

NUTRIÇÃO NO TRATAMENTO DOS PROCESSOS DEPRESSIVOS

Danielle dos Santos TAVARES¹

Dazieli Teixeira FLAMINI²

Regina Maria de SOUZA³

RESUMO

O trabalho apresenta como objetivo central realizar um estudo sobre as diversas manifestações da depressão, que no contexto atual atinge grande parcela da população mundial, destacando os medicamentos mais conhecidos e utilizados. Além de entender como o transtorno impacta o organismo e qual o papel dos fármacos no tratamento. Visa avaliar ainda, a ausência de alguns nutrientes no organismo que proporcionam a vulnerabilidade à sua ocorrência. No trabalho, são citados alimentos que contenham o agente precursor da serotonina que estimula o bom humor. Os agentes mais conhecidos são o triptofano e a tirosina que são aminoácidos essenciais para a produção e liberação de serotonina, sendo os alimentos estudados o chocolate, as oleaginosas – castanha do Brasil e a castanha de caju, os peixes, a soja, os ovos e leites e seus derivados. Diante do estudo, foi possível concluir que uma alimentação em qualidade e quantidade adequadas e harmoniosas de acordo com as necessidades nutricionais do indivíduo proporcionam uma melhora no quadro geral do paciente.

Palavras-chave: Depressão. Fármacos. Nutrição.

INTRODUÇÃO

O tema desenvolvido neste artigo é relevante para estudo, pois aumentou, na última década, a incidência de depressão severa em um âmbito mundial. Usualmente, ocorre a prática de intervenção medicamentosa para minimização dos sinais e sintomas da depressão. Neste contexto, cabe destacar a importância de se avaliar a utilização de outros recursos ao longo do tratamento, tais como a introdução de alguns alimentos.

Cabe ressaltar inicialmente que a depressão é caracterizada por ser um transtorno de humor que tem como características principais a alteração de humor e a anedonia que significa a incapacidade de sentir prazer. Os sintomas que caracterizam esta doença são: autopunição, comportamento autodepreciativo, alteração do nível de atividade cotidiana, desejo de morrer, perda de apetite e peso e insônia. Acredita-se que existam quatro causas fundamentais para a depressão – biológicas (mudanças de atividade química do cérebro ou

¹ Graduanda em Nutrição – Faculdades Integradas de Santa Fé do Sul, SP- FUNEC, tavaresdanielle@gmail.com

² Graduanda em Nutrição – Faculdades Integradas de Santa Fé do Sul, SP- FUNEC, dazieli_115flamini@hotmail.com

³ Economista-IE/UFU, Psicóloga – FISA/FUNEC, Mestre e Doutora- Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, souzarm@hotmail.com

alterações na secreção de hormônios no corpo); genéticas (pré-disposição à depressão); emocionais e/ou ambientes (extremidade de emoções) e físicas (doenças infecciosas, câncer, doenças autoimunes, distúrbios degenerativos, doenças cardiovasculares, doenças do metabolismo, deficiência de vitaminas e minerais, abuso de álcool e drogas) (ASSOCIAÇÃO MÉDICA AMERICANA, 2002).

O primeiro grupo de fármacos para o tratamento da depressão surgiu na década de 1960, designado como tricíclicos (ADTs), tendo a imipramina e a amitriptilina como os protótipos desta geração. O segundo grupo é representado pelos inibidores da monoaminoxidase (IMAO), que também apareceu na década de 1960. O terceiro grupo é representado pelos inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRSs), sendo a fluoxetina o primeiro fármaco. Embora a eficácia dos compostos mais recentes não seja superior à eficácia dos da primeira geração, sua relativa segurança e tolerabilidade levaram a sua rápida aceitação como antidepressivos mais comumente prescritos (CAMPIGOTTO et al., 2008).

A Associação Médica Americana (2002) destaca a importância da nutrição no tratamento da depressão, pois a carência de vitaminas do complexo B, como a niacina, tiamina, piridoxina e ácido fólico e também de minerais como sódio, magnésio e zinco no corpo gera doenças como pelagra e anemia perniciosa que podem levar a quadros depressivos. O indivíduo que possui uma alimentação equilibrada e rica em verduras, frutas e legumes, conseqüentemente, não corre o risco de ter alguma deficiência causada pela falta de vitaminas e minerais.

Na depressão, é uma característica do cérebro produzir menos neurotransmissores, desse modo na alimentação podem-se ingerir fontes de triptofano e ômega-3 (peixes de água salgada – salmão, atum e sardinha, castanhas), pois sendo ácidos graxos essenciais ao metabolismo, exercem efeito sobre as substâncias químicas cerebrais que estão assim relacionadas especificamente com o humor.

