

TeleCondutas[®]

Depressão

Versão digital
2017

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
Faculdade de Medicina – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia
TelessaúdeRS/UFRGS
Rua Dona Laura, 320 – 11º andar
Bairro Rio Branco
CEP: 90430 – 090 – Porto Alegre/RS
Tel.: (51) 3333-7025
Site: www.telessauders.ufrgs.br
E-mail: contato@telessauders.ufrgs.br

Coordenação Geral:
Marcelo Rodrigues Gonçalves
Roberto Nunes Umpierre

Organizadores:
Milena Rodrigues Agostinho
Natan Katz

Autores:
Mário Tregnago Barcellos
Ligia Marroni Burigo
Milena Rodrigues Agostinho
Dimitris Rucks Varvaki Rados

Design:
Luiz Felipe Telles

Diagramação:
Carolyne Vasques Cabral
Luiz Felipe Telles

Revisão ortográfica:
Rosely de Andrades Vargas

TelessaúdeRS-UFRGS
Porto Alegre, 2017

TELECONDUTAS - TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR

*TeleCondutas tem por objetivo serem materiais de apoio de fácil utilização e busca rápida, passíveis de serem consultados durante o atendimento aos pacientes. Foram elaboradas pela equipe de teleconsultores do canal **0800 644 6543** do TelessaúdeRS-UFRGS.*

*Médicos e enfermeiros da Atenção Primária à Saúde (postos e unidades básicas de saúde) de todo o Brasil podem utilizar o canal **0800 644 6543**, gratuitamente, de segunda a sexta-feira, das 08:00h às 17:30. Por esse canal é possível solicitar apoio sobre qualquer condição de saúde.*

Sumário

Diagnóstico

Critérios DSM-5

Tratamento – aspectos gerais

Tratamento conforme gravidade

Posologia comuns dos antidepressivos

Tratamento na ausência de resposta

Duração do tratamento

Encaminhamento para serviço especializado

Introdução

Transtornos depressivos são condições comuns que apresentam curso crônico e recorrente. Estima-se uma prevalência de cerca de 6% em um ano e de cerca de 16% durante a vida, sendo duas a três vezes mais frequente em mulheres do que em homens. Em amostras clínicas, dados epidemiológicos indicam prevalências ainda maiores: ao redor de 10% na atenção primária e entre 20% e 30% entre pacientes internados por qualquer doença. O transtorno se caracteriza por ter determinação multifatorial: predisposição genética, ambiente estressor e características de personalidade e temperamento.

Diagnóstico

O diagnóstico de depressão é realizado através da escuta atenta às queixas do paciente e da busca ativa por sintomas que possam estar sendo negligenciados ou não verbalizados. Vale ressaltar que a depressão é um fenômeno dimensional e multifacetado. Dentro desse espectro, as classificações diagnósticas (*Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à*

Saúde [CID-10] e *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* [DSM-5]) definem categorias nosológicas a partir de parâmetros clínicos como duração, persistência, abrangência, perturbação do funcionamento psicológico e fisiológico e desproporção em relação a um fator desencadeante.

O DSM-5, classificação mais recentemente publicada, estipula nove critérios para depressão, dos quais **cinco devem estar presentes**. Para firmar um diagnóstico, é necessário que os sintomas estejam presentes por **pelo menos duas semanas**, representem uma alteração em relação ao funcionamento anterior e que um deles seja obrigatoriamente (1) humor deprimido ou (2) perda de interesse ou prazer. Veja os critérios no quadro 1 a seguir.

Quadro 1 - Critérios diagnósticos para depressão conforme DSM-5

Presença de pelo menos cinco entre os nove critérios.

Sintomas devem persistir por pelo menos duas semanas e um deles deve ser obrigatoriamente humor deprimido ou perda de interesse/prazer.

1. Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, conforme indicado por relato subjetivo (p. ex. sente-se triste, vazio ou sem esperança) ou por observação feita por outra pessoa (p. ex., parece choroso) (**Nota:** em crianças e adolescentes, pode ser humor irritável).
2. Acentuada diminuição de interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (conforme indicado por relato subjetivo ou observação).
3. Perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta (por exemplo, mudança de mais de 5% do peso corporal em menos de um mês) ou redução ou aumento no apetite quase todos os dias. (**Nota:** em crianças, considerar o insucesso em obter o peso esperado).
4. Insônia ou hipersonia quase diária.
5. Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias.
6. Fadiga ou perda de energia quase todos os dias.
7. Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada (que podem ser delirantes) quase todos os dias (não meramente autorreprovação ou culpa por estar doente).
8. Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outra pessoa).
9. Pensamentos recorrentes de morte (não somente medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.

Fonte: American Psychiatric Association (2014).

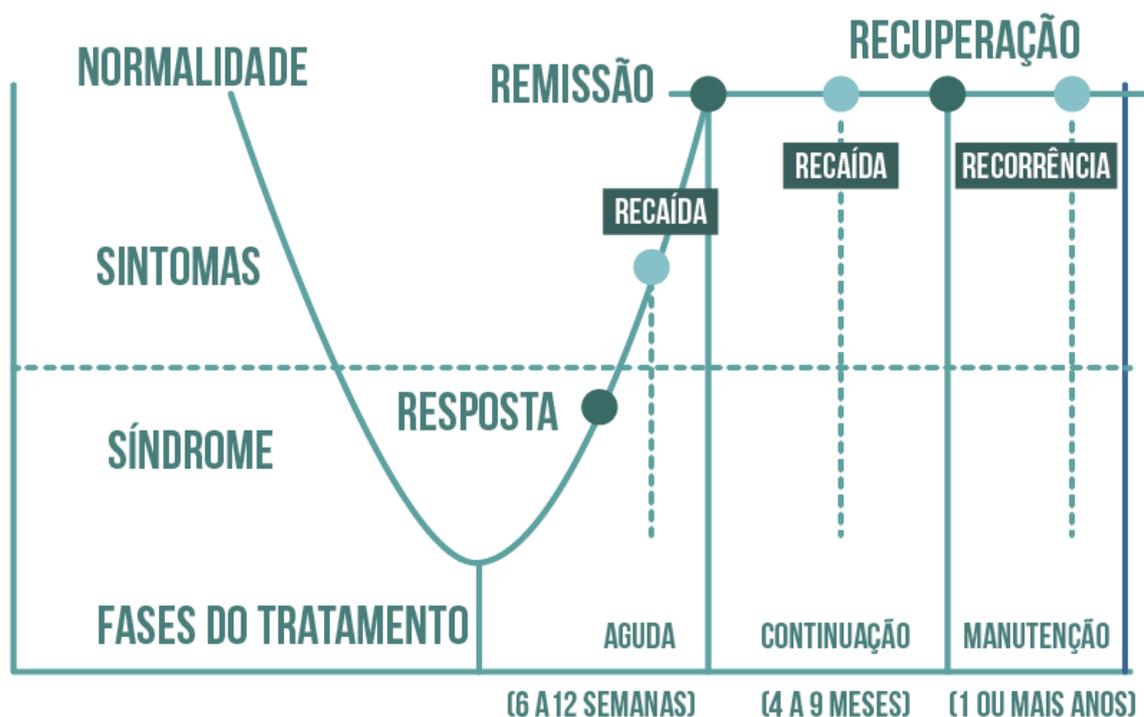
Outros sintomas, ainda que não diretamente contemplados nas classificações diagnósticas, podem estar presentes, como desesperança, pessimismo, irritabilidade, retraimento social, esquecimentos, ansiedade, sintomas físicos sem explicação, sintomas paranoides, sintomas obsessivos e compulsivos e baixa autoestima.

O fato de o paciente preencher os critérios diagnósticos não encerra a avaliação. Alguns itens são indispensáveis: avaliação do *risco de suicídio*, a investigação de *história prévia de mania/hipomania* e a possibilidade de os *sintomas serem decorrentes de outra doença associada ou efeito colateral de medicamento*.

