

# UM OLHAR DA DEPRESSÃO ATRAVÉS DO DISCURSO SEMIOLÓGICO DOS SINTOMAS

2020

**Yan de Jesus Lopes**

Psicólogo Clínico e Social. Graduado em Psicologia pelo Centro Universitário Doctum de Teófilo Otoni - UNIDOCTUM. Pós-graduado em Psicanálise, Saúde Mental, Psicologia Jurídica e Avaliação Psicológica (Brasil)

E-mail de contato:

[psicologoyan@outlook.com.br](mailto:psicologoyan@outlook.com.br)

---

## RESUMO

A depressão vem se tornando cada vez mais uma alteração do humor preocupante, que chama atenção das equipes de saúde e saúde mental. Suas constantes alterações trazem grandes prejuízos biopsicossociais através dos demais comprometimentos psicológicos no sujeito. Dessa forma, visou-se através do discurso qualitativo descritivo em pesquisa bibliográfica, identificar as características semiológicas dos sintomas depressivos e suas implicações no funcionamento do sujeito, identificando quais sintomas e quais alterações se fazem presente no transtorno, debatendo sua importância em articular estratégias de intervenção em saúde preventiva em orientações sobre as possibilidades possíveis para uma melhor qualidade de vida.

**Palavras-chave:** Depressão, tristeza, transtorno depressivo maior, distímia.

Copyright © 2020.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License 4.0.

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



## INTRODUÇÃO

Cada vez mais aumenta os quadros de depressão pelo mundo. Consideráveis estudos apontam a depressão como mal do século. Por se tratar de um transtorno muitas vezes negligenciado e consideravelmente presente nos variados contextos, vem se demonstrando ainda mais como necessária sua discussão e aprofundamento.

A depressão pode ser considerada como um estágio das alterações do humor comum a todo ser humano. É comum e necessário que o ser humano se sinta deprimido em alguns momentos da vida, mas, quando ultrapassado o limiar da naturalidade, afetando seu funcionalismo, relações e demais esferas de comprometimento biopsicossocial, se transforma em um transtorno sutil e perigoso.

Compreendendo a depressão como profundo mal-estar contemporâneo, que se desdobra em prejuízos significativos no campo psíquico e social na vida do sujeito. Tem-se como finalidade de estudo da depressão a partir dos critérios diagnósticos amplamente adotados no campo da saúde mental, para possibilitar articulações do desenvolvimento do transtorno depressivo com as demais complicações que alteram o modo de vida do sujeito, conseqüentemente possibilitando riscos eminentes e demais prejuízos.

Neste estudo sobre o discurso da depressão, é aplicado o método qualitativo e descritivo em pesquisa bibliográfica. Pois, assim como salienta Silva e Menezes (2005), a pesquisa qualitativa traz determinada abrangência dinâmica entre o mundo real e o sujeito, trazendo relações que se aplicam à subjetividade e seu mundo que não podem ser quantificadas. A pesquisa descritiva possibilita descrever as características e fenômenos do objeto de estudo (Silva; Menezes, 2005), possibilitando através dos descritores: depressão, tristeza, transtorno do humor, evidenciar o caráter semiológico do objeto de estudo e suas implicações biopsicossociais.

Quando pensamos o sujeito e seus sintomas, pensamos em aspectos que prejudicam e desregulam seu funcionamento consigo e com seus grupos comunitários e sociais. Dessa forma, possibilitar discussões de formas pedagógicas sobre o discurso do transtorno através das repercussões semiológicas que ele possibilita, é possível ampliar estratégias de orientação e intervenção ao paciente e principalmente aos familiares. Pois, estar atento aos sinais e suas complicações se torna um dos principais fatores preventivos de agravamento da depressão e possivelmente a minimização de riscos que possa se desenvolver através e a partir do sinal semiológico.

Considerando as diretrizes diagnósticas em saúde mental, pode-se discutir neste estudo, algumas implicações manifestas pelos sintomas da depressão no cotidiano do sujeito. Compreendendo através dos critérios diagnósticos e do exame psíquico as possíveis complicações

que o conjunto de sintomas da depressão pode gerar no cotidiano, possibilitando alertar os profissionais da saúde mental, a importância de orientar o paciente e os familiares sobre as consequências possíveis a partir das alterações psicológicas presentes no transtorno depressivo.