De modo fundamental este artigo apresenta como proposta analisar a utilização de alimentos em associação com a psicoterapia e o tratamento medicamentoso no tratamento de processos depressivos. O desenvolvido do trabalho ocorreu por meio de revisão de literatura, recorrendo a livros e artigos que tratam dos assuntos em questão. Foi realizada a seleção de bibliografia específica para o estudo da temática, leitura, fichamento e discussão dos textos selecionados e elaboração do presente artigo.

CARACTERIZAÇÕES DOS DIFERENTES ESTÁGIOS DOS QUADROS DEPRESSIVOS

A sensação de tristeza ou ansiedade pode surgir como reação ao stress, a alguma perda ou infortúnio ou a uma grande pressão diária ou surgir sem explicação, mas de qualquer forma a mudança de humor dificilmente aparece sozinha. Quando as pessoas se sentem deprimidas, além de comer muito ou comer pouco, muitas vezes dormem mais do que o normal ou menos que o normal e ao mesmo tempo o estado físico e mental é afetado de várias formas. Quando as pessoas estão sentindo-se deprimidas, preferem relatar que estão estressadas por algum motivo como o trabalho, problemas familiares ou estressados consigo mesmos por não conseguirem realizar algo sozinhos, pois acham que se aceitarem a ideia de que estão deprimidas, irão passar uma imagem de ser uma pessoa fraca.

A depressão é uma doença grave que não afeta somente os brasileiros, mas qualquer pessoa no mundo, causando sofrimento não só àqueles que tenham a doença, como à família e amigos.

As estatísticas são alarmantes: em 1970, havia cerca de cem milhões de deprimidos no mundo; trinta anos mais tarde chegam, talvez, a um bilhão. Vários relatórios de órgãos oficiais consideram a depressão como a quarta causa mundial de deficiência, com a estimativa de que, nos próximos vinte anos passará ao segundo lugar. Nos países em vias de desenvolvimento, ainda que pouco diagnosticada, ela deve ocupar o primeiro lugar (PERES, 2010, p. 26).

Segundo a Associação Médica Americana (AMA, 2002), a depressão é um tipo de transtorno que perturba o humor da pessoa com intensa tristeza e exaustão, dores, irritabilidade e os casos intermináveis de animação e energia que o indivíduo demonstra.

Através dos anos, a depressão foi conhecida por vários nomes e vista de várias formas, como bile negra, loucura de forma dupla, afecção sem febre pelo qual o espírito do indivíduo é acometido por tristeza e mantendo-se abatido com alguma ideia fixa. Mas o termo “depressão” está sendo muito utilizado por várias pessoas para descrever que estão se sentindo tristes, desanimadas, o que leva a uma disfunção do verdadeiro sentido da expressão.

A relação entre a etiologia da depressão, os sintomas, os processos químicos, as respostas ao tratamento e a evolução dos transtornos do humor ainda não são suficientemente bem compreendidas. Até o momento, a causa em si da doença não foi encontrada, fazendo assim levar em consideração que a depressão ocorra por uma mistura de acontecimentos na vida de um indivíduo, exemplo: além de ter pré-disposição genética o indivíduo passa por

situações conflitantes no trabalho e/ou em casa, levando assim também a ter uma alteração na atividade química do cérebro por causa do estresse.

Os sintomas da depressão são: humor depressivo ou irritabilidade, ansiedade e angústia; desânimo, cansaço fácil, necessidade de maior esforço para fazer as coisas; diminuição ou incapacidade de sentir alegria e prazer em atividades anteriormente consideradas agradáveis; desinteresse, falta de motivação e apatia; falta de vontade e indecisão; sentimentos de medo, insegurança, desesperança, desespero, desamparo e vazio; pessimismo, ideias frequentes e desproporcionais de culpa, bem baixa autoestima, sensação de falta de sentido na vida, inutilidade, ruína, fracasso, doença ou morte; a pessoa pode desejar morrer, planejar uma forma de morrer ou tentar suicídio; interpretação distorcida e negativa da realidade – tudo é visto sob a ótica depressiva, um tom ‘cinzento’ para si, os outros e o seu mundo; dificuldade de concentração, raciocínio mais lento e esquecimento; diminuição do desempenho sexual e da libido; perda ou aumento do apetite e do peso; insônia, despertar matinal precoce ou o menos frequente de acontecer o aumento do sono (BRASIL, 2004, p. 1).