Tratamento – Aspectos gerais

O tratamento da depressão depende de algumas variáveis: gravidade do quadro, fatores desencadeantes, tipo dos sintomas presentes, recursos disponíveis no contexto de atendimento, preferência do paciente e familiaridade do profissional com o método.

Antes de discutir as abordagens possíveis, é útil saber que o tratamento dos transtornos depressivos pode ser dividido em etapas:



Fonte: Adaptada e modificada de Fleck et. al. (2009).

Fase aguda (dois a três meses)

- Avaliação diagnóstica completa
- Analisar estressores ambientais e problemas de saúde
- Avaliar risco de suicídio
- Realizar psicoeducação e esclarecer dúvidas
- Consolidar aliança terapêutica com paciente e família
- Estabelecer plano de tratamento (farmacológico ou não)
- Monitorar efeitos iniciais do tratamento (benéficos e adversos)
- Executar medidas de avaliação de resposta
- Disponibilizar espaço de escuta dentro de consultas agendadas regularmente
- Possibilitar acesso ao serviço de saúde mesmo fora dos horários previamente combinados
- Objetivo central: eliminação dos sintomas (remissão) com retorno ao funcionamento pré-mórbido
- Objetivo secundário: diminuição dos sintomas (resposta)



Fase de continuação (quatro a nove meses)

- Consolidar e manter a melhora obtida
- Avaliar junto ao paciente a possibilidade de ganhos adicionais (se sintomas residuais)
- Monitorar adesão ao tratamento e sinais de recaída
- Ao final dessa fase, o paciente é considerado recuperado do episódio
- Se indicado, fazer descontinuação gradual do tratamento
- Objetivo central: manter o progresso e evitar recaídas dentro do mesmo episódio



Fase de manutenção (um ou mais anos)

- Recomendada aos pacientes com alta probabilidade de recorrência
- Manter o tratamento conforme avaliação e indicação
- Monitorar adesão ao tratamento e sinais de recorrência
- Objetivo central: evitar novos episódios

Fonte: Adaptada e modificada de Cordioli et. al (2015).

Tratamento – Gravidade

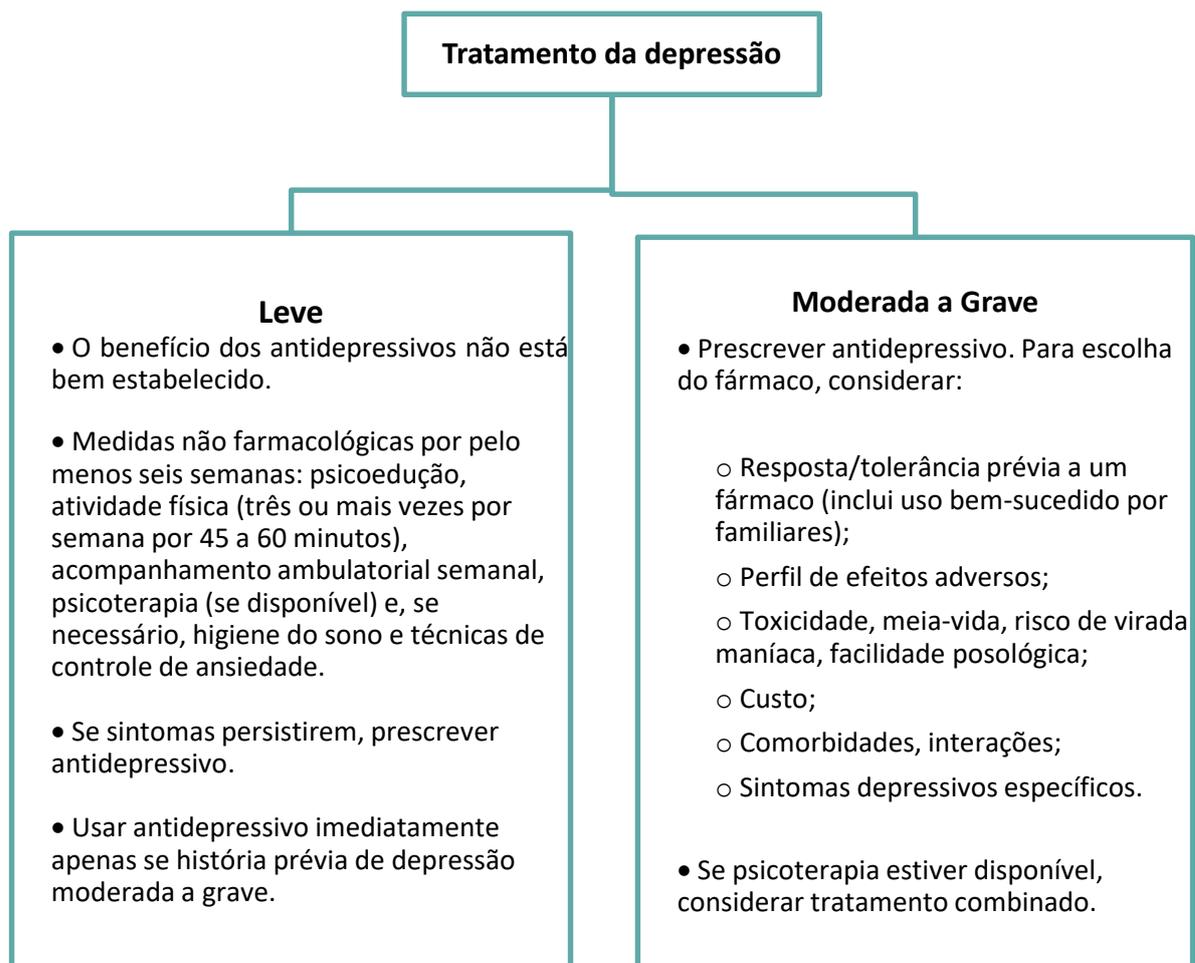
- *Leve*: caso ocorram, são poucos os sintomas além daqueles necessários para fazer o diagnóstico, sua intensidade causa sofrimento manejável e o quadro resulta em pouco prejuízo ao funcionamento social e profissional.

- *Moderada*: o número de sintomas, sua intensidade e/ou o prejuízo funcional estão entre aqueles especificados para “leve” e “grave”.

- *Grave*: o número de sintomas está substancialmente além do requerido para fazer o diagnóstico, sua intensidade causa sofrimento grave e não manejável e os sintomas interferem acentuadamente no funcionamento social e profissional.

Cinco a seis
sintomas
depressivos

Sete a nove
sintomas
depressivos



Os antidepressivos mais usados em nosso meio são os antidepressivos tricíclicos (ADT) e os inibidores seletivos da receptação da serotonina (ISRS). Os antidepressivos apresentam eficácia semelhante, sendo diferenciados em virtude de seus perfis de efeitos adversos e de seus potenciais de interação farmacológica. Os ISRS costumam ser mais bem tolerados do que os ADT. Além disso, os ADT apresentam maiores riscos associados (como prolongamento do intervalo QT e letalidade em sobredose).

Frente aos riscos cardiovasculares dos ADT, sugerimos que pacientes que necessitam doses elevadas de ADT realizem ECG e avaliação clínica de risco para morte súbita. Nos pacientes com uso de doses a partir de 100 mg/dia de amitriptilina, imipramina e clomipramina e 62,5 mg de nortriptilina, sugerimos realizar: anamnese completa, incluindo avaliação de fatores de risco para morte súbita, como diagnóstico de cardiopatia isquêmica ou insuficiência cardíaca, história de tabagismo ou abuso de álcool, fatores de risco para doença cardiovascular (hipertensão, dislipidemia e diabetes) e história familiar de morte súbita. Recomenda-se também realizar um ECG para detectar alterações que não sejam conhecidas, como distúrbios de condução, hipertrofia ventricular esquerda e isquemia miocárdica.

