



Doenças do Humor –Depressão

Por: **João César-Mousinho Queiroz - Terapeuta Responsável - CRP/SP-06/21.371-0**

Há várias décadas a gravidez é cada vez mais fruto de planejamento, pelo que se trata quase sempre de um período muito desejado pelo casal. Atualmente a primeira gravidez surge depois da conclusão do percurso acadêmico consolidação profissional e financeira e estabilidade emocional. Mas esta idealização pode culminar numa indesejável depressão pós-parto. A depressão durante a gravidez tem recebido pouca atenção, pelo que é ainda uma realidade pouco conhecida. Por se tratar de um período em que os cuidados estão centrados na formação do filho, os sintomas depressivos são muitas vezes ignorados. Aquele momento tão sonhado/ preparado é aparentemente incompatível com esta perturbação. Para algumas mulheres, a vergonha acaba mesmo por comprometer o pedido de ajuda especializada. Pior do que isso: com receio de que o profissional possa prescrever-lhes medicação antidepressiva (em relação à qual há ainda muita controvérsia), muita mulheres esconde o problema. Estes medos prendem-se com a hipótese de os medicamentos poderem afetar o normal desenvolvimento do seu filho (a) e acabam por demorar a buscar a outras alternativas terapêuticas, como a Psicoterapia. Hoje sabemos que o impacto deste isolamento é muito mais abrangente do que se poderia pensar, já que não é só a saúde da mulher que é afetada pela ausência de resposta aos sintomas depressivos. A depressão durante a gravidez duplica o risco de parto prematuro e esse risco cresce em função da severidade dos sintomas.

A depressão pós-parto(DPP) é um importante problema de saúde pública, afetando tanto a saúde da mãe quanto o desenvolvimento de seu filho. A manifestação desse quadro acontece, na maioria dos casos, a partir das primeiras quatro semanas após o parto, alcançando habitualmente sua intensidade máxima nos seis primeiros meses. Os sintomas mais comuns são desânimo persistente, sentimentos de culpa, alterações do sono, idéias suicidas, temor de machucar o filho, diminuição do apetite e da libido, diminuição do nível de funcionamento mental e presença de idéias obsessivas ou supervalorizadas. Alguns sintomas físicos podem ser observados como alterações gastrintestinais, intestino preso ou solto, boca ressecada, dores de cabeça, insônia, alterações de apetite e perda do interesse por sexo. É uma doença incapacitante que só se resolve com uso de medicações antidepressivas e com acompanhamento psiquiátrico e psicológico. Não há como saber se uma mulher terá ou não depressão pós-parto. Algumas mulheres merecem maior atenção, como as que já tiveram algum tipo de depressão, que na gravidez anterior apresentaram depressão pós-parto, que não desejavam a gravidez ou passaram por momentos difíceis durante a gestação e podem colocar a culpa nos bebês. Pré-Natal - Como sempre, o pré-natal é sinônimo de gravidez tranqüila. Saiba por quê. A prevenção da depressão pós-parto é possibilitar uma gravidez tranqüila e uma mãe segura. Para tanto, a mamãe precisa de um bom pré-natal onde possa tirar suas dúvidas, ter orientações e realmente ter a certeza que está tudo bem com ela e com seu bebe, apoio familiar, principalmente do marido e um planejamento para a gravidez e pós-parto evitando ansiedade, cansaço e sentimento de culpa e incapacidade. tratamento deve ser individualizado de acordo com a gravidade clínica.

A primeira opção é a prevenção. Isso é suficiente para a maior parte dos quadros psiquiátricos do pós-parto. Estudos recentes identificaram a existência de medidas pré e pós-parto eficaz na redução do número de mulheres "de maior risco". Após a identificação de tais subgrupos de mulheres, deve-se oferecer educação, psicoterapia de apoio e até medicação quando bem indicada e orientada. Qualquer tratamento deve envolver equipe multidisciplinar, com o obstetra, o psiquiatra e o psicólogo. O enfoque é sempre o biopsicossocial, como em todos os transtornos mentais. Pais e familiares devem também ser orientados. Todas as medicações administradas às mães durante a lactação, podem ser excretadas no leite materno. A quantidade observada no leite materno, entretanto, é geralmente pequena e considerada de risco mínimo para o bebê. A exposição ao agente psicotrópico (medicação) também pode ser minimizada se a mãe ingerir o medicamento logo depois de completada a amamentação. Os psicofármacos (antidepressivos) tendem a se concentrar no leite materno obtido entre 7 e 10 horas após a sua ingestão. O leite obtido neste período deve ser descartado. Entre os medicamentos considerados mais seguros estão tanto os antidepressivos tricíclicos (mais antigos como anafranil, pamelor), quanto os inibidores seletivos da recaptura de serotonina (Prozac, Zoloft, Cipramil, etc). "Calmantes", como Lorax, Valium, Lexotan não são indicados. Podem ocorrer sintomas de abstinência no bebê (agitação, insônia, tremores e até convulsões).