No momento, existem dois sistemas classificatórios para diagnosticar a depressão, mais amplamente utilizados: o Manual Diagnóstico de Transtornos Mentais (DSM-V) (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2014) que foi publicado em 2014 pela Associação Psiquiátrica Americana (APA), sendo um sistema que avalia o paciente em cinco eixos e conta com um grande número de especificações e a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – Décima Revisão (CID10), (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008) criada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), entrou em vigor em 1993 e é um sistema classificatório de doenças, sendo mais utilizado por ter a vantagem de ser mais aplicável em práticas clínicas, pois não possui o grande número de especificações como o DSM-V.

Existem várias formas de a depressão agir no organismo humano, as mais conhecidas são: a distímia que é chamada de depressão menor ou depressão leve, sendo assim uma forma mais duradoura da doença, marcada pela falta constante de alegria, podendo ser diagnosticada quando a pessoa se sente deprimida quase o dia inteiro, diariamente, há mais de dois anos. (ASSOCIAÇÃO MÉDICA AMERICANA, 2002).

Segundo Sadock e Sadock (2007), o transtorno distímico afeta cerca de 5 a 6% da população, sendo crônico e caracteriza-se principalmente pela presença de humor depressivo que dura a maior parte do dia e que está presente de forma quase contínua. Os sintomas característicos da distímia são o pouco apetite ou fome excessiva, a insônia ou o excesso de sono, a pouca energia, a baixa autoestima, a dificuldade em se concentrar ou tomar decisões e os sentimentos de desesperança.

As pessoas que sofrem de distímia, frequentemente, se descrevem como “já tendo nascido deprimida”. Provavelmente, não tem senso de humor e encontra dificuldade em se divertir. A preocupação e a culpa dominam seus pensamentos e há tendência para a reserva e a letargia. Podendo precisar de 9 horas de sono ou mais, ou pode sofrer crises periódicas de insônia. Independentemente das circunstâncias da sua vida, sua sensação é de fracasso, tendendo a criticar a si mesmo e aos outros, e queixa-se com facilidade (ASSOCIAÇÃO MÉDICA AMERICANA, 2002, p. 56).

Algumas doenças apresentam como comorbidades a distímia, a esclerose múltipla, síndrome da imunodeficiência adquirida e o hipotireoidismo. Até o momento, não existe uma cura garantida para a distímia, mas o tratamento pode vir a aliviar seus sintomas e evitar que piore.

A outra forma é a depressão bipolar também conhecida como psicose maníaco-depressiva, distúrbio bipolar, depressão maníaca ou doença maníaca depressiva que de acordo com a Associação Brasileira de Transtorno Bipolar (2014) afeta hoje em dia 8% da população brasileira total.

A depressão bipolar se caracteriza com a oscilação de humor entre dois extremos emocionais, conhecidos como pólos – a tristeza (depressão) e a euforia (mania).

Entre esses períodos de extremos emocionais, o humor do indivíduo pode ser normal, mas durante a fase depressiva da doença, experimentará os mesmos sintomas das pessoas que sofrem de depressão grave. Poderá ter períodos de extremos emocionais, o humor pode ser normal, mas durante a fase depressiva da doença, a pessoa experimentará os mesmos sintomas das pessoas que sofrem de depressão grave vindo a ter períodos de uma forma mais branda e menos debilitante de mania, conhecida como hipomania que é marcado por um aumento da atividade, sensualidade, disposição e autoconfiança e durante a fase da mania, contudo, o humor se tornará exageradamente animado, expansivo ou irritável (ASSOCIAÇÃO MÉDICA AMERICANA, 2002, p. 63).

Na depressão bipolar, existem dois níveis de classificação: a bipolar I que é a depressão que oscila entre os extremos da depressão grave e da mania e a bipolar II que é a depressão que se caracteriza por se movimentar entre a depressão e a hipomania – uma forma mais branda da mania. Durante as oscilações através do humor, as pessoas que sofrem da depressão bipolar acabam sentindo muita angústia, pois essa oscilação interfere significativamente no modo de vida delas socialmente ou domesticamente, no trabalho ou em outros aspectos de suas vidas.

A mania pode ser diagnosticada pelos seguintes aspectos:

Autoestima inflada ou mania de grandeza; redução acentuada da necessidade de dormir; compulsão para falar mais do que de costume ou não parar de falar; pensamentos pretensivos ou acelerados; tendência para se distrair com facilidade por algo trivial ou irrelevante; movimentos físicos rápidos e uma atividade visivelmente aumentada em qualquer área da sua vida, inclusive

social, profissional, escolar ou sexual; envolvimento excessivo em atividades, que, provavelmente, terão más consequências, tais como gastar descontroladamente (ASSOCIAÇÃO MÉDICA AMERICANA, 2002, p. 69).

