1 Depressão: o que é?

1.1 Da sensação de tristeza à depressão

Nem todo estado de tristeza deve ser considerado depressão. Pensamentos tristes fazem parte do dia a dia e logo desaparecem. Uma decepção é reprimida depois de alguns dias por novas experiências, o tempo cura as feridas. O luto pela perda ou morte de uma pessoa próxima e querida é normalmente profundo e dura muito tempo, muitas vezes um ano inteiro. No entanto, podemos predizer que o humor quase sempre melhora. Essa sensação de tristeza, mesmo quando instalada de forma tão profunda por um breve tempo, não é considerada doença.

O abatimento, a melancolia ou as “depressões” modernas são transtornos frequentes e consideradas doenças sérias que atingem a pessoa por inteiro, influenciando tanto as faculdades mentais quanto as físicas.

As alterações psíquicas atingem, sobretudo, o *plano afetivo*. Os sentimentos positivos – como alegria, desejo, energia, interesse, satisfação e relaxamento – ou inexistem ou aparecem apenas em segundo plano. Os sentimentos negativos, desagradáveis e dolorosos, determinam a vida em grau desmedido. Dentre tais sentimentos negativos estão o desânimo, a tristeza, o medo, a amargura, o sentimento de solidão, a impotência e a desesperança. Eles alternam-se com fases de exaustão, abatimento e sensação de vazio, fazendo com que as pessoas afetadas se sintam “enclausuradas”, isoladas e como se estivessem mortas internamente.

A depressão também influencia o *desempenho*, o pensamento, a memória e o discernimento. Quem sofre dessa doença queixa-se de falta de concentração, lapsos de memória e problemas de registrar acontecimentos,

há queixas de cansaço com mais facilidade e menos resistência e força. Até as decisões cotidianas tornam-se difíceis e o discernimento é limitado.

O modo como a pessoa que sofre de depressão vê a si mesma, seus familiares, sua situação, suas possibilidades e seu futuro também é alterado. Predomina o *pessimismo*, mesmo quando não há um claro motivo para isso. O entorno e, com frequência, também as pessoas próximas são considerados estranhos, ameaçadores e hostis. A própria pessoa fica mal e se *culpa*. Sua vida parece uma sucessão de fracassos e derrotas. O futuro é incerto, inevitavelmente cheio de ameaças. Por isso, muitos depressivos também sentem medo e desesperança.

A *motivação*, a capacidade de se entusiasmar, o *interesse*, o envolvimento com as coisas e as vivências, e a empatia sofrem igualmente alterações. Os depressivos recolhem-se e não têm objetivos nem desejos. A vida é tediosa, sem graça e vazia. No pior dos casos, a pessoa não vê mais sentido na vida e não deseja mais viver.

Na depressão, são típicas as inúmeras *queixas físicas*. Os afetados sofrem de distúrbios do sono, falta de apetite, perda do interesse e do prazer sexual, falta de paladar, alteração da pressão arterial e aperto no peito, dores de cabeça e de barriga, transtornos gastrointestinais, falta de força, exaustão, esquecimento, irritabilidade, inquietação e agitação a esmo. Na idade avançada, principalmente, são esses os transtornos físicos que determinam o quadro de uma pessoa com depressão.

Os distúrbios do sono são, com frequência, os primeiros indicadores de uma depressão, e por isso devem ser sempre levados a sério. Os pacientes depressivos acordam duas horas antes do habitual ou até mais cedo. Na madrugada, a depressão é sentida de forma ainda mais forte, como se fosse o mau humor matinal dos depressivos. O ritmo de sono deles está alterado. Um décimo dos pacientes depressivos não dorme pouco, mas muito. As causas desse fenômeno são completamente desconhecidas.

A perda de apetite é um sintoma costumeiro da depressão. Se não for tratada com rapidez, em poucas semanas pode evoluir para uma drástica perda de peso, capaz de colocar em risco a vida, principalmente das pessoas mais idosas.

Um complexo importante, que desempenha um papel significativo nos depressivos, são as queixas e as dores por todos os órgãos e partes do corpo. Cerca de 60% dos pacientes depressivos, em especial as mulheres, sofrem disso. Na maioria dos casos são dores nas costas e de cabeça, transtornos gástricos e problemas digestivos. Eles aparecem nos depressivos duas ou três vezes mais do que nas pessoas saudáveis. Em outros pacientes, a dor se instala toda no coração, além de arritmias cardíacas, surgem medo exagerado de ter (ou desenvolver) uma doença cardíaca (cardiofobia) que podem evoluir até se transformar em pânico. Os depressivos percebem uma sensação doentia difusa – manifestada na forma de falta de força, perda de energia e exaustão – como um sintoma físico. Num quadro depressivo, são muito frequentes queixas físicas leves preexistentes – como dor nas costas e no pescoço ou problemas respiratórios – piorarem.