A relação risco-benefício sempre deve ser respeitada na escolha dos medicamentos. O uso de medicamentos deve ser reservado para as situações onde a exposição da mãe e do bebê à doença oferecem maiores riscos que a exposição à medicação. A prescrição deve ser feita por especialistas. Outro tratamento para depressão moderada ou grave do pós-parto a ser testado em breve na USP, pelo Dr. Marcolin (em parceria com a Pró-Mulher), será o de estimulação magnética transcraniana (EMT). Tal técnica, se eficaz, será muito benéfica, pois não tem efeitos colaterais. A estimulação magnética transcraniana (EMT) é uma técnica de estimulação cerebral não-invasiva, foi reintroduzida e desenvolvida para o diagnóstico de transtornos neurológicos, pois induz respostas motoras pela estimulação magnética do córtex motor diretamente.

**As causas da depressão** estão na combinação de fatores filogenéticos, ambientais/históricos (acontecimentos ao longo da vida) e sócio-culturais. Os fatores históricos, também chamados de psicológicos, são de extrema relevância tanto no surgimento da depressão quanto na sua manutenção. Uma história de vida com muitas perdas afetivas, perdas financeiras ou incapacidade de alcançar os objetivos traçados pode criar e criar um “terreno fértil” para a depressão. É importante ressaltar que um estilo de vida que não possibilite experiências agradáveis, conquistas, vitórias pode não só desencadear como manter um quadro de depressão.

**Depressão é o nome atribuído a um conjunto de alterações comportamentais, emocionais e de pensamento**, tais como, afastamento do convívio social, perda de interesse nas atividades profissionais, acadêmicas e lúdicas, perda do prazer nas relações interpessoais, sentimento de culpa ou autodepreciação, baixa auto-estima, desesperança, apetite e sono alterados, sensação de falta de energia e dificuldade de concentração. Tais alterações tornando-se crônicas trazem prejuízos significativos em várias áreas da vida de uma pessoa. Aquele que está deprimido vê o mundo de forma diferente, sente a realidade de forma diferente e manifesta suas emoções de uma forma diferente.

### **Depressão na Infância:**

Há um consenso entre os pesquisados de que na depressão infantil os sintomas diferem dos apresentados pelos adultos, evidenciando-se frequentemente através de transtorno do déficit de atenção e hiperatividade, baixa auto-estima, tristeza, medos, distúrbios do sono, enurese, dores abdominais. Procurou-se estudar manifestações depressivas em crianças de 03 a 10 anos de idade, no contexto de creches e saúde pública, realizando-se: a) entrevistas semi-estruturadas com 5 pediatras, 2 médicos do programa da Saúde da Família, 6 educadores e 4 coordenadores de creches; b) estudo de caso com nove crianças. Os resultados indicaram que todas as crianças da amostra apresentavam núcleos depressivos significativos, com intenso sofrimento psíquico e necessidade de encaminhamento. Concluiu-se que a **depressão infantil** manifesta-se de forma bastante significativa, evidenciando a necessidade de que as pessoas envolvidas diretamente com as crianças estejam alertas para os sintomas, pois a falta do diagnóstico correto e do tratamento perpetua o sofrimento da criança e de todos os envolvidos que a depressão na criança interfere em atividades fundamentais da vida e nas fases de desenvolvimento.