Sendo a mania diagnosticada somente se esses sintomas forem intensos e que venham a atrapalhar a vida do indivíduo tanto no trabalho, como com a família, em relacionamentos sociais e/ou amorosos e em atividades sociais.

E a terceira forma, sendo a mais comum da doença depressiva, é a depressão grave que é conhecida como distúrbio depressivo grave, depressão unipolar, depressão clínica ou transtorno depressivo maior. E, de acordo com a OMS, sendo a principal causa de incapacitação em todo o mundo, ocupando o quarto lugar entre as dez principais causas de patologias.

Os sintomas conhecidos da depressão grave são: a perda de peso significativo quando não estiver fazendo dieta ou o aumento de peso significativo; a perda ou aumento de apetite; sonolência ou insônia excessiva; movimentos físicos mais lentos ou mais inquietos do que o de costume; fadiga ou perda de energia; sentimentos de culpa ou inadequados de inutilidade; incapacidade de tomar decisões, de se concentrar ou até de pensar com clareza e ter pensamentos recorrentes de morte, suicídio sem um plano específico, algum plano para cometer suicídio ou a tentativa de suicídio.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2008) depressão grave pode ter episódios sem sintomas psicóticos ou com sintomas psicóticos.

F32.2 Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos – episódio depressivo onde vários dos sintomas são marcantes e angustiantes, tipicamente a perda autoestima e ideias de desvalia ou culpa. As ideias e os atos suicidas são comuns e observa-se em geral uma série de sintomas “somáticos”.

F32.3 Episódio depressivo grave com sintomas psicóticos – correspondente a descrição de um episódio de depressão grave (F32.2) mas acompanhado de alucinações, ideias delirantes, de uma lentidão psicomotora ou de estupor de uma gravidade tal que todas as atividades sociais normais tornam-se impossíveis; pode existir o risco de morrer por suicídio, de desidratação ou de desnutrição. As alucinações e os delírios podem não corresponder ao caráter dominante do distúrbio afetivo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008, p. 97).

Existem várias formas de variações da depressão grave que são menos comuns, conhecidas como subdivisões ou subtipos. Há a depressão psicótica que apresenta todos os sintomas da depressão, mas com delírios ou alucinações; a depressão atípica é aquela em que as pessoas se sentem deprimidas, mas dificilmente sentem os outros sintomas como perda de apetite e de sono; a depressão pós-parto é marcada pelos mesmos sintomas da grave e ocorre

após o parto, a psicose pós-parto que em casos raros da depressão pós-parto transforma-se em uma patologia mais séria, seus sintomas incluem alucinações, delírios e pensamentos suicidas e, por último, o distúrbio disfórico pré-menstrual que é denominado uma doença cíclica – que tem repetições periódicas, a mulher sente-se deprimida e/ou irritada uma ou duas semanas antes ou durante a menstruação, sendo seus sintomas muito mais graves que a normal tensão pré-menstrual (TPM).

O IMPACTO DOS FÁRMACOS NO ORGANISMO DE INDIVÍDUOS QUE APRESENTAM QUADROS DEPRESSIVOS

Segundo Scherlack (2006), o tratamento da depressão com fármacos contém uma variedade de modalidades, que têm por objetivo principal reduzir o sofrimento psíquico causado por esta enfermidade, diminuir o risco de suicídio, melhorar o estado geral do paciente e garantir uma melhor qualidade de vida.

Sendo assim:

O tratamento antidepressivo deve ser realizado considerando os aspectos biológicos, psicológicos e sociais do paciente. Na média, não há diferenças significativas em termos de eficácia entre os diferentes antidepressivos, mas o perfil em termos de efeito colateral, preço, risco de suicídio, tolerabilidade varia bastante o que implica em diferenças na efetividade das drogas para cada paciente (SCHESTATSKY; FLECK, 1999, p. 1).

A conduta, portanto, deve ser individualizada e a prescrição profilática de antidepressivos irá depender da intensidade e frequência dos episódios depressivos.

Larini (2008) assegura que a terapia medicamentosa baseia-se na correlação das ações e dos efeitos os fármacos com os aspectos bioquímicos, fisiológicos, imunológicos e comportamentais da doença.