Junto com a depressão há uma perda da capacidade de sentir prazer e do interesse sexual. Os afetados têm pouco ou nenhum desejo de intimidade, contato corporal e sexualidade. Os parceiros percebem o pouco, ou a falta total, de interesse sexual. E isso pode influir negativamente nas relações e no casamento.

Todos nós conhecemos muitos desses estados psicológicos, dessas sensações e dessas queixas. Somente quando vários desses sinais aparecem simultaneamente, se estendem por determinado período e ultrapassam certa intensidade é que se tornam um tormento e uma doença. Esses sintomas isolados são reações normais e naturais a experiências como perdas, fracassos, decepções, estresses, períodos de falta de objetivos, de solidão ou de exaustão.

Robert Burton descreveu amplamente a melancolia ainda em 1621, em seu livro *A anatomia da melancolia*. Ele era teólogo em Oxford e reuniu seus conhecimentos da época, em medicina, filosofia, literatura e teologia sobre a melancolia. *É impossível* escapar dessa melancolia, que se aninha tão profundamente na alma: esta é sua mensagem. Há um longo caminho entre a “melancolia” de Burton e o que atualmente se entende por “depressão”, mas o autor já acenou ao limite, *válido até hoje*, para se distinguir a “tristeza” normal e recorrente do estado patológico da “depressão”. Como e quando o limite entre as reações normais e os sintomas considerados clinicamente anormais *é ultrapassado* ainda é uma questão sem resposta.

1.2 Como reconhecer uma depressão?

Depressões são doenças psicológicas (atualmente usamos um termo mais neutro “transtornos”) cujo foco está no comprometimento do humor, no desânimo, na perda da alegria, no vazio emocional, na falta de motivação, na perda do interesse e em inúmeros incômodos físicos.

Para você mesmo(a) constatar a probabilidade de estar diante de uma depressão, é preciso que responda sinceramente às seguintes perguntas, que ajudam como *primeira orientação*:

1. Você não se diverte mais com coisas que antes lhe davam alegria?	☐ Sim	☐ Não
2. Você se sente abatido(a), triste e desesperançoso(a) na maior parte do tempo?	☐ Sim	☐ Não
3. Você sente falta de motivação para as atividades diárias?	☐ Sim	☐ Não
4. Você se preocupa muito?	☐ Sim	☐ Não

Caso você tenha *respondido sim para uma ou mais* dessas perguntas, e essas queixas já durem mais de duas semanas, então, por favor, responda às próximas três perguntas:

5. Você acorda no meio da noite ou de madrugada sentindo-se mal e não conseguindo mais dormir?	☐ Sim	☐ Não
6. Você tem problemas de concentração ou tem tido dificuldade, nos últimos tempos, para tomar decisões?	☐ Sim	☐ Não
7. Você já pensou que seria melhor morrer logo?	☐ Sim	☐ Não

Se você também respondeu *sim para uma ou mais* dessas últimas perguntas, então já há indícios (“fatos suspeitos”) de que possa estar com depressão.

Contudo, mediante essas perguntas ainda não é possível fazer um diagnóstico, ou seja, definir se existe uma depressão ou decidir por um tratamento. Para tanto, no próximo capítulo vamos descrever os critérios de uma depressão.

A planilha 1 (ver anexo, na página 81) oferece a você um questionário específico para estimar a gravidade da depressão, que vai além das questões gerais e orientadoras aqui listadas.

1.3 O quadro clínico da depressão

Além do uso coloquial do termo “depressão” em situações de humor abatido na vida normal, falamos também de “depressão” (mais precisamente de “*episódios depressivos*”) como uma doença psíquica grave quando os critérios listados no quadro a seguir forem atendidos.

