiatra para tomar um “remedinho para se sentir melhor”.

Questionei o que ela estava sentindo. Prontamente respondeu que havia uma semana que passava as noites em claro, não tinha vontade de se alimentar e já tinha perdido cinco Kg. Falou ainda que seus pensamentos estavam muito negativos. Não tinha ânimo para trabalhar, não tinha vontade de sair de casa. Chorava dia e noite. Em seguida, perguntei se tinha acontecido algo importante nos últimos dias. Então,

Regina começou a chorar copiosamente. Com muita dificuldade falou que seu marido sofrera um acidente e estava entre a vida e a morte na UTI de um hospital, sem grandes chances de sobreviver. Disse que o casamento já não vinha bem, mas que o amava.

- Eu estava até bem, mas quando ele se acidentou, minha vida acabou.

- Perguntei se ela já tinha tido depressão em algum momento de sua vida e ela respondeu que não, que sempre foi uma pessoa feliz, cheia de amigos e que gostava de festas. Perguntei também sobre sua história familiar de depressão e ela disse que apenas uma tia distante fazia tratamento para depressão.

Regina estava com depressão? Neste momento ainda não podemos falar em depressão. Regina estava passando por um momento de perda, de extremo sofrimento, mas perfeitamente compatível com que estava vivendo. Regina estava sentindo os sintomas de um luto normal, pois diante de uma possível perda afetiva é esperado que apresentemos sintomas de tristeza e sofrimento.

Vamos aproveitar esta oportunidade para esclarecer um ponto muito importante: a questão do “remedinho

psiquiátrico”. Sempre digo que não existe esse “remedinho”. O que existe é uma medicação que trata uma doença. Portanto, a primeira coisa que temos que avaliar é se uma pessoa está doente ou não. Se estiver doente, qual a doença? Porque é a partir dessas informações é que o médico irá prescrever um tratamento. A medicação psiquiátrica, assim como outras medicações, é algo muito sério. Tem suas indicações, contraindicações, efeitos colaterais e necessita de acompanhamento médico constante.

Por outro lado, o que vamos fazer com Regina? Deixá-la sofrendo, até que este estado se torne uma depressão? Não.

Dizer que uma pessoa não tem depressão, não significa que ela não precise de cuidados. Regina precisa se cuidar para que ela possa superar esse momento sem adoecer. Regina precisará de uma psicoterapia de apoio para se refazer psicologicamente do trauma, precisará de apoio familiar e social, para não se sentir isolada. Neste momento, hábitos de vida saudável, como exercícios físicos e uma dieta equilibrada são importantes para manter a saúde física e mental.

Os sintomas de Regina são bem parecidos com os de Maria. Então, como diferenciamos a tristeza da depressão? Basicamente usamos quatro critérios para fazer a diferença: a intensidade, a duração e a frequência da tristeza; e o

comprometimento funcional que o sentimento está provocando na vida da pessoa. Diante de um evento difícil na vida, espera-se uma resposta adequada dos sentimentos em termos de intensidade, frequência e duração. Por exemplo, quando ocorre uma separação conjugal é normal que as pessoas entrem numa tristeza mais profunda, passem a se sentir sozinhas, perdem o apetite e o sono, emagreçam e podem até pensar em morrer. Mas em um indivíduo sadio, esses sintomas vão melhorando com o tempo. Com o passar das semanas eles vão ficando mais leves, o prazer e o interesse por outras atividades vão voltando ao normal e essa pessoa supera a perda em alguns meses.

Veja que os sintomas foram proporcionais. Seria um equívoco diagnosticar depressão e um erro muito maior seria tomar um antidepressivo. Essa pessoa apenas passou por um momento de perda em sua vida, sofreu, aprendeu, amadureceu e agora, vive bem.

E Maria das Dores? Ela não estaria apenas triste? Vamos analisar em termos dos critérios ditos anteriormente. Maria das Dores já estava há mais de seis meses sentindo aqueles sintomas e, ao invés dos sintomas melhorarem com o tempo, estavam piorando, gerando um sofrimento cada vez maior. As causas do sofrimento não eram compatíveis com a intensidade da tristeza. Todas as áreas da vida de Maria já

estavam comprometidas. Maria não conseguia mais fazer o serviço de casa e só desejava estar na cama. Os pensamentos de morte eram cada vez mais frequentes. Maria estava doente. Maria estava com depressão.

## **Quais são os sintomas mais frequentes da depressão?**

Costumo dizer que não há um paciente deprimido igual a outro. As pessoas adoecem individualmente, com suas características. Porém, há sintomas comuns entre as pessoas que a psiquiatria utiliza para diagnosticar a depressão. Estudos mostram que 97% dos pacientes deprimidos queixam-se de uma diminuição da energia, que resulta em dificuldade para terminar tarefas, comprometimento na escola e no trabalho, além de motivação diminuída para assumir novos projetos.

Cerca de 80 % queixam-se de problemas para dormir e quase 70% pensam em morrer. Portanto, pela alta frequência nos pacientes deprimidos, a diminuição da energia e da motivação, a alteração do sono e pensamentos de morte são alguns dos critérios que utilizamos para diagnosticar depressão.

Conheça os sintomas mais frequentes da depressão, segundo a Classificação Internacional das Doenças ( CID 10):

Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, relatado pelo indivíduo ou observado por outros
Interesse ou prazer acentuadamente diminuídos por todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias
Perda ou ganho significativo de peso quando não está realizando dieta
Insônia ou hipersonolência quase todos os dias
Agitação ou lentificação das atividades motoras ou psíquicas quase todos os dias
Sensação de fadiga ou perda de energia quase todos os dias
Sensação de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada quase todos os dias
Capacidade diminuída para pensar ou concentrar-se quase todos os dias
Pensamentos recorrentes sobre morte (não apenas o medo de morrer)

É importante ressaltar que o diagnóstico de depressão não é uma conta matemática. Não é simplesmente contarmos quantos sintomas a pessoa tem e falarmos que ela tem depressão. É preciso uma avaliação médica psiquiátrica adequada, considerando a história do paciente, os fatores desencadeantes e a investigação de outros sintomas, pois existe a possibilidade deste paciente estar com uma outra doença, como o hipotireoidismo, manifestando em forma de sintomas depressivos. Além disso, é importante que o médico identifique a gravidade da depressão, pois a depender da intensidade dos sintomas e dos prejuízos funcionais e pessoais do paciente, pode-se chegar à internação psiquiátrica, se o paciente estiver em risco.

## **Como a depressão se manifesta na vida da pessoa?**

A depressão é três vezes mais frequente nas mulheres. A idade média do início da doença é entre os 20 e 50 anos e, recentemente, está se observando um aumento da prevalência nos mais jovens. Hoje, sabe-se que a depressão é uma doença crônica, como a hipertensão e o diabetes. O paciente, ao longo da vida, tem a possibilidade de apresentar vários episódios



depressivos, que tendem a ser mais intensos e duradouros, por isso a importância de um diagnóstico precoce e tratamento correto.