## **DEPRESSÃO E TRISTEZA**

Talvez um dos maiores pontos importantes quando se trata da depressão, é sua diferenciação da tristeza. Do ponto de vista do senso comum talvez não seja possível identificar essas nuances. Pois, assim como abordado por Barlow e Durand (2015), o humor deprimido faz parte da história de cada pessoa, sendo um processo natural e normal do ser humano haver certa quantidade de tristeza. O transtorno depressivo é um estado que ultrapassa essa linha do normal (Barlow & Durand, 2015), ao qual, podemos tomar como parâmetro os critérios do DSM-5 e da CID-10 para identificar e intervir nas alterações desproporcionais que comprometem a vida do sujeito.

No que tange a diferenciação da tristeza com a depressão, além do principal fator de ultrapassar os parâmetros da normalidade após duas semanas com humor deprimido assim como aponta o DSM-5 (APA, 2014), também é agregado o norteador de cinco principais características para o diagnóstico da depressão.

É possível tomar-se como parâmetro as questões que levaram a esta alteração do humor. Frequentemente é possível encontrar um motivo para tristeza, por exemplo, a morte de um ente querido, enquanto boa parte dos depressivos frequentemente não conseguem nomear como objeto causador algo específico para seu estado deprimido ou possivelmente pode apresentar dificuldades para nomear o eixo causador do sintoma. Embora em muitos casos a morte possa ser um fator precipitante e desencadeador da depressão, geralmente a depressão se apresenta com um discurso de resignificação do objeto causador que se perde e se confunde na psique do sujeito, fazendo com que se perca na própria angústia o objeto perdido a si próprio.

Enquanto o diagnóstico de depressão é formulado por critérios que se adequam ao estado de um quadro de humor deprimido prolongado, a tristeza é passageira e possui uma fonte geralmente sólida de motivo e causa, mesmo que o sujeito não consiga nomear os motivos que levaram ao humor deprimido normal é possível identificar preditores de resiliência.

## **TIPOS DE DEPRESSÃO**

Na categoria dos transtornos depressivos, possuem-se classificáveis pelo DSM-V oito subtipos de alterações depressivas. Sendo elas, o transtorno depressivo maior, transtorno

depressivo persistente – distimia, transtorno disruptivo da desregulação do humor, transtorno disfórico pré-menstrual, transtorno depressivo devido a outra condição médica, o transtorno depressivo induzido por substância/medicamento, outro transtorno depressivo especificado, e o transtorno depressivo não especificado (APA, 2014). Ao qual, nos ateremos a esta discussão o transtorno depressivo maior, persistente e o disruptivo da desregulação do humor, aos quais, possuem maior frequência em diagnósticos.

### **Transtorno Depressivo Maior**

O transtorno depressivo maior, assim como salientado por (Whitbourne & Halgin, 2015), se apresenta como um quadro de depressão que envolve episódios depressivos de tempo limitado, caracterizando episódios agudos do transtorno. É considerado como um dos mais graves subtipos de depressão. Sua forma aguda tende levar a altos índices de suicídio, além de consideráveis desregulações abruptas com consequências devastadoras.

<b>Características segundo o DSM-V</b>
Devem estar presentes quase todos os dias alguns dos seguintes sintomas no período mínimo de 15 dias: - Humor deprimido (em crianças e adolescentes, o humor pode ser irritável em vez de triste); insônia ou fadiga; perturbação do sono; perturbações psicomotoras; culpa delirante ou quase delirante; perda de interesse ou prazer em quase todas as atividades e o desejo sexual; mudanças no apetite ou peso; dificuldade para pensar, concentrar-se ou tomar decisões; pensamentos recorrentes de morte ou ideação suicida, planos ou tentativas de suicídio. Muitos referem ou demonstram irritabilidade.

Fonte: APA, 2014.

### **Transtorno Depressivo Persistente – Distimia**

A distimia possui uma morfologia do transtorno depressivo que apresenta um quadro crônico ao sujeito, também apresentando em menor intensidade e profundidade comparadas ao transtorno depressivo maior (Whitbourne & Halgin, 2015). É um quadro menos abrupto e possui características iguais ao transtorno depressivo maior consolidado por dois anos ou mais no que tange os critérios diagnósticos, geralmente em menor intensidade e por maior período, podendo haver ocorrência de transtorno depressivo maior concomitantemente ao transtorno depressivo persistente (APA, 2014).

### **Características segundo o DSM-V**

Devem estar presentes quase todos os dias alguns dos sintomas correspondentes ao transtorno depressivo maior no período mínimo de dois anos em adultos ou mínimo de um ano em crianças e adolescentes:

- Humor deprimido (em crianças e adolescentes, o humor pode ser irritável em vez de triste); insônia ou fadiga; perturbação do sono; perturbações psicomotoras; culpa delirante ou quase delirante; perda de interesse ou prazer em quase todas as atividades e o desejo sexual; mudanças no apetite ou peso; dificuldade para pensar, concentrar-se ou tomar decisões; pensamentos recorrentes de morte ou ideação suicida, planos ou tentativas de suicídio. Muitos referem ou demonstram irritabilidade.

