

---

# Diagnosticando transtornos depressivos no hospital geral

## *Diagnosing depression at the general hospital*

Egberto Ribeiro Turato<sup>1</sup>

Bastante oportuno contemplar o tema do diagnóstico dos **Transtornos Depressivos** na prática dos serviços gerais de saúde, como acontece nesta III Jornada de Saúde Mental no Hospital Geral, com a precisa promoção do Núcleo de Saúde da PUCCAMP. É notório que toda a equipe de profissionais de saúde se depara com frequência em sua atividade assistencial, com pacientes apresentando quadros de depressão, de diversas etiologias e níveis de gravidade, como entidade médica principal ou co-morbidade. Já não é mais possível fazer um atendimento satisfatório à população sem que o médico, o enfermeiro ou o psicólogo estejam atentos a diferentes manifestações que sugerem ou mesmo evidenciam a presença desta importante entidade nosográfica, cuja relevância é epidemiológica e clínica. A referência prática para abordar o tema será nossa experiência do cotidiano na supervisão aos serviços de Emergência Psiquiátrica do Pronto Socorro e de Interconsulta Psiquiátrica, ambos no Hospital das Clínicas da Unicamp, Campinas, SP, onde exercemos atendimento assistencial junto com alunos e residentes. Para organizar esta apresentação, servimo-nos da Classificação Internacional das Doenças (CID-10). No entanto, propomos o quadro abaixo, numa ordem que visa as maiores ocorrências de tais distúrbios no hospital geral.

- Reação de ajustamento depressiva/breve e prolongada
- Depressão psicogênica e constitucional/episódica ou recorrente/leve e moderada
- Depressão grave sem sintomas psicóticos
- Psicose depressiva
- Depressão mascarada
- Neurose depressiva e Transtorno depressivo de personalidade (distímias)
- Depressão puerperal

A **reação de ajustamento depressiva** corresponde à fase de reorganização emocional e da programação da vida, após uma mudança significativa na curva biográfica do indivíduo, onde uma situação de perda evidente marca a anamnese, tal como ruptura de relação amorosa, afastamento de alguém querido, morte próxima, doença grave em si ou na família, significativa perda econômica, desemprego e migração involuntária. Com início até um mês após a mudança vital, pode levar a pessoa a reagir de forma perturbada, com certa inquietação psicomotora, insônia e frequentemente um comportamento regressivo. Tem, contudo, bom prognóstico com melhora até mesmo espontânea em um mês. Ocorre de forma mais dramática em pessoas com personalidade já vulnerável. A exposição contínua à condição traumática pode levar à chamada **reação depressiva prolongada**, compreendida numa evolução de até dois anos.

Dentre as entidades classificadas como Transtornos do Humor, o **episódio depressivo** tem sindromicamente no humor deprimido, na perda generalizada de prazer e interesse habituais e no cansaço fácil, as suas manifestações mais típicas, porém nem sempre claras numa consulta. O médico precisa então orientar suas perguntas no sentido de investigar se há diminuição do apetite, da auto-estima, ideias de culpa ou ruína e sono de má qualidade. Na observação, poderá notar na depressiva ou apática, atenção diminuída, raciocínio lento e psicomotricidade também diminuída. Se for de **intensidade leve**, o episódio depressivo durará entre duas semanas a cerca de três meses, sem que suas funções sociais e profissionais se interrompam embora fiquem prejudicadas. No **episódio moderado** é comum ter ao menos pequenas interrupções em suas atividades em casa ou no trabalho por conta da queda do seu desempenho global. A natureza destes quadros depressivos varia de psicogênica a heredo-constitucional e já que a relação entre etiologia e sintomatologia não fica bem estabelecido clinicamente em significativa parte dos casos, modernamente a Psiquiatria se atém mais ao diagnóstico fenomenológico e ao tratamento. O clínico, por sua vez, considerando-se bem preparado para tal diagnóstico, poderá abordar terapeuticamente

---

<sup>(1)</sup> Professor Assistente, Doutor do Departamento de Psicologia Médica e de Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp.

esses pacientes, em seu consultório, com postura de acolhida e de suporte e utilizar drogas antidepressivas com bom êxito.

Quanto ao **episódio depressivo grave**, o profissional observará manifestações inequívocas de angústia e importante inquietação ou retardo motor no paciente, além de uma dramaticidade da síndrome acima apontada, sendo que este terá já se afastado de suas funções do cotidiano. A investigação de ideação suicida — ou tentativa — dará, por via de regra, resposta positiva.