O primeiro grupo de fármacos para o tratamento da depressão surgiu na década de 1960, designado como tricíclicos (ADTs), tendo a imipramina e a amitriptilina como os protótipos desta geração. O segundo grupo é representado pelos inibidores da monoaminoxidase (IMAO), que também apareceu na década de 1960. O terceiro grupo é representado pelos inibidores seletivos da recaptção da serotonina (ISRSs), sendo a fluoxetina o primeiro fármaco. Embora a eficácia dos compostos mais recentes não seja superior aos da primeira geração, sua relativa segurança e tolerabilidade levaram a sua rápida aceitação como antidepressivos mais comumente prescritos (CAMPIGOTTO et al. 2008).

Para Moreno e Moreno e Soares (1999), os antidepressivos ADTs são caracterizados por conter a estrutura cíclica (anéis benzênicos). Sendo divididos em dois grandes grupos: as

aminas terciárias (imipramina, amitriptilina, trimipramina e doxepina) e as amins secundárias (desmetilimipramina, nortriptilina e protriptilina).

O mecanismo de ação comum aos antidepressivos tricíclicos em nível pré-sináptico é o bloqueio da recaptura da monoaminas, principalmente norepinefrina (NA) e serotonina (5-HT), em menor proporção dopamina (DA). Amins terciárias inibem preferencialmente a recaptura de 5-HT e secundárias a de NA. Atualmente se considera não haver diferenças significativas quanto a seletividade do bloqueio de recaptura pré-sináptica (MORENO; MORENO; SOARES, 1999, p. 3).

Logo, a imipramina e a amitriptilina são mais comumente encontrados nos antidepressivos tricíclicos, estes aumentam a quantidade de NA ou de 5-HT ou de ambas no sistema nervoso central (SNC), elevando os seus efeitos. Devem ser usados cuidadosamente nos casos de retenção urinária, glaucoma de ângulo fechado, pressão intraocular aumentada, disfunção hepática ou da tireóide. Possuem várias reações adversas, como: taquicardia, boca seca, constipação, náusea, vômito, diaforese, visão turva, anorexia, convulsão, sonolência, tontura, excitação, tremor, fraqueza, dor abdominal, entre outras (CORDIOLI et al., 2011).

Além dessas reações, os efeitos colaterais anticolinérgicos dos ADTs também se tornam inadequados para o uso em pacientes cardíacos, como aqueles que sofrem de doença cardíaca isquêmica, infarto do miocárdio e insuficiência cardíaca (SCHERLLACK, 2006).

Devido aos diversos efeitos colaterais, os antidepressivos tricíclicos geram mais abandono no tratamento em relação aos demais medicamentos, pois por mais eficientes que sejam, as reações adversas são maiores.

Em relação aos antidepressivos inibidores da monoaminoxidase, a inibição da enzima monoaminoxidase (MAO) nos axônios terminais inibirá efetivamente a quebra enzimática da noradrenalina e também a serotonina. As excessivas quantidades desses neurotransmissores que são encontrados nos neurônios se difundem para as fendas sinápticas para produzir um efeito antidepressivo (SCHERLLACK, 2006).

De acordo com Moreno e Soares e Moreno (1999), os subtipos da MAO, A e B, estão envolvidos no metabolismo da 5-HT, NA e DA. Tranilcipromina é um IMAO não seletivo que se liga de forma irreversível às MAOs A e B (formando ligações covalentes). A redução da atividade da MAO resulta em aumento da concentração desses neurotransmissores nos locais de armazenamento no SNC e no sistema nervoso simpático.

Neste contexto, deve-se compreender:

Possivelmente as mudanças nas características dos receptores produzidos pela administração crônica de IMAOs se correlacionam melhor com a atividade antidepressiva do que o aumento na atividade secundária ao aumento na concentração de neurotransmissores, e pode explicar a demora

para o início da ação terapêutica (MORENO; MORENO; SOARES, 1999, p. 3).

O autor confirma ainda, que foram desenvolvidos IMAOs seletivos da MAO-A e B, além de compostos reversíveis que contornam o problema das crises hipertensivas. A moclobemida é um antidepressivo inibidor da MAO-A e reversível, que desanima a 5-HT e NA, ao passo que inibidores seletivos da MAO-B, como a selegilina, não possuem ação antidepressiva significativa.

Segundo Sadock (2007), os antidepressivos IMAOs são escolhidos com menor frequência, uma vez que podem acarretar crises hipertensivas em pacientes que ingerem alimentos com conteúdo elevado de tiramina, o que requer uma adesão restrita a um conjunto simples de diretrizes dietéticas.

A tiramina é um aminoácido encontrado em muitas substâncias proteicas, sendo produzidas por fermentação, envelhecimento, defumação ou conservação. A enzima MAO, encontrada no fígado, normalmente desativa a tiramina. Na presença de um IMAO, a tiramina não é desativada pela MAO e fica livre para circular e, indiretamente, causar liberação da NA das terminações nervosas, especialmente respostas hipertensivas (KAPLAN; SADOCK, 1999).