Não há evidências de que doses menores que 100 mg/dia de amitriptilina, imipramina e clomipramina e 62,5 mg de nortriptilina representem aumento do risco de morte súbita; assim, em pacientes sem outros fatores de risco, não há necessidade de solicitar um ECG antes de sua prescrição. Sugerimos, no entanto, solicitar um ECG antes de prescrever um ADT – mesmo em doses baixas – na presença de doença cardiovascular prévia e na presença de outros fatores de risco para arritmia (como polifarmácia, distúrbios hidroeletrólíticos, doenças renal e hepática, uso concomitante de outros fármacos que prolonguem o intervalo QT, como antipsicóticos e lítio, e uso de fármaco que aumente a concentração sérica dos ADT em virtude de interação medicamentosa, como fluoxetina, paroxetina e bupropiona).

No entanto, é importante ressaltar que os ADT não estão contraindicados como opção de primeira linha no tratamento da depressão e possuem especial relevância em situações nas quais custo e acessibilidade são determinantes para a adesão ao tratamento.

Quadro 2 – Posologia comuns de antidepressivos.

Medicamento	Posologia inicial*	Posologia de manutenção**
Tricíclicos (ADT)		
Amitriptilina	25 mg	75 – 300 mg
Clomipramina	25 mg	75 – 250 mg
Imipramina	25 mg	75 – 300 mg
Nortriptilina	10 – 25 mg	50 – 150 mg
Inibidores seletivos da receptação da serotonina (ISRS)		
Citalopram	10 – 20 mg	20 – 40 mg
Escitalopram	5 – 10 mg	10 – 20 mg
Fluoxetina	10 – 20 mg	20 – 80 mg
Fluvoxamina	50 mg	50 – 300 mg
Paroxetina	10 mg	20 – 60 mg
Sertralina	25 mg	50 – 200 mg
Inibidores da receptação da dopamina e da noradrenalina		
Bupropiona	150 mg	150 – 450 mg
Inibidores da receptação da serotonina e da noradrenalina		
Desvenlafaxina	50 mg	50 – 200 mg
Duloxetina	60 mg	60 – 120 mg
Venlafaxina***	37,5 – 75 mg	75 – 300 mg
Modulador da serotonina		
Trazodona****	50 mg	75 – 500 mg
Tetracíclico		
Mirtazapina	15 mg	30 – 45 mg
Inibidor da monoaminoxidase (IMAO)		
Tranilcipromina	10 mg	30 – 60 mg

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2017).

*Pode variar de acordo com características do paciente e preferências do médico.

**Doses menores podem ser suficientes ou doses maiores podem ser necessárias.

***Posologias válidas para apresentação de liberação prolongada.

****Posologias válidas para apresentação de liberação imediata.

Tratamento – Ausência de resposta

É comum deparar-se com casos em que o paciente não responde ao tratamento prescrito. Quando um paciente com transtorno depressivo não apresenta os resultados esperados, algumas possibilidades devem ser consideradas:

- Diagnóstico incorreto, devendo ser avaliado se outra doença (psiquiátrica ou não) está presente;
- Má adesão ao tratamento;
- Transtorno de personalidade grave;
- Estressores ambientais persistentes e dificuldades sociais crônicas.

Diferentes estratégias podem ser adotadas caso o paciente não apresente resposta após um período de quatro a oito semanas de tratamento e haja certeza sobre o diagnóstico e sobre a adesão ao tratamento prescrito. A associação com psicoterapia adjuvante deve ser sempre cogitada e, se disponível, implementada.

Quanto à farmacoterapia, o primeiro passo é o aumento da dose do antidepressivo utilizado. Após o aumento da dose, caso a resposta seja apenas parcial (ou seja, o paciente apresente melhora, mas continue sintomático), deve-se considerar a potencialização (com uso de fármacos não antidepressivos, como lítio, T3 e antipsicóticos atípicos) ou a combinação de 2 antidepressivos de classes diferentes.

Caso não haja resposta alguma ou haja intolerância ao antidepressivo inicial, deve-se trocar o fármaco por outro antidepressivo de primeira linha. As recomendações tradicionais sugerem a troca por antidepressivo de outra classe (ISRS por ADT, por exemplo), mas há evidências de que a troca por antidepressivo da mesma classe (fluoxetina por sertralina, por exemplo) pode ser igualmente eficaz.