As queixas de múltiplos sintomas físicos são comuns. Parte significativa destes pacientes são trazidos pela família à consulta, a qual relata observar manifestações compatíveis com sintomas psicóticos, tais como delírios de culpa (os pacientes acham-se responsáveis por tragédias), de empobrecimento (convencem-se de estar perdendo seus bens) e hipocondríacos (acreditam-se acometidos de doenças graves e fatais), configurando assim a **psicose depressiva**. As alucinações auditivas constituem-se em vozes que expressam frases de acusação ou difamação. O clínico deve encaminhar tais pacientes ao especialista para a necessária medicação e avaliação para uma internação psiquiátrica.

Sejam de intensidade leve, moderada ou grave, os quadros depressivos podem constituir-se em **transtorno depressivo recorrente**. A história apresenta episódios repetidos, esperando-se o primeiro, na média da população acometida, por volta da terceira década de vida, e subseqüentes de duração de 3 a 12 meses. Entre os episódios, o paciente apresenta uma fase de remissão dos sintomas que lhe permite, como característica, a volta à vida normal em todas suas atividades costumeiras. Quadros recorrentes podem indicar fortemente o caráter endógeno de uma depressão.

A **depressão mascarada**, de todos os episódios depressivos, é provavelmente o que mais chega diretamente ao clínico no nível ambulatorial, pela proeminência de suas queixas somáticas. A suspeita do diagnóstico se dá mais pela natureza dos sintomas do que por suas manifestações clínicas. São comuns fadigas e dores persistentes, tais como osteoartralgias e mialgias, sem que o clínico encontre consistência de dados positivos no exame físico ou radiológico, constituindo-se assim em verdadeiros equivalentes depressivos. A anamnese, apontando queixas de desânimo global e eventuais relatos de perdas e separações, fala fortemente a favor deste diagnóstico, o qual pode ser confirmado com resposta positiva ao tratamento com antidepressivos, funcionando como um teste terapêutico.

Os clássicos quadros de **neurose depressiva e do transtorno depressivo de personalidade** hoje compreendem-se no diagnóstico de *Distímia*, que se caracteriza no grupo dos Transtornos Persistentes do Humor, já que duram por anos, até mesmo por boa parte da vida paciente. A sintomatologia, embora possa ser relacionada a fatores genéticos, não é rica como nas Depressões Episódicas ou Recorrentes acima consideradas, e apresentam uma evolução flutuante quanto à gravidade. Na anamnese, embora o paciente refira a períodos de um estar razoável, apresenta-se cronicamente cansado e deprimido, conseguindo-se manter no cumprimento de suas tarefas, porém assinalando não sentir gratificação no que faz. O início do quadro dá-se ao final da adolescência ou mais comumente no início da vida adulta, sendo que eventos traumáticos de vida parecem ser fatores desencadeantes do que causais. Os profissionais de saúde podem procurar tratar tais casos ou encaminhar para o especialista para se tentar uma psicoterapia de apoio e um tratamento medicamentoso eficaz.

Por fim, a **depressão puerperal**, uma entidade de importância na clínica cotidiana sobretudo do tocoginecologista. Trata-se da depressão, enquanto síndrome, que ocorre dentro das seis primeiras semanas após o parto. É mais um diagnóstico situacional do que nosográfico, já que o puerpério constitui-se em fase do ciclo vital da mulher, em que as alterações biológicas e eventuais vulnerabilidades psicossociais aparecem como fatores predisponentes aos diversos tipos de depressão acima descritos.

Em se tratando de pacientes internados por razões clínicas ou cirúrgicas, pode-se tornar difícil o diagnóstico das Depressões, já que os quadros se encontrarão mesclados com as reações às vivências estressantes ou mesmo traumáticas do ambiente e da rotina hospitalar. Neste caso, numa anamnese objetiva, um familiar poderá esclarecer se em casa o paciente já apresentava a sintomatologia observável pelo médico e enfermagem ali no leito.

## BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre : Artes Médicas, 1993.
2. ROUCHELL, A.M., POUNDS, R., TIERNEY, J.G. Depression. In: RUNDELL, J.R., WISE, M.G. *Textbook of consultation-liaison psychiatry*. Washington DC: American Psychiatric Press, 1996. Chapter 16: p.311-345.

3. STOTLAND, N.L., GARRICK, T.R. *Manual of psychiatric consultation*. Washington DC : American Psychiatric Press, 1990.
4. WISE, M.G., RUNDELL, J.R. *Concise guide to consultation psychiatry*. Washington DC: American Psychiatric Press, 1988.

**Recebido para publicação em 23 de abril de 1997.**