Portanto, paciente que ingerem IMAO devem evitar completamente alimentos que contenham tiramina, principalmente, alimentos velhos, deteriorados, inadequadamente refrigerados ou congelados.

O fármaco moclobemida inibidor reversível da MAO tem como reações adversas: náusea, distúrbio do sono, vertigem, cefaleia, agitação, tremor, sonolência, frio, rubor, cansaço dos membros inferiores. Já o tranilcipromina inibidor irreversível da MAO tem como reações adversas: hipotensão ortostática, edema, impotência ou incapacidade de ejacular (10% dos homens), boca seca, constipação, aumento do peso, visão escurecida, alucinações, insônia, hemorragia intracraniana e dependência (DAME, 2011).

Pela compreensão de Moreno e Moreno e Soares (1999), os inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRSs), por sua vez, inibem de forma potente e seletiva a recaptação da serotonina, resultando em potencialização da neurotransmissão serotoninérgica. A potência da inibição de recaptação de serotonina é variada, assim como a seletividade por noradrenalina e dopamina.

Os ISRSs são rapidamente absorvidos, sofrem menos efeito do metabolismo de primeira passagem, se ligam fortemente a proteínas plasmáticas, todos deslocam outras drogas da ligação protéica, aumentando seu nível plasmático. Metabolizados primariamente pelo fígado, todos ISRSs afetam as enzimas metabolizadoras do citocromo p-450 e podem comprometer o

metabolismo de outras drogas metabolizadas por este sistema (MORENO; MORENO; SOARES, 1999, p. 7).

Para Sadock e Sadock (2007), os ISRSs são os medicamentos antidepressivos mais amplamente utilizados nos Estados Unidos, devido aos agentes de escolhas em função de sua eficiência, facilidade de utilização e falta relativa de efeitos adversos, mesmo em doses elevadas.

Citalopram, escitalopram, fluoxetina, paroxetina, fluvoxamina e sertralina são inibidores seletivos da recaptção de serotonina. Deve ser evitado o uso concomitante de IMAOs por crianças, na gestação ou lactação, por pessoas que já tiveram convulsões e ataques de epilepsia. Tendo reações adversas, como: náusea, vômitos, boca seca, constipação, diarreia, problemas de ejaculação, diminuição da libido, problemas visuais, em alguns casos perda ou aumento de peso, anorexia, problemas com o sono, nervosismo, cefaleia, entre outros (CORDIOLI et al., 2011).

Enfim, os medicamentos tricíclicos são, de longe, os mais letais dos antidepressivos e os ISRSs e os IMAOs são mais seguros, embora ainda letais quando ingeridos em excesso.

Como o objetivo principal da farmacoterapia é a completa eliminação dos sintomas, deve haver um monitoramento semanal das doses e das respostas clínica. O aumento das doses até os níveis terapêuticos deve ocorrer de forma gradual, tendo sempre uma revisão sistemática às respostas clínicas.

COMPREENSÃO DA IMPORTÂNCIA DA NUTRIÇÃO NO TRATAMENTO DE INDIVÍDUOS QUE APRESENTAM QUADROS DEPRESSIVOS

Partindo da compreensão que os quadros depressivos em seus diferentes estágios estão diretamente relacionados com a carência de neurotransmissores como a serotonina, dopamina, noradrenalina e acetilcolina, com destaque para a serotonina, pode-se afirmar que a introdução de alguns alimentos no cardápio habitual do paciente em tratamento para controle e minimização dos sintomas da depressão é fundamental.

De modo geral, os hábitos alimentares saudáveis são importantes para manutenção do quadro global de saúde do indivíduo. Uma alimentação saudável é constituída basicamente respeitando as quatro regras fundamentais de Pedro Escudero – quantidade, qualidade, harmonia e adequação dos alimentos sendo normocalórica, normoglicídica, normoproteica, normolipídica, rica em fibras, vitaminas e minerais, provendo de alimentos como frutas, verduras, legumes, grãos, carnes, cereais, leites e derivados. Uma alimentação adequada e

variada previne deficiências nutricionais e protege o organismo, pois assim proporciona uma melhor qualidade de vida.

No tratamento da depressão, optou-se por destacar nesse trabalho a importância de alimentos ricos em triptofano que é um aminoácido essencial sendo um precursor da serotonina no organismo, como o chocolate, as oleaginosas – castanha do Brasil e castanha de caju, os peixes, a soja, os ovos e leites e seus derivados.