Em razão disso, é muito importante o diagnóstico precoce, além, é claro, da efetivação de medidas visando à promoção da saúde mental. A depressão mostrou-se presente de forma incisiva nas crianças analisadas. Considerando-se que várias dessas crianças estavam sendo qualificadas como "desatentas", "hiperativas", "portadoras de tendência anti-social", vê-se a importância do psicodiagnóstico para que elas pudessem ser atendidas naquilo que seus sintomas significavam: um pedido de ajuda. Vemos então a importância de os pais, educadores e profissionais da área da saúde estarem atentos às manifestações das crianças, buscando seus significados mais profundos. Cabe ainda destacar que, ao se abordar o tema da depressão na infância, é necessário considerar a multifatorialidade, incluindo as condições externas da existência, de forma que as crianças possam ter efetivamente acesso aos seus direitos fundamentais no que diz respeito à vida e à saúde, envolvendo não apenas o bem-estar físico, mas também o emocional e o social.

**A depressão na infância** afeta o desenvolvimento da motricidade, concentração e do falar.

**Manifestações na fase pré-verbal** : expressão facial, postura corporal, inquietação, retraimento, choro, recusa de alimentos, apatia, perturbações do choro e resposta diminuída aos estímulos visuais e verbais.

**Fase pré-escolar** : dores abdominais, peso abaixo da idade, fisionomia triste, lamentação, irritabilidade, diminuição do apetite, agitação psicomotora ou hiperatividade, transtornos do sono, ansiedade, balanceios, movimentos repetitivos, agressividade auto e hetero e sempre ficar se colocando em situações de perigo, ou manifestando medos difusos. Progredindo pode haver regressão da linguagem, ecolalia e enurese. Manifestações de dependência excessiva, ansiedade de separação, controle precário de impulsos e desmodulação afetivo-emocional.

**De 6 a 12 anos** : tristeza, choro fácil, apatia, movimentação lenta, voz monótona, falam de modo desesperançoso e sofrido, falam sobre si mesmas em termos negativos: “sou ruim mesmo”, “ninguém se preocupa comigo”. Baixa auto-estima, auto crítica exagerada, pensamentos de suicídio ou morte. Humor irritado ou instável. Perda de interesses. Deterioração escolar. Medos difusos. Dores de cabeça e abdominal. (3%).

**De 12 a 16 anos** : sentimentos depressivos de desesperança, dificuldades de concentração, tentativas de suicídio. Insônia ou hipersonia, alterações no apetite, provocando alterações no peso, perda de energia e desinteresse pelas atividades diárias e extracurriculares. Irritabilidade quase sempre presente. Pode iniciar uso de drogas e uso abusivo de remédios. (8%).

**De 16 a 18 anos incompletos** : Risco aumentado de suicídio, por haver maior facilidade, anedonia, irritabilidade, crises de choro, isolamento, uso abusivo de drogas. (12%) .A irritabilidade é o sintoma que + diferencia a depressão na infância/adolescência da do adulto.

A depressão na criança ocorre na mesma incidência nos dois sexos.

Na adolescência (= nos adultos), é duas vezes mais freqüente na mulher.

### **MANIA :**

irritabilidade, auto e heteroagressividade, hiperatividade, distraibilidade acentuada, tagarelice, discurso incompreensível idéias de

grandeza, sensação de possuir poderes mágicos, comportamento bizarro e extravagante, falta de sono. Podem haver alucinações e delírios.

#### **CICLOTIMIA :**

Forma menos grave de Depressão, com períodos alternados de hipomania e depressão moderada. É crônica e não psicótica. Inicia com mais frequência no final da adolescência, mas pode aparecer em qualquer idade. As oscilações do humor podem levar a dificuldades sociais e profissionais.

#### **DISTIMIA :**

Humor deprimido ou irritável, pelo menos por 1 ano. Deve ter também pelo menos 2 destes sintomas: apetite alterado, sono alterado, baixa energia ou fadiga, baixa auto estima, dificuldades na concentração e em tomar decisões. A criança aqui não chega a se sentir deprimida - é mais pra “desmotivada”.

Risco de não tratado é de evoluir para a “depressão dupla”.

#### **COMORBIDADE :**

**Transtorno de ansiedade generalizada**

**Fobia social**

**Fobia simples**

**Transtorno obsessivo-compulsivo**

**Transtorno de conduta**

**Drogadição**

**Bulimia e anorexia nervosas**

**Baixa imunidade.**

A depressão é uma doença que compromete o físico, o humor e, em consequência o pensamento. Altera a maneira como a pessoa vê o mundo e sente a realidade, entende as coisas, manifesta emoções, sente a disposição e o prazer com a vida. É, portanto um problema da esfera afetiva e do humor. Não é sinal de fraqueza por falta de pensamentos positivos ou uma condição que possa ser superada apenas pelo esforço ou força de vontade.