Fonte: APA, 2014.

### **Transtorno Disruptivo da Desregulação do humor**

O transtorno disruptivo da desregulação do humor é um quadro clínico da depressão encontrado em crianças e adolescentes, um transtorno depressivo que exhibe traços de irritabilidade crônica, com frequentes explosões de raiva em crianças a partir dos 6 anos (Whitbourne & Halgin, 2015). Não é um diagnóstico presente em adultos ou idosos, sendo suas características somente atribuídas em crianças a partir dos 6 anos, e de adolescentes até os 18 anos.

### **Características segundo o DSM-V**

A característica central do transtorno é a irritabilidade crônica grave. Apresentando duas manifestações proeminentes, a primeira é caracterizada como frequentes explosões de raiva, em média três ou mais vezes por semana por pelo menos um ano em pelo menos dois ambientes diferentes. A segunda manifestação de irritabilidade grave na maior parte do dia, quase todos os dias.

Fonte: APA, 2014.

## **O EXAME PSÍQUICO: DISFUNCIONALIDADES DO FUNCIONAMENTO PSICOLÓGICO E SUAS CONSEQUÊNCIAS NO COTIDIANO**

O exame psíquico é a porta de entrada de todo profissional da saúde mental para articulação de estratégias preventivas para um paciente depressivo. É através da identificação das alterações psíquicas que se pode identificar no que intervir e como alertar os familiares sobre os riscos eminentes de cada quadro.

A depressão assume efeitos significativos de desordens psíquicas, comportamentais, físicas e sociais. Dessa forma, em uma análise aprofundada no exame psíquico, é possível que o profissional da saúde tenha uma compreensão dinâmica para intervenções no estado atual, como também a possibilidade de tomada de ações preventivas e educativas em saúde para evitar possíveis agravos.

Um dos frequentes comprometimentos existentes na depressão são suas alterações na atenção e na memória. Em uma perspectiva preventiva, pode-se compreender diversos desarranjos devido às alterações da atenção e da memória para o sujeito com transtorno depressivo, colocando em risco a si mesmo e aos demais, possibilitando que o profissional preventivamente oriente o paciente e seus familiares das possíveis implicações e dos problemas subsequentes articulados a cada contexto. Dessa forma, pode-se dar como exemplo uma senhora em seus afazeres domésticos em uma cozinha. Na cozinha o sujeito requer certos níveis de atenção, ao qual, muitas vezes podem apresentar como comprometidos na depressão. Ao estar cozinhando a pessoa poderá esquecer panelas no fogão, que possivelmente poderá gerar riscos de incêndio, ou na utilização de panelas de pressão que poderão gerar explosões e outros riscos.

Em aspectos encontrados no exame psíquico, um dos sintomas mais comuns que ocorre na depressão é a hipoprosexia, esta por sua vez, se caracteriza através de uma diminuição global da atividade da atenção, que afeta a tenacidade e a mobilidade do sujeito. É possível identificar em quadros depressivos que, o sujeito encontra-se por um longo tempo concentrado a um único objeto, seja este objeto externo ou interno nos quadros de pensamentos e ideias deprimidas e recordações dolorosas refletindo-se em uma determinada rigidez generalizada da atenção (Cheniaux, 2015).

É comum também apresentar nos transtornos depressivos, determinadas características com a aparência, ao qual, certo desinteresse, ou até mesmo a falta de energia encontrada nestes casos, podem trazer determinados comportamentos como inviabilizar os cuidados pessoais e higiene, fazendo com que o paciente se apresente como desleixado. É comum também essas características com a aparência trazer um discurso de preferências por roupas de tons escuros (Cheniaux, 2015). O desleixo com a aparência e higiene, pode acarretar sérios problemas na saúde física, principalmente doenças dermatológicas e contagiosas, pois é comum o desenvolvimento de infecções, fungos e bactérias derivadas do desinteresse na higiene diária.