O chocolate é um alimento produzido tendo como base o cacau e nele são encontrados os nutrientes como o cobre, manganês, magnésio, açúcares, triptofano e tirosina – que são substâncias que estimulam a produção de serotonina. A mistura de chocolate e açúcares estimula o pâncreas a liberar insulina, facilitando o acesso do triptofano e da tirosina ao cérebro, assim aumentando a produção de serotonina. A ingestão recomendada é de no máximo 50g ao dia do meio amargo ou 70% cacau. Além de estimular a produção de serotonina pelo corpo, o chocolate evita a oxidação e a deterioração das células. Pessoas com tendência à depressão recorrem ao chocolate para se acalmar (FARAH, 2008).

As oleaginosas como a castanha do Brasil e a castanha de caju são mais uma fonte de aminoácidos essenciais, contendo também vitaminas e minerais importantes para o organismo humano, como a vitamina E, o fósforo, cálcio, magnésio, potássio, zinco, manganês, cobre e selênio que agem como um importante antioxidante e são ricas em ômega-9 (ácido graxo oleico).

De acordo com Carvalho e Pereira Júnior (2008), embora admitindo que ainda se conhece pouco sobre como a dieta afeta o cérebro, parece estar bem estabelecido que os ácidos graxos ômega-3 (ácido graxo linolênico) ajudam na produção de serotonina, o hormônio que tem sido considerado fator necessário para um bom humor. As principais fontes de ômega-3 são os peixes e frutos do mar que também são fontes ricas de vitaminas e minerais importantes para a atividade cerebral como o selênio, cobre, cromo, zinco, ferro, iodo e vitaminas do complexo B (niacina, piridoxina e cobalamina) biotina e triptofano.

De acordo com Penha et al. (2007), a soja é considerada um alimento funcional, que fornece nutrientes ao organismo e benefícios para a saúde. Sendo rica em proteínas, contém isoflavonas, saponinas, fitatos, inibidores de protease, fitosteróis, peptídeos com baixo peso molecular, oligossacarídeos e ácidos graxos poliinsaturados, que auxiliam na redução de riscos de doenças crônicas e degenerativas. Também constitui boa fonte de minerais como ferro, potássio, magnésio, zinco, cobre, fósforo, manganês e vitaminas do complexo B. Como os pacientes com depressão possuem níveis baixos desses minerais e das vitaminas do

complexo B, a soja é um alimento que deve estar contido na dieta do paciente. Além disso, contém quantidades significativas do aminoácido triptofano.

Ovos, leites e seus derivados são alimentos ricos em nutrientes como o triptofano que produz o efeito de relaxar a musculatura, além de conter substâncias que ajudam no bom humor como as vitaminas do complexo B (tiamina, piridoxina, riboflavina, niacina e cobalamina) e ajudando em conjunto a memória. Os nutrientes mais encontrados nesses alimentos, além das proteínas e aminoácidos (tirosina), são cálcio, ferro, cobre, cromo, zinco, fósforo, vitaminas A (retinol) e D (calciferol) e a biotina.

CONCLUSÃO

Observa-se com este trabalho que a depressão é uma doença que afeta o ser humano não somente em seu estado psicológico, mas afeta também o âmbito social em que vive. O trabalho caracterizou os três tipos mais comuns de depressão que atingem a população hoje em dia, sendo o primeiro tipo a depressão leve que é uma forma mais branda e duradoura dessa patologia. Em seguida, retrata-se o segundo tipo que é a depressão bipolar, sendo uma forma da doença em que a pessoa oscila entre os pólos emocionais (depressão e mania), tendo dois subtipos a bipolar I e a bipolar II. E o terceiro e último tipo de depressão relatada no estudo foi a depressão grave, que é a quarta maior patologia que incapacita a população nos tempos atuais por seus sintomas serem extremamente fortes, por isso sendo a forma mais severa da doença.

O tratamento da depressão com fármacos pode ser feito com três tipos de medicamentos mais comumente prescritos, sendo os antidepressivos tricíclicos (ADTs), os primeiros protótipos que surgiram na década de 1960; os inibidores da monoaminoxidase (IMAO), e os inibidores seletivos de recaptação de serotonina (ISRS), que são os antidepressivos de última geração. Estes possuem efeitos colaterais menos severos que os demais, pois são mais tolerados pelo organismo.

No momento da escolha de qual antidepressivo utilizar devem-se ser levados em consideração alguns aspectos como risco de suicídio, tolerabilidade, preço e efeito colateral. A conduta e a prescrição profilática devem ser totalmente individualizadas e irão depender da frequência e da intensidade dos quadros depressivos.