## **A depressão pode levar ao suicídio?**

Não há dúvidas de que a depressão pode levar as pessoas ao suicídio. Cerca de 10 a 15% dos indivíduos com depressão cometem o suicídio. As mulheres tentam o suicídio mais frequentemente que os homens, porém os homens se suicidam mais que as mulheres. Isso é explicado pelos métodos mais violentos utilizados pelos homens. Alguns fatores aumentam o risco de suicídio em um paciente deprimido: indivíduos com poucos laços sociais e familiares como os solteiros, separados e viúvos; idade acima dos 45 anos; tentativas de suicídio anterior; sintomas depressivos graves; envolvimento com álcool ou drogas; relutância em aceitar auxílio; perda ou separação recente; e perda da saúde física, entre outros.

Esses dados não são para alarmar ou assustar, mas para mostrar a importância de reconhecermos a depressão como uma doença séria e que muitas vezes traz consequências dolorosas, senão fatal. Por outro lado, o diagnóstico precoce e

o tratamento adequado reduzem consideravelmente o risco de suicídio.

## **A depressão pode causar ou piorar outras doenças físicas?**

A depressão frequentemente coexiste com outras doenças físicas. Ela pode ser a causa de algumas doenças (como as doenças alérgicas) ou pode dificultar o controle de outras como a hipertensão. Pode, ainda, piorar ou impedir a cura de algumas moléstias. Muitos estudos indicam que o tratamento da depressão pode melhorar o curso de uma doença física, como o câncer.

## **Ricardo e sua longa história...**

Ricardo chegou ao meu consultório quando estava completando 23 anos de idade. Veio acompanhado da mãe e do pai, que, muito preocupados, pediram minha ajuda para “tirar o filho daquela escuridão”. A mãe começou a falar. Relatou que Ricardo tinha sido uma criança normal, com comportamento adequado, entrou na escola com a idade certa e não tinha

problemas de aprendizagem, porém era uma criança mais tímida que o normal, com poucos amigos. Enquanto a mãe falava, Ricardo mostrava certa indiferença, olhar fundo e distante, uma aparência entristecida, quase não se mexia na cadeira. A mãe continuou falando que quando Ricardo entrou na adolescência, apresentou sua primeira crise depressiva.

Sem grandes motivos, parou de se alimentar, não queria ir à escola, ficava na cama o dia inteiro e não queria falar com ninguém. Nesta época, como os pais não sabiam do que se tratava, levaram para todo e qualquer tipo de tratamento, até que, após dez meses, Ricardo começou a melhorar.

Com 17 anos, ele voltou a apresentar os mesmos sintomas, porém mais intensos, até que em um dia, quando estava sozinho em casa, se jogou da janela do terceiro andar. Ricardo não morreu, mas teve múltiplas fraturas (nesta altura da consulta eu já tinha percebido que ele tinha uma limitação importante no movimento do braço esquerdo). A partir desse momento, Ricardo iniciou sua história de tratamentos psiquiátricos. Procurou vários especialistas e fez uso de diversos antidepressivos. Ora sentia-se melhor, ora afundava nos sintomas depressivos. Nessa hora, Ricardo interrompeu a mãe e disse:

- Doutor, desde a minha primeira crise depressiva, eu nunca mais fui o mesmo.

Disse que se sentia muito depressivo, sem ânimo, sem vontade de viver. Não via mais graça nas coisas, não tinha mais prazer em nada. Recorrentemente pensava que se estivesse morto, estaria melhor. Ricardo já não mais estudava e passava grande parte do dia deitado em sua cama. Ao ser questionado sobre o uso das medicações, relatou que sempre fez uso conforme a prescrição dos médicos. Além desses sintomas, Ricardo tinha uma forte história familiar de depressão. Sua mãe e pai faziam tratamento para depressão.

Ao final da consulta, fiz uma explanação para a família sobre a doença, suas características e a necessidade de se tentar novos tratamentos, pois as medicações não faziam mais efeito. Indiquei para ele um tratamento chamado Estimulação Magnética Transcraniana (ver capítulo sobre tratamentos) e fiz uma revisão de suas medicações. Ricardo continua sob meus cuidados. Com os novos tratamentos disponíveis, passou a ter crises menos frequentes e mais leves. Voltou a estudar e está se preparando para o vestibular.

Ricardo se conscientizou que tem uma doença como qualquer outra, que precisa ser levada a sério, pois é sua vida e seu futuro que estão em jogo.

# TRATAMENTO DA DEPRESSÃO

## Entendendo as fases da depressão

Quando o médico diz que o tratamento da depressão durará cerca de um a três anos ou que não pode diminuir a dose da medicação, não é um capricho, muito menos um “achismo”. Ele está baseado em dados científicos que sustentam essas decisões.

Para entendermos as fases do tratamento da depressão, é necessário saber as fases da doença, ou seja, como ela se inicia e progride ao longo do tempo. Vejamos a figura abaixo:

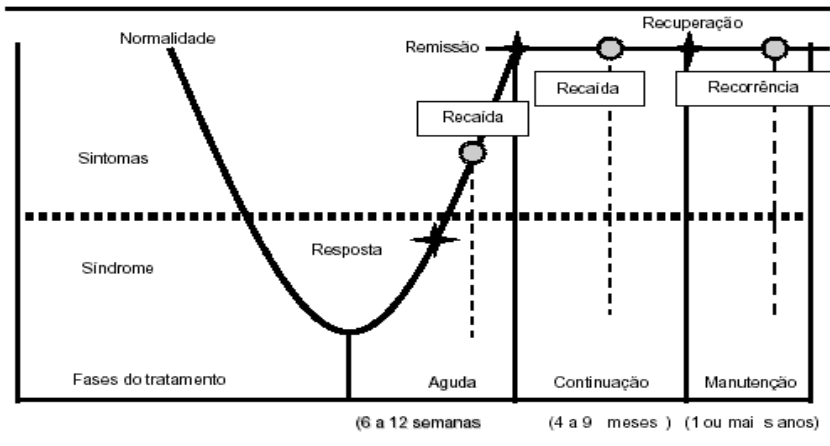


Figura - Fases do tratamento do episódio depressivo.<sup>92</sup>

A pessoa entra em depressão quando seu humor começa a rebaixar. No início, aparecem apenas alguns sintomas, como diminuição da energia e do prazer. Com a evolução da doença, os sintomas vão ficando cada vez mais intensos, aparecem outros, como alteração do sono, do apetite e pensamentos de morte. Esse momento é chamado de fase aguda, que pode durar de 6 a 12 semanas. O sofrimento está intenso, a pessoa não consegue mais fazer suas atividades como trabalhar ou até mesmo sair de casa. Normalmente, é nesta fase que o paciente procura auxílio médico.

Ao iniciar o tratamento, o paciente começa a melhorar. Quando ele atinge uma melhora de 50% na intensidade dos sintomas, dizemos que houve **resposta** ao tratamento. Porém, ele ainda está na fase aguda. Portanto, responder a um tratamento para depressão não é curar os sintomas, mas sim, diminuir a intensidade dos mesmos em 50%.