Monitoramento

Consultas mais frequentes estão associadas a maior adesão e melhores resultados em curto prazo. A Organização Mundial da Saúde preconiza consultas semanais durante as primeiras 12 semanas de tratamento, o que se justifica pela necessidade de observar a resposta, os possíveis efeitos adversos e a evolução dos riscos associados ao transtorno.

Duração do tratamento

O tratamento de continuação com antidepressivo por pelo menos seis meses reduz pela metade o risco de recaída. Assim sendo, a recomendação geral é manter a medicação prescrita (na dose com a qual o paciente obteve melhora) por seis a nove meses após a resposta.

Em situações de risco elevado para recorrência, pode haver indicação de tratamento de manutenção, isto é, de uso continuado de antidepressivo. Recomenda-se nessas situações utilizar o antidepressivo por pelo menos dois anos antes de avaliar necessidade de retirada, especialmente nas seguintes circunstâncias:

Episódios recorrentes (três ou mais)
Sintomas residuais
Histórico de recorrência na descontinuação de antidepressivo

Fatores como gravidade dos sintomas depressivos, duração mais prolongada do episódio e presença de comorbidades clínicas e/ou psiquiátricas também podem aumentar o risco de recorrência. Frente a tais condições, o médico deve cogitar o uso prolongado de antidepressivos, mas a decisão deve ser individualizada.

Encaminhamento para serviço especializado

- Casos refratários: ausência de resposta ou resposta parcial a pelo menos duas estratégias terapêuticas farmacológicas eficazes por pelo menos oito semanas cada; ou
- Episódio depressivo associado a sintomas psicóticos; ou
- Episódio depressivo em paciente com episódios prévios graves (sintomas psicóticos, tentativa de suicídio ou hospitalização psiquiátrica); ou
- Episódio depressivo associado a transtorno por uso de substâncias grave; ou
- Paciente com ideação suicida persistente.

Referências

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- CORDIOLI, A. V.; GALLOIS, C. B.; ISOLAN, L. (Org.). **Psicofármacos: consulta rápida**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.
- FLECK, M. P. A.; BAEZA, F. L. C. Depressão. In: Duncan, BB et al. **Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.
- FLECK, M. P. et al. Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 31, supl. 1, S7-S17, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462009000500003>>. Acesso em: 10 mar. 2017.
- GAYNES, B. N. et al. What did STAR*D teach us? Results from a large-scale, practical, clinical trial for patients with depression. **Psychiatr Serv**, Washington, v. 60, n. 11, p. 1439-1445, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1176/ps.2009.60.11.1439>>. Acesso em: 10 mar. 2017.
- HARZHEIM, E.; AGOSTINHO, M. R.; KATZ, N. (Org.). **Protocolos de encaminhamento para psiquiatria adulto** [Internet]. Porto Alegre: Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul; TelessaúdeRS-UFRGS, 2016. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/Psiquiatria.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2017.
- KUPFER, D. J.; FRANK, E.; PHILLIPS, M. L. Major depressive disorder: New clinical, neurobiological and treatment perspectives. **The Lancet**, London, v. 379, n. 9820, p. 1045-1055, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3397431/>>. Acesso em: 10 mar. 2017.
- NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR MENTAL HEALTH. **Depression: the NICE guideline on the treatment and management of depression in adults**. London: British Psychological Society; Royal College of Psychiatrists, 2010. Disponível em: <<https://www.nice.org.uk/guidance/cg90/evidence/full-guidance-243833293>>. Acesso em: 10 mar. 2017.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Pharmacological treatment of mental disorders in primary health care**. Geneva: WHO, 2009. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/management/psychotropic/en/>. Acesso em: 10 mar. 2017.

TeleCondutas[®]



0800 644 6543

Para esclarecer dúvidas de:
MÉDICOS E ENFERMEIROS
da APS/AB de todo Brasil