**A depressão é uma doença dos afetos.** O que são os afetos? São uma parte do nosso psiquismo, responsável pela maneira de sentir e perceber a realidade. A afetividade é, então a parte psíquica que tem a seu cargo a descodificação dos significados dos nossos sentimentos. Se aquilo que estamos a viver é prazeroso ou pelo contrário desagradável, sofrível, angustiante, causa pânico ou medo.

**Os afetos** podem ser comparados a lentes com as quais vemos o mundo. Depois, cada pessoa faz uma leitura diferente dos acontecimentos de vida e obviamente, organiza-se face a eles de forma diferente. Assim, uns vêem as coisas mais coloridas, sempre otimistas, outros sempre pessimistas, outros integram as duas coisas em doses equilibradas, entre outras formas de perceber a realidade. A sensibilidade percebida por esses afetos é sempre uma construção pessoal, daí que seja diferente em todos os indivíduos.

#### **Existem diversas opiniões sobre a depressão.**

Uns autores defendem que se trata apenas de transtornos químicos no cérebro, por isso, curáveis apenas com medicamentos, outros que são resultado das vivências de cada um, outros que são distorções cognitivas da realidade. A prática clínica na psicologia mostra-nos que a depressão não se cura apenas com medicamentos, ou com força de vontade. **E que as cognições estão boas, mas as emoções não, porque a pessoa deprimida tem noção do seu estado, mas não o consegue alterar.** Acontece com muita frequência às pessoas tomarem medicamentos durante anos, e lutarem por terem pensamentos positivos, e nunca melhorarem. Em casos muito graves de depressão, poderão ser necessários medicamentos, porque, sabemos hoje graças ao avanço das neurociências, que as emoções afetam o funcionamento do organismo, logo, alteram a parte química, mas, senão existir a parte afetiva e relacional encontrada numa psicoterapia, raramente se curam. Outros casos curam-se apenas com psicoterapia sem necessidade de medicamentos. O que eu defendo é que a psicoterapia é essencial para a cura da depressão pois é com base na relação que os afetos são normalizados. Caminhadas, alimentação a base de ferro, trabalho filantrópico, aprender ser seu melhor amigo e não seu algoz e substituir diariamente os PENSAMENTOS negativos por **PENSAMENTOS POSITIVOS** contribuem para a cura da depressão.

**Como se manifesta a depressão?** O quadro da depressão é o mais variado possível, de acordo com a estrutura de personalidade de cada um, no entanto existem dois sintomas que são os marcadores dessa doença: **a culpa, e a baixa auto-estima.**

A pessoa deprimida sente-se sempre culpada de tudo o que lhe acontece a si e à sua volta, tal como pensa sempre que não tem valor e, que ninguém gosta dela. Daí que afirmemos que se trata de uma doença dos afetos. A depressão surge das mais variadas formas, nas crianças podem surgir problemas na escola, baixo rendimento escolar, ficarem muito caladas, ou pelo contrário muito irrequietas, rebeldes, sem mostrarem qualquer tipo de tristeza. Nos adultos, podem surgir sentimentos de tristeza, choro, apatia,

falta de apetite, dificuldades em dormir, irritabilidade, sintomas de pânico, fobias, isolamento, ou uma sensação de esgotamento. Esse esgotamento não é mais que outra forma de depressão. Sentir-se esgotado é sentir-se sem disposição para a vida, para enfrentar os problemas, a monotonia, a constância da vida, para continuar a fazer as mesmas coisas, para suportar as mesmas pessoas, para se defender. Esgota-se a energia e a capacidade de adaptação aos problemas do dia a dia. O que constatamos na clínica é que não existe um estado de esgotamento sem um estado afetivo diminuído, logo, com fundo depressivo.

Nas crianças a depressão tem manifestações diferentes dos adultos. Nas crianças, um dos transtornos muito associados à depressão é a Hiperatividade. Esses sintomas hiperativos não são mais que a incapacidade da criança em pensar sobre aquilo que a atormenta, normalmente a falta de afeto. É pela falta de afeto que a pessoa deprime. A depressão pode surgir nas mudanças do ciclo de vida da pessoa, em que se operam mudanças significativas (casamento, nascimento de um filho, entrada para a escola, morte de alguém, divórcio) ou a pessoa manter-se num estado de depressão latente, sem se deprimir de fato durante anos.

A depressão pode manifestar-se ainda sob formas de ansiedade, tais como ter medo de viajar sozinho, sentir-se preso num elevador, estar em locais cheio de gente, cisma com doenças, sentir-se avaliado pelos outros, ter medo de falar em público, entre outros. Ou sob a forma de somatizações, com a queixas físicas. Esses sintomas, apesar de causarem incomodo à pessoa não são visíveis nos exames médicos, levando por vezes ao arrastamento da situação nas consultas médicas de clínica geral, quando a pessoa apenas manifesta esses sintomas. Podem apresentar-se queixas como falta de ar, dores nos membros, estômago, palpitações, tonturas, formigueiros.

**Família: A família ou pessoas mais próximas, podem colaborar com o deprimido, procurando ter um relacionamento normal, demonstrando afeição, respeito, oferecendo incentivos, elogios, e atividades, não censurando pelo comportamento depressivo. E leve a sério comentários sobre suicídio.**

Depressão não é frescura, de longe a considero a pior de todas as doenças do humor por ser a única de desencadear a **Ideação SUICIDA.**

#### Referências \*Aborrecentes e Aborrecidos Capt. Depressão

1. ↑ <sup>4</sup> Depressão. Portal Banco de Saúde. 2008 [Depressão: Guia 2008](#)
2. ↑ DEL PORTO, José Alberto. Conceito e diagnóstico. Rev. Bras. Psiquiatr. [online]. 1999, vol.21, suppl.1 [cited 2011-03-09], pp. 06-11 . Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44461999000500003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000500003&lng=en&nrm=iso)>. ISSN 1516-4446. doi: 10.1590/S1516-44461999000500003.
3. ↑ Entrevista Ricardo Moreno sobre tratamento da depressão [Entrevista](#)
4. ↑ Bahls, SC. Epidemiology of depressive symptoms in adolescents of a public school in Curitiba, Brazil. Rev Bras Psiquiatr 2002;24(2):63-7.
5. ↑ Depression in women. ACOG technical bulletin number 182-July 1993. Int J Gynaecol Obstet. 1993;43(2):203-11.
6. ↑ JUSTO, Luís Pereira and CALIL, Helena Maria. Depressão: o mesmo acometimento para homens e mulheres?. Rev. psiquiatr. clín. [online]. 2006, vol.33, n.2 [cited 2011-03-09], pp. 74-79 . Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-60832006000200007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832006000200007&lng=en&nrm=iso)>. ISSN 0101-6083. doi: 10.1590/S0101-60832006000200007.
7. ↑ Seligman, M.E.P. (1992). Helplessness. On development, depression and death. New York, W.H. Freeman and Company (Trabalho original publicado em 1975).
8. ↑ Jack M. Gorman M.D. Comorbid depression and anxiety spectrum disorders. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/%28SICI%291520-6394%281996%294:4%3C160::AID-DA2%3E3.0.CO;2-J/abstract> (acesso em 06/09/2010)
9. ↑ Faisal-Cury A, Tedesco JJ, Kahhale S, Menezes PR, Zugaib M. Postpartum depression: in relation to life events and patterns of coping. Arch Women Ment Health. 2004;7(2):123-31.
10. ↑ Focusing on Depression in Expectant and New Fathers Prenatal and Postpartum Depression Not Limited to Mothers By James F. Paulson, PhD | 6 de Fevereiro de 2010

**Sejam Bem-Vindos!**

**Grupo de Terapia Familiar Aberta - Águias Vencedoras.**

**Atendimentos gratuitos todas as 2as feiras a partir de 18,30 hs.**

**Rua Cel. Lisboa, 532 Metrô Santa Cruz.**

**Coordenadoras - Celia 7869-6410 / Carmen - 9189-1384 / Cristina – 9766.1367**

**João César- Terapeuta Responsável - CRP/SP-06/21.371-0**

**VIVO - 9676-6509 Fundação Casa - SP/SP- 011 2076-6509**

[www.sosdrogasealcool.org](http://www.sosdrogasealcool.org)

[psicoCESARMOUSINHO@hotmail.com](mailto:psicoCESARMOUSINHO@hotmail.com)

Informa-se mais.