Com a manutenção do tratamento, o paciente continua melhorando, e ao ser controlado todos os sintomas, falamos, então, que ele atingiu a **remissão**, ou seja, não há mais sintomas. Muitos pensam que o tratamento acaba por aqui, mas este momento é o início de outra fase: **a continuação**. Nesta

fase consolida-se a melhora do paciente e previne-se a **recaída** de sintomas. Se o tratamento for interrompido neste momento, a chance de recaída (volta de alguns sintomas) é **superior a 50%**.

**Após 4 a 9 meses de tratamento da fase de continuação** entramos na fase de **manutenção**. Somente neste momento é que falamos que o paciente está **recuperado**. O objetivo desta fase é prevenir a **recorrência**, ou seja, um novo episódio depressivo.

A duração da **manutenção** depende de vários fatores, sendo o mais importante o **número de episódios depressivos que a pessoa já teve** em sua vida. Por isso, é que o médico pergunta ao paciente quantas vezes ele já esteve deprimido. Para aqueles que estão tendo pela primeira vez, a chance de apresentar um segundo episódio depressivo é de aproximadamente **50%**. Quem está no segundo episódio a chance de se ter um terceiro varia entre 50 a 90%. Quem já teve três ou mais, a chance de continuar a ter depressões é superior a 90%.

Quando uma pessoa tem o primeiro episódio depressivo, seu cérebro sofre, seus neurônios se alteram e ficam mais vulneráveis a um segundo episódio depressivo. A cada depressão, as células nervosas ficam mais sensíveis ao

estresse. Se para o primeiro episódio precisou de um forte fator estressor, como a perda de um familiar ou um acidente, a partir do terceiro, os neurônios entram em falência sem grandes motivos. Então, a duração da fase de **manutenção varia de 1 ano**, para aqueles que apresentam pela primeira vez a doença; **a tratamento contínuo**, para aqueles que já experimentaram vários episódios.

Podemos concluir que a depressão é uma doença séria e que tem a tendência de se cronificar. O tratamento precoce e correto é a única chance que o paciente pode ter para se livrar da doença.

## **Resumo:**

<b>FASE</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Duração</b>
Aguda	Levar à remissão	6 a 12 semanas
Continuação	Levar à recuperação Prevenir a recaída	4 a 9 meses
Manutenção	Prevenir a recorrência	1 ou mais anos.



**Remissão:** ausência de sintomas.

**Recaída:** volta dos sintomas na fase de continuação. Ainda é o mesmo episódio depressivo.

**Recuperação:** Após a fase de continuação. Cura do episódio depressivo.

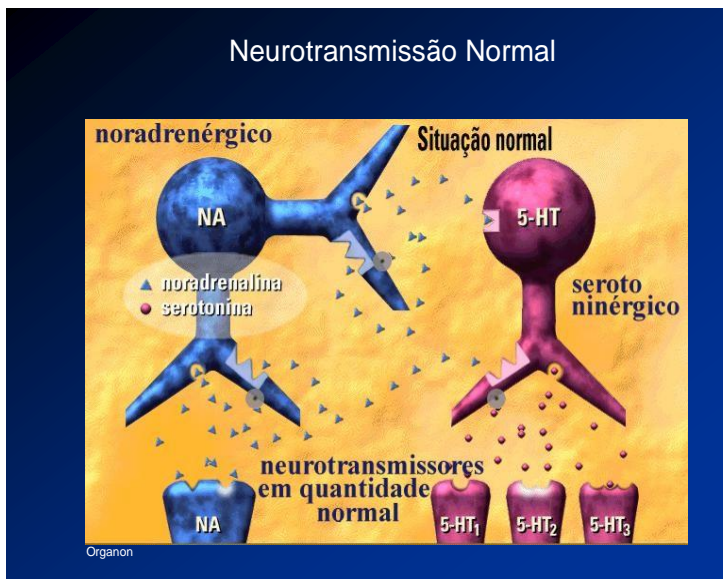
**Recorrência:** Um novo episódio depressivo. Ocorre após a recuperação.

## Como se trata a depressão?

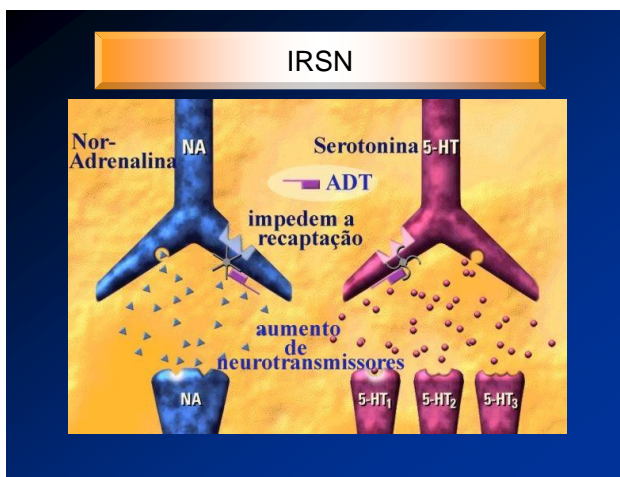
Como vimos anteriormente, a depressão não é uma escolha do indivíduo, muito menos uma falha em seu caráter. Não é uma fraqueza ou falta de fazer alguma coisa. A depressão é uma doença médica, com alteração da química cerebral, comprovada cientificamente por inúmeros estudos e que pode trazer consequências devastadoras para a vida da pessoa e da sua família.

Como a doença tem causas **biológicas, psicológicas e sociais**, o tratamento correto da depressão terá que abordar esses três aspectos. Do ponto de vista biológico, o tratamento mais utilizado no nosso meio é o tratamento com antidepressivos.

Mas, o que um antidepressivo faz? Vamos observar as figuras:



Como visto, na depressão ocorre uma diminuição das substâncias responsáveis pela comunicação entre os neurônios, os chamados neurotransmissores. É a diminuição dos neurotransmissores que é responsável pelo aparecimento dos sintomas como o humor deprimido, a perda do prazer e do interesse pelas coisas. Agora, vamos ver o que acontece quando administramos um antidepressivo:



Na primeira figura temos uma pessoa em depressão, com diminuição dos neurotransmissores serotonina e noradrenalina. Esta pessoa deve estar se sentindo muito deprimida, com pouca energia e sem conseguir sentir prazer, com dificuldade de trabalhar e de fazer as coisas do dia a dia. Quando administramos um antidepressivo (segunda figura), observem o que acontece. Grosso modo, a quantidade de neurotransmissores e de receptores **volta ao normal** nas áreas neurológicas responsáveis pelos sentimentos, fazendo com que a pessoa melhore os sintomas depressivos.

## **Diferenças entre antidepressivos**

Didaticamente, os antidepressivos são classificados de acordo com o mecanismo de ação no cérebro. Por exemplo, existem antidepressivos que modulam apenas a serotonina (conhecidos como inibidores seletivos da recaptção de serotonina); outros modulam a serotonina e a noradrenalina; outros a dopamina e a noradrenalina. Quanto à eficácia, não existe um antidepressivo superior aos demais. Todos são semelhantes quanto ao potencial de melhorar o paciente. Porém, as pessoas podem responder melhor a um

antidepressivo do que a outro, ou o mesmo antidepressivo pode fazer bem a um paciente e a outro não. Estes fenômenos são em decorrência da variabilidade genética entre as pessoas, da capacidade que cada um tem de absorver, distribuir e eliminar as substâncias.