Características de um “episódio depressivo” (segundo a CID-10)

- A) Os episódios depressivos devem durar no mínimo duas semanas.
- B) Devem aparecer no mínimo dois dos seguintes sintomas:
 - humor depressivo (melancolia) que perdura a maior parte do dia;
 - perda de interesse ou de alegria;
 - motivação reduzida ou maior propensão a se cansar.
- C) No mínimo dois dos seguintes sintomas adicionais:
 - perda de autoconfiança ou de autoestima;
 - autocríticas, sentimentos de culpa;
 - desesperança;
 - pensamentos de morte ou suicidas;
 - diminuição da capacidade de refletir ou de concentrar-se, indecisão;
 - agitação ou inibição psicomotora;
 - distúrbios no sono;
 - perda de apetite com conseqüente alteração no peso;
 - inúmeras queixas físicas.
- D) Diminuição do desempenho e do nível de funcionamento social.

Além disso, as depressões são, atualmente, diagnosticadas por uma série (no mínimo quatro) de problemas existentes que devem persistir por determinado tempo (no mínimo duas semanas). As queixas não podem ser explicadas por outras doenças ou circunstâncias (por exemplo, reação ao luto, influência de drogas, tumores e outras doenças físicas crônicas e/ou incapacitantes). Com frequência os problemas listados pioram nas primeiras horas da manhã ou de madrugada. Por isso, preferimos falar em “mau humor matinal”. Também há variações ao longo das estações do ano (depressão de inverno, considerada rara no Brasil, quando comparada com países europeus).

Os homens, em geral, têm maior dificuldade para perceber de forma clara seus sentimentos e incômodos. Eles quase nunca admitem a falta de motivação e a depressão, minimizam os sintomas ou falam pouco a respeito. Por esse motivo, no caso dos homens, já se deve levar clinicamente em consideração uma depressão quando eles apresentarem menos de quatro sintomas simultâneos que perduram por mais de uma semana.

Não é necessário que um dos sintomas listados no quadro apareça numa depressão. Cada episódio depressivo pode ser caracterizado por outras queixas. São possíveis os mais variados padrões sintomáticos. Todas essas queixas também podem aparecer em outras enfermidades psíquicas e físicas. Além disso, elas surgem com intensidade, duração e gravidade variadas. O reconhecimento de um transtorno depressivo requer sempre, portanto, um diagnóstico psicológico e médico cuidadoso e detalhado.

As fases de melancolia são consideradas *leves* quando aparecerem simultaneamente de quatro a cinco dos sintomas depressivos listados no quadro; *moderadas*, quando surgirem seis ou sete; *graves*, quando forem oito ou mais.

Na velhice, a melancolia apresenta-se frequentemente como uma doença leve ou até imperceptível. Está comprovado que a quantidade de queixas simultâneas das pessoas idosas muitas vezes fica abaixo do limiar de quatro sintomas. O critério do tempo de duas ou mais semanas de duração (dos sintomas) normalmente não é alcançado. Na idade avançada é comum uma mudança (chamada de “flutuação”) muito mais frequente das queixas.

Ao mesmo tempo, sabemos que essas depressões subliminares não são menos limitadoras, menos redutoras do desempenho nem menos perigosas. Além disso, toda depressão subliminar comporta o risco de evoluir para um quadro completo do episódio depressivo ou para uma melancolia crônica.

Passam bastante despercebidas as depressões duradouras (*crônicas*), mas menos intensas. São as chamadas *distimias* (ver quadro seguinte). Elas começam já nos primeiros anos de vida e duram anos, não raro a vida inteira. Sua sintomatologia é menos marcante. O que predomina é a exaustão e o cansaço; tudo é vivido como esforço. Esses pacientes sentem-se insatisfeitos e dormem mal.

Características de uma distimia
A) Humor depressivo que dura a maior parte do dia e mais da metade de todos os dias, por no mínimo um ano.
B) Durante o humor depressivo, deve haver pelo menos dois dos seguintes sintomas: <ul style="list-style-type: none">– falta de energia ou exaustão;– falta de alegria;– falta de apetite ou vontade exagerada de comer;– falta de sono ou vontade exagerada de dormir;– baixa autoestima;– problemas de concentração ou dificuldade para tomar decisões;– desesperança.

Essas queixas paralisantes dominam a maior parte do tempo, raramente elas perdem a força antes de alguns dias ou semanas e os afetados se sentem momentaneamente melhor.

