

## TRANSTORNO DEPRESSIVO: O DESAFIO DE VIVER

Juliana Eva Preis da Silva

Franciele Costa

### Resumo

**INTRODUÇÃO:** O presente estudo tem como objetivo apresentar as dificuldades enfrentadas por pacientes que sofrem de depressão, diagnosticados e com tratamento medicamentoso, ambulatorial ou não, se baseando nas observações feitas pela estagiária do curso de Psicologia da Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC), ao realizar o componente curricular de Estágio Curricular Supervisionado I, em uma Associação Hospitalar da região.

**DESENVOLVIMENTO:** Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição Texto Revisado (DSM-5-TR) os transtornos depressivos se dividem em transtorno disruptivo de desregulação do humor, transtorno depressivo maior (incluindo episódio depressivo maior), transtorno depressivo persistente, transtorno disfórico pré-menstrual, transtorno depressivo induzido por substância/medicamento, transtorno depressivo devido a outra condição médica, outro transtorno depressivo especificado e transtorno depressivo não especificado. As características comuns destes

transtornos é a presença de humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo, trazendo prejuízos psico-socioemocionais.

Os pacientes que sofrem de Transtorno Depressivo Maior (DSM-5 TR, 2023) apresentam sintomas como humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, ou perda de interesse ou prazer. O que faz com que a busca pelo prazer aumente ou diminua muito, pois se sentir triste, vazio, sem esperança. Deixam de sair, de ver amigos, de frequentar lugares que gostava de ir. A perda de interesse ou prazer quase sempre está presente, pelo menos em algum grau. Os indivíduos podem relatar menor interesse por passatempos, “não se importar mais” ou falta de prazer com qualquer atividade anteriormente considerada prazerosa. Há ainda insônia ou hipersonia quase todo dia. Agitação ou retardo psicomotor, fadiga, também quase todos os dias e sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva (que pode ser delirante), capacidade de se concentrar ou pensar, também praticamente diários. Perda de peso significativa quando não faz dieta ou ganho de peso (por exemplo, uma mudança de mais de 5% do peso corporal em um mês), ou diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias e sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada (que pode ser delirante) quase todos os dias (não apenas autocensura ou culpa por estar doente). Pensamentos recorrentes de morte (não apenas medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, ou uma tentativa de suicídio ou um plano específico para cometer suicídio.

Já o Transtorno Depressivo Persistente (DSM V-TR, 2023), representa uma consolidação do transtorno depressivo maior e do transtorno distímico definidos no DSM-IV. Apresenta sintomas como: humor deprimido na maior

parte do dia, na maioria dos dias, por no mínimo dois anos. Presença, enquanto deprimido, de duas (ou mais) das seguintes características: apetite diminuído ou alimentação em excesso, insônia ou hipersonia, baixa energia ou fadiga, baixa autoestima, concentração pobre ou dificuldade em tomar decisões, sentimentos de desesperança, durante o período de dois anos (um ano para crianças ou adolescentes) de perturbação, o indivíduo. Jamais houve um episódio maníaco ou um episódio hipomaníaco e jamais foram satisfeitos os critérios para transtorno ciclotímico. A perturbação não é mais bem explicada por um transtorno esquizoafetivo persistente, esquizofrenia, transtorno delirante, outro transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico especificado ou transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico não especificado. Além de que esses sintomas não podem ser efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica. E o mais importante para o diagnóstico é verificar se esses sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo de funcionamento social, profissional ou em demais áreas que sejam importantes na vida deste paciente.

Foi observado nos pacientes internados uma constante necessidade de isolamento, na qual ficavam em casa por longos períodos, com a maioria deles sem algum tipo de ocupação laboral e/ou prazerosa. Houve também o sentimento de abandono, por parte de familiares e amigos, se sentindo excluídos de uma vida social, juntamente com a falta de pertencimento a grupos que uma vez já fizeram parte e eram ativos. Foi observado uma relação de pacientes diagnosticados com depressão e uso e abuso de álcool e tabaco, com relatos desses pacientes justificando seu uso para uma melhora de humor ou fuga. Desses pacientes, houveram aqueles que tiveram recaída nos vícios e esse fato os trouxe ao tratamento na Unidade

de Saúde Mental, sendo os motivos relacionados aos motivos iniciais do vício ou à outro impacto psicoemocional. Dentre os motivos relatados estavam: traição do parceiro, luto, abuso e violências sexuais, problemas de saúde pessoais ou de algum familiar, dinâmica familiar e inclusive problemas financeiros. Foi devido ao uso e dependência de drogas tanto lícitas quanto ilícitas que houveram a maior parte das internações desses pacientes, com alguns passando pela segunda internação da Unidade Saúde Mental, com o tratamento inicial para desintoxicação e abstinência, mantendo o uso de tabaco para os tabagistas, e após essa primeira fase, se inicia um tratamento para o porquê se iniciou o vício, sendo avaliados junto com o paciente sua trajetória até a chegada na USM.

Em dois casos distintos observados na Unidade notou-se a presença de pensamentos automáticos e autodepreciativos, de forma delirante, vendo tanto a si mesmo quanto o mundo de forma extremamente negativa. Ambos citados os pacientes citados já possuíam um histórico de tentativas de suicídio, e alegavam que não possuíam controle de si nestes momentos, apenas o desejo de morte trazida por esta ideação suicida. Relataram que esses pensamentos eram mais frequentes à noite e em momentos que estavam sozinhos, muito intensos. Segundo Dalgalarrodo (2019) os delírios ocorrem em cerca de 25% das pessoas internadas com quadros depressivos e em 15% daquelas com depressões ambulatoriais (de Unidades Básicas de Saúde [UBSs], Centros de Atenção Psicossocial [CAPS], ambulatórios ou consultórios). Traziam também um medo constante de causarem mal a si próprios ou a um terceiro, o que aumentava o desejo de isolamento. Durante o tratamento, foi notável a progressão desses pacientes.

**CONCLUSÃO:** O paciente depressivo deve ser tratado com respeito e ser compreendido na sua totalidade. Como mostrado, para construção do

diagnóstico, os sintomas já trazidos no DSM V- TR precisam ser presentes de forma constante e estiverem presentes durante o mesmo período de 2 semanas até cerca de 2 anos, limitando as possibilidades de vida prazerosa do paciente. O que implica em sua autonomia e qualidade de vida. É preciso pensar no melhor tratamento para o paciente, vendo cada caso de forma única e singular considerando a subjetividade de cada pessoa, para auxiliar o paciente a se reinserir na sociedade de forma saudável, autônoma e segura.

## REFERÊNCIAS:

Dalgarrondo, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais** [recurso eletrônico] / Paulo Dalgarrondo. – 3. ed. – Porto Alegre : Artmed, 2019.

Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais texto revisado [recurso eletrônico] : **DSM-V TR** / American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision. Washington, DC, Associação Psiquiátrica Americana, 2022.

[julianaeva.silva@unoesc.edu.br](mailto:julianaeva.silva@unoesc.edu.br)

[franciele.costa@unoesc.edu.br](mailto:franciele.costa@unoesc.edu.br)