Há uma grande importância da nutrição para o tratamento da depressão, pois o paciente em quadro depressivo encontra-se com carência de alguns neurotransmissores, principalmente a serotonina. Alimentos ricos em triptofano e tirosina, que são aminoácidos

percussores da serotonina, devem sempre fazer parte do hábito alimentar do paciente, sendo os alimentos estudados neste trabalho o chocolate, as oleaginosas, os peixes, a soja, os ovos e leites e derivados. E, de modo geral, os hábitos alimentares saudáveis são importantes para a melhora e manutenção do quadro geral de saúde do indivíduo.

NUTRITION IN THE TREATMENT OF DEPRESSIVE PROCESS

ABSTRACT

This paper mainly aims to accomplish a study about several depression demonstrations, that in nowadays circumstances reach great part of worldwide population, highlighting the most known and prescribed medicines. Besides understanding how the disorder impacts the body and what the role of medicine over the treatment is. It is aimed to evaluate the lack of some nutrients over the body, which can provide susceptibility to its occurrence. In this paper it is mentioned some food in which contain the precursor agent of serotonin that incites good humor. The best known agents are tryptophan and tyrosine that are essential amino acids to produce serotonin release, being the studied food: chocolate, oil seeds - Brazilian nut and cashew-chestnut, fish, soya, eggs, milk and its derivate. After this study, it was possible to conclude that a diet including either quality or quantity and in harmony with nutritional food intake of a subject provides improvement on general patient's clinical scenario.

Keywords: Depression. Medicine. Nutrition.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-V**. 5. ed. Porto Alegre, RS: Artmed, 2014.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSTORNO BIPOLAR. **O que é Transtorno Bipolar**. Disponível em: <<http://www.abtb.org.br/transtorno.php>> Acesso em: 20 mar. 2014.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA AMERICANA. **Guia Essencial da Depressão**: um quadro abrangente da depressão, suas causas e tratamentos, com o rigor científico da Associação Médica Americana. São Paulo, SP: Aquariana, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Depressão maior**: da descoberta à solução. Brasília, DF: Ministério da Saúde, v.1, n.5, 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/HSE_URM_DEP_0404.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2014.

CAMPIGOTTO, K. F. et al. Detecção de risco de interações entre fármacos antidepressivos e associados prescritos a pacientes adultos. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, SP, v. 35, n. 1, 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832008000100001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 mar. 2014.

CARVALHO, M. A; PEREIRA JUNIOR, A. Nutrição e estados de humor: da medicina chinesa antiga à neurociência. **Revista Simbio-Logias**, Botucatu, SP, v. 1, n. 1, 2008.

Disponível em <http://www.ibb.unesp.br/Home/Departamentos/Educacao/Simbio-Logias/ARTIGO_03_FILO_nutricao_estados_de_humor.pdf>. Acesso em: 09 jun. 2014.

CORDIOLI, A. V. et al. **Psicofármacos**. 4. ed. Porto Alegre, RS: Artmed, 2011.

FARAH, R. **Chocolate: energia e saúde**. São Paulo, SP: Alaúde, 2008.

KAPLAN, H. I.; SADOK, B. J. **Tratado de psiquiatria**. 6. ed. Porto Alegre, RS: Artmed, 1999.

LARINI, L. **Fármacos e Medicamentos**. Porto Alegre, RS: Artmed, 2008.

MORENO, R. A.; MORENO, D. H.; SOARES, M. B. de M. Psicofarmacologia de antidepressivos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, SP, v. 21, supl. 1, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000500006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 mar. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. [S. l]: OMS, 2008 V.1. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/cid10.htm>> Acesso em: 22 mar. 2014.

PENHA, L. A. O. et al. A soja como alimento: valor nutricional, benefícios para a saúde e cultivo orgânico. **Boletim Centro de Pesquisa e Processamento de Alimentos**, Curitiba, PR, v. 25, n. 1, p. 91-102, 2007. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/alimentos/article/view/8397/5846>>. Acesso em: 10 jun. 2014.

PERES, U. T. **Depressão e melancolia**. 3. ed., Rio de Janeiro, RJ: Zahar, 2010.

SADOCK, B. J. SADOCK, V. A. **Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. 9. ed. Porto Alegre, RS: Artmed, 2007.

SCHERLLACK, G. **Farmacologia na prática clínica da área de saúde**. São Paulo, SP: Fundamento Educacional, 2006.

SCHESTATSKY, S.; FLECK, M. Psicoterapia das depressões. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, SP, v. 21, supl. 1, maio 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000500007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 mar. 2014.