Enfermidades maníaco-depressivas (bipolares)

Uma enfermidade peculiar é o “transtorno maníaco-depressivo”, também conhecido como “transtorno bipolar”. Nesse caso, além dos episódios depressivos, ocorrem também episódios maníacos (ver quadro). As fases depressivas correspondem às características de um episódio depressivo já

citadas. Apenas por essas características depressivas não é possível distinguir um transtorno unipolar (depressão) de um bipolar. O fundamental no transtorno bipolar é o surgimento de sintomas maníacos, pelos quais a pessoa afetada está quase sempre “bem”, conta com toda sua energia e força, seu humor fica bom e a autoestima elevada, quase não precisa dormir, encara tudo, está sempre ocupada, fala sem parar e sente-se o centro dos interesses e requisitada por todos. Também se pode chegar a estados de agressão e irritação. Nessa condição, ela se torna um fardo para os familiares. Ela não reconhece a situação, pois se sente na melhor forma. Em certas circunstâncias, os parentes são percebidos como freios ou obstáculos, o que pode resultar em um ambiente e em interações inflamadas e até agressivas. Quando a sintomatologia muda para a fase depressiva, a diferença entre estado maníaco, carregado de energia, e depressivo, sem motivação e alegria, é vivenciada de forma muito mais drástica do que a sintomatologia depressiva no caso dos transtornos unipolares.

Características de um “episódio maníaco”

- A) Um episódio maníaco costuma durar, no mínimo, uma semana.
- B) O humor anormal e persistente de alegria, expansividade ou irritação perdura pela maior parte do dia.
- C) Devem existir pelo menos três dos seguintes sintomas adicionais (em grau significativo):
 - autoestima acima do comum, ideias de grandeza;
 - necessidade reduzida de sono (três horas de sono são suficientes);
 - aumento da loquacidade, necessidade de falar;
 - fuga de ideias, aceleração do pensamento;
 - aumento da distração, atenção a estímulos irrelevantes;
 - aumento da agitação, inquietação psicomotora;
 - ocupação excessiva com atividades prazerosas que têm consequências desagradáveis.
- D) Diminuição do desempenho e do nível de funcionamento social.

1.4 A evolução das depressões

É típico que as depressões sejam consequência de distúrbios recorrentes. Quem passa uma vez por uma depressão, mesmo que seja leve, carrega o risco de, quando estiver sob estresse, voltar a ficar deprimido. Portanto, o risco de reincidência é alto!

Muitas depressões evoluem sem serem percebidas ou tratadas. Estima-se que mais da metade dos transtornos depressivos não seja identificada e, mesmo entre as depressões identificadas, quase a metade não é tratada ou é tratada de forma inadequada. A maioria das depressões melhora aos poucos. Sobretudo na juventude, os episódios são limitados, e a recuperação acontece – frequentemente mesmo sem tratamento – após algumas semanas (na maioria das vezes, de três a seis meses). Com o avanço da idade, os episódios estendem-se e a melhora ou a recuperação demoram mais. Há, inclusive, uma tendência à cronificação.

Uma fase melancólica pode levar a queixas intensas. Nessa fase, a pessoa afetada não consegue mais livrar-se, por exemplo, dos sentimentos de culpa, dos medos de fracassar profissionalmente ou até mesmo da convicção de ter pecado. Os sintomas podem ser, de fato, delirantes ou psicóticos. Em um estado patológico de tal gravidade, não se consegue mais acessar a pessoa afetada e agir de forma corretiva com atenção, conversas ou experiências.

As pessoas mais velhas chegam mais facilmente a esses sintomas delirantes do que os jovens. Isso pode ser condicionado, em parte, por uma intolerância medicamentosa (por exemplo, pela ingestão de diversos fármacos) ou causado por doenças cardiovasculares ou transtornos em órgãos sensoriais (como dificuldade de audição). A dificuldade de audição faz com que as pessoas se sintam levemente desconfiadas, fiquem inseguras e comecem a acusar os outros de estarem tramando pelas costas etc.

1.5 Depressão e doenças físicas

A experiência de tristeza, medo, falta de autoconfiança, resignação, aborrecimento, perda de apetite, falta de sono ou exaustão não é sinônimo da existência de uma depressão. Cada uma dessas queixas pode ser desencadeada por uma patologia física (por exemplo, um tumor, um infarto do coração, uma doença imunológica ou uma infecção) ou psíquica.

Ao mesmo tempo, há muitos indícios e comprovações de que as depressões acompanham doenças físicas, transtornos de ansiedade, abuso ou dependência do álcool, distúrbios hormonais (por exemplo, menopausa e diabetes) ou imunológicos (como câncer e alergias), degeneração mental (por exemplo, demência) e, especialmente, doenças cardiovasculares (como acidente vascular cerebral e infarto do miocárdio).

Na maioria das vezes, não é possível estabelecer o que surgiu primeiro. Sabe-se, porém, que as depressões podem ser consequência e causa de patologias físicas. Em todo caso, o tratamento da depressão é útil e necessário.