Na depressão também há um aumento ou uma diminuição perceptiva, chamadas de hiperestesia e hipoestesia. A hiperestesia assume características de aumento na intensidade das capacidades perceptivas, esta por sua vez, assume no sujeito com transtorno depressivo, uma determinada angústia frente a pequenos ruídos, levando a certo tipo de irritabilidade em situações com algum tipo de barulho, como latidos de cachorros, conversas, trânsito, etc. podendo induzir pequenos episódios de agressividade ou irritabilidade frente à sensibilidade perceptiva aumentada. A hipoestesia por sua vez, assume características de diminuição acentuada das capacidades

perceptivas. Esta diminuição afeta frequentemente a percepção sensorial em suas diversas esferas dos sentidos, seja o tato, o olfato, o paladar, a visão e a audição. Sendo frequentes os relatos dessa diminuição no paladar, aos quais, os alimentos que anteriormente transmitiam sabores e prazeres ao sujeito, passam perder sua graça, seu sabor, sua cor, etc. A diminuição desta capacidade perceptiva do tato e paladar, por exemplo, junto ao desenvolvimento ou não de uma analgesia, pode levar o sujeito a situações de risco, como por exemplo, uma queimadura no paladar devido à um alimento quente, ou encostar em um fogão sem sentir que possa estar se queimando, como também o desenvolvimento de complicações gastrointestinais por não sentirem o alto índice de acidez de um alimento.

Segundo Cheniaux (2015), na depressão é possível identificar uma hipermnésia seletiva, esta por sua vez, consiste em uma seleção de fatos dolorosos que frequentemente despertam sentimentos acentuados de culpa ao sujeito. A hipermnésia seletiva se apresenta naquelas fixações de lembranças que perduram a um estado cíclico e vívido, como frustrações que não podem ser modificadas, e que frequentemente apresentam comorbidades ansiosas e perturbações do sono, em tentativas de reviver estas memórias dolorosas e tentativas de modificá-las em sua imaginação. Podendo também haver como aponta Cheniaux (2015), a distorção das memórias, denominada de alomnésia. Estas fixações que perturbam com maior frequência o sono tendem gerar grandes complicações futuras, podendo provocar grandes sequelas neurais.

Na depressão também se apresenta características nítidas de comprometimento da linguagem. É possível identificar algumas alterações tais como: bradilalia, caracterizada como uma notável lentificação da fala; hipofonia, caracterizada como uma diminuição no volume da voz do sujeito comparado ao seu volume anterior; podendo ocorrer também a oligolalia, caracterizada como uma diminuição da fala ou o mutismo, quando a diminuição chega ao ponto de inexistência verbal.

## **COMORBIDADES E SUAS IMPLICAÇÕES NA DEPRESSÃO**

Nos frequentes casos em saúde mental, possivelmente encontramos alguns transtornos secundários aos quadros depressivos, tais como a ansiedade, perturbações do sono, alcoolismo e outros transtornos, como também, a depressão como comorbidade de outros transtornos, tais como a esquizofrenia.

Assim como caracterizado pelo DSM-5, no transtorno depressivo maior e persistente temos como um norteador a perda do apetite e do prazer em se alimentar, pois frequentemente os sujeitos relatam que o alimento se torna sem sabor ou falta de motivação para se alimentar. Más, há situações onde as comorbidades alteram esta característica da depressão. Assim como a falta de



apetite se apresenta como um critério para o diagnóstico, também é possível identificar a compulsão por alimentos também como critério norteador para o diagnóstico, principalmente os mais calóricos como um fator também atenuante na depressão.

A depressão que possui consigo comorbidades de quadros ansiosos, tendem a desenvolver mecanismos compulsivos. O que revela muitas vezes uma tentativa de reestabelecer o laço de prazer perdido. A ansiedade frente à angústia da perda do prazer nas coisas que anteriormente se apresentavam como prazerosas, estabelecem como uma via compensatória em busca do prazer perdido frente à angústia, como também um mecanismo de defesa voltado à oralidade com finalidades de tentar preencher o vazio que se faz presente no sintoma.

São diversas as possibilidades de arranjos e quadros psicológicos que a depressão apresenta, assim como a dimensão de inúmeros quadros relacionados à depressão. Dessa forma, as comorbidades podem frequentemente alterar a semiologia dos sintomas de referência. Se fazendo importante sempre uma escuta apurada, uma investigação aprofundada, auxiliada sempre ao exame psíquico e a testagem psicológica para um diagnóstico mais claro, para evidenciar a melhor forma de tratamento, pois, as comorbidades podem influenciar drasticamente no manejo de cada depressão em suas intervenções. Uma análise aprofundada e discriminada da depressão e os demais transtornos também coexistentes possibilitam um tratamento e trabalho mais efetivo para o quadro clínico que o paciente apresenta.