Em relação os efeitos colaterais, os antidepressivos, também, têm uma enorme variabilidade. Uns provocam sono, outros provocam insônia; uns engordam outros ajudam a perder peso; uns prendem o intestino, outros soltam; uns provocam diminuição da libido, outros não.

Esse livro não tem a intenção de formar pessoas em antidepressivos, mas sim de esclarecê-las das diferenças entre eles. Por isso, é muito comum as pessoas tomarem vários tipos de antidepressivos até encontrarem um que mais se adapta. Vejo muitos pacientes desanimarem ao não darem certo com um antidepressivo. A verdade é que esses fenômenos são absolutamente esperados em um tratamento e sempre haverá um antidepressivo que o paciente se adaptará melhor.

## O que fazer com os efeitos colaterais das medicações?

A principal medida contra os efeitos colaterais é evitá-los. Para isso, o médico precisa estar atento às características da doença, do indivíduo e do antidepressivo. A **depressão** em determinadas pessoas provoca insônia, em outras aumentam o sono. Em algumas provoca perda de peso, em outras, ganho de peso. E como já dito anteriormente, existem **medicamentos** que engordam e outros não. Há medicamentos que provocam sono, outros, diminuem o sono. Portanto, o ideal é que o médico associe as características da doença às características das medicações. Então, para uma pessoa que perdeu muito peso na depressão, um antidepressivo que provoque ganho de peso não será efeito colateral, mas sim um efeito desejado. Mas se for administrado um antidepressivo que aumente o sono em um paciente que já está dormindo muito, será um efeito colateral. Portanto, a escolha de um bom profissional é fundamental para a prescrição do antidepressivo mais adequado.

Nos casos em que essas associações não forem possíveis, algumas medidas são úteis:

- Náuseas: se possível, tomar o medicamento junto com as refeições ou dividir em várias vezes ao longo do dia.
- Insônia: evitar cochilos durante o dia; evitar atividades físicas e intelectuais após as 18:00h; Se a medicação dificultar o início do sono, tomá-la no período da manhã.
- Ganho de peso: utilizar a menor dose possível do medicamento que mantenha o paciente bem; estímulo à atividade física e à dieta hipocalórica. Existem medicações que modulam o apetite, mas sempre terão que ser indicadas pelo médico que acompanha o paciente, pois essas medicações têm contra-indicações e efeitos colaterais.

No caso de efeitos colaterais intoleráveis, a troca do medicamento é necessária.

Neste momento, é importante esclarecer que não é porque uma medicação não deu certo que todas as outras não darão. Pelo contrário, é extremamente comum um paciente não melhorar com um determinado antidepressivo e, ao trocarmos, ele começa se recuperar.

## A psicoterapia

Apesar da grande evolução dos antidepressivos e da esperança que eles trouxeram para o tratamento da depressão, não podemos reduzir o ser humano a um monte de moléculas. Se os aspectos psicológicos e sociais não forem tratados, os antidepressivos não serão tão eficazes.

Pessoas deprimidas, com traços de personalidade que alimentam a depressão como: dificuldade de lidar com problemas, dificuldade de aceitar perdas, pessoas que tendem a se colocar como vítimas da vida ou as pessimistas generalizadas, precisam ser submetidas a um acompanhamento psicológico para tratar esses fatores, para se tornarem pessoas mais adaptadas psicologicamente e menos vulneráveis ao adoecimento psíquico.

Há inúmeras técnicas de psicoterapia que podem ajudar o paciente, como a Terapia Cognitivo Comportamental, a Psicanálise, a Psicoterapia de Apoio, dentre outras. Muitos acreditam que só a medicação ou só a terapia é suficiente no tratamento da depressão, porém, pesquisas recentes têm mostrado que a **associação** do tratamento medicamentoso com psicoterapia é mais eficaz do que o uso isolado do antidepressivo ou somente fazer psicoterapia.



Os aspectos sociais são tão importantes quanto a medicação e o acompanhamento psicológico. Não há remédio que melhore um paciente que esteja vivendo em um ambiente familiar conflituoso, com pouco diálogo e pouco apoio para os momentos difíceis da vida, em que as pessoas estão próximas fisicamente, mas distantes afetivamente. As pessoas estão cada vez mais isoladas, sozinhas, com dificuldades de compartilhar seus sentimentos, por falta de tempo ou simplesmente por falta de pessoas que se interessam em ouvi-las.

Maria das Dores, minha paciente, um dia me disse: “me sinto sozinha no meio de um monte de gente”. Maria tinha muitos amigos no trabalho, era casada e tinha filhos, mas não tinha pessoas que se interessavam por ela. Esse sentimento de solidão vai corroendo as pessoas aos poucos, minando suas forças, deixando-as cada vez mais vulneráveis. Um prato cheio para a depressão. E se esses aspectos não forem abordados no tratamento, a medicação, novamente, não será tão eficaz.

Quando entendemos a depressão como uma doença biopsicossocial, fica mais fácil compreendermos porque ela é uma das doenças mais prevalentes no mundo. Não é apenas uma questão da “doença da moda”, em que todo mundo está deprimido. Mas sim, por se tratar de uma doença que além associada a causas químicas, é alimentada pela desagregação

da estrutura social e familiar. Precisamos de momentos para compartilhar nossas vidas. Precisamos cultivar relacionamento sociais saudáveis e apoiadores..

## **Acupuntura**

A acupuntura é um dos componentes da medicina tradicional chinesa. Foi reconhecida como especialidade médica, no Brasil, em 1995. Entre os efeitos clínicos da acupuntura destacam-se: o analgésico, relaxante muscular, sedativo/hipnótico, antidepressivo, antiinflamatório, promotor da imunidade, estimulante da reparação e cicatrização teciduais, entre outros.

Nas últimas décadas, a ciência ocidental vem produzindo muitos estudos sobre o efeito da acupuntura na depressão. Estudos neurológicos de imagem mostraram um aumento da atividade cerebral em algumas regiões que pode estar relacionado à depressão. Alguns estudos apontam uma eficácia semelhante aos antidepressivos.

Porém, como em todos os outros tratamentos, algumas pessoas não vão responder bem ao tratamento com acupuntura, necessitando de outros métodos de tratamento para depressão.

## **Exercícios físicos**

Estudos recentes sugerem que a atividade física pode ser considerada eficaz, tanto na prevenção, quanto no tratamento da depressão, principalmente nos idosos.

Os benefícios propiciados pela atividade física são inúmeros. Dentre eles, destacam-se: melhora no condicionamento físico; diminuição da perda de massa óssea e muscular; aumento da força, coordenação e equilíbrio; redução da incapacidade funcional, diminuição da intensidade dos pensamentos negativos e das doenças físicas; e promoção da melhoria do bem-estar.

## **Atividade física como prevenção de depressão**

A relação de causa e efeito entre depressão e atividade física continua sem consenso. Será que é a falta de atividades físicas que causa depressão ou é a própria depressão, que ao longo do tempo, vai diminuindo a vontade do indivíduo de praticar exercícios físicos?

Lampinen e Heikkinen (2002), após oito anos de pesquisas com 663 participantes com 65 anos ou mais, encontram

que a atividade física pode prevenir a manifestação de sintomas depressivos e manter a auto-estima em idosos

*Lampinen, P., & Heikkinen, R-L. (2002). Gender differences in depressive symptoms and self-esteem in different physical activity categories among older adults. Women in Sport and Physical Activity Journal, 11, 171 – 197.*

Van Gool e colaboradores (2003), ao analisar 1.920 idosos ao longo de seis anos, verificaram que aqueles que se tornaram depressivos tendiam mais ao sedentarismo do que aqueles sem depressão. Portanto, nos idosos, independentemente de causa e efeito, o estudo indicou uma associação entre depressão e atividade física.

*Van Gool CH, Kempen GI, Penninx BW, Deeg DJ, Beekman AT, van Eijk JT. Relationship between changes in depressive symptoms and unhealthy lifestyles in late middle aged and older persons: results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. Age Ageing. 2003;32(1):81–7.*

Em um estudo prospectivo, Pinto Pereira, Geoffroy e Power (2014) concluíram que a relação entre atividade física e sintomas depressivos tem duas direções. Assim, fazer exercícios pode amenizar os sintomas depressivos nas pessoas e, por outro lado, a ocorrência desses sintomas (principalmente em jovens adultos), funcionaria como uma barreira para a prática da atividade física.

*Pinto Pereira, S. M., Geoffroy, M. C., & Power, C. (2014). Depressive symptoms and physical activity during 3 decades in adult life: Bidirectional associations in a prospective cohort study. JAMA Psychiatry.*

## **Qual a prescrição ideal de atividades físicas na depressão?**

O Colégio Americano de Medicina Desportiva preconiza atividade aeróbica de intensidade de 40 a 60% da frequência cardíaca de reserva, com duração de 20 minutos e por três vezes por semana.

*A frequência cardíaca de reserva ( $FC_{reserva}$ ) é a diferença entre a frequência cardíaca máxima e a frequência cardíaca de repouso.*

Os artigos de revisão concluem que atividades como caminhada e corrida são os tratamentos mais utilizados para níveis graves de depressão.

Tendo em vista que a maioria dos pacientes depressivos é sedentária, preconiza-se a frequência de duas a quatro vezes por semana de atividades físicas. É necessária a realização de reavaliações funcionais no período entre 10 e 12 semanas de treino, para adequar a intensidade do exercício às melhoras do condicionamento físico.

## **A Estimulação Magnética Transcraniana – o mais novo tratamento para depressão.**

Apesar de toda a evolução que ocorreu no tratamento da depressão, ainda nos deparamos com pacientes que não se beneficiam das descobertas e dos novos tratamentos, porque não respondem às inúmeras opções disponíveis. São os chamados **pacientes resistentes ao tratamento**, pessoas que recebem o diagnóstico de depressão, iniciam o tratamento de forma correta, experimentam várias medicações, mas não melhoram. Cerca de 30% dos pacientes deprimidos vão se encaixar nesse perfil. Isso é muito alto, se considerarmos que a depressão tem uma prevalência em torno de 10% na população.

As principais pesquisas no mundo estão focadas nesse grupo de pacientes e foi, neste contexto, que surgiu a Estimulação Magnética Transcraniana (EMT).

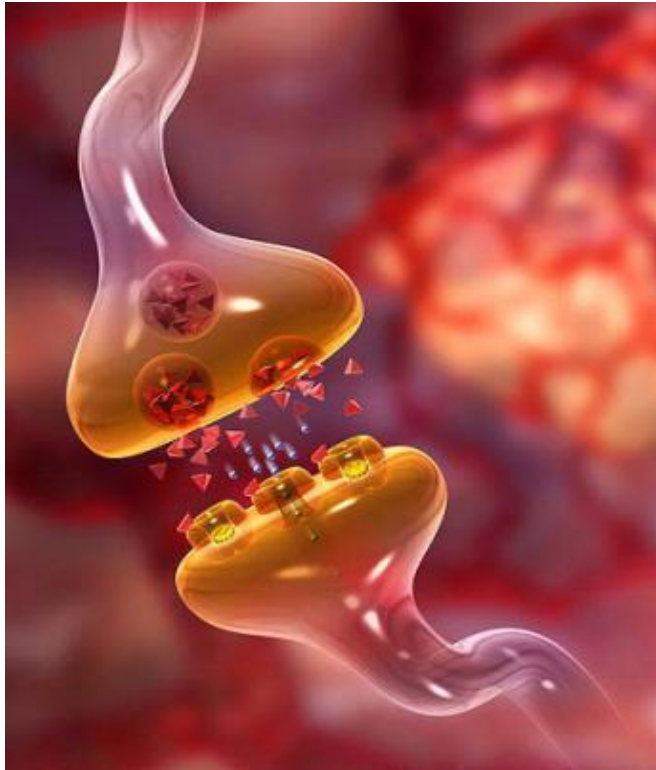
## **Como funciona a Estimulação Magnética Transcraniana**

A Estimulação Magnética Transcraniana tem base em dois conhecimentos: o funcionamento cerebral e o eletromagnetismo.

### **O funcionamento cerebral:**

Nós já vimos que todo o funcionamento cerebral depende da comunicação entre os neurônios, que é feita através dos neurotransmissores. Porém, nem sempre foi assim. Antigamente, acreditava-se que os neurônios se comunicavam diretamente, como os fios elétricos. Somente após décadas de pesquisas é que se descobriu que existe um espaço entre os neurônios, chamado de sinapse ou fenda sináptica e que a comunicação entre eles se dá por meio de estímulos físico-químicos.

A primeira prova que os neurônios se comunicavam através de substâncias químicas foi produzida em 1929, por Otto Loewi. Este pesquisador descobriu que na fenda sináptica havia liberação de pequenas quantidades de uma substância química. Estas substâncias passaram a ser conhecidas como neurotransmissores.



Na década de 40, foi descoberto que o neurônio, ao receber o estímulo químico na fenda sináptica, através de seus receptores, passa por uma série de alterações que gera uma corrente elétrica em seu interior. Esta corrente elétrica percorre esse neurônio, e ao chegar na próxima fenda sináptica, libera novos neurotransmissores, que vão se ligar a novos neurônios,



dando continuidade ao estímulo neuronal. Por isso dizemos que a linguagem que o cérebro entende é a elétrica e a química.

Hoje, são conhecidos mais de 100 neurotransmissores, dentre eles a serotonina, a noradrenalina e a dopamina.

## **O eletromagnetismo**

### **A lei de Faraday ou Indução Eletromagnética:**

Oersted e Ampère comprovaram que correntes elétricas são capazes de gerar campos magnéticos. Faraday, baseado nesses estudos, começou a investigar o fenômeno contrário, no qual campos magnéticos induziam correntes elétricas em meio condutor. Faraday descobriu que uma corrente elétrica temporária era registrada no galvanômetro (aparelho para medir correntes elétricas) quando o campo magnético sofria uma variação. Esse efeito de indução de uma corrente elétrica em um meio condutor, causado pela presença de um campo magnético, é chamado de **indução eletromagnética**.

Concluindo: uma corrente elétrica variável produz um campo magnético ao seu redor. Esse campo magnético, quando em contato com algum meio condutor de energia, induzirá uma corrente elétrica.

## **Unindo os dois conhecimentos:**

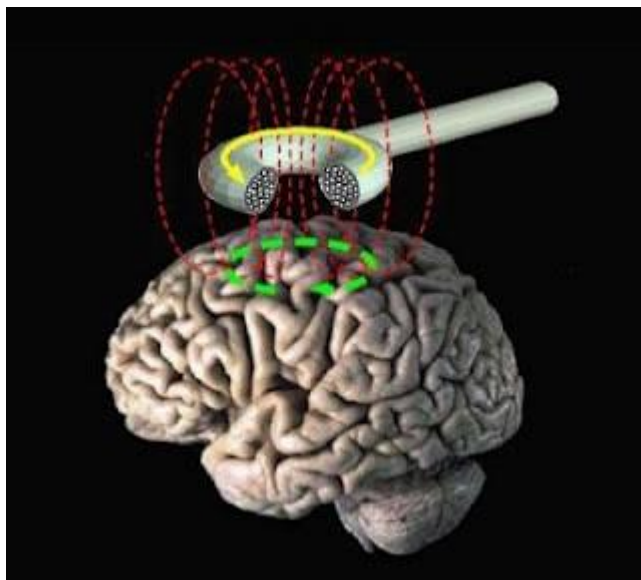
### **Funcionamento cerebral e Lei de Faraday**

Como vimos anteriormente, a linguagem que o cérebro entende é a elétrica (através dos impulsos elétricos) e a química (através dos neurotransmissores). É através desses estímulos que conseguimos acordar, comer e sorrir. Tudo o que acontece na nossa vida é reflexo de reações químicas e estímulos elétricos no cérebro.

A lei de Faraday diz que um campo magnético variável é capaz de induzir corrente elétrica em um meio condutor. Ora, o cérebro é um meio condutor! Ou seja, é um meio capaz de conduzir corrente elétrica. Esta é a chave para entender como a Estimulação Magnética transcraniana funciona.

Um aparelho produz correntes elétricas que, ao passarem por uma bobina de metal, geram um campo magnético no centro dela. Se encostarmos essa bobina na cabeça da pessoa, esse campo magnético penetrará no couro cabeludo e no crânio e chegará ao tecido cerebral. Como o cérebro é um meio condutor, pequenas correntes elétricas serão induzidas nos neurônios, fazendo com que eles sejam estimulados. O resultado da

estimulação neuronal será um aumento da liberação de neurotransmissores como serotonina e dopamina, aumento do fluxo sanguíneo e do metabolismo cerebral para algumas regiões. Clinicamente, essas alterações serão responsáveis pela melhora dos sintomas depressivos.



Na figura acima, em amarelo está representada a corrente elétrica que passa na bobina.

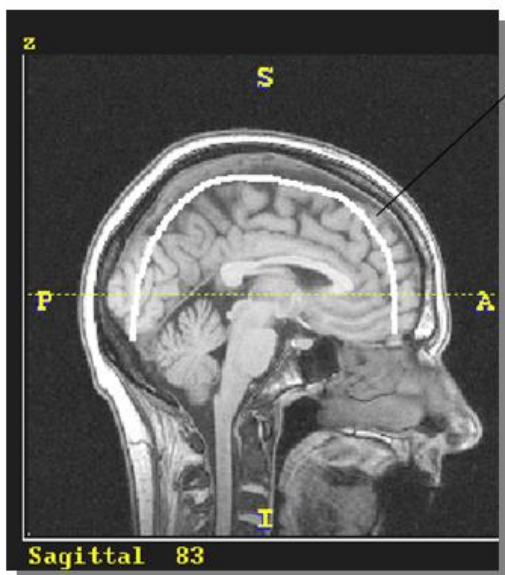
Em vermelho, o campo magnético que atravessa o crânio.

Em verde, a corrente elétrica induzida no tecido cerebral, ativando ou inibindo os neurônios.

## Profundidade da penetração

As bobinas comuns têm uma penetração de até 2 cm

**Profundidade – 2cm**



## **Estimulando ou inibindo o cérebro.**

Chegamos a tal ponto que, dependendo da frequência utilizada, podemos aumentar ou diminuir o funcionamento cerebral. Frequências elevadas estimulam a atividade cerebral e frequências baixas, inibem-na. Isso é extremamente importante, porque algumas doenças se manifestam pela diminuição da atividade cerebral em algumas regiões e outras, pelo aumento da atividade.

Ora, se estimularmos as regiões hipoativas e/ou inibirmos as hiperativas, podemos atingir o equilíbrio cerebral, fazendo com que as funções mentais voltem ao normal. Dentro dos limites de penetração do campo magnético, atualmente, é possível estimularmos ou inibirmos qualquer região cerebral.

## **Estimulação Magnética Transcraniana e Depressão**

Primeiramente, para tentarmos tratar a depressão com a estimulação magnética, algumas perguntas se impõem. Onde vamos aplicar o campo magnético? Vamos inibir ou estimular a atividade cerebral? Por quanto tempo?

Na década de 90, os primeiros estudos sobre a fisiopatologia da depressão começaram a ser publicados. Evidenciou-se que os sintomas depressivos estariam relacionados com a diminuição da atividade de uma região cerebral chamada de **Córtex pré-frontal esquerdo**.

A partir desses estudos, os pesquisadores começaram a fazer o seguinte questionamento: se a causa da depressão envolve a diminuição da função do córtex pré-frontal esquerdo, será que se estimularmos essa região, haverá melhora dos sintomas depressivos?

## **Pesquisas com Estimulação Magnética Transcraniana na depressão**

Após centenas de estudos publicados mostrando a eficácia da estimulação magnética transcraniana no tratamento da depressão, em 2006, o FDA (Sigla em inglês para Food and Drug Administration - órgão americano responsável pela regulamentação de tratamentos médicos nos EUA) supervisionou uma pesquisa para avaliar a eficácia, a segurança e a tolerabilidade deste novo método para tratamento da depressão.

O estudo foi feito com 164 pacientes com diagnóstico de depressão resistente, divididos em grupo controle e grupo placebo. As conclusões do estudo foram as seguintes:

### **Segurança e Tolerabilidade:**

- Não há efeitos sistêmicos como ganho de peso, disfunção sexual (como diminuição da libido e retardo de ejaculação), sedação ou náuseas;
- Não há efeitos adversos na concentração e na memória;
- Não houve convulsões;
- Não há interações medicamentosas;
- O principal efeito colateral foi dor de cabeça (menos de 3%);
- A taxa de abandono do tratamento foi de menos de 5%

Como decorrência desses resultados, em outubro de 2008, o FDA aprovou o tratamento com estimulação magnética transcraniana para depressão, considerando o método seguro e eficaz.

Portanto, a estimulação magnética transcraniana é o mais novo instrumento terapêutico, aprovado cientificamente, para a depressão resistente, sendo uma esperança para aqueles

pacientes que, apesar do tratamento medicamentoso, não melhoram. Enquanto o tempo para se ter efeito antidepressivo varia de 3 a 4 semanas com o uso de medicações, com a estimulação eletromagnética, o paciente começa a melhorar já na primeira semana.

Além dos pacientes com depressão resistente, o uso da estimulação magnética apresenta-se como uma alternativa eficaz para: acelerar a melhora do paciente que se encontra gravemente deprimido; uso em grávidas, pois muitos antidepressivos não podem ser utilizados na gravidez; em pacientes intolerantes - aqueles que não conseguem tomar medicamentos devido aos fortes efeitos colaterais e; em pacientes que resistem a tomar remédios.

## **Como é feito o tratamento?**

Após uma avaliação psiquiátrica, em que serão consideradas as condições do paciente que podem contraindicar o tratamento, o paciente será submetido às sessões de estimulação. Normalmente, o paciente comparece diariamente ao consultório. Não é preciso jejum ou qualquer outra preparação antes da aplicação. O paciente senta-se em uma poltrona, onde será es-



estimulado. O médico localizará a área de aplicação e uma bobina será colocada exatamente sobre esta área. Ao ligar o aparelho, uma série de pulsos eletromagnéticos serão emitidos pela bobina, penetrando no crânio e estimulando os neurônios. Não é necessário anestesia, pois o paciente não sente dor. Após a sessão, a pessoa está liberada, sem nenhuma restrição (não há sedação).

## **Outras indicações psiquiátricas**

A estimulação magnética transcraniana vem sendo estudada para vários outros transtornos psiquiátricos. Destacam-se os estudos no transtorno obsessivo compulsivo (Gomes e cols, 2012), no tratamento da síndrome de Tourette (Mantovani e cols, 2006), no transtorno de pânico (Mantovani e cols, 2013), transtorno de estresse pós-traumático (Isserles e cols, 2013) e esquizofrenia (Wolwer e cols, 2014).

*GOMES, Pablo V. O. ; Brasil-Neto, Joaquim ; Allam, Nasser ; SOUZA, E. R. . A randomized double-blind trial of repetitive transcranial magnetic stimulation in obsessive -compulsive disorder with three months follow-up. The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences (Print)*

*Mantovani A, Lisanby SH, Pieraccini F, Ulivelli M, Castrogiovanni P, Rossi S. Repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) in the treat-*

*ment of obsessive-compulsive disorder (OCD) and Tourette's syndrome (TS). Int J Neuropsychopharmacol. 2006.*

*Mantovani A, Aly M, Dagan Y, Allart A, Lisanby SH. Randomized sham controlled trial of repetitive transcranial magnetic stimulation to the dorsolateral prefrontal cortex for the treatment of panic disorder with comorbid major depression. J Affect Disord. 2013.*

*Isserles M, Shalev AY, Roth Y, Peri T, Kutz I, Zlotnick E et al. Effectiveness of deep transcranial magnetic stimulation combined with a brief exposure procedure in post-traumatic stress disorder—a pilot study. Brain Stimul. 2013.*

*Wolwer W, Lowe A, Brinkmeyer J, Streit M, Habakuck M, Agelink MW, et al. Repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) improves facial affect recognition in schizophrenia. Brain Stimul. 2014.*

## **DERRUBANDO MITOS**

### **— Não vou ao psiquiatra porque ainda não estou louco!**

O primeiro mito que temos que derrubar é o preconceito. A psiquiatria não é só para os loucos. Se entendermos a loucura como um comprometimento da razão e do pensamento, muitas doenças psíquicas não afetam essas funções. Pelo contrário, na maioria das vezes, o paciente deprimido está com a razão perfeita, mas com um sofrimento intenso. Ele resiste em procurar ajuda por se achar normal, mas o que ele não entende é que quando seu humor está alterado, ele já não está mais "normal".

Como mostrado neste livro, a depressão é uma doença, assim como qualquer outra, que precisa de tratamento médico especializado. Ir ao psiquiatra não é um atestado de loucura, mas sim, um lugar em que o paciente vai ser ouvido, suas queixas vão ser levadas em consideração e será feita uma avaliação de todas as suas funções mentais, que inclui o humor, a atenção, a memória, o pensamento, a vontade, o afeto, a concentração, dentre outras. Se tiver alguma alteração, será feito um diagnóstico e proposto um tratamento, como ocorre em qualquer outra especialidade médica.

### — **Remédio psiquiátrico é forte demais!**

Costumo dizer que toda medicação é boa, se usada de forma correta e supervisionada pelo médico. Uma medicação psiquiátrica, apesar de ser considerada um psicotrópico, por agir no sistema nervoso central, não é mais forte que um antibiótico ou que um remédio para hipertensão. Quando prescrevemos uma medicação, sabemos o que ela vai fazer no organismo, quanto tempo dura seus efeitos e como ela vai ser eliminada.

Os efeitos colaterais não são sinônimos de remédio forte, pois a tolerância ao remédio está mais relacionada ao indivíduo (suas características genéticas) do que com a medicação em si. Na maioria das vezes, o paciente pode tomar as medicações e ter uma vida absolutamente normal.

Concluo dizendo que não há remédio forte ou fraco, o que há é o remédio necessário para controlar a doença.

## **— Não vou ao psiquiatra porque não quero ficar dependente desses remédios!**

Primeiramente, temos que entender o que é o fenômeno da dependência química. Estamos dependentes de uma substância quando:

- Precisamos tomar doses cada vez maiores, porque a dose inicial não faz mais efeito (tolerância);
- Ao interromper abruptamente o uso do medicamento ou diminuir seu consumo aparecem sintomas de abstinência (tremores, mal-estar, náuseas, sudorese, por exem-

plo) que levam o indivíduo a usar continuamente a substância;

- Temos dificuldade em controlar o consumo;
- Mesmo sabendo do malefício do uso, não conseguimos parar de utilizar.

Apesar de existirem outros sintomas que caracteriza a dependência, esses são suficientes para derrubamos o mito.

As medicações psiquiátricas são classificadas de acordo com seu mecanismo de ação. Portanto, temos **os antidepressivos, os estabilizadores de humor, os antipsicóticos e os calmantes (" tarja preta")**.

Vamos analisar cada classe separadamente. Os antidepressivos, os estabilizadores de humor e os antipsicóticos não provocam tolerância, pois a pessoa não tem necessidade de aumentar a dose frequentemente para atingir os efeitos iniciais. O que acontece é que, no início do tratamento, o médico está avaliando a dose necessária para controlar os sintomas e, às vezes, é necessário aumentá-la para atingir o controle da doença.

Uma vez atingida a dose necessária para controlar os sintomas, o remédio não perderá o efeito. Esses medicamentos

também não provocam abstinência e os pacientes não têm dificuldades de controlar o consumo. Estes medicamentos, também, não provocam abstinência e os pacientes não têm dificuldades em controlar o consumo.

Já com os **calmantes**, é diferente. Eles provocam os fenômenos da tolerância e da abstinência. Por isso, é muito comum as pessoas necessitarem de doses cada vez maiores para dormirem ou se acalmarem com esses remédios. Esses medicamentos são popularmente conhecidos como “tarja preta”, por serem de alto risco de dependência.

Concluindo: tanto os antidepressivos como os calmantes precisam ser prescritos por médicos especializados e necessitam de acompanhamento regular. **Os antidepressivos não causam dependência.** Os calmantes têm alto risco de provocar dependência. Por esse motivo, esse últimos merecem ainda mais atenção, a fim de prevenir a dependência. Os calmantes, quando bem utilizados, são excelentes medicações no controle de alguns sintomas.

## — Os remédios psiquiátricos deixam as pessoas sonolentas!

Nem sempre. A luta que os laboratórios farmacêuticos travam entre si para produzirem as melhores medicações, provocou uma verdadeira revolução na psiquiatria. Realmente, os medicamentos mais antigos provocavam muita sonolência, dando a impressão de que o paciente estava constantemente sedado. Porém, hoje é diferente. Temos antidepressivos que não provocam nenhum tipo de sedação, melhor ainda, temos alguns medicamentos que estimulam o paciente, melhorando a sonolência diurna que alguns sentem.

## — Remédios psiquiátricos engordam!

Nem sempre. É verdade que há alguns antidepressivos que engordam, indicados principalmente para aqueles pacientes que perdem muito peso na depressão. Porém, atualmente, existem várias classes de antidepressivos que não engordam, ou mesmo com pouquíssimos efeitos colaterais.

É possível tomar um antidepressivo sem que ele interfira no peso do paciente ou, até mesmo, um remédio que o ajude

a emagrecer! (veja mais sobre os efeitos colaterais das medicações, no capítulo “Como se trata a depressão”).

**— “Você tem saúde, tem uma família, não te falta nada, porque você está deprimida? Você não tem motivos para ficar assim”!**

O objetivo principal deste livro é convencer as pessoas de que a depressão não é uma escolha do indivíduo. Ninguém fica deprimido porque quer ou porque “não tem nada para fazer”. Como visto, a depressão é uma doença, como qualquer outra, com causas biológicas, genéticas e psicológicas. Precisa de cuidados apropriados e, se não tratada, pode trazer complicações sérias aos pacientes.

Para derrubar este mito, faço outra pergunta: Você é tão jovem, bonita, não te falta nada, por que você teve diabetes (ou hipertensão, esclerose múltipla, hipotireoidismo, etc...)? Você não tinha motivos para isso!



— **“Doutor, vou ter que tomar esse remédio a vida inteira”?**

Depende. A cada episódio depressivo que a pessoa tem, aumentam-se as chances de ter novos episódios. A doença vai deixando a pessoa cada vez mais vulnerável a ter crises depressivas. Portanto, na primeira crise é possível a pessoa ser medicada por apenas um ano e depois receber alta. Mas, quanto mais episódios depressivos a pessoa tem, maior será o tempo de manutenção (ver sobre as fases da Depressão no Capítulo “Tratamento da Depressão”), pois mais vulnerável estará a pessoa a ter novos episódios.

Explico às pessoas que o remédio psiquiátrico não é um inimigo a ser vencido. Os pacientes psiquiátricos ouvem com frequência a seguinte frase: “você ainda está usando isso?” Ensino aos pacientes que, ao invés de se questionarem se têm que tomar remédio por toda a vida, penem diferente: “ainda bem que há um remédio para eu tomar e controlar minha depressão!” Pois, se vivêssemos há 80 anos, não havia nada a ser feito pelos pacientes depressivos. A solução era colocá-los em manicômios.

## **— Toda vez que eu tento parar de tomar o remédio, eu passo mal!**

Algumas pessoas sentem-se mal com a interrupção do tratamento. Se não é abstinência, o que é isso? Esse fenômeno é conhecido como **Síndrome de Interrupção**, **Síndrome da Retirada** ou **Síndrome da Descontinuação** do medicamento. Ao interrompermos o antidepressivo de forma súbita, alguns sintomas podem aparecer devido à ausência da medicação no sistema nervoso central. Esses sintomas melhoram com o passar dos dias. A melhor forma de evita-los é promover a retirada gradual do medicamento, o que minimizará os efeitos da Síndrome de Interrupção. Alguns antidepressivos provocam mais esses sintomas do que outros, por isso, o paciente não deve parar de tomar a medicação sem antes falar com seu médico.

## **— Toda vez que eu vou ao médico, ele aumenta a dose do remédio.**

Como vimos, o objetivo do tratamento da depressão é a remissão dos sintomas e a prevenção de novos episódios. O

ajuste da dose é para atingir essas metas. A doença se manifesta em graus de gravidade diferentes, o que exige doses diferentes. Além disso, cada organismo tem um metabolismo próprio, ou seja, a capacidade de absorver, distribuir e eliminar as medicações é diferente entre os indivíduos. Por isso não se pode comparar as doses dos medicamentos entre as pessoas. Cada paciente terá a dose que for necessária para o controle dos sintomas.

## **— Porque meu colega deu certo com um tratamento e o mesmo remédio não deu certo para mim?**

Isso é extremamente comum na psiquiatria. Não existe uma pessoa igual à outra. Tanto os efeitos terapêuticos, quanto os efeitos colaterais vão depender da relação entre o indivíduo e a substância. Uma medicação pode ser extremamente eficaz para um e não ter nenhum efeito para outro paciente.

## — **Porque é tão comum ficar trocando de antidepressivo?**

Assim como não existe uma pessoa igual à outra, não existe um remédio igual ao outro. Ainda que levemos em consideração o perfil da pessoa e do medicamento, é quase impossível prevermos todas as reações que uma pessoa pode ter a um determinado antidepressivo. Por isso, **principalmente no início do tratamento**, a visita regular ao médico é essencial para acharmos rapidamente a medicação e a dose adequada para o tratamento.

## **Há uma luz no início do túnel**

Esse título significa que não precisamos mais deixar as pessoas afundarem na depressão para buscar ajuda. Vimos que, quanto mais precoce for o tratamento, maior será a chance da pessoa de se recuperar completamente e até deixar de tomar as medicações.

Hoje, o sofrimento pode ser abreviado logo no início da doença, graças à evolução dos tratamentos, como o surgimento

de antidepressivos modernos, quase sem efeitos colaterais e outros métodos de tratamentos como a estimulação magnética transcraniana. Esconder a depressão ou privar alguém do tratamento por achar que não é uma doença, só piora as possibilidades de a pessoa vir a ter uma vida normal, com toda sua capacidade de sentir prazer e alegria.