O risco de as pessoas depressivas desenvolverem as seguintes doenças é significativamente maior: patologias cardíacas, arteriosclerose, AVC, asma, alergias, úlceras gástricas e duodenais, diabetes *mellitus* e diversas doenças infecciosas. Foi comprovada uma queda do sistema imunológico em pessoas enlutadas, o que poderia explicar a relação entre as doenças depressivas e físicas.

A partir de diversos estudos, sabe-se, por exemplo, que as *patologias cardiovasculares* causam depressão. Essas reduzem o sucesso do tratamento e contribuem para a piora de um infarto ou até mesmo desencadear um novo. Dessa forma, as depressões encurtam a vida! O idoso depressivo não cuida direito de si, não toma a medicação

regularmente ou de modo algum, não se alimenta direito, movimentta-se muito pouco etc., o que pode, por exemplo, refletir no sistema cardiovascular e no metabolismo, com consequências fatais. A taxa de mortalidade de pacientes com acompanhamento médico entre pessoas depressivas acima de 65 anos é significativamente 15% mais elevada do que entre pacientes mais jovens. Idosos com depressão apresentam risco de morte duas vezes maior em um período de quatro anos do que pessoas saudáveis ou enfermas sem depressão. Esse risco é ainda maior para homens idosos deprimidos do que para mulheres!

Para a identificação correta de uma depressão, deve-se primeiro esclarecer se ela foi ocasionada por ou com uma *patologia física* (como, por exemplo, o processo degenerativo cerebral orgânico, hipotireoidismo, tumores etc.). Seja qual for o caso, é preciso uma detalhada elucidação médica, psicológica e laboratorial. Além disso, deve-se esclarecer o efeito direto de medicamentos, drogas e álcool, capazes de resultar em um quadro depressivo. Principalmente no caso de idosos, os medicamentos necessários e corretamente prescritos (como agentes anti-hipertensivos, compostos hormonais etc.) adquirem grande relevância, pois eles podem produzir melancolia como efeito colateral.

É particularmente importante, apesar de não ser fácil, distinguir uma *degeneração orgânica cerebral* ou o princípio de uma demência (degenerativa) de uma depressão. Muitos idosos depressivos vivenciam uma limitação na concentração, na atenção e na memória. É frequente relacionar os problemas de concentração e memória à existência de uma degeneração cerebral orgânica, sem considerar se é a melancolia a causa desses comprometimentos. Fala-se a favor dos transtornos depressivos na velhice: histórico de vários episódios depressivos, sintomatologia neurológica sutil, sensação constante de melancolia/depressão e/ou medo/impotência, postura queixosa e constatação da perda da memória, grandes lapsos de atenção, ca-

pacidade contida de compreensão e orientação (temporal, espacial), despertar cedo com pensamentos pessimistas e preocupados, oscilações durante o dia, diminuição do ânimo, interferência no apetite, pensamentos suicidas.

1.6 Luto

Quando os sintomas depressivos estão intimamente associados à morte de uma pessoa próxima e amada, trata-se de um luto normal, não de uma doença. Após a perda de uma pessoa importante e querida, é normal sentir-se triste e melancólico por alguns meses. Somente quando a reação de luto se estende inalterada por muitos meses (mais de seis), ela passa a ser considerada anormal e sinal de possível depressão.

Também durante a fase de luto – como comprovado por muitas pesquisas – o corpo é afetado, principalmente seus sistemas imunológico e cardiovascular, podem surgir doenças graves. A perda de um parceiro quase sempre traz consigo outras tensões – como restrições financeiras, acertos e disputas da herança, e mudança de domicílio –, contribuindo para a sobrecarga, a exaustação e o aprofundamento do desespero e da desesperança. Por isso, também durante a fase de luto é possível que se desenvolva uma depressão grave.

1.7 Quão difundidas são as depressões?

As depressões são transtornos psicológicos amplamente difundidos, que se tornaram mais frequentes nas últimas décadas. Estão sendo afetadas principalmente as faixas etárias mais jovens (entre 20 e 30 anos), sem que haja uma boa explicação para isso. Estudos em nações industrializadas apontam que cerca de 7 a

10% (ou seja, aproximadamente 25 milhões) dos europeus sofrem atualmente de alguma depressão. A Organização Mundial de Saúde (OMS) divulgou, em 2011, que o Brasil é o país com a maior prevalência de depressão do mundo, atingindo a 10,8% da população (utilizando-se de dados populacionais de 2015, isso equivaleria a cerca de 22 milhões de brasileiros afetados por algum tipo de depressão).

Personalidades famosas que sofreram de depressão enriqueceram a nossa vida, as artes e a história, apesar de sua enfermidade: Abraham Lincoln, Ludwig van Beethoven, Robert Schumann, Leon Tolstói, Isaac Newton, Hermann Hesse, Paul Gauguin, Frédéric Chopin, Gustav Mahler, Martin Luther King, Marylin Monroe, príncipe Claus da Holanda, Winston Churchill, entre muitos outros.

A probabilidade de alguém sofrer de depressão (distímia e episódios depressivos) ao longo da vida é de 12% para os homens e 26% para as mulheres. Isso significa que cerca de uma em cada quatro mulheres e um em cada seis homens estarão melancólicos em algum momento da vida.

Os transtornos maníaco-depressivos são mais raros e afetam entre 1 e 2% da população mundial. Cerca de quatro milhões de europeus sofrem de transtorno bipolar. Dados de 2015 do Ministério da Saúde do Brasil permitem estimar que cerca de 2 milhões de brasileiros apresentam transtornos bipolares.

Apesar de há tempos ter-se pressuposto que as depressões ocorrem com mais frequência em idosos que em jovens, novos resultados *não* apontam para isso. Elas aparecem em idêntica frequência em ambas as faixas etárias. Aliás, o risco do primeiro surgimento de uma depressão grave é até mais baixo na velhice que na juventude. Há alguns anos temos observado que as depressões começam cada vez mais cedo, atualmente já afetam jovens e adultos jovens.

Um levantamento com 20 mil pacientes que, em determinado dia, procuraram um consultório médico revelou que entre 8% dos homens e 14% das mulheres sofria de depressão acentuada. Se acrescentarmos depressões leves e queixas depressivas, chegamos a 28% do total, como confirmado por uma pesquisa da Rede de Competência em Depressão (*Kompetenznetz Depression*, iniciativa de pesquisa do governo alemão).

Ao todo, as depressões (em todos os graus) são claramente os transtornos psicológicos mais frequentes, com 25 a 30%. O alarmante é que esses números estão crescendo. Uma estimativa da Organização Mundial de Saúde aponta que, ao lado das patologias cardiovasculares, até 2020 as depressões serão a maior causa de enfermidades e ausência no trabalho por doenças e deficiências.

1.8 Tentativas de suicídio: um risco grave

A taxa de suicídio é de aproximadamente 15 casos para cada cem mil pessoas. Estima-se que o risco de um gesto suicida em um quadro depressivo seja de mais de mais de 20%. Os mais atingidos são os de faixa etária jovem (18 a 25 anos) e mais avançada (acima de 70 anos).

Tentativas de suicídio e gestos suicidas são um tabu. Mesmo na prática médica e psicoterapêutica fala-se pouco sobre o assunto. Com frequência, os gestos com fins suicidas são banalizados (“não foi para valer”) ou têm seu sentido desvirtuado (“não foi de propósito, só queria um pouco de sossego”). Entre os parceiros e na família, o tema é tratado de forma bastante emotiva; por isso, também nessa esfera evita-se falar sobre o assunto, identificar o risco, adotar medidas e aceitar ajuda.

A gravidade (quantidade de sintomas) e a duração (crônica, sem melhora) da depressão possibilitam uma previsão confiável de gestos

suicidas. Além disso, experiências recentes de perda, doenças físicas crônicas e isolamento social são fatores de risco bem típicos. O risco de um gesto suicida é máximo quando esses acontecimentos levam a um estado de desesperança (ver quadro adiante).

A *desesperança* é a condição psíquica decisiva nas depressões e, sobretudo, nas tentativas de suicídio. As pessoas que não têm mais esperança de mudança, melhoria, ajuda e distração desistem e querem acabar com sua vida.

As perguntas na planilha 2 (ver anexo, página 82) auxiliam você a avaliar, por si mesmo, a intensidade da sua desesperança.

Seleção de fatores de risco de suicídio

- tentativas anteriores de suicídio;
- gênero masculino;
- faixas etárias mais jovens e mais velhas;
- abatimento, falta de alegria;
- desamparo e desesperança;
- doenças crônicas;
- insônia persistente, distúrbios no sono;
- perdas, solidão, poucos laços sociais;
- consumo abusivo de álcool (ou de outras drogas);
- medo, pânico, nervosismo, impulsividade;
- fracassos, decepções.