## **UM OLHAR PSICOSSOCIAL DA DEPRESSÃO**

Assim como se pode observar anteriormente sobre as consequências disfuncionais da depressão, que podem ser avaliadas através do exame psíquico, chega-se a um ponto muito importante quando observam-se essas disfuncionalidades a partir da integração do olhar psicossocial. Pois, o ser humano é mediado por relações psíquicas em seu meio, e por esta razão, deve-se sempre obter um olhar integrado do sujeito, com suas relações sociais, políticas, econômicas, interpessoais, etc.

Embora sejam muito amplas as variedades de posicionamentos e articulações possíveis dentro da perspectiva psicossocial, aborda-se aqui as principais repercussões de situações relacionadas ao trabalho, escola, família e lazer.

A depressão pressupõe uma relação psicossocial que deve ser trabalhada no processo. Pois, frequentemente, pode-se encontrar inúmeros casos de afastamento dos que sofrem com este transtorno das atividades em família e em sociedade. Esse afastamento provoca rupturas significativas dos vínculos, que por muitas vezes, terceiros podem não compreender as gravidades envolvidas.



No contexto do trabalho as pessoas com quadros depressivos tendem a diminuir sua produtividade, se distanciar das equipes, produzirem interferências na comunicação e nas relações. Podem gerar possíveis acidentes de trabalho devido a comprometimentos do transtorno no funcionamento psicológico do sujeito, tais como a atenção, memória, percepção, psicomotricidade etc.

No contexto escolar ou universitário é muito comum os fatores encontrados nos transtornos depressivos implicarem no desenvolvimento intelectual e na aprendizagem. Tendo em vista os comprometimentos da memória, a perda do prazer, a lentificação psíquica e outros fatores, geram constantemente dificuldades no aprendizado e nas relações escolares.

No contexto familiar, os vínculos se tornam mais frágeis, a irritabilidade e o isolamento se tornam mais presentes, o sujeito deixa de participar das confraternizações familiares, se tornando um aspecto hostil ao desenvolvimento familiar. As relações entre os parceiros e filhos se tornam ainda mais conturbadas, gerando possíveis desavenças e possíveis quadros de violência.

No que tange as práticas de lazer, este aspecto passa ser inexistente nos casos mais graves. Embora nos casos ainda no estado leve a moderado da depressão, possam ser mais passíveis de tentarem reestabelecer os laços de prazer nas práticas de lazer, más, de certa forma, acabam sendo frustrados quando ainda não conseguem desenvolver habilidades para barrar os pensamentos depressivos ou impulsos de irritabilidade frequentes nos quadros de depressão.

Segundo Fleck (2009), a depressão frequentemente é apontada como um transtorno duas a três vezes mais frequente em mulheres, independente da cultura, estado, país, etc. Este dado demonstra que socialmente as mulheres apresentam uma predisposição ao desenvolvimento do transtorno, aos quais, os fatores quanto precipitantes quanto predisponentes assumam facilmente uma inclinação ao adoecimento pelo transtorno mediante aos fatores interiores, exteriores e estressantes.

## **CONCLUSÃO**

Cada vez mais a depressão vem se consolidando como um mal que requer grande atenção no mundo sobre saúde mental. Além de trazer significativos prejuízos no funcionamento psicológico e social, a depressão vem cada vez mais direcionando vítimas ao suicídio. A depressão traz ao sujeito acometido sintomas além de profunda tristeza, a depressão também traz comprometimentos significativos na atenção, memória, sensopercepção, linguagem, pensamento e psicomotricidade. Dessa forma, é importante cada vez mais que as equipes de saúde mental se capacite sobre a compreensão do transtorno depressivo, assim como a importância do seu manejo e o conhecimento das implicações da doença no funcionamento do sujeito, pois, através do conhecimento dos

comprometimentos possíveis pelo transtorno, é possível desenvolver estratégias de prevenção a riscos presentes desencadeados pelas alterações identificadas no exame psíquico.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA – APA. (2014). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-V. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed.

BARLOW, D.H; DURAND, M.R. (2015). Psicopatologia: Uma abordagem integrada. 2ª ed. São Paulo: Cengage Learning.

CHENIAUX, E. (2015). Manual de psicopatologia. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

FLECK, M.P. *et al.* (2009). Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão. Revista Brasileira de Psiquiatria. P. 7-17. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v31s1/a03v31s1.pdf>

SILVA, E.D.; MENEZES, E.M. (2005). Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação. 4ª ed. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC.

WHITBOURNE, S.K.; HALGIN, R.P. (2015). Psicopatologia: Perspectivas Clínicas dos Transtornos Psicológicos. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed.