

NEUROCIÊNCIA DO TRANSTORNO DREPRESSIVO MAIOR

UMA IMERSÃO NOS PROCESSOS NEUROBIOLÓGICOS
E NO CUIDADO MULTIDISCIPLINAR



Autores: Caio Victor Barros Gonçalves da Silva, Maria Clara Machado Alonso de Araújo, Fábio Antônio Mota Fonseca da Silva, Gabriela Nascimento Oliveira Moreira, Camilla de Andrade Tenorio Cavalcanti, Narayani Maria Serafim Barbosa Lopes e Isvânia Maria Serafim da Silva Lopes.

LIVRO CIENTÍFICO

Neurociência do Transtorno Depressivo Maior: Uma Imersão nos Processos Neurobiológicos e no Cuidado Multidisciplinar

Organizadores

Caio Victor Barros Gonçalves da Silva – Mestrando em Ciências Biológicas na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

Maria Clara Machado Alonso de Araújo – Discente do Curso de Psicologia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

Fábio Antônio Mota Fonseca da Silva – Discente do Curso Nutrição pelo Centro Universitário Brasileiro (UNIBRA) e do Curso de Psicologia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

Gabriela Nascimento Oliveira Moreira – Discente do Curso de Fonoaudiologia pela Universidade Federal de Pernambuco;

Camilla de Andrade Tenorio Cavalcanti – Doutora em Biociência Animal pela Universidade Federal Rural de Pernambuco (UFRPE);

Narayani Maria Serafim Barbosa Lopes - Discente do Curso de Ciência Política pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

Isvânia Maria Serafim da Silva Lopes – Docente do Departamento de Biofísica e Radiobiologia da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)



Copyright © Editora Humanize
Todos os direitos reservados

A reprodução não autorizada desta publicação, no todo ou em parte, constitui violação do copyright (Lei 5.988/73 e Lei 9.61/98)

Texto revisado segundo o novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa

Direito de publicação concedida a Editora Humanize

Organização

Caio Victor Barros Gonçalves da Silva
Maria Clara Machado Alonso de Araújo
Fábio Antônio Mota Fonseca da Silva
Gabriela Nascimento Oliveira Moreira
Camilla de Andrade Tenorio Cavalcanti
Narayani Maria Serafim Barbosa Lopes
Isvânia Maria Serafim da Silva Lopes

Publicação

Editora Humanize

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
(Editora Humanize, BA, Salvador)**

C135n DA SILVA, C. V. B. G.; DE ARAÚJO, M. C. M. A.; DA SILVA, F. A. M. F.; MOREIRA,
NM46130 G. N. O.; *et al.*, 2026

Neurociência do Transtorno Depressivo Maior: Uma Imersão nos Processos Neurobiológicos e no Cuidado Multidisciplinar / Caio Victor Barros Gonçalves da Silva, Maria Clara Machado Alonso de Araújo, Fábio Antônio Mota Fonseca da Silva, Gabriela Nascimento Oliveira Moreira, Camilla de Andrade Tenorio Cavalcanti, Narayani Maria Serafim Barbosa Lopes, Isvânia Maria Serafim da Silva Lopes. – Editora Humanize. Salvador, BA: [s.n.], 2026.

279 p. : il.

CDD 616.8527

Inclui referências bibliográficas.

CDU 612.8:616.89

ISBN: 978-65-5255-169-6

1. Saúde mental. 2. Psiquiatria. 3. Neurociência. 4. Depressão. 5. Transtornos mentais
I. Título

1. Transtorno depressivo maior - CDD: 616.8527

2. Neurociência aplicada à saúde mental - CDU 612.8:616.89

CORPO EDITORIAL

Avaliadores dos Trabalhos Científicos

Amanda Almeida Rodrigues e Silva - Mestranda em Psicologia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

Beatriz Cardoso Campos de Assunção - Mestranda em Bioquímica e Fisiologia na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

Beatriz Meyruze Barros da Fonseca - Mestrando em Ciências Biológicas na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

Bruna de Sousa Gomes - Mestrando em Ciências Biológicas na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

Bruno Vinicius Souza da Silva - Doutorando em Ciências Biológicas na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

Caio Victor Barros Gonçalves da Silva - Mestrando em Ciências Biológicas na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

Camilla de Andrade Tenorio Cavalcanti - Doutora em Biociência Animal pela Universidade Federal Rural de Pernambuco (UFRPE);

Fernanda Maria Amorim dos Santos – Doutoranda em Ciências Biológicas na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

Gael Freires de Lima – Doutorando em Tecnologias Energéticas e Nucleares na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

Geisa Maria de Sousa – Mestranda em Engenharia Civil na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

Irvania Fidelis da Silva Aguiar - Doutoranda em Ciências Biológicas na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

Jessica Marcela Barbosa da Silva Ribeiro Rocha - Mestranda em Bioquímica e Fisiologia na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

Maria Clara Machado Alonso de Araújo - Discente do Curso de Psicologia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

Maria Luísa Figueira de Oliveira – Doutoranda em Bioquímica e Fisiologia na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

Paloma Maria da Silva – Doutora em Ciências Biológicas na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

Paulo Henrique Eloi Fernandes - Doutorando em Ciências Biológicas na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

Renata Alves Rodrigues Ferreira – Especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS);

Roger Luis da Silva - Doutorando em Ciências Biológicas na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

Ryan Cristian da Silva - Mestrando em Ciências Biológicas na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

Sara Maria Xavier da Cruz – Doutoranda em Biologia Parasitária pela Fundação Oswaldo Crus (FIOCRUZ);

Vanessa dos Santos Nunes – Mestranda em Bioquímica e Fisiologia na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

Vanessa Ribeiro Leite Celestino - Mestranda em Bioquímica e Fisiologia na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

Viviann Magalhães Silva Borges – Mestranda em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS);

APRESENTAÇÃO

O Transtorno Depressivo Maior (TDM) configura-se como uma das condições psiquiátricas mais prevalentes e incapacitantes da atualidade, impactando profundamente a saúde mental, o funcionamento social e a qualidade de vida de milhões de pessoas em todo o mundo. Para além de seus aspectos clínicos e diagnósticos, a depressão representa um fenômeno complexo, multifatorial e dinâmico, cuja compreensão exige uma abordagem integrada entre neurociência, psicopatologia, biologia, cognição e contexto psicossocial.

A obra “Neurociência do Transtorno Depressivo Maior” foi concebida com o objetivo de aprofundar a compreensão dos mecanismos neurobiológicos, neuroquímicos e neurofuncionais envolvidos no TDM, articulando evidências científicas contemporâneas com implicações clínicas relevantes. Ao longo de seus capítulos, o livro explora desde os fundamentos neuroanatômicos e neurofisiológicos até os processos cognitivos, emocionais e comportamentais que caracterizam o transtorno, oferecendo ao leitor uma visão ampla, crítica e atualizada.

Com uma abordagem didática e rigor científico, esta obra dialoga com estudantes, pesquisadores e profissionais da área da saúde — especialmente das áreas de medicina, psicologia, enfermagem, neurociência e saúde mental — que buscam compreender o TDM para além de seus sintomas, reconhecendo-o como um transtorno que emerge da interação entre circuitos neurais, sistemas de neurotransmissão, fatores genéticos, ambientais e experiências de vida.

Outro aspecto relevante deste livro é sua preocupação em integrar ciência e prática clínica. Ao relacionar descobertas neurocientíficas com estratégias diagnósticas, terapêuticas e de manejo clínico, a obra contribui para uma atuação mais fundamentada, empática e eficaz no cuidado às pessoas acometidas pelo Transtorno Depressivo Maior.

Assim, “Neurociência do Transtorno Depressivo Maior” apresenta-se como uma contribuição significativa para o campo da saúde mental, estimulando o pensamento crítico, a atualização científica contínua e a construção de práticas baseadas em evidências. Trata-se de um convite à compreensão aprofundada da depressão, não apenas como um diagnóstico, mas como um fenômeno neurobiológico e humano que demanda conhecimento, sensibilidade e compromisso ético com o cuidado.

SUMÁRIO

Capítulo 01.....	14
ALÉM DA TRISTEZA: COMPREENDENDO A DEPRESSÃO COMO FENÔMENO MULTIDIMENSIONAL	
Introdução	14
Modelo Biopsicossocial.....	15
Prevalência e Fatores de Risco	16
Impactos Sociais	19
A Vivência à Luz De Franz Kafka.....	221
Tratamento	23
Conclusão.....	25
Referências:.....	27
Capítulo 02.....	28
DA MELANCOLIA À DEPRESSÃO: HISTÓRIA, CULTURA E A CONSTRUÇÃO DE UM DIAGNÓSTICO	
Introdução	28
Definição Clínica e Impacto Socioeconômico.....	29
Da Melancolia à Depressão: Evolução Histórica e Epistemológica.....	31
Principais Contribuições Científicas e Mudanças Nos Critérios Diagnósticos	32
Contexto Epidemiológico e Impacto na Saúde Pública	37
Depressão e Representações Culturais.....	39
Inovações em Saúde Mental	43
Conclusão.....	44
Referências:.....	47
Capítulo 03.....	50
QUANDO O CÉREBRO “DESAFINA”: DESVENDANDO OS MECANISMOS COMPLEXOS DO TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR	
.....	50
Introdução	50
Da Visão Monoaminérgica à Abordagem Sistêmica do TDM	51
Mecanismos Fisiopatológicos Centrais no TDM.....	53
Integração Dos Achados e Implicações Terapêuticas.....	58
Referências:.....	60

Capítulo 04.....62

**O PAPEL DO EIXO MICROBIOTA-INTESTINO-CÉREBRO NA
FISIOPATOLOGIA DA DEPRESSÃO62**

Introdução	62
A Sinalização no Eixo Microbiota-Intestino-Cérebro	63
Eixo Microbiota-Intestino-Cérebro e a Depressão: Contribuições do Estresse Oxidativo e do Processo Inflamatório	65
Conclusão.....	69
Referências:.....	70

Capítulo 05.....72

DIAGNÓSTICO CLÍNICO72

Introdução	72
Características Gerais do Transtorno Depressivo Maior	73
Critérios Diagnósticos para um Diagnóstico Clínico.....	74
Diagnóstico Diferencial e Novidades na Pesquisa.....	76
Importância do Diagnóstico Precoce para Melhor Prognóstico	78
Considerações Finais	79
Referências.....	81

Capítulo 06.....83

MÉTODOS DE AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA83

Introdução	83
Avaliação Clínica do TDM	84
Instrumentos de Triagem e Escalas de Avaliação.....	85
Avaliação Diferencial e Exames Complementares.....	87
Inovações Tecnológicas na Avaliação e Monitoramento do Transtorno Depressivo Maior	89
Conclusão.....	90
Referências.....	92

Capítulo 07.....94

**SINAPSES EM DESEQUILÍBRIO - ESTRATÉGIAS FARMACOLÓGICAS
NO REEQUILÍBRIO EMOCIONAL.....94**

Introdução	94
Classes E Mecanismos de Ação.....	95
Efeitos Colaterais e Interações Medicamentosas	101
Manejo de Casos Resistentes	104
Conclusão.....	106
Referências.....	108

Capítulo 08.....110

FITOTERÁPICOS NA REDUÇÃO DOS SINTOMAS DEPRESSIVOS.....110

Introdução	110
Fitoterápicos Investigados Para o Tratamento da Depressão	112
Efeitos Adversos do Uso de Fitoterápicos	119
A Prescrição dos Fitoterápicos no Contexto Clínico	120
Conclusão.....	121
Referências:.....	122
Capítulo 09.....	123
PSICOTERAPIAS E APOIO TERAPÊUTICO NO TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR.....	123
Introdução	123
Psicoterapias para o Transtorno Depressivo Maior	124
Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) para o TDM.....	125
Terapia Interpessoal, Terapia de Aceitação e Compromisso e Terapia Psicodinâmica para o Transtorno Depressivo Maior	127
Validade e Eficácia das Psicoterapias no TDM	129
Apoio Terapêutico e Papel do Psicólogo	130
Conclusão.....	132
Referências:.....	133
Capítulo 10.....	134
EXERCÍCIO FÍSICO NO TRATAMENTO DO TRANSTORNO DEPRESSIVO: EFEITOS FISIOLÓGICOS, PSICOSSOCIAIS E APLICABILIDADE CLÍNICA	134
Introdução	134
Exercício Físico e Neurobiologia da Depressão	135
Tipos de Exercícios para Prevenção e Tratamento na Depressão.....	137
Benefícios Psicossociais Do Exercício Físico Na Depressão	139
Desafios e Estratégias de Adesão à Prática de Exercício Físico.....	140
Conclusão.....	141
Referências:.....	143
Capítulo 11.....	145
NUTRIÇÃO E SEU IMPACTO NA SAÚDE MENTAL.....	145
Introdução	145
Eixo Intestino-Microbiota-Cérebro.....	146
Produção de Neurotransmissores e Microbiota	148
Inflamação e Saúde Mental.....	149
Princípios de Uma Dieta Saudável	151
Conclusão.....	152
Referências:.....	153

Capítulo 12.....154

**QUANDO A DOR NÃO SE VÊ: ENFERMAGEM NO MANEJO DO
TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR.....154**

Introdução	154
Processo de Enfermagem	156
Papel na Orientação e Adesão ao Tratamento	158
Emergência Psiquiátrica.....	159
Conclusão.....	160
Referências:.....	162

Capítulo 13.....163

**PERSPECTIVAS DIAGNÓSTICAS NO TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR: A
INTERFACE ENTRE O LABORATORIAL E A BIOMEDICINA163**

Introdução	163
Identificação de Biomarcadores.....	164
Exames Complementares no Acompanhamento	169
Inovações Tecnológicas em Diagnósticos	172
Conclusão.....	173
Referências:.....	175

Capítulo 14.....177

**FISIOTERAPIA EM SAÚDE MENTAL: UMA ABORDAGEM
INTEGRATIVA E MULTIDISCIPLINAR NO TRATAMENTO DO
TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR.....177**

Introdução	177
Abordagens Fisioterapêuticas no Manejo da Depressão	178
Promoção do Convívio Social e Bem-Estar.....	180
Práticas Integrativas e Complementares (PICS) em Saúde	181
Conclusão.....	183
Referências:.....	185

Capítulo 15.....186

**O IMPACTO DO TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR NA
PARTICIPAÇÃO SOCIAL186**

Introdução	186
O Que é a Ocupação Participação Social?	187
Reintegração Social e as Ocupações Humanas no TDM.....	189
Como as Intervenções da Terapia Ocupacional na Reintegração Social Influenciam a Participação e as Atividades Diárias no TDM?	191
Conclusão.....	193
Referências.....	194

Capítulo 16..... 195

**ALTERAÇÕES COGNITIVAS E DE COMUNICAÇÃO NO TRANSTORNO
DEPRESSIVO MAIOR 195**

Introdução	195
Alterações Cognitivas no Transtorno Depressivo Maior.....	196
Principais Domínios Cognitivos Afetados:.....	196
Cognição Residual e Impacto Funcional	197
Alterações na Comunicação.....	198
Características Comunicacionais no TDM	198
Comunicação e Relações Interpessoais	199
Comunicação e Neurobiologia.....	200
Implicações Clínicas e Terapêuticas	200
Considerações Finais	202
Referências.....	204

Capítulo 17..... 205

**AVANÇOS MÉDICOS EM TERAPIAS PARA DO TRANSTORNO
DEPRESSIVO MAIOR 205**

Introdução	205
Estimulação Magnética Transcraniana	206
Estimulação Transcraniana por Corrente Contínua	208
Conclusão.....	210
Referências:.....	211

Capítulo 18..... 212

**A PSICOLOGIA E OS PROCESSOS DE INTERVENÇÃO NO MANEJO DO
TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR..... 212**

Introdução	212
História do Fenômeno.....	213
O Transtorno Depressivo Maior	214
Comorbidades Associadas ao Tdm	216
Intervenções	217
Conclusão.....	227
Referências.....	229

Capítulo 19..... 230

**SAÚDE BUCAL E TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR: ENTRE O
ACOLHIMENTO CLÍNICO E A PROMOÇÃO DO BEM-ESTAR..... 230**

Introdução	230
Impactos do Transtorno Depressivo Maior na Higiene Bucal.....	231
Manifestações Orais Associadas ao TDM	232
Impactos Funcionais da Saúde Bucal Em Pacientes com TDM	233
Estética Dentária e Estigma Social em Indivíduos com Depressão.....	234

Dor Orofacial e Qualidade de Vida em Pacientes Depressivos	235
Barreiras e Desafios no Atendimento Odontológico	236
Atendimento Odontológico Humanizado	237
Adesão a Tratamentos Odontológicos em Pacientes com TDM	237
A Odontologia do Contexto Interdisciplinar da Saúde Mental.....	238
Relação entre Saúde Bucal e Bem-Estar Mental	239
Educação Odontológica e Formação Profissional	239
Perspectivas para Políticas Públicas e Educação em Saúde Bucal	240
Conclusão.....	240
Referências:.....	241

Capítulo 20.....243

O IMPACTO DA ATIVIDADE FÍSICA NA PREVENÇÃO E NO TRATAMENTO COMPLEMENTAR DA DEPRESSÃO243

Introdução	243
Educação Física e Promoção da Saúde Mental.....	244
Mecanismos Psicobiológicos da Atividade Física na Depressão	245
Esporte e Inclusão Social como Estratégia de Bem-Estar	246
Impacto da Atividade Física em Diferentes Ciclos da Vida	247
Criação de Programas de Atividades Físicas Estruturadas	248
Educação Física como Prevenção em Saúde Mental	249
Benefícios Funcionais e Cognitivos da Atividade Física	250
Desafios e Barreiras para Implementação de Programas.....	251
Perspectivas para Políticas Públicas e Educação em Saúde	252
Conclusão.....	253
Referências:.....	255

Capítulo 21.....257

DEPRESSÃO PÓS-PARTO: IMPACTOS E CUIDADOS MULTIDISCIPLINARES257

Introdução	257
Fatores de Risco e Gatilhos Hormonais.....	258
Diagnóstico E Manejo Psicológico e Médico	260
Estratégia de Suporte Familiar e Social	262
Conclusão.....	263
Referências:.....	265

Capítulo 22.....266

ENTRE O DIAGNÓSTICO E O RÓTULO: A NORMALIZAÇÃO DA DEPRESSÃO E SEU LUGAR NA SOCIEDADE266

Introdução: O Que Significa Normalizar a Depressão?.....	266
Um Breve Histórico do Tratamento das Doenças Mentais.....	267
O Contraste entre Transtornos Visíveis e Silenciosos	269
Mudanças no Olhar Científico sobre o Comportamento	270
O Cenário Atual: Juventude e Saúde Mental	272

Autodiagnóstico e Identidade nas Redes Sociais.....	273
A Banalização dos Transtornos Mentais.....	275
Conclusão: Olhar Crítico e Empático	276
Referências.....	278

Capítulo 01

ALÉM DA TRISTEZA: COMPREENDENDO A DEPRESSÃO COMO FENÔMENO MULTIDIMENSIONAL

Capítulo 01: Além da Tristeza: Compreendendo a Depressão como Fenômeno Multidimensional. Em: Neurociência do Transtorno Depressivo Maior - Uma Imersão Nos Processos Neurobiológicos e no Cuidado Multidisciplinar. Editora Humanize, 2026. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.18500758>

Kamila Cristina Ferreira Virginio

Discente do Curso de Psicologia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

Maria Helena Bezerra do Nascimento

Discente do Curso de Psicologia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

Maria Clara Machado Alonso de Araújo

Discente do Curso de Psicologia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

Caio Victor Barros Gonçalves da Silva

Mestrando em Ciências Biológicas na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

Fernanda Maria Amorim dos Santos

Doutoranda em Ciências Biológicas na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

INTRODUÇÃO

O Transtorno Depressivo Maior (TDM) é uma condição de saúde mental caracterizada por um quadro persistente de humor deprimido, sensação de vazio ou irritabilidade, cujos sintomas se manifestam de forma intensa e duradoura, distinguindo-se das oscilações emocionais consideradas esperadas ao longo da vida (DSM-V-TR, 2023). Para o diagnóstico, é necessária a ocorrência de pelo menos um episódio depressivo distinto, com duração mínima de duas semanas, envolvendo alterações do humor, prejuízos cognitivos e

sintomas vegetativos, como mudanças no apetite e no sono (DSM-V-TR, 2023).

Essa condição compromete de maneira significativa o funcionamento global do indivíduo, afetando suas relações interpessoais, o desempenho acadêmico e profissional, além de contribuir para elevados índices de anos vividos com incapacidade. Ademais, o TDM está associado a sofrimento psíquico intenso, com impacto direto na

qualidade de vida (OMS, 2023; Ferrari *et al.*, 2013 *apud* Dalgalarondo, 2018).

O presente capítulo tem como objetivo apresentar o Transtorno Depressivo Maior, destacando suas principais características, a

complexidade dos fatores envolvidos em sua manifestação e os impactos produzidos na qualidade de vida da população contemporânea, contribuindo para uma compreensão mais aprofundada e crítica do tema.

MODELO BIOPSICOSSOCIAL

Dado seu caráter complexo e multifatorial, o Transtorno Depressivo Maior não pode ser compreendido a partir de uma única dimensão explicativa, mas deve ser analisado sob a perspectiva biopsicossocial, que reconhece a interação dinâmica entre fatores biológicos, psicológicos e sociais (Marx *et al.*, 2023). Essa abordagem integrada

é fundamental para compreender a heterogeneidade das causas e das manifestações do transtorno, evidenciando que responder à pergunta “o que causa a depressão?” exige uma análise ampla e articulada dos múltiplos determinantes envolvidos (Figura 01).

**Figura 01 - Modelo Biopsicossocial.
Interação Biopsicológica**



Fonte: Autoral (2025).

PREVALENCIA E FATORES DE RISCO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2023), aproximadamente 3,8% da população mundial sofre de depressão, o que corresponde a cerca de 280 milhões de pessoas. No entanto, esse número pode ser ainda maior, considerando que muitos indivíduos convivem com sintomas depressivos sem possuir diagnóstico formal, seja por dificuldades de acesso aos serviços de saúde, falta de conhecimento sobre a condição ou mesmo pela própria natureza do transtorno, que pode se manifestar de maneiras distintas conforme o contexto cultural. Esse fenômeno é conhecido como patoplasticidade (Pérez-Sales, 2004 *apud* Gutiérrez-Rojas *et al.*, 2022).

Essa complexidade reflete-se diretamente nos dados epidemiológicos. Um dos achados mais consistentes na literatura refere-se à diferença de gênero na prevalência do Transtorno Depressivo Maior, cujo diagnóstico é aproximadamente duas vezes mais frequente em mulheres do que em homens (Marx *et al.*, 2023). Essa disparidade pode ser explicada, em parte, pela maior vulnerabilidade feminina a adversidades múltiplas na infância, pelas fases reprodutivas, que envolvem alterações hormonais e emocionais significativas, e pelas experiências de violência de gênero (DSM-V-TR, 2023).

Nesse cenário multifatorial, os aspectos sociais também se destacam no

desenvolvimento da depressão, incluindo estado civil divorciado, desemprego, baixa renda, escolaridade formal limitada, além do racismo e de outras formas de discriminação estrutural (DSM-V-TR, 2023). Paralelamente, a literatura aponta associações consistentes entre o TDM, o abuso infantil, a violência praticada por parceiro íntimo e a presença de comorbidades com outros transtornos mentais, fatores que podem contribuir para o aparecimento e a manutenção dos sintomas depressivos (Gutiérrez-Rojas *et al.*, 2022).

No que se refere às comorbidades médicas, doenças crônicas como dor persistente, doenças cardiovasculares, câncer, doenças inflamatórias intestinais, diabetes mellitus, distúrbios do sono, obesidade e até mesmo acne podem aumentar a probabilidade de episódios depressivos se tornarem crônicos, quando comparados aos de indivíduos clinicamente saudáveis. Observa-se que, além do impacto na autoestima e nas mudanças impostas à vivência cotidiana, essas condições apresentam uma relação bidirecional com a depressão, isto é, tanto o TDM pode contribuir para o surgimento dessas doenças quanto essas condições clínicas podem favorecer o desenvolvimento de sintomas depressivos (Lam *et al.*, 2023).

De modo semelhante, circunstâncias estressantes da vida, como relações

interpessoais conflituosas, ambientes de trabalho hostis, desigualdades sociais e contextos de vida adversos, elevam significativamente a probabilidade de desenvolvimento do TDM. Ademais, o estilo de vida contemporâneo configura-se como fator relevante, ao incluir hábitos potencialmente prejudiciais, como o sedentarismo, o uso excessivo de telas e o trabalho em turnos irregulares, realidade cada vez mais presente na população atual (Lam *et al.*, 2023).

Nesse contexto, estudos recentes evidenciam associações importantes, como a relação entre o uso de opioides e o desenvolvimento de sintomas depressivos, bem como o risco aumentado de depressão na vida adulta entre indivíduos que fizeram uso de cannabis durante a adolescência (Lam *et al.*, 2023). Assim, torna-se evidente como

determinados hábitos e o ambiente sociocultural no qual o indivíduo está inserido podem contribuir tanto para o surgimento quanto para o agravamento dos sintomas depressivos.

Os fatores de risco associados ao TDM podem ser organizados em duas categorias principais: (1) fatores estáticos e não modificáveis, que permanecem relativamente constantes ao longo da vida, e (2) fatores dinâmicos e potencialmente modificáveis (Tabela 01), que podem surgir, intensificar-se ou regredir ao longo do ciclo vital (Lam *et al.*, 2023). Diante disso, evidencia-se que a compreensão do Transtorno Depressivo Maior exige um olhar integral sobre os aspectos biológicos, psicológicos e sociais, ressaltando que os fatores de risco mencionados não devem ser interpretados de forma determinista.

Tabela 01 - Principais fatores de risco modificáveis e não modificáveis.

FATORES DE RISCO ESTÁTICOS E NÃO MODIFICÁVEIS
SEXO FEMININO
HISTÓRICO FAMILIAR DE TRANSTORNOS DE HUMOR
HISTÓRICO DE EVENTOS ADVERSOS/MAUS- TRATOS NA INFÂNCIA
MORTE DO CÔNJUGE
FATORES DE RISCO DINÂMICOS E POTENCIALMENTE MODIFICÁVEIS
DOENÇAS MÉDICAS CRÔNICAS E NÃO PSIQUEIÁTRICAS
COMORBIDADES PSIQUEIÁTRICAS, ESPECIALMENTE TRANSTORNOS DE ANSIEDADE
TRANSTORNOS POR USO DE ÁLCOOL E SUBSTÂNCIAS
INSÔNIA, TRABALHO NOTURNO
PERÍODOS DE ALTERAÇÕES HORMONais
EVENTOS ESTRESSANTES RECENTES DA VIDA
TENSÃO NO TRABALHO/ DESIGUALDADE DE RENDA
LUTO
VITIMIZAÇÃO/BULLYING/CYBERBULLYING ENTRE PARES
DISFORIA DE GÊNERO
ESTILO DE VIDA SEDENTÁRIO/TEMPO DE TELA



Fonte: Lam *et al.* (2023).

O Transtorno Depressivo Maior destaca-se como um dos principais fatores de risco para o comportamento suicida. Indivíduos com TDM podem apresentar até 20 vezes mais chances de morrer por suicídio quando comparados à população geral (Marx *et al.*, 2023). Os números revelam um cenário preocupante, estima-se que entre 15% e 40% das pessoas diagnosticadas já tenham tentado tirar a própria vida em algum momento, enquanto aproximadamente 60% dos suicídios consumados ocorrem em indivíduos que sofriam com o transtorno (Bolton *et al.*, 2010 *apud* Dalgalarondo, 2018).

Um paradoxo importante é que, embora a prevalência do TDM seja maior no sexo feminino, as taxas de suicídio consumado

são significativamente mais elevadas entre homens (DSM-V-TR, 2023). É possível que esse fenômeno esteja relacionado, principalmente, à escolha de métodos que tendem a ser mais letais, à maior impulsividade e às barreiras culturais que dificultam a busca por ajuda profissional por parte da população masculina (Reis *et al.*, 2023).

Diante disso, é importante destacar os principais fatores de risco associados ao comportamento suicida, estado civil solteiro, morar sozinho, desconexão social persistente, histórico de adversidades no início da vida, acesso a métodos letais, como armas de fogo, distúrbios do sono, casos de suicídio na família e déficits cognitivos que podem prejudicar a tomada de decisão (DSM-V-TR, 2023). Os

principais fatores modificáveis associados ao maior risco de suicídio estão organizados em duas categorias: (1) sintomas e eventos da vida, que incluem ideação suicida com plano bem desenvolvido e intenção de agir, desesperança, ansiedade, impulsividade, sintomas psicóticos e eventos estressantes da vida; e (2) condições comórbidas, como transtorno de estresse pós-traumático, transtornos por uso de substâncias, transtornos

de personalidade comórbidos, distúrbios do sono e condições médicas dolorosas crônicas (Tabela 02). A identificação desses fatores, especialmente dos modificáveis, é essencial para a avaliação do risco imediato e para o planejamento de intervenções, considerando tanto os determinantes clínicos quanto o contexto psicossocial e a subjetividade do indivíduo (Lam *et al.*, 2023).

Tabela 02 - Principais fatores de risco de suicídio no Transtorno Depressivo Maior.

FATORES POTENCIALMENTE MODIFICÁVEIS ASSOCIADOS A MAIOR RISCO DE SUICÍDIO
SINTOMAS E EVENTOS DA VIDA
IDEAÇÃO SUICIDA COM UM PLANO BEM DESENVOLVIDO E/OU INTENÇÃO DE AGIR
DESESPERANÇA
ANSIEDADE
IMPULSIVIDADE
SINTOMAS PSICÓTICOS
EVENTOS ESTRESSANTES DA VIDA
CONDIÇÕES COMÓRBIDAS
TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO
TRANSTORNOS POR USO DE SUBSTÂNCIAS
TRANSTORNOS DE PERSONALIDADE COMÓRBIDOS
DISTÚRBIOS DO SONO
CONDIÇÕES MÉDICAS CRÔNICAS DOLOROSAS

Fonte: Lam *et al.* (2023).



IMPACTOS SOCIAIS

De acordo com a OMS (2010 *apud* Dalgalarondo, 2018), a depressão é considerada uma das principais causas de anos vividos com incapacidade (DALYs), além de

estar associada à mortalidade prematura, impulsionada tanto pelo elevado índice de suicídio quanto pela alta taxa de comorbidades, quando comparada à população

geral. Nesse sentido, é válido ressaltar que o Transtorno Depressivo Maior causa um impacto significativo que vai além da saúde mental dos acometidos, podendo comprometer a funcionalidade integral do sujeito e afetar diversos aspectos da vida.

Esses impactos manifestam-se em múltiplas dimensões, entre as quais se destacam:

- **Econômica**, perdas significativas da produtividade laboral;
- **Funcional**, comprometimento das atividades cotidianas;
- **Relacional**, isolamento social, conflitos interpessoais e deterioração de vínculos (Abelha, 2014 *apud* Zanonato; Costa; Aosani, 2021).

Nesse contexto, o TDM está associado a alterações metabólicas, autoinflamatórias e autonômicas, bem como ao aumento do cortisol sanguíneo, podendo contribuir para o desenvolvimento de condições físicas como obesidade, diabetes mellitus, doenças coronarianas e Acidente Vascular Cerebral (AVC). Além disso, pode comprometer consideravelmente a adesão ao tratamento e a eficácia das intervenções (Penninx *et al.*, 2013 *apud* Dalgalarrodo, 2018).

Ademais, em uma cultura marcada pelo pouco conhecimento popular sobre transtornos e doenças mentais, a discriminação é frequentemente normalizada, e essas

condições são muitas vezes interpretadas como um fracasso ou comparadas à loucura, o que pode levar ao aumento do grau de sofrimento do acometido. Dessa forma, a depressão, mesmo sendo um dos transtornos mais recorrentes na atualidade, ainda é permeada por uma série de estigmas, sendo considerada um tabu. Essa perspectiva gera diversas implicações para o indivíduo, como comportamentos de vergonha, exclusão, medo e isolamento, além da manutenção da doença em segredo ou da negação de sua psicopatologia e, consequentemente, da não adesão aos tratamentos e da piora do quadro clínico (Zanonato; Costa; Aosani, 2021).

A discriminação associada ao TDM pode contribuir para a ausência de uma rede de apoio, uma vez que familiares, amigos ou cônjuges, por não compreenderem a real condição do sujeito, incorporam ideias estigmatizantes socialmente construídas, como a incredulidade ou a interpretação dos sintomas como “frescura”. Essa ótica contribui ainda mais para a exclusão e para o autoestigma, situação em que o indivíduo internaliza as discriminações, acreditando possuir menor valor em função de sua psicopatologia, além de intensificar pensamentos pessimistas e ideações suicidas (Zanonato; Costa; Aosani, 2021).

A partir de uma pesquisa realizada com pessoas acima de 18 anos diagnosticadas com depressão, evidenciaram-se os impactos

psicológicos decorrentes da discriminação vivenciada pelos participantes. Um dos achados mais alarmantes foi a intensificação do quadro depressivo após situações de estigma. Os relatos indicam o agravamento de sintomas como aumento da tristeza, do sofrimento psíquico, ocorrência de crises, choro frequente, desenvolvimento de outros transtornos mentais, ideações suicidas e, em casos mais graves, tentativas de suicídio (Zanonato; Costa; Aosani, 2021). Assim, observa-se que a discriminação não apenas amplia o sofrimento emocional, mas também pode levar à perda do sentido da vida, contribuindo para estados de desesperança e desistência de viver.

Além disso, o estigma acarreta prejuízos à continuidade dos projetos de vida. É comum que parte da população acredite que pessoas com alguma psicopatologia não conseguem se recuperar e viver de modo funcional novamente. Essas percepções contribuem para as dificuldades enfrentadas pelo indivíduo na obtenção de oportunidades na carreira ou nas relações sociais e, consequentemente, em sua reintegração à

sociedade. Essa dinâmica configura um processo de retroalimentação, visto que a sociedade o percebe de maneira estigmatizante e, assim, reforça crenças de invalidez e incapacidade associadas ao transtorno depressivo (Zanonato; Costa; Aosani, 2021).

Por fim, a discriminação também contribui para a não adesão aos tratamentos, uma vez que muitos indivíduos deixam de buscar atendimento psicológico e/ou psiquiátrico ou abandonam o acompanhamento por medo do julgamento e do preconceito. Essa realidade é extremamente preocupante, pois a não adesão ao tratamento pode resultar em piora significativa do quadro clínico (Zanonato; Costa; Aosani, 2021).

Em síntese, o TDM, em razão de seus diversos impactos na qualidade de vida, de sua elevada incidência na população e do excesso de estigmas associados aos transtornos psicológicos, revela-se uma relevante e preocupante questão de saúde pública, que demanda maior visibilidade e discussão, com vistas à redução de estereótipos e à promoção de uma sociedade mais acolhedora.

A VIVÊNCIA À LUZ DE FRANZ KAFKA

Compreender como uma pessoa experiencia um diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior é um processo complexo. Como abordado anteriormente, as múltiplas facetas sociais, biológicas e psicológicas do ser

humano tornam impossível o entendimento exato da vivência individual, especialmente no caso de um transtorno marcado por elevada subjetividade. Cada sujeito expressa sua experiência de forma singular, assim, mesmo

que duas pessoas da mesma faixa etária recebam o mesmo diagnóstico, suas vivências serão inevitavelmente distintas. Essa singularidade, no entanto, não reduz a necessidade de aprofundar a compreensão do TDM, a fim de promover um acolhimento qualificado.

Embora seja inviável compreender a completude de cada indivíduo, é possível, e fundamental, buscar aproximações que favoreçam um melhor entendimento do TDM e, consequentemente, ampliem a sensibilidade diante dessa questão, visto que o estigma associado à depressão ainda se faz presente nos dias atuais. Nesse sentido, a literatura revela-se uma importante aliada, pois possibilita a conexão com realidades diversas e constitui uma poderosa ferramenta para a transformação de perspectivas sociais.

A obra clássica *A Metamorfose*, de Franz Kafka, apesar de não abordar explicitamente o TDM, suscita diversas reflexões por meio de metáforas que aproximam o leitor de uma ficção que se entrelaça com o real (Tomioka, 2024). No livro, é narrada a história de Gregor, um jovem trabalhador que acorda metamorfoseado em uma criatura. De modo alegórico, propõe-se que seja possível identificar a presença de processos análogos aos vivenciados por pacientes com TDM, como a despersonalização, a anedonia, o isolamento e a deterioração de vínculos.

Kafka retrata a inapetência e o desânimo, sintomas presentes no TDM. Um exemplo disso encontra-se na cena em que Gregor, faminto, recebe uma tigela com sua comida e bebida favoritas, mas logo as rejeita: “(...) foi quase com repulsa que se afastou da tigela e voltou para o meio do quarto” (*A Metamorfose*, p. 32). Nesse trecho, o autor descreve com precisão a essência da vivência da anedonia, sintoma comum em pacientes com depressão, que frequentemente relatam a perda de interesse por atividades antes associadas ao prazer e à alegria (Júnior, 2022).

Outro aspecto ilustrado pela obra refere-se ao impacto das interações sociais na experiência depressiva (Júnior, 2022). O estranhamento e a dificuldade dos familiares em lidar com as transformações de Gregor, “(...) por dois dias, durante todas as refeições, a família deliberou como devia se portar agora (...)” (*A Metamorfose*, p. 40), intensificam seu autoestigma, conduzindo-o ao isolamento. Esse comportamento dialoga com a análise de Zanonato (*apud* Costa; Aosani, 2021), que identifica, em casos de TDM, a tendência do indivíduo a assumir a culpa e evitar interações, sob a crença de estar protegendo os outros.

No trecho em que Gregor busca “(...) usando de paciência e do mais profundo respeito, ajudar a família a suportar o incômodo que ele, em sua presente condição, era obrigado a causar-lhe” (*A Metamorfose*, p. 36), observa-se a dinâmica descrita por

Zanonato (*apud* Costa; Aosani, 2021), frequentemente associada ao agravamento de episódios depressivos. A dificuldade de manter relações interpessoais, destacada por esses autores, também se faz presente na obra de Kafka, especialmente nas tentativas de reaproximação de Gregor com seus familiares. Na cena em que “(...) avançou mais um pouco e manteve o rosto bem próximo do chão, para tentar encontrar o olhar da irmã” (*A Metamorfose*, p. 71), evidencia-se a ambivalência afetiva típica do TDM, caracterizada pelo desejo de conexão coexistindo com o medo da rejeição. Essa tensão psicológica manifesta-se na postura corporal do personagem, que simultaneamente busca e evita o contato.

As respostas familiares às tentativas de Gregor são majoritariamente negativas, com reações agressivas ou evitativas (Júnior, 2022). Tal dinâmica é exemplificada quando o pai o afasta violentamente para o quarto: “Uma maçã (...) atirada imediatamente depois abalou-lhe as costas” (*A Metamorfose*, p. 58). A partir da análise de Zanonato (*apud* Costa; Aosani, 2021), propõe-se que a dinâmica familiar de Gregor represente a forma como o

estigma influencia as relações sociais, distorcendo a comunicação, naturalizando a exclusão e contribuindo para a normalização de violências que potencializam o enfraquecimento dos vínculos afetivos. Nesse sentido, a metáfora da maçã cravada no dorso de Gregor revela as cicatrizes emocionais que a discriminação e a falta de acolhimento podem desencadear.

A obra de Kafka, embora claramente ficcional, oferece reflexões profundas acerca da vivência do TDM e de seus impactos sociais. Assim como Gregor, muitos pacientes sentem-se imobilizados em uma condição de extrema vulnerabilidade, enquanto enfrentam o estigma que, tal como a maçã lançada pelo pai do personagem, pode fincar-se no psiquismo e deixar marcas duradouras, agravando o sofrimento psíquico. No entanto, diferentemente do desfecho trágico de Gregor, a realidade clínica contemporânea mostra-se mais promissora, uma vez que o tratamento do TDM, por meio de intervenções adequadas e multidisciplinares, possibilita a remissão de sintomas e a reintegração social do sujeito.

TRATAMENTO

A depressão está entre os transtornos mentais mais tratáveis. De acordo com a APA (Associação Americana de Psiquiatria, 2024), entre 70% e 90% das pessoas com depressão respondem bem ao tratamento. No entanto, é

válido ressaltar que o acesso ao tratamento ainda é insuficiente, considerando a alta prevalência do transtorno na população. Estudos indicam que apenas 20% dos

indivíduos diagnosticados recebem o recurso terapêutico adequado (Lam *et al.*, 2023).

Considerando o caráter multifatorial do TDM, que acomete diversas funções do indivíduo, é fundamental que seu tratamento seja multidisciplinar e abarque o maior número possível de dimensões do paciente. De acordo com o Instituto Nacional de Excelência em Saúde e Cuidados (NICE), intervenções no estilo de vida do sujeito constituem um aspecto importante no manejo da depressão, visto que diferentes fatores relacionados aos hábitos diários estão associados tanto ao desenvolvimento do transtorno quanto ao agravamento dos sintomas (Marx *et al.*, 2023).

Dessa forma, embora não devam ser utilizadas como intervenção única, algumas mudanças no modo de vida do paciente apresentam evidências favoráveis ao tratamento do TDM, como:

1. **Atividade física:** estudos recentes demonstram que a implementação de exercício físico leve a moderado, como estratégia adjuvante ao tratamento, contribui para a redução de sintomas depressivos, como a ideação suicida, além de auxiliar no manejo de comorbidades;
2. **Higiene do sono:** o sono possui uma relação bidirecional com a depressão. É comum que pacientes diagnosticados apresentem alterações no ciclo circadiano, nesse sentido, a regulação

do sono apresenta fortes indicativos de benefício no tratamento;

3. **Dieta balanceada:** pesquisas atuais demonstram que uma alimentação não saudável, caracterizada por alto teor de carboidratos refinados, gordura saturada e baixo consumo de frutas e vegetais, pode contribuir para o agravamento de sintomas depressivos. Dessa forma, a modificação da dieta do paciente apresenta grande potencial no manejo do TDM (Marx *et al.*, 2023).

Atualmente, os tratamentos com maior evidência científica para a intervenção nos principais sintomas afetivos do TDM são a psicoterapia e o uso de medicamentos antidepressivos. No entanto, é fundamental que o profissional oriente e esclareça a ampla gama de possibilidades terapêuticas, que vão desde intervenções no estilo de vida e na autogestão até estratégias de neuromodulação e terapias alternativas, explicitando a eficácia de cada abordagem. Tal orientação deve subsidiar a escolha do paciente, respeitando suas preferências e considerando o contexto social e cultural no qual está inserido. Além disso, a psicoeducação, prática voltada ao ensino e ao esclarecimento de questões relacionadas à saúde mental, mostra-se essencial para dissipar mitos e estigmas associados ao transtorno e às intervenções terapêuticas, os quais podem dificultar a adesão ao tratamento (Lam *et al.*, 2023).

No que diz respeito à psicoterapia, a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) tem se mostrado uma das abordagens mais eficazes no tratamento do TDM (Lam *et al.*, 2023). À medida que a depressão leva o indivíduo a enfatizar pensamentos negativos sobre si mesmo e sobre o mundo, comprometendo a vivência de uma vida funcional e satisfatória, a TCC, enquanto abordagem psicoterapêutica estruturada e de curta duração, visa atuar na identificação e na modificação de pensamentos e comportamentos disfuncionais. Na perspectiva dessa abordagem, a cognição do paciente influencia diretamente seus sentimentos e ações, assim, por meio da identificação e do questionamento de crenças e padrões específicos de comportamento, busca-se promover modificações cognitivas

significativas e duradouras, contribuindo para a remissão dos sintomas. Embora disponha de protocolos bem definidos, essa linha de tratamento ajusta-se à realidade e às demandas de cada paciente, tornando o processo terapêutico único e singular, ao considerar a subjetividade individual (Caldeira; Oliveira; Lopes-Silva, 2019).

Os medicamentos antidepressivos também são fundamentais na maioria dos casos, considerando os aspectos neuroquímicos envolvidos no transtorno. A combinação entre psicoterapia, farmacoterapia e intervenções no estilo de vida tem se mostrado, atualmente, o modelo terapêutico mais eficaz, conforme será aprofundado em capítulos posteriores (Lam *et al.*, 2023).

CONCLUSÃO

O Transtorno Depressivo Maior é uma condição complexa que impacta múltiplas dimensões da vida do indivíduo, desde os aspectos emocionais até os sociais. A partir da obra *A Metamorfose*, de Franz Kafka, foi possível ilustrar vivências frequentemente associadas à depressão, como o isolamento progressivo e as transformações profundas nos vínculos afetivos, na relação consigo mesmo e na forma de se posicionar no mundo.

Nesse sentido, evidenciou-se a relevância da adoção do modelo

biopsicossocial tanto para a compreensão das múltiplas facetas do TDM quanto para o planejamento de intervenções terapêuticas mais eficazes. Essa perspectiva integral permite reconhecer como fatores biológicos, psicológicos e sociais se articulam no desenvolvimento e na manutenção do transtorno, além de contribuir para a compreensão das experiências subjetivas de pessoas com depressão, favorecendo a desmistificação da condição, o enfrentamento

de estigmas e a desconstrução de visões reducionistas sobre o adoecimento psíquico.

Os avanços no tratamento do TDM mostram-se promissores. A combinação entre farmacoterapia antidepressiva, psicoterapia e mudanças no estilo de vida apresenta sólidas evidências de eficácia, podendo resultar na remissão dos sintomas e na recuperação da funcionalidade. Ainda assim, apesar da diversidade de possibilidades terapêuticas disponíveis, persistem desafios significativos, especialmente no que se refere ao acesso aos serviços de saúde mental e à superação dos estigmas sociais, que frequentemente ampliam

o sofrimento daqueles que convivem com o transtorno.

Diferentemente do desfecho trágico presente na ficção de Franz Kafka, o TDM não precisa ser compreendido como uma condição irreversível. Com acesso adequado aos cuidados em saúde e com um olhar social mais humano, ético e acolhedor, é possível enfrentar e superar os desafios impostos pelo transtorno. Este capítulo apresentou uma visão geral do TDM; nos capítulos seguintes, a discussão será aprofundada, contemplando suas especificidades clínicas e as abordagens terapêuticas mais atuais.

REFERÊNCIAS:

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al. **Referência rápida aos critérios diagnósticos do DSM-5-TR.** Artmed Editora, 2023.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). O que é depressão? Washington. 2024. Disponível em: <https://www.psychiatry.org/patients-families/depression/what-is-depression>. Acesso em: 20 de abril de 2025.
- CALDEIRA, L. S.; OLIVEIRA, M. V.; LOPES-SILVA, J. B.. Contribuições multidisciplinares para a intervenção do Transtorno Depressivo Maior: Uma revisão integrativa da literatura. **Mosaico: Estudos em Psicologia**, v. 7, n. 1, p. 23-44, 2019.
- DALGALARRONDO, P.. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais.** Artmed Editora, 2018.
- GUTIÉRREZ-ROJAS, L. et al. A Prevalência e correlatos do transtorno depressivo maior: uma revisão sistemática. **Braz. J. Psychiatry**, v. 12, p. 1-44, 2022.
- JÚNIOR, R. D. S. L. Kafka: um estudo sobre a depressão por meio de A metamorfose. In: SOARES, A. M. (Org.). **Tópicos especiais em ciências da saúde: teoria, métodos e práticas.** [S. l.]: Aya Editora, 2022. v. 6. DOI: 10.47573/aya.5379.2.95.12.
- KAFKA, Franz. A metamorfose. São Paulo: Melhoramentos, 2014.
- LAM R. W. et al. Rede Canadense para Tratamentos de Humor e Ansiedade (CANMAT) Atualização de 2023 sobre Diretrizes Clínicas para Tratamento do Transtorno Depressivo Maior em Adultos. **CJP**. v. 69, n. 9, p. 641-687, 2024.
- MARX, Wolfgang et al. Clinical guidelines for the use of lifestyle-based mental health care in major depressive disorder: World Federation of Societies for Biological Psychiatry (WFSBP) and Australasian Society of Lifestyle Medicine (ASLM) taskforce. **The World Journal of Biological Psychiatry**, v. 24, n. 5, p. 333-386, 2023.
- MARX, Wolfgang et al. Major depressive disorder. **Nature Reviews Disease Primers**, v. 9, n. 1, p. 44, 2023.
- REIS, Jefferson Lopes et al. O suicídio praticado por homens e a Atenção Básica à Saúde. **Complexitas–Revista de Filosofia Temática**, v. 8, n. 1, 2023.
- TOMIOKA, Aline Aimi Miura et al. A depressão em "A Metamorfose", de Franz Kafka, sob o enfoque da metáfora conceptual e da historiografia linguística. 2024.
- WEITKAMP, K.; KLEIN, E.; MIDGLEY, N.. The experience of depression: A qualitative study of adolescents with depression entering psychotherapy. **Global qualitative nursing research**, v. 3, p. 2333393616649548, 2016.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Transtorno depressivo.** 2023. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>. Acesso em: 20 de abril de 2025.
- ZANONATO, E. R.; COSTA, A. B.; AOSANI, T. R.. Precisamos falar sobre a depressão: estigma com relação a este sofrimento psíquico na contemporaneidade. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 1, p. 10942-10960, 2021.

Capítulo 02

DA MELANCOLIA À DEPRESSÃO: HISTÓRIA, CULTURA E A CONSTRUÇÃO DE UM DIAGNÓSTICO

Capítulo 02: Da Melancolia à Depressão: História, Cultura e a Construção de um Diagnóstico. Em: Neurociência do Transtorno Depressivo Maior - Uma Imersão Nos Processos Neurobiológicos e no Cuidado Multidisciplinar. Editora Humanize, 2026. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.18500822>

Luiz Ferreira da Silva Neto

Discente do Curso de Medicina pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

Caio Victor Barros Gonçalves da Silva

Mestrando em Ciências Biológicas na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

Maria Clara Machado Alonso de Araújo

Discente do Curso de Psicologia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

Vanessa dos Santos Nunes

Mestranda em Bioquímica e Fisiologia na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

INTRODUÇÃO

A depressão, atualmente reconhecida como um dos principais transtornos mentais, constitui uma das maiores causas de incapacidade em nível global, sendo resultado de uma longa trajetória histórica de interpretações médicas, filosóficas e culturais. Desde as primeiras formulações sobre a melancolia na Antiguidade até a consolidação dos critérios diagnósticos nos manuais psiquiátricos contemporâneos, a compreensão desse fenômeno foi moldada por concepções biológicas, morais, espirituais e sociais (Teixeira, 2005; Ferreira, 2010). Essa pluralidade de perspectivas evidencia que a

depressão não se configura apenas como uma entidade clínica estável, mas como uma construção histórica e cultural em permanente transformação (Cordás, 2016; Barbosa; Santos, 2023).

Apesar do expressivo avanço das pesquisas clínicas e neurobiológicas, a dimensão histórica e cultural da depressão permanece relativamente marginal nas revisões científicas contemporâneas. Retomar o percurso que vai da melancolia hipocrática às classificações diagnósticas modernas não se limita a um exercício historiográfico, mas constitui uma via fundamental para

compreender como valores sociais, práticas médicas e representações simbólicas continuam a influenciar a delimitação do que é socialmente reconhecido como sofrimento “normal” ou patológico (Teixeira, 2005; PUC-Rio, 2006). Nesse sentido, a análise de manifestações literárias e musicais revela-se um recurso relevante, na medida em que permite observar como a arte participou da simbolização coletiva do sofrimento psíquico, ora contribuindo para sua romantização, ora reforçando processos de estigmatização (Barbosa; Santos, 2023; Kehl, 2015).

Dessa forma, este capítulo tem como objetivo analisar criticamente a evolução do conceito de depressão, articulando dimensões

históricas, científicas e culturais. Busca-se evidenciar o processo de transição de um modelo moralizante para uma perspectiva clínica, que redefiniu tanto a compreensão médica quanto a experiência subjetiva do sofrimento psíquico. Ademais, pretende-se compreender de que modo as representações artísticas contribuíram para a construção do imaginário social em torno da doença (Ferreira, 2010; Amarante, 1994; Basaglia, 1985). Ao propor esse diálogo interdisciplinar, o capítulo visa oferecer subsídios para uma compreensão mais complexa da depressão, contemplando não apenas os avanços clínicos, mas também seus condicionantes culturais, históricos e sociais.

DEFINIÇÃO CLÍNICA E IMPACTO SOCIOECONÔMICO

Para compreender a trajetória histórica da depressão, torna-se fundamental, inicialmente, delinear sua definição clínica contemporânea e seu expressivo impacto socioeconômico. Longe de se tratar de um conceito meramente subjetivo, o Transtorno Depressivo Maior é atualmente uma condição rigorosamente delimitada pelos principais manuais diagnósticos internacionais, a saber, o *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM-5-TR), da Associação Americana de Psiquiatria, e a *Classificação Internacional de Doenças* (CID-11), da Organização Mundial da Saúde

(American Psychiatric Association, 2022; Organização Mundial da Saúde, 2022).

De acordo com o DSM-5-TR, o diagnóstico do Transtorno Depressivo Maior requer a presença de cinco ou mais sintomas por um período mínimo de duas semanas, representando uma mudança em relação ao funcionamento anterior do indivíduo, sendo obrigatória a ocorrência de humor deprimido ou perda de interesse ou prazer (anhedonia). Entre os demais sintomas descritos incluem-se perda ou ganho significativo de peso ou apetite, insônia ou hipersonia, agitação ou retardo psicomotor, fadiga ou perda de energia, sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva,

capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se, além de pensamentos recorrentes de morte ou ideação suicida (American Psychiatric Association, 2022). A CID-11 adota critérios semelhantes, enfatizando que tais sintomas devem ocasionar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento pessoal, familiar, social, educacional ou profissional (Organização Mundial da Saúde, 2022). Essa padronização diagnóstica foi decisiva para a consolidação da depressão como uma condição médica legítima, ainda que, como será discutido adiante, não tenha sido suficiente para eliminar os desafios associados à sua identificação e manejo.

Um dos principais obstáculos contemporâneos é o subdiagnóstico, fenômeno de caráter global que faz com que o número real de casos seja substancialmente superior às estatísticas oficiais. Estima-se que até 50% das pessoas com depressão em países de alta renda e entre 80% e 90% em países de baixa e média renda não recebam diagnóstico nem tratamento adequados (Organização Mundial da Saúde, 2013). Entre os fatores que explicam essa lacuna destaca-se o estigma social, que frequentemente associa a depressão à fraqueza pessoal, à falha de caráter ou à ausência de força de vontade. O receio do julgamento em contextos familiares, profissionais ou sociais impede que muitos indivíduos busquem ajuda especializada, levando-os a vivenciar o sofrimento de forma silenciosa e, muitas vezes,

a mascarar seus sintomas até o agravamento do quadro clínico.

As consequências dessa realidade repercutem de maneira significativa nos âmbitos social e econômico. A depressão figura entre as principais causas de incapacidade em escala global. A redução da produtividade laboral, decorrente tanto do absenteísmo, caracterizado por faltas recorrentes, quanto do presenteísmo, definido pela presença física acompanhada de desempenho reduzido, acarreta prejuízos econômicos expressivos. Estimativas internacionais indicam que a depressão e a ansiedade geram perdas anuais em torno de US\$1 trilhão para a economia mundial, sobretudo em razão da queda de produtividade (Chisholm *et al.*, 2016). No contexto brasileiro, os impactos financeiros também são relevantes, envolvendo custos diretos para o sistema de saúde, além de despesas associadas a benefícios por incapacidade e aposentadorias precoces. Projeções da *London School of Economics* indicam que, até 2030, os transtornos mentais poderão acarretar custos de aproximadamente US\$16 trilhões à economia global, caso não sejam realizados investimentos substanciais em saúde mental (Patel *et al.*, 2018).

Esses dados epidemiológicos e critérios clínicos não se reduzem a estatísticas abstratas, mas expressam a urgência de um problema de saúde pública que transcende a

esfera individual. Ao estabelecer essa base factual, a análise histórica e cultural que se segue adquire maior densidade interpretativa, evidenciando como uma condição com

consequências tão concretas foi, e continua sendo, moldada por séculos de transformações conceituais, estigmas persistentes e debates em torno da natureza do sofrimento humano.

DA MELANCOLIA À DEPRESSÃO: EVOLUÇÃO HISTÓRICA E EPISTEMOLÓGICA

A compreensão da depressão passou por múltiplas transformações ao longo da história, refletindo não apenas os avanços do conhecimento médico e psicológico, mas também as crenças e os valores culturais de cada época. A depressão, ou os chamados estados melancólicos, é descrita desde as civilizações antigas. Na Grécia clássica, Hipócrates definia a melancolia como um dos quatro humores corporais, antiga teoria que relacionava os fluidos do corpo à saúde e ao temperamento, acreditando que seu desequilíbrio, particularmente o excesso de “bile negra”, levava a um estado de humor persistentemente deprimido, perda de interesse e apatia (Schröder; Maercker, 2020). Essa definição, atualmente considerada ultrapassada, representava uma tentativa precoce de atribuir causas físicas a fenômenos emocionais.

Na Roma antiga, Galeno deu continuidade ao modelo hipocrático, mantendo a teoria humorai, mas reconhecendo certa individualidade dos estados afetivos, ao associar a melancolia a traços temperamentais.

Com a ascensão da Igreja durante a Idade Média, a explicação dos sofrimentos psíquicos passou a adotar um viés predominantemente espiritual. A melancolia era, muitas vezes, compreendida como consequência do pecado, da influência demoníaca ou da fragilidade da fé. Pessoas com sintomas depressivos podiam ser alvo de punições morais ou de isolamento social, o que contribuiu significativamente para a estigmatização da condição.

Durante o Renascimento, o pensamento racional voltou a ganhar espaço. Obras como *The Anatomy of Melancholy* (1621), de Robert Burton, marcaram um novo olhar sobre a tristeza profunda, ao sugerirem múltiplas causas, biológicas, sociais e espirituais. No entanto, apenas com o surgimento da medicina moderna, a partir do século XVIII, iniciou-se um processo mais consistente de desvinculação do sofrimento psíquico de explicações exclusivamente morais ou religiosas.

No século XIX, o psiquiatra alemão Emil Kraepelin foi pioneiro ao categorizar a

melancolia como uma forma distinta de transtorno mental, introduzindo o conceito de “psicose maníaco-depressiva”, embrião do que hoje se comprehende como transtornos afetivos.

Essa abordagem estabelece bases fundamentais para a classificação nosológica da psiquiatria contemporânea (Dean, 2018).

PRINCIPAIS CONTRIBUIÇÕES CIENTÍFICAS E MUDANÇAS NOS CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

O século XX foi decisivo para a consolidação da depressão como entidade clínica autônoma. Freud, a partir de sua teoria psicanalítica, interpretou a melancolia como resultado da identificação inconsciente com um objeto perdido, muitas vezes uma perda simbólica ou emocional. Em *Luto e Melancolia* (1917), Freud descreve o conflito entre o ego e o superego como central para o sofrimento depressivo (Freud, 1917).

Ao longo das décadas de 1950 e 1960, emergiram novas teorias que marcaram uma virada cognitiva no entendimento da depressão. Aaron Beck propôs que o transtorno se originaria de esquemas cognitivos disfuncionais, isto é, padrões negativos de pensamento sobre o *self*, o mundo e o futuro, a chamada “tríade cognitiva da depressão” (Beck, 1967). Esse modelo pavimentou o caminho para a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), que se tornaria uma das abordagens mais eficazes para o tratamento da depressão.

Simultaneamente aos avanços na psicoterapia, o progresso das neurociências, a

partir da segunda metade do século XX, começou a reconfigurar de modo significativo a compreensão dos mecanismos biológicos da depressão. Inicialmente, a pesquisa concentrou-se na chamada “hipótese monoaminérgica”, segundo a qual alterações no funcionamento de neurotransmissores, especialmente serotonina, noradrenalina e dopamina, estariam no centro da etiologia do transtorno. Embora atualmente considerada uma simplificação, essa hipótese foi revolucionária, pois ofereceu um modelo bioquímico inteligível e abriu caminho para o desenvolvimento dos primeiros antidepressivos, como os tricíclicos (imipramina) e, posteriormente, os inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS), como a fluoxetina, a partir da década de 1980 (Malhi; Mann, 2018).

Contudo, a investigação neurocientífica contemporânea ultrapassou amplamente a hipótese dos neurotransmissores, revelando a depressão não como um déficit químico isolado, mas como um transtorno de circuitos cerebrais e de sistemas biológicos integrados. Avanços em

neuroimagem funcional, especialmente com o uso da *Functional Magnetic Resonance Imaging (fMRI)*, permitiram mapear a “assinatura” neural do sofrimento depressivo. Estudos indicam que a *Default Mode Network* (DMN), ativa durante o repouso e o pensamento autorreferencial, encontra-se hiperconectada em indivíduos com depressão, favorecendo ciclos de ruminação e autocritica negativa. Em contrapartida, observa-se redução da conectividade entre o córtex pré-frontal e estruturas límbicas, como a amígdala, comprometendo a regulação emocional e a inibição de pensamentos intrusivos (Wang *et al.*, 2024).

Esses achados vêm pavimentando o caminho para uma medicina de precisão, na qual marcadores de circuitos cerebrais poderão, futuramente, orientar a escolha de terapias específicas, farmacológicas ou de neuromodulação, para subtipos distintos de depressão.

Em paralelo, a genética contemporânea abandonou a busca por um suposto “gene da depressão” e passou a reconhecer a complexidade da hereditariedade psiquiátrica. Estudos de associação genômica ampla (*genome-wide association studies – GWAS*) identificaram centenas de *loci* genéticos associados a pequenos aumentos no risco para o transtorno. A partir desses dados, desenvolveram-se os escores de risco poligênico (*polygenic risk scores – PRS*), que

agregam múltiplas variantes para estimar a vulnerabilidade genética individual. De modo crucial, essa predisposição interage dinamicamente com fatores ambientais, como traumas e estresse crônico, modulando a expressão gênica por meio de mecanismos epigenéticos (Fonseca, 2022).

Mais recentemente, a fronteira da pesquisa deslocou-se para além do sistema nervoso central, reconhecendo que o cérebro mantém diálogo constante com o restante do organismo. Duas áreas ilustram essa mudança de paradigma. A primeira é a psiconeuroimunologia, que investiga a relação entre inflamação sistêmica e saúde mental. Meta-análises demonstram que parcela significativa de indivíduos com depressão apresenta inflamação crônica de baixo grau, evidenciada por níveis elevados de proteína C-reativa (PCR) e interleucina-6 (IL-6). Essa relação é bidirecional, o estresse crônico ativa o sistema imunológico, e as citocinas inflamatórias podem atravessar a barreira hematoencefálica, afetando neurotransmissores e a sobrevivência neuronal (Almeida *et al.*, 2020; Amaral *et al.*, 2025).

A segunda frente investigativa diz respeito ao microbioma intestinal. A comunicação pelo eixo intestino-cérebro, que envolve vias neurais, hormonais e imunológicas, é fundamental para a regulação do humor. Estudos apontam que indivíduos com depressão apresentam disbiose intestinal,

caracterizada pela redução de bactérias benéficas e pelo aumento de espécies potencialmente patogênicas. Essa alteração pode comprometer a barreira intestinal, favorecer processos neuroinflamatórios e impactar negativamente a produção de neurotransmissores como o Ácido Gama-Aminobutírico (GABA) e a serotonina (Amaral *et al.*, 2024).

Essas diferentes linhas de investigação convergem para uma hipótese unificadora, a de que a depressão pode ser compreendida, em sua essência, como um transtorno da neuroplasticidade. Fatores como estresse crônico, inflamação sistêmica e predisposição genética parecem reduzir os níveis de moléculas essenciais para esse processo, como o Fator Neurotrófico Derivado do Cérebro (BDNF). A consequência seria a atrofia de circuitos neurais cruciais, especialmente no hipocampo e no córtex pré-frontal, resultando em rigidez cognitiva, anedonia e humor deprimido. Essa perspectiva contribui para explicar por que intervenções diversas, farmacológicas, psicoterapêuticas ou baseadas em exercício físico, podem ser eficazes, uma vez que todas parecem favorecer a neuroplasticidade e restaurar a capacidade adaptativa do cérebro (Almeida, 2019; Santos *et al.*, 2021).

Apesar do avanço científico e do alívio proporcionado pelos psicofármacos a milhões de pessoas, sua ascensão também inaugurou

um debate crítico acerca da medicalização do sofrimento humano. Autores como Thomas Szasz, já em 1961, questionaram a noção de doença mental ao argumentar que muitos diagnósticos psiquiátricos funcionariam menos como descrições de entidades biológicas e mais como construções sociais que patologizam comportamentos considerados desviantes. Na mesma direção, Horwitz e Wakefield (2007) defendem que a psiquiatria contemporânea, ao expandir seus manuais diagnósticos, acabou por transformar a tristeza normal e contextual, resposta humana esperada frente a perdas e adversidades, em transtorno depressivo, diluindo a distinção entre sofrimento patológico e dor existencial.

Essa expansão diagnóstica é também objeto da crítica de Lane (2007), que analisa como a elaboração de manuais como o DSM esteve sujeita a pressões que favoreceram a indústria farmacêutica. Ao reduzir limiares diagnósticos e criar novas categorias, a psiquiatria teria ampliado significativamente o mercado de medicamentos, simplificando a complexidade da experiência humana em categorias clínicas facilmente medicalizáveis.

Nesse contexto, torna-se impossível dissociar a história recente da depressão da história do marketing farmacêutico. A popularização dos ISRS, como a fluoxetina, lançada como *Prozac* no final da década de 1980, coincidiu com estratégias agressivas de

marketing que, segundo análises críticas, moldaram a percepção pública e médica do transtorno. Healy (2004) argumenta que a emergência dos ISRS esteve associada ao chamado *diagnostic marketing*, no qual a indústria farmacêutica não apenas promoveu medicamentos, mas também contribuiu para a própria construção da doença, difundindo a ideia de que a depressão seria resultado de um “desequilíbrio químico” tratável com uma pílula.

Essa lógica, direcionada tanto a profissionais de saúde quanto a consumidores, influenciou práticas clínicas e expectativas dos pacientes, consolidando uma cultura em que a resposta farmacológica passou a ocupar lugar central no manejo do sofrimento psíquico. Tal fenômeno integra um processo mais amplo de medicalização da vida, no qual experiências humanas comuns são progressivamente enquadradas como patologias passíveis de intervenção medicamentosa (Freitas; Amarante, 2017; Machado; Ferreira, 2014).

Analisar criticamente esse percurso é essencial para compreender como a depressão se consolidou como categoria diagnóstica central na contemporaneidade e de que modo interesses econômicos, sociais e políticos influenciam a definição do sofrimento e suas formas de tratamento (Degrave; Silva, 2025).

O aprimoramento dos sistemas classificatórios também desempenhou papel fundamental nesse processo. O DSM-III,

publicado em 1980, rompeu com os modelos psicodinâmicos predominantes até então e introduziu critérios objetivos baseados em sintomas observáveis e tempo de duração. Passou-se a diagnosticar o Transtorno Depressivo Maior a partir de uma lista de sintomas, como humor deprimido, anedonia, alterações no sono e no apetite, fadiga e ideação suicida, por um período mínimo de duas semanas (APA, 2022). A CID-10 adotou critérios semelhantes, e a CID-11, publicada em 2022, apresenta uma classificação ainda mais alinhada aos achados neurocientíficos e à diversidade cultural global (WHO, 2023).

As revisões contemporâneas desses sistemas suscitaron preocupações persistentes acerca da medicalização de respostas humanas normais ao sofrimento. A retirada da chamada “exclusão por luto” no DSM-5 gerou intenso debate sobre o risco de patologizar reações adaptativas a perdas significativas. Autores alertam que essa mudança amplia o risco de transformar a tristeza normal em transtorno depressivo (Pies, 2014, p. 2). De modo semelhante, a introdução do transtorno de luto prolongado na CID-11 também recebeu críticas por potencialmente rotular experiências culturalmente normativas (Eisma; Boelens; Lenferink, 2023).

A consolidação de critérios diagnósticos objetivos impulsionou o desenvolvimento de instrumentos padronizados para avaliação da depressão.

Escalas como o Inventário de Depressão de Beck (BDI), a Escala de Hamilton (HAM-D) e o questionário PHQ-9 tornaram-se ferramentas centrais na prática clínica e na pesquisa, facilitando o rastreio, a mensuração da gravidade dos sintomas e a comparação entre estudos (Figura 01).

Contudo, uma abordagem crítica exige reconhecer que a existência desses instrumentos não garante, por si só, diagnósticos justos ou eficazes. Na prática, persistem lacunas estruturais profundas. O subdiagnóstico e o subtratamento da depressão continuam afetando desproporcionalmente populações vulneráveis, não apenas em função do acesso limitado aos serviços, mas também devido a barreiras culturais e sociais. O estigma associado aos transtornos mentais, frequentemente vinculado à ideia de “fraqueza de caráter”, impede que muitos indivíduos busquem ajuda ou reconheçam seu sofrimento como uma condição legítima de saúde (Corrigan; Watson, 2002).

Essa realidade evidencia a distância entre os avanços científicos e a capacidade dos sistemas de saúde, frequentemente subfinanciados, de oferecer cuidados baseados

em evidências. Além disso, a ênfase excessiva na padronização diagnóstica pode favorecer a medicalização de sofrimentos com raízes eminentemente sociais. Horwitz e Wakefield (2007) alertam que respostas normais a contextos adversos, como luto, desemprego ou pobreza, têm sido progressivamente convertidas em diagnósticos psiquiátricos, obscurecendo a necessidade de intervenções comunitárias e políticas públicas estruturais.

Por fim, esses desafios evidenciam as limitações sistêmicas para a implementação de modelos de cuidado verdadeiramente integrados e biopsicossociais. Embora a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no Brasil, seja concebida sob essa perspectiva, sua operacionalização enfrenta entraves persistentes, como subfinanciamento e precarização dos serviços, dificultando a oferta de um cuidado integral que vá além da prescrição de psicofármacos (Amarante; Nunes, 2018). Assim, a análise do diagnóstico da depressão não deve apenas celebrar os avanços biomédicos, mas também confrontar criticamente as falhas estruturais que perpetuam o sofrimento e a desigualdade no acesso ao cuidado.

Figura 01 - Principais métodos diagnósticos para depressão utilizados atualmente.

Qual método diagnóstico deve ser usado para avaliar a depressão?



Fonte: Autoral (2025).

CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO E IMPACTO NA SAÚDE PÚBLICA

A longa trajetória histórica que transformou a melancolia em depressão culmina, no século XXI, no reconhecimento do transtorno como um fenômeno de vastas proporções e um dos mais urgentes desafios globais de saúde pública. Longe de ser uma aflição individual, a depressão revela-se, hoje, como uma das principais causas de incapacidade em todo o mundo, com impacto devastador mensurado em DALYs (Anos de Vida Ajustados por Incapacidade), métrica que quantifica a soma dos anos de vida perdidos por morte prematura e dos anos vividos com incapacidade. As estimativas mais recentes do *Global Burden of Disease* (GBD) são um alerta contundente: em 2021, foram estimados 332 milhões de casos prevalentes de transtornos depressivos, com tendência de crescimento acentuada no período pós-pandemia de COVID-19, evento que expôs de

forma dramática a vulnerabilidade da saúde mental coletiva (GBD 2021 Mental Disorders Collaborators, 2024).

Os dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) detalham esse panorama, indicando que a depressão afeta aproximadamente 5% da população adulta global. Contudo, essa média oculta disparidades relevantes, como a maior prevalência entre mulheres (6%) em comparação aos homens (4%), dado que aponta para as complexas intersecções entre gênero, papéis sociais e sofrimento psíquico (Organização Mundial da Saúde, 2023). No contexto brasileiro, o cenário não apenas supera a média global, como também revela as contradições de um país marcado por profundas desigualdades estruturais. Estima-se que 11,3% da população, o equivalente a 16,3

milhões de pessoas, já tenha recebido diagnóstico de depressão por profissional de saúde mental, com taxas que se elevam significativamente entre grupos socioeconomicamente vulneráveis, como pessoas de baixa renda e residentes de periferias urbanas (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2020). Esses indicadores são inequívocos: o sofrimento psíquico não se distribui de forma aleatória, mas acompanha linhas de fratura sociais, econômicas e geográficas.

Diante dessa realidade, uma abordagem interseccional torna-se imperativa para a compreensão da real dimensão do problema. Não basta observar os números gerais; é necessário investigar como eixos de opressão, como raça, gênero, classe e território, se sobrepõem e potencializam vulnerabilidades. Estudos recentes demonstram, por exemplo, que mulheres negras são desproporcionalmente afetadas por sintomas depressivos. No entanto, o racismo estrutural, aliado à sobrecarga de trabalho e de cuidado, faz com que esse sofrimento seja frequentemente interpretado como “força” ou resiliência, mascarando a necessidade de cuidado clínico e resultando em subdiagnóstico e tratamento inadequado (Santos *et al.*, 2022).

De modo semelhante, o modelo biomédico ocidental mostra-se insuficiente para compreender as manifestações da

depressão em comunidades indígenas brasileiras. Nesses contextos, o sofrimento psíquico encontra-se intrinsecamente associado a processos históricos de violência, espoliação territorial e ruptura de laços comunitários e espirituais. A dor psíquica configura-se, assim, menos como um desequilíbrio neuroquímico individual e mais como um sintoma coletivo da perda de identidade, ancestralidade e território, exigindo abordagens terapêuticas interculturais, decoloniais e alinhadas às cosmologias desses povos (Souza; Oyarzún, 2020).

Esse panorama epidemiológico reforça a importância de compreender o percurso histórico do conceito de depressão não como um exercício meramente acadêmico, mas como ferramenta essencial para desmistificar o transtorno e combater os estigmas que ainda o cercam. No Brasil, iniciativas como a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) configuraram respostas institucionais a essa demanda massiva, ao buscarem ofertar um cuidado territorializado e comunitário. Contudo, tais políticas ainda enfrentam desafios expressivos de financiamento, cobertura e capilaridade, o que limita sua capacidade de responder à complexidade do problema. A epidemiologia, portanto, não oferece apenas números, mas um mandato ético e político, o de construir um cuidado em saúde mental universal, equitativo

e sensível às múltiplas realidades sociais e culturais que moldam o sofrimento humano.

A pandemia de COVID-19 provocou um aumento global de aproximadamente 25% na prevalência de depressão e ansiedade em 2020 (World Health Organization, 2022, p. 2), acelerando a necessidade de estratégias digitais de cuidado. No Brasil, a Lei nº 14.510/2022 regulamentou a telessaúde, assegurando princípios como autonomia profissional, consentimento informado e confidencialidade (Brasil, 2022, p. 1).

Em resposta a esse aumento no número de casos, em 2023 o Ministério da Saúde anunciou um investimento de R\$414 milhões anuais para o custeio da RAPS, contemplando

2.855 CAPS e 870 Serviços Residenciais Terapêuticos (Ministério da Saúde, 2023, p. 1). Em 2024, houve novo aporte de R\$383 milhões anuais, além da habilitação de 137 novos serviços voltados à saúde mental (Ministério da Saúde, 2024, p. 1).

Evidências internacionais indicam que a telepsiatria apresenta resultados clínicos comparáveis aos do atendimento presencial, com elevada aceitabilidade entre usuários e profissionais (Sugarman; Busch, 2023, p. 5). Esses achados reforçam a importância de integrar o teleatendimento às linhas de cuidado híbridas, ampliando o acesso e promovendo maior equidade no cuidado em saúde mental.

DEPRESSÃO E REPRESENTAÇÕES CULTURAIS

A trajetória histórica da depressão não se restringe aos domínios da medicina ou da psicologia. Ao longo dos séculos, as manifestações artísticas desempenharam um papel fundamental na expressão e na construção simbólica do sofrimento psíquico, influenciando de modo significativo a forma como esse sofrimento passou a ser percebido socialmente. Antes de a depressão ser sistematizada como transtorno nos manuais diagnósticos contemporâneos, ela já era vivenciada, interpretada e comunicada por meio de diferentes linguagens artísticas. Nesse contexto, destacam-se, entre as expressões mais recorrentes e socialmente difundidas, a

literatura e a música, que funcionaram como espaços privilegiados de elaboração subjetiva e compartilhamento coletivo da dor psíquica.

LITERATURA

Dentre os diversos momentos históricos em que essa relação se evidencia, destaca-se o século XIX, especialmente no contexto do Romantismo, movimento cultural marcado por intensa subjetividade, exaltação das emoções e uma sensibilidade melancólica exacerbada.

No Brasil e em parte da Europa, esse sentimento foi sintetizado na expressão “Mal do Século”, termo que passou a designar o estado psíquico característico de uma juventude atormentada pela desesperança, pela descrença nas instituições e pela percepção da existência como uma experiência trágica. O “Mal do Século” não descrevia apenas uma tristeza pontual ou uma angústia circunstancial, mas uma espécie de condição da alma, um estado emocional duradouro que atravessava obras literárias, cartas pessoais, ensaios filosóficos e até composições musicais da época.

A melancolia romântica foi, muitas vezes, confundida com genialidade ou sensibilidade artística, o que resultou tanto em sua valorização simbólica quanto em sua banalização. O poeta era concebido como alguém que, por sentir em excesso, não conseguia adaptar-se ao mundo ordinário, concepção que, em muitos aspectos, ecoa representações contemporâneas da depressão como atributo de uma “alma profunda” ou de uma “mente criativa”, ainda que isso não corresponda à realidade clínica do transtorno.

No Brasil, um dos principais representantes desse imaginário foi Álvares de Azevedo (1831–1852), cujas obras cristalizam o estado emocional romântico em sua forma mais intensa. Em livros como *Lira dos Vinte Anos* e, sobretudo, *Noite na Taverna*, o autor constrói personagens masculinos marcados por

profundo niilismo (crença na ausência de sentido ou valor na existência), desilusão amorosa, tédio existencial, obsessão com a morte e condutas autodestrutivas. Em *Noite na Taverna*, a narrativa organiza-se a partir de relatos de jovens hedonistas e decadentes, entregues à bebida, ao sexo, à violência e ao desprezo pela vida. A escrita é permeada por um lirismo sombrio que se aproxima de uma forma literária de expressão do sofrimento psíquico:

“Eu era triste, pálido e sem amor. Tinha nos olhos um olhar de desespero; nos lábios, o sorriso da ironia e do sarcasmo.” (Azevedo, 1994, p. 12).

Esse trecho pode ser interpretado, à luz contemporânea, como compatível com sintomas depressivos, tais como desesperança, isolamento afetivo, anedonia e autoimagem negativa. Contudo, no contexto histórico em que foi produzido, não havia um vocabulário clínico consolidado para nomear tais estados. A literatura funcionava, assim, como um veículo simbólico de expressão de angústias individuais que, ao mesmo tempo, revelavam um mal-estar coletivo diante das transformações da modernidade.

A Europa do século XIX também vivenciava profundas rupturas sociais, como revoluções políticas, secularização, ascensão da burguesia, urbanização acelerada e avanço da ciência, processos que fragilizavam antigas certezas religiosas e metafísicas. Nesse

cenário, o sujeito romântico experimentava um sentimento de desencaixe em relação ao mundo, uma alienação existencial que muitos autores traduziram em obras marcadas pela melancolia. Escritores como François-René de Chateaubriand, Alfred de Musset, Lord Byron e Giacomo Leopardi foram vozes expressivas desse mal-estar, cada qual retratando, à sua maneira, a dor de existir em um mundo desprovido de garantias absolutas.

Na obra *Confissão de um Filho do Século*, por exemplo, Musset narra o declínio moral e emocional de um jovem incapaz de encontrar sentido na vida, descrevendo estados que hoje se aproximam de uma condição depressiva, como apatia, desencanto com a realidade, instabilidade emocional e ideação suicida. Lord Byron, por sua vez, escreveu *Manfred*, obra na qual o protagonista, um anti-herói atormentado por culpas inomináveis, vague entre montanhas, fantasmas e lembranças, buscando libertar-se da dor sem recorrer à religião ou à redenção, manifestação emblemática da crise espiritual e subjetiva do período.

Essas representações literárias evidenciam que a depressão já era vivida e simbolizada muito antes de sua formalização nos moldes psiquiátricos contemporâneos. Ainda que atravessadas pelo exagero estético próprio do Romantismo, tais obras constituem registros valiosos da experiência subjetiva do sofrimento psíquico e de sua profunda

articulação com os contextos históricos e culturais em que emergiram.

MÚSICA

Paralelamente à literatura, a música historicamente funcionou como um veículo privilegiado para a articulação de estados afetivos, sobretudo daqueles que resistem à verbalização. A experiência do sofrimento psíquico, em sua dimensão pré-discursiva, encontra na linguagem musical, com suas texturas, dinâmicas, harmonias e ritmos, um campo fértil para a expressão e a elaboração simbólica. Se a literatura descreve a dor, a música permite sua presentificação, constituindo um arquivo sensível das formas pelas quais a melancolia e a depressão foram vividas e culturalmente codificadas ao longo dos séculos.

Na Europa renascentista, a melancolia configurava-se não apenas como aflição, mas como um paradigma cultural associado à genialidade, à introspecção e à sensibilidade artística, como analisado por Robert Burton em *The Anatomy of Melancholy* (1621). O compositor inglês John Dowland (1563–1626) constitui uma das expressões sonoras mais emblemáticas desse paradigma. Seu lema *Semper Dowland, semper dolens* (“Sempre Dowland, sempre em dor”) sintetiza uma estética musical centrada na tristeza contemplativa. Sua obra instrumental mais célebre, *Lachrimae, or Seaven Teares*,

estrutura-se a partir de um motivo descendente conhecido como tetracorde do lamento, recurso que se tornaria, ao longo dos séculos, um tropo musical recorrente na representação da dor e da perda.

Essa herança melancólica foi intensificada no Romantismo, período em que a subjetividade do artista passou a ocupar o centro da criação musical. O ciclo de canções *Winterreise (Jornada de Inverno)*, de Franz Schubert, constitui um verdadeiro monumento sonoro da desolação psíquica, narrando o percurso de um sujeito errante, marcado pelo isolamento, pelo desencanto e pela perda de sentido. De modo semelhante, a obra e a biografia de Robert Schumann revelam a intersecção entre criatividade e sofrimento mental, enquanto Frédéric Chopin sublimou sua condição de exílio, fragilidade física e instabilidade emocional em uma produção pianística de intensa carga melancólica e introspectiva.

No século XX, observa-se um deslocamento significativo: a música passa a tematizar não apenas a dor do indivíduo excepcional, mas o sofrimento coletivo de grupos historicamente marginalizados. O Blues, forjado no contexto da opressão racial no sul dos Estados Unidos, constitui-se como uma linguagem musical de sobrevivência, convertendo o lamento individual em testemunho comunitário. O Jazz aprofundou essa ambivalência afetiva, articulando dor,

resistência e improvisação. No Brasil, o samba-canção, popularmente conhecido como “samba de fossa”, consolidou um imaginário de solidão urbana, abandono amoroso e melancolia cotidiana, traduzindo, em chave musical, experiências de frustração e desalento típicas da modernidade urbana.

A partir da segunda metade do século XX, a depressão passa a ser tematizada de maneira cada vez mais explícita na música popular. Movimentos como o pós-punk britânico, o grunge norte-americano e, mais recentemente, o hip-hop, tornaram-se espaços privilegiados para a elaboração do sofrimento psíquico. Artistas contemporâneos, como Kendrick Lamar e Logic, exemplificam como a música pode ultrapassar a esfera da representação simbólica e assumir um papel ativo na problematização pública da depressão, da ideação suicida e do estigma associado à saúde mental, funcionando também como instrumento de conscientização e prevenção.

Em síntese, a trajetória musical da melancolia e da depressão revela uma complexa dialética entre expressão individual e codificação cultural. A música não apenas reflete o sofrimento psíquico, mas contribui para constituí-lo simbolicamente, oferecendo formas compartilhadas de vivência, comunicação e, em alguns contextos, de elaboração e superação. A análise dessas manifestações evidencia que cada época constrói sua própria “estética da dor”, a qual

pode tanto favorecer a empatia e a visibilidade do sofrimento quanto reforçar processos de romantização e banalização, tensionando, de

maneira contínua, os limites entre expressão artística, experiência subjetiva e compreensão clínica da depressão.

INOVAÇÕES EM SAÚDE MENTAL

A Inteligência Artificial (IA) tem se consolidado como uma ferramenta promissora no campo da saúde mental, especialmente no desenvolvimento de soluções escaláveis para diagnóstico e intervenção. Estudos indicam que algoritmos de aprendizado de máquina vêm sendo aplicados em plataformas digitais para a triagem de sintomas, o monitoramento de humor e o suporte terapêutico automatizado. Embora ainda persistam desafios éticos e técnicos, como o risco de viés algorítmico e a necessidade de proteção de dados sensíveis, há consenso quanto ao potencial da IA para ampliar o acesso ao cuidado psicológico, sobretudo em contextos de baixa cobertura assistencial (Lippi *et al.*, 2024; Almeida; Ferreira, 2025).

No campo da neuromodulação, o protocolo SAINT representa uma inovação significativa. Utilizando estimulação magnética transcraniana em alta dose, com alvo personalizado por meio de fMRI, o método demonstrou taxas de remissão superiores a 85% em pacientes com depressão resistente ao tratamento. A abordagem combina precisão neuroanatômica e intensidade terapêutica, oferecendo resultados

rápidos e seguros, conforme evidenciado por estudos conduzidos na Universidade de Stanford (Cole *et al.*, 2019).

As psicoterapias digitais, especialmente a Terapia Cognitivo-Comportamental baseada na internet (iCBT), têm apresentado eficácia comparável à da terapia presencial em casos leves e moderados. Revisões sistemáticas indicam que adolescentes e adultos se beneficiam de programas estruturados on-line, com redução significativa dos sintomas e manutenção dos ganhos terapêuticos ao longo do tempo. Essa modalidade também favorece a adesão ao tratamento, em razão de sua flexibilidade, anonimato relativo e maior acessibilidade geográfica e econômica (Pereira; Donato-Oliva; Peluso, 2021).

Para além da tecnologia, as inovações em saúde mental demandam uma abordagem ética e humanizada. A personalização do cuidado, seja por meio de ferramentas digitais, seja por intervenções clínicas presenciais, deve respeitar a autonomia do paciente, assegurar a confidencialidade das informações e promover o protagonismo no processo terapêutico. A literatura aponta, nesse sentido, para a

necessidade de práticas que transcendam o modelo biomédico estrito, incorporando dimensões sociais, culturais e existenciais do sofrimento psíquico, de modo a evitar novas

formas de medicalização ou tecnificação excessiva da experiência humana (Bosi *et al.*, 2011; Rodrigues *et al.*, 2024).

CONCLUSÃO

A análise dos aspectos históricos e conceituais da depressão evidencia que sua compreensão atual é fruto de um processo dinâmico, permeado por transformações epistemológicas, relativas à teoria do conhecimento e às formas pelas quais ele é adquirido e validado, culturais e científicas ao longo dos séculos. A noção contemporânea de depressão como transtorno mental diagnosticável, com critérios clínicos definidos e abordagens terapêuticas padronizadas, constitui apenas uma das formas possíveis e historicamente situada de nomear e compreender uma experiência humana que atravessa culturas e temporalidades: o sofrimento psíquico profundo, persistente e, frequentemente, incapacitante.

Do ponto de vista histórico, observa-se uma transição significativa entre as concepções pré-modernas da melancolia, entendida ora como desequilíbrio dos humores, ora como manifestação espiritual ou moral, e as definições modernas de depressão, fundamentadas em modelos médicos e psicopatológicos, relativos ao estudo das doenças e dos transtornos mentais. A

consolidação da psiquiatria no século XIX, os aportes da psicanálise no século XX e os avanços das neurociências nas últimas décadas contribuíram de maneira decisiva para a legitimação da depressão como categoria diagnóstica e objeto de intervenção clínica. No entanto, tais transformações não ocorreram de forma linear ou consensual, e os critérios diagnósticos adotados nos manuais classificatórios, como o DSM e a CID, refletem, para além de achados empíricos, os valores socioculturais e os paradigmas científicos hegemônicos de cada período histórico.

Nesse sentido, torna-se fundamental reconhecer que o conceito de depressão não está isento de controvérsias, especialmente no que se refere à delimitação entre sofrimento psíquico considerado “normal” e patológico, à crescente medicalização das emoções humanas e à centralidade atribuída aos fatores biológicos em detrimento das dimensões subjetivas e socioculturais. Essas questões têm sido amplamente problematizadas por autores contemporâneos, que alertam para os riscos de reducionismos biomédicos e para a

consequente invisibilização dos determinantes sociais da saúde mental.

A perspectiva histórica permite compreender, ainda, a relevância das representações culturais e artísticas na construção do imaginário social sobre a depressão. Antes mesmo da existência de nomenclaturas psiquiátricas formais, a literatura já expressava, de modo sensível e multifacetado, experiências de sofrimento emocional profundo. O movimento romântico do século XIX, por exemplo, foi marcado por uma estética da melancolia que refletia e, simultaneamente, modelava a percepção coletiva da dor psíquica. A noção de “Mal do Século”, tal como representada em obras como *Noite na Taverna*, de Álvares de Azevedo, e *Confissão de um Filho do Século*, de Alfred de Musset, é exemplar nesse sentido. Nesses textos, a melancolia assume um caráter quase ontológico, relativo à própria condição do ser, traduzindo o mal-estar subjetivo de uma geração diante das transformações sociais, filosóficas e existenciais de seu tempo.

A análise dessas obras revela não apenas a dimensão histórica da experiência depressiva, mas também a forma como os discursos culturais contribuem para sua simbolização e, em determinados contextos, para sua romantização ou estigmatização. A associação entre melancolia e genialidade, característica da estética romântica, deixou marcas persistentes no imaginário social

ocidental e ainda influencia, de maneira direta ou indireta, a forma como a depressão é percebida e compreendida socialmente.

Diante desse panorama, é possível afirmar que a compreensão da depressão exige uma abordagem interdisciplinar, capaz de articular saberes médicos, psicológicos, históricos, literários e sociológicos. Reduzir a depressão à sua dimensão neurobiológica, embora relevante para o diagnóstico e o tratamento, implica negligenciar os aspectos simbólicos, culturais e contextuais que atravessam sua constituição enquanto fenômeno humano. Da mesma forma, desconsiderar os fatores estruturais que impactam a saúde mental, como desigualdade social, racismo, violência de gênero e precarização do trabalho, entre outros, significa restringir o alcance das políticas públicas e das práticas de cuidado a respostas individualizadas para sofrimentos que, frequentemente, têm raízes coletivas.

Portanto, ao revisitar os aspectos históricos e conceituais da depressão, evidencia-se a necessidade de modelos de cuidado biopsicossociais e interdisciplinares, que reconheçam a complexidade da experiência depressiva e estejam atentos às suas múltiplas determinações. Tal abordagem deve ser sensível não apenas aos sintomas, mas também às narrativas, aos contextos e aos sentidos que cada sujeito atribui à sua dor. Somente assim será possível promover

práticas de cuidado mais éticas, inclusivas e transformadoras, capazes de articular ciência, sensibilidade e compromisso social.

REFERÊNCIAS:

- ALMEIDA, D. B. et al. A relação entre marcadores inflamatórios e depressão: uma revisão da literatura. **Scire Salutis**, v. 11, n. 1, p. 84-97, 2021.
- ALMEIDA, K. P. et al. INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL NA PSICOTERAPIA: FATORES GERADORES, DESAFIOS E LIMITES. **PRÁXIS EM SAÚDE**, v. 3, n. 2, p. 01-09, 2025.
- ALMEIDA, R. N.. **Modulação sérica do fator neurotrófico derivado do cérebro (BDNF) pela ayahuasca: contribuições para a depressão maior**. 2019. Dissertação de Mestrado. Brasil.
- AMARAL, C. B. et al. Neuroinflamação e Depressão: Uma Interseção Crítica na Saúde Mental. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 7, n. 2, p. 1504-1517, 2025.
- AMARAL, V. C. A. R. et al. MICROBIOTA INTESTINAL E SUA RELAÇÃO COM A DEPRESSÃO. **LUMEN ET VIRTUS**, v. 14, n. 32, p. 16-30, 2024.CORRIGAN, P. W.; WATSON, A. C. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. **World Psychiatry**, v. 1, n. 1, p. 16–20, 2002.
- AMARANTE, P.; NUNES, M. O.. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & saúde coletiva**, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, 2018.
- AMARANTE, Paulo (Ed.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 1994.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR**. 5. ed., texto rev. Arlington: American Psychiatric Publishing, 2022.
- ARENKT, H.. **A condição humana**. 10^a edição. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007.
- BARBOSA, C. S.; SANTOS, V. C.. **Análise discursiva da temática da depressão na poesia brasileira: uma abordagem dos efeitos de sentido em poemas do romantismo, simbolismo e modernismo**. Policromias, UFRJ, 2023.
- BASAGLIA, F.. As instituições da violência. **A instituição negada**, v. 2, p. 99-133, 1985.
- BOSI, M. L. M. et al. Inovação em saúde mental: subsídios à construção de práticas inovadoras e modelos avaliativos multidimensionais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, p. 1231-1252, 2011.
- CHISHOLM, D. et al. Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. **The Lancet Psychiatry**, v. 3, n. 5, p. 415-424, 2016.
- COLE, E. r J. et al. Stanford accelerated intelligent neuromodulation therapy for treatment-resistant depression. **American Journal of Psychiatry**, v. 177, n. 8, p. 716-726, 2020.
- CORDÁS, Táki Athanássios; EMILIO, Matheus Schumaker. **História da melancolia**. Artmed Editora, 2017.
- DEGRAVE, A.; SILVA, P. R. F.. A medicalização do sofrimento e o sobrediagnóstico da depressão. **Saúde em Debate**, v. 49, p. e9667, 2025.
- FERRAZ, L.; DEL'FINO, T. **Depressão: perspectivas críticas**. São Paulo: Hucitec, 2018.
- FERREIRA, S.. A evolução do conceito de depressão no século XX: Uma análise da classificação da depressão nas diferentes edições do manual diagnóstico e estatístico da associação americana de psiquiatria (DSMS) e possíveis repercussões destas mudanças na visão de mundo. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto (TÍTULO NÃO-CORRENTE)**, v. 10, n. 2, 2011.

FONSECA, L. S.. **Novas Perspetivas do Contributo da Genética na Depressão: Revisão de Literatura.** 2022. Dissertação de Mestrado. Universidade de Lisboa (Portugal).

FOUCAULT, M. **História da loucura na Idade Clássica.** 9. ed. São Paulo: Perspectiva, 2016.

FREITAS, F.; AMARANTE, P.. **Medicalização em psiquiatria.** SciELO-Editora FIOCRUZ, 2017.

JI, Z. et al. Global, Regional, and National Burden of Mental Disorders, 1990–2021: An Analysis of Data from the Global Burden of Disease Study 2021. Available at SSRN 4974187.

GUERRA, T. R. B. et al. Métodos de Rastreamento da Depressão em Pacientes Ambulatoriais com Insuficiência Cardíaca. **International Journal of Cardiovascular Sciences**, v. 31, p. 414-421, 2018.

HEALY, D. Let them eat Prozac: the unhealthy relationship between the pharmaceutical industry and depression. New York: New York University Press, 2004.

HORWITZ, A. V.; WAKEFIELD, J. C. **The loss of sadness: How psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder.** Oxford University Press, 2007.

IBGE, IBGE. Instituto brasileiro de geografia e estatística. **Censo demográfico**, 2010.

KEHL, M. R.. **O tempo e o cão: a atualidade das depressões.** Boitempo editorial, 2015.

KRAEPELIN, E.. **Psychiatrie; ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte.** Barth, 1913.

LANE, Christopher. **Shyness: How normal behavior became a sickness.** Yale University Press, 2008.

LIPPI, F. L. et al. Inteligência artificial e saúde mental no Brasil: Uma revisão sistemática da literatura. **Contribuciones a las Ciencias Sociales**, v. 17, n. 6, 2024.

MACHADO, L. V.; FERREIRA, R. R.. A indústria farmacêutica e psicanálise diante da "epidemia de depressão": respostas possíveis. **Psicologia em Estudo**, v. 19, p. 135-144, 2014.

MUSSET, A.. **Confissão de um filho do século.** Tradução de Rosa Freire d'Aguiar. São Paulo: Martin Claret, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Depressive disorder (depression).** Genebra: OMS, 2023. Fact sheet.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde: CID-11.** Genebra: OMS, 2022. Disponível em: <<https://icd.who.int>>. Acesso em: 28 abr. 2025.

PATEL, V. et al. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. **The lancet**, v. 392, n. 10157, p. 1553-1598, 2018.

PEREIRA, L. B.; DONATO-OLIVA, Angela; PELUSO, Marcelo Leonel. Internet-based CBT interventions with adolescents: a systematic review. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 17, n. 2, p. 87-95, 2021.

SÁ, L. V. P.. **História da psiquiatria no Brasil: do império aos dias atuais.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2019.

SANTOS, J. S. et al. Saúde mental da população negra e os impactos do racismo: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 14, p. e581111436885, 2022.

SANTOS, T. B. et al. Associação entre o fator neurotrófico derivado do encéfalo (BDNF) e o transtorno depressivo: uma revisão de literatura. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 10, p. e461101019139-e461101019139, 2021.

SHORTER, E.. *A History of Psychiatry: From the Era of the Asylum to the Age of Prozac.* (No Title), 2009.

SOLOMON, A.. **O demônio do meio-dia: uma anatomia da depressão.** Editora Companhia das Letras, 2014.

SOUZA, M. L. P. de; OYARZÚN, J. C. P. Saúde mental indígena, colonialidade e políticas de morte no Brasil. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 40, p. 1–16, e222108, 2020.

TEIXEIRA, M. A. R.. Melancolia e depressão: um resgate histórico e conceitual na psicanálise e na psiquiatria. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 4, n. 1, p. 16-16, 2005.

VIEIRA, É. R. B. **A melancolia romântica: um estudo da Noite na Taverna.** São Paulo: Ática, 1996.

WANG, X. et al. Functional magnetic resonance imaging of depression: a bibliometrics and meta-analysis. **Annals of General Psychiatry**, v. 23, n. 1, p. 39, 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **Mental health action plan 2013-2020.** World Health Organization, 2013.

Capítulo 03

QUANDO O CÉREBRO “DESAFINA”: DESVENDANDO OS MECANISMOS COMPLEXOS DO TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR

Capítulo 03: Quando o Cérebro “Desafina”: Desvendando os Mecanismos Complexos do Transtorno Depressivo Maior. Em: Neurociência do Transtorno Depressivo Maior - Uma Imersão Nos Processos Neurobiológicos e no Cuidado Multidisciplinar. Editora Humanize, 2026. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.18500824>

Matéus Silva Sales

Discente do Curso de Psicologia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

Kayke Kauã de Siqueira

Discente do Curso de Psicologia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

Amanda Almeida Rodrigues e Silva

Mestranda em Psicologia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

Nicole Maria Travassos dos Santos

Discente do Curso de Psicologia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

Maria Clara Machado Alonso de Araújo

Discente do Curso de Psicologia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

Caio Victor Barros Gonçalves da Silva

Mestrando em Ciências Biológicas na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

Roger Luis da Silva

Doutorando em Ciências Biológicas na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

INTRODUÇÃO

O Transtorno Depressivo Maior (TDM) configura-se como uma das condições neuropsiquiátricas mais prevalentes da atualidade. Mais do que uma manifestação de tristeza pontual, apresenta-se como uma síndrome complexa e multifatorial, que compromete o funcionamento cognitivo, emocional e social dos indivíduos. Embora a

hipótese monoaminérgica, que associa a depressão a desequilíbrios em neurotransmissores como serotonina, dopamina e norepinefrina, tenha fundamentado, por décadas, o desenvolvimento de tratamentos farmacológicos eficazes, suas limitações em

explicar a heterogeneidade clínica e a resistência terapêutica tornaram-se evidentes.

Avanços nas neurociências revelaram que o TDM emerge de interações complexas entre múltiplos sistemas biológicos. Estudos neuroanatômicos e funcionais demonstram alterações em circuitos neurais envolvidos na regulação emocional e na busca por recompensa, enquanto disfunções no eixo Hipotálamo-Hipófise-Adrenal (HPA), particularmente sua hiperatividade, associam-se a subtipos graves de depressão, como a melancolia, e a um maior risco de suicídio. Ademais, fatores periféricos, como variantes

genéticas em genes relacionados a neurotrofinas e a ativação de processos inflamatórios, corroboram a natureza sistêmica do transtorno (APA, 2023). Essa compreensão integrativa redefine o TDM como um estado de desregulação homeostática, no qual vulnerabilidades genéticas, modificações epigenéticas e exposições ambientais convergem para a perpetuação de disfunções cerebrais. Este capítulo explora como tais mecanismos interagem para moldar o fenótipo depressivo, fornecendo subsídios para estratégias terapêuticas mais precisas e personalizadas.

DA VISÃO MONOAMINÉRGICA À ABORDAGEM SISTÊMICA DO TDM

Por décadas, o modelo explicativo monoaminérgico sustentou a compreensão do TDM, ao simplificar sua etiologia ao déficit de neurotransmissores como serotonina e dopamina. No entanto, contribuições tecnológicas, genéticas e imunológicas ampliaram essa perspectiva, evidenciando um quadro mais complexo e multifatorial. Essa abordagem sistêmica incorpora alterações em circuitos cerebrais e em sistemas biológicos integrados (Cui *et al.*, 2024; Verduijn *et al.*, 2015), além de reconhecer a existência de um ciclo vicioso, inflamação sistêmica, dano cerebral e aumento do estresse, que representa um dos mecanismos centrais da depressão (Han; Ham, 2021).

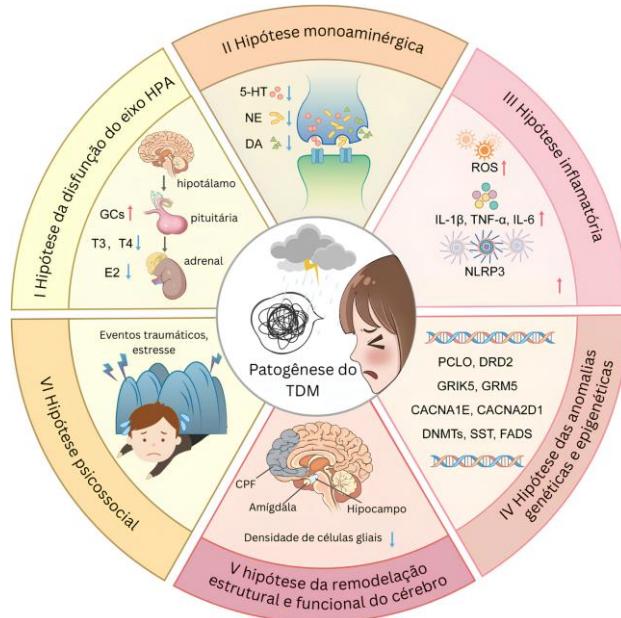
Em casos de depressão recorrente ou crônica, quatro mecanismos são frequentemente associados: inflamação no organismo, disfunção do eixo Hipotálamo-Hipófise-Adrenal (HPA), redução da capacidade de regeneração e adaptação neuronal e baixos níveis de vitamina D (Verduijn *et al.*, 2015). Esses processos, isoladamente, não explicam a progressão da doença, mas são considerados importantes fatores de risco. A inflamação, por exemplo, pode afetar a disponibilidade de neurotransmissores e aumentar a produção de substâncias que interferem na regulação do humor.

Pacientes com TDM frequentemente apresentam níveis elevados de interleucina-6 e de Proteína C-Reativa (PCR), marcadores inflamatórios detectáveis no sangue. Além disso, alterações no eixo HPA, principal sistema de resposta ao estresse do organismo, podem levar ao excesso de cortisol, hormônio que, a longo prazo, associa-se à redução do volume do hipocampo, região envolvida na memória e na regulação emocional, bem como a prejuízos na formação de novas conexões neurais. A deficiência de fatores neurotróficos, como o Fator Neurotrófico Derivado do Cérebro (BDNF), essencial para a saúde e a plasticidade neuronal, também é frequentemente observada, assim como níveis reduzidos de vitamina D, nutriente com efeito neuroprotetor. Estudos vêm buscando identificar marcadores biológicos capazes de prever o início, a recaída ou a recorrência do

TDM (Verduijn *et al.*, 2015; Otte *et al.*, 2016; Kandel, 2020).

Análises transversais indicam alterações em múltiplos sistemas, cerebral, imunológico, gastrointestinal e endócrino, embora os resultados ainda se mostrem inconsistentes. Uma meta-análise recente identificou o cortisol como o único biomarcador com algum valor preditivo, ainda que modesto (Kennis, 2020). Esses achados são corroborados por estudos de neuroimagem em humanos e por experimentos com modelos animais submetidos a estresse prolongado (Otte *et al.*, 2016; Kandel, 2020). Esse modelo ampliado de compreensão do TDM aponta para uma rede complexa de interações entre genes, ambiente e circuitos neurais, reforçando a importância de abordagens multifatoriais tanto na pesquisa quanto no tratamento do transtorno (Figura 01).

Figura 01 - Mecanismos neurobiológicos do Transtorno Depressivo Maior.



(I) Hormônios glicocorticóides (GCs), T3, T4 e estrogênio (E2) regulam o eixo HPA, influenciando a resposta ao estresse; (II) Serotonina (5-HT), norepinefrina (NE) e dopamina (DA) modulam humor, motivação e emoções; (III) Pessoas com TDM apresentam níveis elevados de marcadores inflamatórios no sangue, como CRP, IL-6 e TNF- α ; (IV) Alterações em genes relacionados à comunicação entre neurônios, canais de cálcio e modulação epigenética afetam a neuroplasticidade. Exemplos incluem: PCLO, CACNA1E e CACNA2D1, e DNMTs; (V) Estudos *post-mortem* mostram redução da glia no Cortex Pré-Frontal (CPF), hipocampo e amígdala; (VI) Eventos traumáticos e estressantes são fatores de risco elevados para a ocorrência do TDM.

Fonte: Cui *et al.* (2024)

MECANISMOS FISIOPATOLÓGICOS CENTRAIS NO TDM

DISFUNÇÃO DO EIXO HPA E O MECANISMO DE FEEDBACK NEGATIVO

O estresse contribui significativamente para o desenvolvimento do TDM, sobretudo quando combinado a fatores genéticos que alteram estruturas e funções neurais, por meio da exposição a estressores crônicos, como divórcio ou perda de emprego. O mecanismo do estresse envolve o eixo Hipotálamo-Hipófise-Adrenal (HPA), um sistema que integra o hipotálamo, a hipófise e as glândulas adrenais, regulando a resposta do organismo ao estresse e promovendo a liberação de hormônios, como o cortisol.

A hiperativação do eixo HPA pode desencadear um efeito de “feedback negativo”, indicativo de disfuncionalidade do sistema, que resulta em danos às células gliais, parceiras funcionais dos neurônios e as células mais numerosas do sistema nervoso central dos vertebrados, tornando o indivíduo mais suscetível a comportamentos depressivos e contribuindo para a manutenção dos sintomas após eventos estressores prolongados (Shadlen; Kandel, 2021; Cui *et al.*, 2024).

Estudos com modelos animais demonstram que o Fator Neurotrófico Derivado do Cérebro (BDNF) exerce um papel

crucial nesse processo, de modo que níveis reduzidos dessa neurotrofina no hipocampo comprometem a capacidade do organismo de regular o cortisol, perpetuando o estresse e os sintomas depressivos. Em contrapartida, níveis adequados de BDNF parecem exercer efeito protetor, o que ajuda a explicar por que alguns indivíduos apresentam maior resiliência frente às adversidades (Taliaz *et al.*, 2011; Eissa *et al.*, 2023).

HIPÓTESE MONOAMINÉRGICA

A hipótese da deficiência de monoaminas baseia-se em três principais neurotransmissores: Dopamina (DA), Norepinefrina (NE) e Serotonina (5-HT). Esses sistemas modulam funções críticas de natureza fisiológica e cognitiva. A base empírica desta hipótese emerge de múltiplas frentes de investigação. A desregulação dopaminérgica, por exemplo, indica redução da atividade no estriado e no hipocampo durante o estresse crônico, enquanto, na disfunção astrocitária, observa-se elevação da DA extracelular, que se liga a receptores D2, reduzindo a atividade neural e promovendo alterações duradouras na neurotransmissão estriatal (Rasheed, 2010; Adermark *et al.*, 2022).

No que se refere à norepinefrina, o sistema noradrenérgico do *locus coeruleus* exerce efeito anti-inflamatório (O'Sullivan *et al.*, 2009; Breton-Provencher *et al.*, 2022).

Esse efeito é observado, por exemplo, em Inibidores da Recaptação de Norepinefrina (IRNs), como a atomoxetina, que reduz a neuroinflamação cortical após inflamação sistêmica. De modo semelhante, os Inibidores da Recaptação de Serotonina e Norepinefrina (IRSNs), como a duloxetina, aumentam a expressão da conexina 43 em junções comunicantes astrocitárias no córtex pré-frontal, prevenindo disfunções induzidas por estresse crônico (Sun *et al.*, 2012; Choi *et al.*, 2015). Além disso, a venlafaxina estimula a produção de FGF-2 e TGF- β 1 em astrócitos, promovendo efeitos neuroprotetores (Zepeda *et al.*, 2016).

Estudos *post mortem* demonstram níveis reduzidos de 5-HT em cérebros de indivíduos com depressão. A fluoxetina, um Inibidor Seletivo da Recaptação de Serotonina (ISRS), aumenta a disponibilidade sináptica de 5-HT e reverte alterações morfológicas no hipocampo e em astrócitos induzidas por estresse crônico, em modelos animais (Fang *et al.*, 2022). Considerando a melhora dos sintomas depressivos associada ao aumento dessas monoaminas na fenda sináptica, sugere-se uma relação direta com processos de neuroplasticidade, uma vez que anormalidades em transportadores e receptores comprometem a transmissão sináptica e agravam o quadro sintomatológico observado no TDM (Jesulola; Micalos; Baguley, 2018; Cui *et al.*, 2024).

HIPÓTESE INFLAMATÓRIA

Na hipótese inflamatória, o estresse crônico desencadeia uma resposta imune sistêmica, com aumento na produção de citocinas pró-inflamatórias, como IL-6 e TNF- α . Esse estado favorece o aumento da permeabilidade da barreira hematoencefálica, permitindo a entrada dessas moléculas no sistema nervoso central. Paralelamente, a ativação do eixo Hipotálamo-Hipófise-Adrenal (HPA) e do sistema nervoso simpático recruta células imunes para o cérebro e ativa a micróglia, principal população de células imunológicas do sistema nervoso central.

A micróglia excessivamente ativada libera, por sua vez, maiores quantidades de citocinas inflamatórias, estabelecendo um ciclo de neuroinflamação que danifica neurônios e compromete a plasticidade sináptica em circuitos relacionados ao humor e ao bem-estar. Adicionalmente, as citocinas estimulam a liberação de cortisol que, quando mantido em níveis cronicamente elevados, pode induzir resistência aos glicocorticoides, reduzindo a eficácia do mecanismo de *feedback* negativo e perpetuando tanto a resposta inflamatória quanto a ativação do eixo HPA (Miller; Raison, 2016; Han; Ham, 2021).

HIPÓTESE DAS ANOMALIAS GENÉTICAS E EPIGENÉTICAS

Segundo Chen, Wang e Chen (2024), estudos recentes destacam que alterações epigenéticas medeiam a vulnerabilidade persistente ao estresse após experiências adversas, integrando fatores genéticos e ambientais na depressão. O estresse pode desencadear processos de remodelação da cromatina, resultando em: (i) modificações anormais do DNA, como metilação e desmetilação; (ii) alterações em histonas, incluindo acetilação e fosforilação; (iii) modificações pós-transcricionais do mRNA; e (iv) disfunções em RNAs Não Codificantes (*ncRNAs*), que afetam a expressão gênica.

Essas alterações contribuem para o desenvolvimento do TDM ao comprometer a resposta ao estresse, a plasticidade sináptica e a sinalização de neurotransmissores. Além disso, marcadores epigenéticos como a regulação do Fator Neurotrófico Derivado do Cérebro (BDNF) e a acetilação de histonas associada ao gene SLC6A4, responsável pelo transporte de serotonina, têm sido consistentemente relacionados à depressão.

Curiosamente, parte dessas modificações epigenéticas apresenta caráter reversível, uma vez que intervenções farmacológicas com antidepressivos e estratégias não farmacológicas, como a prática regular de exercícios físicos, podem atenuar os sintomas depressivos ao promover a neurogênese e a plasticidade neural (Lima *et al.*, 2020; Qiu *et al.*, 2025).

HIPÓTESE DA REMODELAÇÃO ESTRUTURAL E FUNCIONAL DO CÉREBRO

A micróglia, principal população de células imunológicas do sistema nervoso central, mantém o equilíbrio entre as sinapses e a rede de proteínas que sustentam os neurônios, denominada matriz extracelular. No entanto, quando desregulada, pode alterar a estrutura das Redes Perineuronais (*perineuronal nets*, PNNs) no hipocampo, prejudicar as sinapses inibitórias e aumentar, de forma desorganizada, as sinapses excitatórias. Essas desregulações contribuem para o surgimento de sintomas como ruminação e déficits de memória (Strackeljan *et al.*, 2021).

O eixo intestino-cérebro constitui uma via de comunicação bidirecional fundamental, cujas alterações têm sido associadas ao TDM. Indivíduos com depressão frequentemente apresentam disbiose, caracterizada por um desequilíbrio na microbiota intestinal. A relevância causal desse fenômeno é demonstrada em estudos experimentais com camundongos, nos quais a transferência da microbiota de animais com comportamentos depressivos para animais saudáveis é suficiente para induzir comportamentos análogos à depressão, como o aumento da imobilidade no teste do nado forçado.

Do ponto de vista metabólico, a disbiose pode alterar vias relacionadas ao metabolismo de carboidratos e aminoácidos,

afetando a produção de energia e de precursores necessários à síntese de neurotransmissores. Por fim, alterações na microbiota intestinal estão associadas à redução dos níveis do Fator Neurotrófico Derivado do Cérebro (BDNF) e à desorganização de circuitos neurais relacionados ao humor no hipocampo e no córtex pré-frontal (Zheng *et al.*, 2016).

HIPÓTESE PSICOSSOCIAL

A hipótese psicossocial posiciona o estresse crônico e as adversidades ao longo da vida como fatores etiológicos centrais para o TDM, os quais atuam por meio de mecanismos neurobiológicos. Experiências psicossociais negativas, como a dificuldade em lidar com demandas do cotidiano (trabalho, relacionamentos e a busca por objetivos de vida significativos, como a realização pessoal), podem levar a alterações duradouras nos sistemas de resposta ao estresse.

Outra consideração relevante é que pessoas com TDM, em geral, apresentam prejuízos psicossociais que podem persistir mesmo após a melhora dos sintomas emocionais, aumentando o risco de recaída, uma vez que afetam a forma como o indivíduo enfrenta desafios e demandas ambientais (Ro; Clark, 2009).

Ademais, a deficiência de suporte social constitui um fator de risco importante.

Pacientes com TDM frequentemente carecem de apoio social adequado, e a ausência de redes de apoio funcionais compromete vias neuroendócrinas protetoras, reduzindo a resiliência ao estresse (Halgreen *et al.*, 2016; Wang *et al.*, 2014; Ouakinin *et al.*, 2018). O suporte social pode atenuar os sintomas depressivos ao modular a resposta ao estresse e promover o bem-estar psicológico, enquanto sua ausência está associada a quadros mais graves e a piores desfechos terapêuticos.

Estudos demonstram que o menor contato social e a solidão exacerbam a gravidade dos sintomas depressivos e contribuem para a anedonia característica do TDM (Hallgren *et al.*, 2017; Van *et al.*, 2015).

CIRCUITOS NEURAIS RELACIONADOS

Os mecanismos discutidos não operam de forma isolada, mas modulam circuitos cerebrais específicos relacionados à cognição, à emoção e à motivação. O TDM está associado a alterações em circuitos cerebrais responsáveis pela regulação emocional, pela tomada de decisões e pelo processamento de recompensas (Miller; Raison, 2016). A Rede de Modo Padrão (DMN, do inglês *Default Mode Network*) consiste em um conjunto de regiões cerebrais interconectadas, que incluem o Côrrix Pré-Frontal Medial (CPFm), o Côrrix Cingulado Posterior (CCP) e o hipocampo, sendo fundamental para processos

autorreferenciais e introspectivos (Andrews-Hanna *et al.*, 2010).

Estudos de imagem por Ressonância Magnética Funcional (*Functional Magnetic Resonance Imaging*, fMRI) demonstram que a DMN se organiza em sub-redes distintas: uma sub-rede anterior, predominantemente associada ao processamento emocional e autorreferencial, e uma sub-rede posterior, relacionada a processos cognitivos e à memória autobiográfica (Han; Ham, 2021).

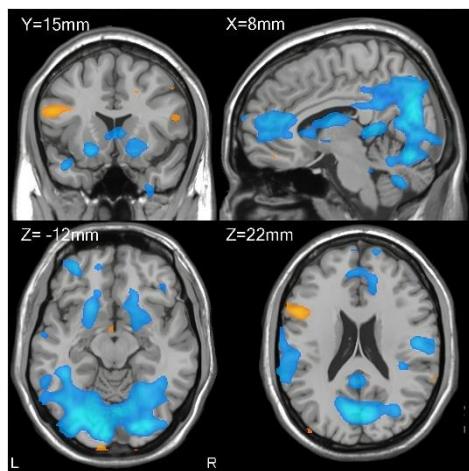
Em condições de estresse crônico, a ativação microglial resulta na liberação de citocinas pró-inflamatórias que comprometem a integridade neuronal e interrompem a comunicação entre as regiões da DMN. Essa disfunção manifesta-se como uma hiperconectividade patológica da DMN, contribuindo para sintomas característicos do TDM, como ruminação, autocritica excessiva e déficits cognitivos. Adicionalmente, a neuroinflamação favorece a toxicidade glutamatérgica e a redução da neurogênese hipocampal, perpetuando o quadro depressivo (Miller; Raison, 2016).

A Análise de Componentes Principais (*Principal Component Analysis*, PCA) de imagens *fMRI-BOLD*, obtidas durante tarefas de processamento emocional, revela padrões alterados de atividade da DMN em pacientes com TDM quando comparados a controles saudáveis (Figura 02). Observa-se hipoativação significativa em regiões como o

CPFm e o CCP, sugerindo comprometimento dos processos autorreferenciais e da regulação emocional. De forma relevante, mesmo após tratamento farmacológico antidepressivo eficaz, a sub-rede anterior mantém padrões de

hiperconectividade, indicando um possível traço de vulnerabilidade neurobiológica que persiste além da remissão sintomática (Andrews-Hanna *et al.*, 2010; Han; Ham, 2021).

Figura 02 - Análise de Componentes Principais (PCA) da DMN no TDM.



A figura apresenta um mapa estatístico derivado da análise de componentes principais de imagens da Ressonância Magnética Funcional (fMRI-BOLD), obtidas durante a visualização de palavras emocionais positivas. Os dados apresentam a comparação entre 10 pacientes não medicados com depressão maior e 12 controles saudáveis. As regiões em azul indicam atividade reduzida no grupo com TDM em relação aos controles, enquanto as regiões em laranja representam áreas com atividade preservada ou aumentada. Os cortes cerebrais em diferentes planos anatômicos (coronal Y=15mm, sagital X=8mm, axial Z=-12mm e Z=22mm) mostram padrões distintos de desativação na rede de modo padrão, particularmente no córtex cingulado posterior e córtex pré-frontal medial.

Fonte: Epstein *et al.* (2011) *apud* Silbersweig (2013).

INTEGRAÇÃO DOS ACHADOS E IMPLICAÇÕES TERAPÊUTICAS

Apesar das limitações da hipótese monoaminérgica para explicar, de forma isolada, a complexidade do Transtorno Depressivo Maior, ela permanece relevante por fundamentar a ação dos antidepressivos clássicos, servir de base para modelos explicativos que incorporam disfunções adicionais e constituir, ainda, a principal linha de intervenção farmacológica. Contudo, a literatura contemporânea tem avançado de modo consistente em direção a um paradigma

multidimensional, no qual interações entre vulnerabilidades genéticas, marcadores inflamatórios, disfunções do eixo Hipotálamo-Hipófise-Adrenal (HPA) e fatores psicossociais convergem sobre circuitos cerebrais específicos.

Nesse contexto, destaca-se o caráter predominantemente pré-clínico de grande parte dos estudos dedicados à investigação dos mecanismos do TDM, o que impõe desafios significativos à translação dos achados para

populações humanas. Soma-se a isso o fato de que as hipóteses atualmente vigentes apresentam limitações intrínsecas, como a incapacidade do modelo inflamatório de explicar a totalidade dos subtipos depressivos. Ademais, a ausência de biomarcadores clinicamente validados compromete tanto a precisão diagnóstica quanto o desenvolvimento de estratégias terapêuticas verdadeiramente personalizadas.

Apesar desses entraves, a consolidação

de uma visão sistêmica reforça a necessidade de abordagens terapêuticas combinadas, de estratégias preventivas e de maior individualização do tratamento. A neurociência contemporânea, nesse sentido, supera dicotomias reducionistas ao integrar evidências oriundas da genômica, da neuropsiquiatria e da neuroimagem, redefinindo o TDM como uma rede de desordens interconectadas, na qual a restauração da homeostase exige intervenções simultâneas em múltiplos níveis.

REFERÊNCIAS:

- ADERMARK, L. et al. Astrocytes modulate extracellular neurotransmitter levels and excitatory neurotransmission in dorsolateral striatum via dopamine D2 receptor signaling. *Neuropsychopharmacology*, v. 47, p. 1493–1502, 2022.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **DSM-5-TR**: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5. ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2023.
- ANDREWS-HANNA, J. R. et al. Functional-anatomic fractionation of the brain's default network. *Neuron*, v. 65, n. 4, p. 550–562, 2010.
- BRETON-PROVENCHER, V. et al. Spatiotemporal dynamics of noradrenaline during learned behaviour. *Nature*, v. 606, p. 732–738, 2022.
- CHEN, H. S.; WANG, F.; CHEN, J. G. Epigenetic mechanisms in depression: Implications for pathogenesis and treatment. *Current Opinion in Neurobiology*, v. 85, p. 102854, 2024.
- CHOI, H. S. et al. The anti-inflammatory activity of duloxetine, a serotonin/norepinephrine reuptake inhibitor, prevents kainic acid-induced hippocampal neuronal death in mice. *Journal of Neurological Sciences*, v. 358, p. 390–397, 2015.
- CUI, L. et al. Major depressive disorder: hypothesis, mechanism, prevention and treatment. *Signal Transduction and Targeted Therapy*, v. 9, n. 1, p. 1–32, 2024.
- EISSA, N. et al. BDNF unveiled: exploring its role in major depression disorder serotonergic imbalance and associated stress conditions. *Current Neuropharmacology*, v. 21, n. 8, p. 1789–1800, 2023.
- EPSTEIN, J. et al. Failure to segregate emotional processing from cognitive and sensorimotor processing in major depression. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, v. 193, n. 3, p. 144–150, 2011.
- FANG, Y. et al. Fluoxetine inhibited the activation of A1 reactive astrocyte in a mouse model of major depressive disorder through astrocytic 5-HT2BR/β-arrestin2 pathway. *Journal of Neuroinflammation*, v. 19, n. 1, p. 23, 2022.
- HALLGREN, M. et al. Somebody to lean on: Social relationships predict post-treatment depression severity in adults. *Psychiatry Research*, v. 249, p. 261–267, 2017.
- HAN, K. M.; HAM, B. J. How Inflammation Affects the Brain in Depression: A Review of Functional and Structural MRI Studies. *Journal of Clinical Neurology*, v. 17, n. 4, p. 503–515, 2021.
- JESULOLA, E.; MICALOS, P.; BAGULEY, I. J. Understanding the pathophysiology of depression: From monoamines to the neurogenesis hypothesis model - are we there yet? *Behavioural Brain Research*, v. 341, p. 79–90, 2018.
- KANDEL, E. R. **Mentes diferentes**: o que cérebros incomuns revelam sobre nós. Tradução Paulo Laino Cândido. São Paulo: Manole, 2020.
- KENNIS, M. et al. Prospective biomarkers of major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Molecular Psychiatry*, v. 25, n. 2, p. 321–338, 19 nov. 2020.
- LIMA, B. B. et al. Neuroplasticity and the biological role of brain derived neurotrophic factor in the pathophysiology and management of depression. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, v. 118, p. 58–65, 2020.
- MILLER, A. H.; RAISON, C. L. The role of inflammation in depression: From evolutionary imperative to modern treatment target. *Nature Reviews Immunology*, v. 16, n. 1, p. 22–34, 2016.
- O'SULLIVAN, J. B. et al. Noradrenaline reuptake inhibitors limit neuroinflammation in rat cortex following a systemic inflammatory challenge: implications for depression and neurodegeneration. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, v. 12, p. 687–699, 2009.
- OTTE, C. et al. Major depressive disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, v. 2, p. 16065, 2016.
- OUAKININ, S et al. Depression and obesity: integrating the role of stress, neuroendocrine dysfunction and inflammatory pathways. *Frontiers in Endocrinology*, v. 9, p. 431, 2018.

QIU, H. et al. Implications of neurogenesis in depression through BDNF: rodent models, regulatory pathways, gut microbiota, and potential therapy. **Molecular Psychiatry**, v. 30, p. 1–15, 2025.

RASHEED, N. et al. Differential response of central dopaminergic system in acute and chronic unpredictable stress models in rats. **Neurochemical Research**, v. 35, p. 22–32, 2010.

RO, E.; CLARK, L. A. Psychosocial Functioning in the Context of Diagnosis: Assessment and Theoretical Issues. **Psychological Assessment**, v. 21, n. 3, p. 313–324, 2009.

SHADLEN, M. N.; KANDEL, E. R. Nerve cells, neural circuitry, and behavior. In: KANDEL, E. R. et al. **Principles of neural science**. 6 ed., New York: McGraw-Hill Education, 2021. pag. 61–62.

SUN, J. D. et al. Gap junction dysfunction in the prefrontal cortex induces depressive-like behaviors in rats. **Neuropsychopharmacology**, v. 37, p. 1305–1320, 2012.

SILBERSWEIG, D. Default Mode Subnetworks, Connectivity, Depression and Its Treatment: Toward Brain-Based Biomarker Development. **Biological Psychiatry**, v. 74, n. 1, p. 5–6, 2013.

STRACKELJAN, L. et al. Microglia depletion-induced remodeling of extracellular matrix and excitatory synapses in the hippocampus of adult mice. **Cells**, v. 10, n. 7, p. 1862, 2021.

TALIAZ, D. et al. Resilience to chronic stress is mediated by hippocampal brain-derived neurotrophic factor. **Journal of Neuroscience**, v. 31, n. 12, p. 4475–4483, 2011.

VAN, I. M. B. et al. The course of untreated anxiety and depression, and determinants of poor one-year outcome: a one-year cohort study. **BMC Psychiatry**, v. 10, p. 86, 2010.

VERDUIJN, J. et al. Pathophysiology of major depressive disorder: mechanisms involved in etiology are not associated with clinical progression. **Translational Psychiatry**, v. 5, n. 9, p. e649, 2015.

WANG, X. et al. Social support moderates stress effects on depression. **International Journal of Mental Health Systems**, v. 8, p. 41, 2014.

ZEPEDA, R. et al. Venlafaxine treatment after endothelin-1-induced cortical stroke modulates growth factor expression and reduces tissue damage in rats. **Neuropharmacology**, v. 107, p. 131–145, 2016.

ZHENG, P. et al. Gut microbiome remodeling induces depressive-like behaviors through a pathway mediated by the host's metabolism. **Molecular Psychiatry**, v. 21, n. 6, p. 786–796, 2016.

Capítulo 04

O PAPEL DO EIXO MICROBIOTA-INTESTINO-CÉREBRO NA FISIOPATOLOGIA DA DEPRESSÃO

Capítulo 04: O Papel do Eixo Microbiota-Intestino-Cérebro na Fisiopatologia da Depressão. Em: Neurociência do Transtorno Depressivo Maior - Uma Imersão Nos Processos Neurobiológicos e no Cuidado Multidisciplinar. Editora Humanize, 2026. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.18500826>

Camilla de Andrade Tenorio Cavalcanti

Doutora em Biociência Animal pela Universidade Federal Rural de Pernambuco (UFRPE);

Cássia Kelly Santos França

Discente do Curso de Psicologia pelo Centro Universitário Brasileiro (UNIBRA);

Maria Clara Machado Alonso de Araújo

Discente do Curso de Psicologia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

Caio Victor Barros Gonçalves da Silva

Mestrando em Ciências Biológicas na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

Sara Maria Xavier da Cruz

Doutoranda em Biologia Parasitária pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ);

INTRODUÇÃO

A relação entre o estado emocional e os processos fisiológicos do Trato Gastrointestinal (TGI) foi evidenciada ainda na década de 1840, quando William Beaumont demonstrou experimentalmente que as emoções podem influenciar a taxa de digestão, sugerindo, assim, uma conexão funcional entre cérebro e intestino. Apesar dessa constatação inicial, apenas em meados do século XX surgiram registros científicos sistemáticos que correlacionaram alterações

na fisiologia intestinal a mudanças emocionais (Margolis *et al.*, 2021).

Com os avanços da ciência, consolidou-se o conceito de Eixo Microbiota-Intestino-Cérebro, definido como uma via de sinalização complexa e bidirecional entre a Microbiota Intestinal (MI), o TGI e o Sistema Nervoso Entérico (SNE) (Dumitrescu *et al.*, 2018; Osadchiy, Martin e Mayer, 2019; Generoso *et al.*, 2021). Esse eixo atua na integração das funções intestinais e,

simultaneamente, estabelece conexões entre os centros cognitivos e afetivos do cérebro e mecanismos periféricos intestinais, como a ativação imunológica, a permeabilidade intestinal, os reflexos entéricos e a sinalização enteroendócrina (El-Hakim *et al.*, 2022).

O TGI constitui o maior microecossistema do corpo humano, no qual habita uma ampla diversidade de microrganismos, incluindo vírus, fungos, arqueas e bactérias, essenciais para o adequado funcionamento do organismo. A Microbiota Intestinal (MI) corresponde ao conjunto desses microrganismos que residem no TGI. Destaca-se que a MI é responsável pela produção de diversos metabólitos, substâncias químicas que desencadeiam funções relevantes em múltiplos sistemas do corpo humano (Beurel, Toups e Nemeroff, 2020; Fan e Pedersen, 2021).

A MI é composta por bactérias que podem influenciar o microssistema intestinal de forma considerada positiva ou negativa. Contudo, ambas desempenham papéis

fundamentais para o equilíbrio e o funcionamento adequado da microbiota. Quando ocorre desregulação na quantidade e na diversidade dessas bactérias, observa-se aumento da permeabilidade da barreira intestinal, favorecendo a translocação de toxinas inflamatórias para a corrente sanguínea (Tilg *et al.*, 2019). Ademais, a MI, distribuída ao longo do TGI, participaativamente da comunicação com o Sistema Nervoso Central (SNC), influenciando processos como a regulação do humor, a resposta ao estresse e o comportamento, por meio da produção de neurotransmissores e outros metabólitos neuroativos (Chen, Xu e Chen, 2021).

Dessa forma, por meio do Eixo Microbiota-Intestino-Cérebro, sinais originados no TGI podem alcançar regiões cerebrais envolvidas em funções superiores, como comportamento, cognição e regulação emocional. Tais efeitos são observáveis tanto em condições fisiológicas quanto em contextos patológicos (Shandilya *et al.*, 2021; El-Hakim *et al.*, 2022).

A SINALIZAÇÃO NO EIXO MICROBIOTA-INTESTINO-CÉREBRO

A sinalização entre o sistema nervoso e o Trato Gastrointestinal (TGI) é mediada por vias metabólicas, endócrinas, neurais e imunológicas (Góralczyk-Bińkowska *et al.*, 2022; Shobeiri *et al.*, 2022; Wachsmuth *et al.*,

2022). A comunicação no Eixo Microbiota-Intestino-Cérebro é regulada por duas barreiras dinâmicas: a Barreira Intestinal, constituída por uma monocamada basal de células epiteliais interligadas por junções estreitas e

recobertas por uma camada de muco dinâmica contendo Imunoglobulina A secretora (IgA) e peptídeos antimicrobianos; e a Barreira Hematoencefálica (BHE), composta por células endoteliais cerebrais também conectadas por juncções estreitas (Osadchiy, Martin e Mayer, 2019).

As vias de comunicação desse eixo são múltiplas e incluem a circulação portal e sistêmica, a Barreira Intestinal e a BHE, bem como vias neurais que envolvem o nervo vago e o eixo Hipotálamo-Hipófise-Adrenal (HPA) (Osadchiy, Martin e Mayer, 2019; Dumitrescu *et al.*, 2018). Além disso, a sinalização entre o microbioma intestinal e o Sistema Nervoso Central (SNC) ocorre predominantemente por meio de intermediários derivados de microrganismos, como os Ácidos Graxos de Cadeia Curta (AGCCs), os ácidos biliares secundários e os metabólitos do triptofano (Osadchiy, Martin e Mayer, 2019; Shobeiri *et al.*, 2022).

Nesse contexto, a Microbiota Intestinal (MI) é responsável pela produção de diversos metabólitos que modulam a sinalização entre intestino e cérebro, tanto de forma direta quanto indireta. O microbioma possui a capacidade de influenciar a expressão de receptores de nutrientes e a liberação de peptídeos intestinais pelas Células Enteroendócrinas (CEEs), além de impactar a produção de serotonina (5-HT) pelas células enterocromafins, promovendo alterações no

Sistema Nervoso Entérico (SNE) ou na ativação do nervo vago aferente (Shandilya *et al.*, 2021; Shobeiri *et al.*, 2022; Wachsmuth *et al.*, 2022).

Metabólitos derivados ou modificados pela atividade microbiana também exercem influência significativa sobre o Eixo Intestino-Cérebro. Os ácidos biliares, por exemplo, podem alterar a expressão de receptores e regular a liberação de peptídeos intestinais pelas CEEs, enquanto os AGCCs podem modular a expressão de receptores de nutrientes, a produção de peptídeos intestinais ou ativar diretamente neurônios vagais aferentes. Em contrapartida, metabólitos como os Lipopolissacarídeos (LPS), produtos de microrganismos patogênicos, apresentam potencial para prejudicar a comunicação intestino-cérebro, ao inibir a ativação de neurônios vagais aferentes ou do SNE (Liu *et al.*, 2021; Shandilya *et al.*, 2021; Shobeiri *et al.*, 2022; Wachsmuth *et al.*, 2022).

Ademais, células epiteliais intestinais especializadas, como CEEs, células neurópodes e células enterocromafins, secretam peptídeos intestinais, incluindo Peptídeo Semelhante ao Glucagon-1 (GLP-1), Colecistoquinina (CCK), Peptídeo Inibitório Gástrico (GIP) e Peptídeo YY (PYY), no lado basolateral da mucosa. Esses peptídeos são liberados nas proximidades de neurônios vagais aferentes que inervam a mucosa intestinal, ativando-os. Em resposta, esses

neurônios enviam sinais ao núcleo do trato solitário, o qual projeta informações para regiões cerebrais de ordem superior, como o núcleo arqueado (Wachsmuth *et al.*, 2022).

Embora alguns desses intermediários microbianos interajam diretamente com CEEs, células enterocromafins e componentes do sistema imunológico da mucosa intestinal para propagar a sinalização ascendente, outros são capazes de atravessar a Barreira Intestinal e alcançar a circulação sistêmica, podendo, eventualmente, atingir a BHE. Contudo, ainda não está completamente estabelecido se esses intermediários alcançam regiões cerebrais específicas em concentrações suficientes para modular circuitos neurais de forma direta. Alternativamente, tais sinais podem ser transmitidos predominantemente por vias

neurais, envolvendo aferentes vagais e ou espinhais (Osadchiy, Martin e Mayer, 2019; Mou *et al.*, 2022; Shobeiri *et al.*, 2022).

Outro aspecto relevante é que o SNC exerce influência direta e indireta sobre a MI. A sinalização direta envolve catecolaminas, cujas concentrações podem ser moduladas por estressores físicos e psicológicos, enquanto a sinalização indireta ocorre por meio do Sistema Nervoso Autônomo (SNA) (Mayer, 2011; Osadchiy, Martin e Mayer, 2019). Nesse contexto, o SNA pode impactar a fisiologia intestinal ao alterar a composição microbiana, o trânsito intestinal, a disponibilidade de nutrientes, a eliminação bacteriana, a integridade da camada de muco e a permeabilidade epitelial (Mayer, 2011; Osadchiy, Martin e Mayer, 2019).

EIXO MICROBIOTA-INTESTINO-CÉREBRO E A DEPRESSÃO: CONTRIBUIÇÕES DO ESTRESSE OXIDATIVO E DO PROCESSO INFLAMATÓRIO

Uma vez que muitos distúrbios cerebrais e intestinais estão associados a uma maior responsividade ao estresse e a alterações na função do Sistema Nervoso Autônomo (SNA), torna-se cada vez mais evidente que a influência do cérebro na modulação do microbioma intestinal desempenha um papel crucial nas assinaturas microbianas observadas (Osadchiy, Martin e Mayer, 2019). Nos últimos anos, a descoberta da vasta e complexa

microbiota humana, aliada às pesquisas que investigam a relação entre a microbiota intestinal e o cérebro, reforça a relevância do estudo da Microbiota Intestinal, contemplando tanto seus aspectos fisiológicos quanto patológicos (Shobeiri *et al.*, 2022).

Nesse sentido, tem sido sugerido que os processos de disbiose intestinal e os déficits neurológicos estão interligados por múltiplos mecanismos, entre os quais se destacam o

Estresse Oxidativo (EO) e os processos inflamatórios. Esses mecanismos incluem a estimulação inflamatória direta, a produção de mediadores pró-inflamatórios e a perda da função imunorreguladora, contribuindo para alterações sistêmicas que afetam tanto o intestino quanto o cérebro (Luca *et al.*, 2019; Osadchiy, Martin e Mayer, 2019; Generoso *et al.*, 2021; Shandilya *et al.*, 2021).

O Estresse Oxidativo, enquanto conceito bioquímico, é definido como um estado de desequilíbrio entre agentes oxidantes e antioxidantes, caracterizado pelo excesso relativo dos primeiros. Esse desequilíbrio resulta na interrupção da sinalização e do

controle redox e ou em danos moleculares. Trata-se, portanto, de um processo prejudicial, uma vez que afeta negativamente a estrutura das membranas celulares, lipídios, proteínas, lipoproteínas e o Ácido Desoxirribonucleico (DNA) (Shandilya *et al.*, 2021; Hajam *et al.*, 2022).

Existem diversas moléculas que atuam como antioxidantes, protegendo as células e os tecidos contra os efeitos deletérios dos radicais livres. Esses antioxidantes podem ser classificados em antioxidantes enzimáticos, antioxidantes não enzimáticos e substâncias exógenas (Figura 01).

Figura 01 - Tipos de antioxidantes.



Fonte: Napkin Ia (2025).

As células sempre se esforçam para manter o nível de Espécies Reativas de Oxigênio (ERO) necessário para o seu funcionamento normal. Contudo, a produção excessiva de ERO reduz a atividade do sistema de defesa enzimática antioxidante e também

diminui o conteúdo de glutatona reduzida, afetando, assim, o sistema de defesa antioxidante geral e tornando-o incapaz de eliminar o excesso de radicais livres (Bhattacharyya *et al.*, 2014; Hajam *et al.*, 2022).

Em relação ao sistema nervoso, existem vários fatores que tornam o cérebro especialmente vulnerável ao estresse oxidativo. Dentre eles, destaca-se a alta taxa de consumo de oxigênio, uma vez que esse órgão representa cerca de 20% do consumo total, embora corresponda a apenas 2% do peso corporal. Portanto, devido à elevada produção de ATP, que leva à geração de espécies reativas de oxigênio, o cérebro também produz uma quantidade significativa de ERO (Dumitrescu *et al.*, 2018; Shandilya *et al.*, 2021; Huang *et al.*, 2022).

Além disso, o cérebro contém regiões com níveis elevados de ferro, que contribuem para a geração de radicais hidroxila. Esse aumento na produção de ERO é acompanhado por uma maior concentração de ácidos graxos poli-insaturados e do ácido docosahexaenoico, o que o torna mais propenso ao estresse oxidativo devido à peroxidação lipídica e ao uso de peróxidos lipídicos pelo cérebro para sinalização (Dumitrescu *et al.*, 2018; Shandilya *et al.*, 2021). Os neurônios também são mais vulneráveis aos danos dos radicais livres, pois apresentam níveis muito baixos de GSH, um dos principais mecanismos antioxidantes enzimáticos (Bhattacharyya *et al.*, 2014; Shandilya *et al.*, 2021).

Esse desequilíbrio entre os sistemas oxidante e antioxidante pode determinar o grau do dano neuronal, estando envolvido na patologia de diversas enfermidades cerebrais,

como doença de Alzheimer, doença de Parkinson, doença de Huntington, esclerose lateral amiotrófica, esclerose múltipla, Acidente Vascular Cerebral, esquizofrenia, transtorno bipolar, ansiedade e depressão (Dumitrescu *et al.*, 2018; Nakao *et al.*, 2021; Shandilya *et al.*, 2021; Hajam *et al.*, 2022; Huang *et al.*, 2022).

No caso do Transtorno Depressivo Maior (TDM), estudos pré-clínicos e clínicos demonstraram que o aumento da geração de ERO e o esgotamento das defesas antioxidantes são responsáveis pelas alterações cerebrais características dessa enfermidade (Luca *et al.*, 2019; Bhatt, Nagapp e Patil, 2020). Pesquisas identificaram que marcadores de estresse oxidativo, como superóxido dismutase e glutationa peroxidase, apresentam níveis significativamente mais baixos, enquanto se observa aumento da concentração de produtos de peroxidação lipídica, como o Malondialdeído (MDA), em pacientes com TDM (Luca *et al.*, 2019; Mathew *et al.*, 2019; Nakao *et al.*, 2021; Anand, Gorantla e Chidambaram, 2022).

O processo inflamatório consiste em uma resposta imunológica, bioquímica e hematológica específica, direcionada e aprimorada, que pode ser desencadeada em nível local ou sistêmico. Trata-se de uma reação causada por dano no tecido ou na estrutura, cuja finalidade é neutralizar o agente nocivo e estimular processos que permitam a

restauração do tecido ou da estrutura lesionada (Pajares *et al.*, 2020; Mou *et al.*, 2022; Twarowski e Herbet, 2023).

A inflamação é, portanto, uma resposta protetora para o organismo; contudo, quando excessiva e desregulada, leva a efeitos adversos, podendo ser classificada em inflamação aguda e crônica. A inflamação aguda caracteriza-se por resposta rápida e curta duração, podendo persistir por horas ou dias, como em processos inflamatórios do ouvido ou da garganta. Cabe salientar que a inflamação aguda não resolvida pode evoluir para inflamação crônica, com elevação de biomarcadores pró-inflamatórios séricos, como IL-1 β , IL-6, TNF- α , Proteína C-Reativa (PCR) ou Interferon Gama (IFN- γ).

A inflamação crônica pode durar meses ou anos e ocorre quando o estímulo agressor não é eliminado ou quando há desequilíbrio nos mecanismos regulatórios, gerando prejuízos contínuos. Exemplos de fatores associados à inflamação crônica incluem infecções persistentes, estilo de vida, ambiente social e físico, inatividade física e disbiose intestinal (Furman *et al.*, 2019; Mou *et al.*, 2022).

O Sistema Nervoso Central (SNC), em especial, tem sido considerado um tecido imunoprivilegiado devido à separação do sistema imunológico periférico pela Barreira Hematoencefálica (BHE) (Pajares *et al.*, 2020). Entretanto, a inflamação cerebral vem

sendo apontada como um dos processos envolvidos no desenvolvimento de enfermidades como doença de Alzheimer, doença de Parkinson, enxaqueca, esquizofrenia, transtornos do espectro autista e depressão (Chen *et al.*, 2022; Twarowski e Herbet, 2023).

Como células efetoras imunes do SNC, a micróglia apresenta semelhanças com os macrófagos periféricos quanto à morfologia e às funções, atuando na proteção e no suporte nutricional aos neurônios, na manutenção da homeostase neuronal, na regulação da sinaptogênese, na ativação de astrócitos e na modulação da inflamação (Wang *et al.*, 2022). Sob condições homeostáticas basais, a micróglia exibe um estado basal de atividade, frequentemente denominado de forma imprecisa como estado de repouso, no qual monitora o microambiente cerebral para detectar infecção e sofrimento celular, respondendo a moléculas imunomoduladoras (Pajares *et al.*, 2020).

A depressão é considerada um distúrbio associado à disfunção microglial. Alterações na micróglia em diferentes regiões cerebrais, como córtex pré-frontal, hipocampo, córtex cingulado anterior e amígdala, estão envolvidas no desenvolvimento do transtorno. Da mesma forma, foram identificadas, em pacientes com depressão associada à inflamação, alterações no volume da substância cinzenta em regiões temporal,

orbitofrontal, inferiofrontal e cingulada (Wang *et al.*, 2022).

Os níveis de citocinas também se mostram significativamente alterados em pacientes diagnosticados com ansiedade e depressão (Harsanyi *et al.*, 2022). Nesse contexto, as principais substâncias com efeito pró-inflamatório no cérebro incluem citocinas, quimiocinas, componentes do sistema complemento, fatores de transcrição, peptídeos, enzimas e fatores de coagulação (Chen *et al.*, 2022; Mou *et al.*, 2022; Twarowski e Herbet, 2023).

A IL-1 β é uma citocina pró-inflamatória inicialmente associada à etiologia do comportamento doentio e, posteriormente, relacionada ao transtorno depressivo, juntamente com IL-6 e TNF- α . A IL-6 encontra-se reduzida na região CA1 do

hipocampo de ratos que exibem comportamentos depressivos, enquanto níveis séricos de TNF- α em pacientes com depressão estão significativamente aumentados em comparação aos controles (Harsanyi *et al.*, 2022).

Diante disso, torna-se evidente que a redução do processo inflamatório é benéfica para pacientes com transtornos neuropsiquiátricos, seja por meio de intervenções farmacológicas, psicoterapia ou treinamento de atenção plena. Esse contexto destaca o potencial uso de marcadores inflamatórios como ferramentas auxiliares no diagnóstico, na avaliação da gravidade ou da resiliência e no monitoramento da eficácia terapêutica e prognóstica (Harsanyi *et al.*, 2022).

CONCLUSÃO

A depressão tem sido identificada como um distúrbio da flexibilidade cognitiva e da inibição pré-frontal comprometida, cuja fisiopatologia é complexa e ainda não completamente elucidada. Nesse contexto, o estudo dos processos inflamatórios e do estresse oxidativo tem contribuído de forma significativa para uma compreensão mais

aprofundada da enfermidade, uma vez que a saúde intestinal e a diversidade microbiana deixam de ser compreendidas apenas como questões digestivas e passam a configurar-se também como elementos centrais e potencialmente terapêuticos na promoção de um cérebro mais equilibrado e resiliente.

REFERÊNCIAS:

- ANAND, N.; GORANTLA, V. R.; CHIDAMBARAM, S. B.. The role of gut dysbiosis in the pathophysiology of neuropsychiatric disorders. **Cells**, v. 12, n. 1, p. 54, 2022.
- BEUREL, E.; TOUPS, M.; NEMEROFF, C. B. The bidirectional relationship of depression and inflammation: double trouble. **Neuron**, v. 107, n. 2, p. 234-256, 2020.
- BHATT, S.; NAGAPPA, A. N.; PATIL, C. R. Role of oxidative stress in depression. **Drug discovery today**, v. 25, n. 7, p. 1270-1276, 2020.
- BHATTACHARYYA, A. *et al.* Oxidative stress: an essential factor in the pathogenesis of gastrointestinal mucosal diseases. **Physiological reviews**, v. 94, n. 2, p. 329-354, 2014.
- CHEN, H. et al. IL-17 crosses the blood–brain barrier to trigger neuroinflammation: a novel mechanism in nitroglycerin-induced chronic migraine. **The Journal of Headache and Pain**, v. 23, p. 1-18, 2022.
- CHEN, Y.; XU, J.; CHEN, Y.. Regulation of neurotransmitters by the gut microbiota and effects on cognition in neurological disorders. **Nutrients**, v. 13, n. 6, p. 2099, 2021.
- DUMITRESCU, L. *et al.* Oxidative stress and the microbiota-gut-brain axis. **Oxidative medicine and cellular longevity**, v. 2018, 2018.
- EL-HAKIM, Y. *et al.* Impact of intestinal disorders on central and peripheral nervous system diseases. **Neurobiology of Disease**, v. 165, p. 105627, 2022.
- FAN, Y.; PEDERSEN, O.. Gut microbiota in human metabolic health and disease. **Nature Reviews Microbiology**, v. 19, n. 1, p. 55-71, 2021.
- GENEROSO, J. *et al.* The role of the microbiota-gut-brain axis in neuropsychiatric disorders. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 43, p. 293-305, 2020.
- GÓRALCZYK-BIŃKOWSKA, A.; SZMAJDA-KRYGIER, D.; KOZŁOWSKA, E.. The microbiota–gut–brain Axis in psychiatric disorders. **International Journal of Molecular Sciences**, v. 23, n. 19, p. 11245, 2022.
- HAJAM, Y. A. *et al.* Oxidative stress in human pathology and aging: Molecular mechanisms and perspectives. **Cells**, v. 11, n. 3, p. 552, 2022.
- HARSANYI, S. *et al.* Selected biomarkers of depression: what are the effects of cytokines and inflammation?. **International journal of molecular sciences**, v. 24, n. 1, p. 578, 2022.
- HUANG, L. *et al.* Glial Purinergic Signaling-Mediated Oxidative Stress (GPOS) in Neuropsychiatric Disorders. **Oxidative Medicine and Cellular Longevity**, v. 2022, 2022.
- LIU, P. *et al.* The role of short-chain fatty acids in intestinal barrier function, inflammation, oxidative stress, and colonic carcinogenesis. **Pharmacological research**, v. 165, p. 105420, 2021.
- LUCA, M. *et al.* Gut microbiota in Alzheimer’s disease, depression, and type 2 diabetes mellitus: The role of oxidative stress. **Oxidative medicine and cellular longevity**, v. 2019, n. 1, p. 4730539, 2019.
- MARGOLIS, K.; CRYAN, . MAYER, E.. The microbiota-gut-brain axis: from motility to mood. **Gastroenterology**, v. 160, n. 5, p. 1486-1501, 2021.
- MATHEW, B. et al. Elevated levels of glutathionyl haemoglobin as an oxidative stress marker in patients with major depressive disorder. **The Indian Journal of Medical Research**, v. 149, n. 4, p. 497, 2019.

MAYER, E.. Gut feelings: the emerging biology of gut–brain communication. **Nature Reviews Neuroscience**, v. 12, n. 8, p. 453-466, 2011.

MOU, Y. *et al.* Gut microbiota interact with the brain through systemic chronic inflammation: implications on neuroinflammation, neurodegeneration, and aging. **Frontiers in immunology**, v. 13, p. 796288, 2022.

NAKAO, A. et al. Role of oxidative stress and Ca²⁺ signaling in psychiatric disorders. **Frontiers in Cell and Developmental Biology**, v. 9, p. 615569, 2021.

OSADCHIY, V.; MARTIN, C. R.; MAYER, E. A.. The gut–brain axis and the microbiome: mechanisms and clinical implications. **Clinical Gastroenterology and Hepatology**, v. 17, n. 2, p. 322-332, 2019.

PAJARES, Marta et al. Inflammation in Parkinson’s disease: mechanisms and therapeutic implications. **Cells**, v. 9, n. 7, p. 1687, 2020.

SHANDILYA, S.*et al.* Interplay of gut microbiota and oxidative stress: Perspective on neurodegeneration and neuroprotection. **Journal of Advanced Research**, v. 38, p. 223-244, 2022.

SHOBEIRI, P. *et al.* Shedding light on biological sex differences and microbiota–gut–brain axis: a comprehensive review of its roles in neuropsychiatric disorders. **Biology of sex differences**, v. 13, n. 1, p. 12, 2022.

TILG, H. *et al.* The intestinal microbiota fuelling metabolic inflammation. **Nature Reviews Immunology**, v. 20, n. 1, p. 40-54, 2020.

TWAROWSKI, B.; HERBET, M.. Inflammatory processes in alzheimer’s disease - pathomechanism, diagnosis and treatment: a review. **International journal of molecular sciences**, v. 24, n. 7, p. 6518, 2023.

WACHSMUTH, H. *et al.* Role of the gut–brain axis in energy and glucose metabolism. **Experimental & Molecular Medicine**, v. 54, n. 4, p. 377-392, 2022.

WANG, H. et al. Micróglia in depression: an overview of micróglia in the pathogenesis and treatment of depression. **Journal of neuroinflammation**, v. 19, n. 1, p. 132, 2022.

Capítulo 05

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Capítulo 05: Diagnóstico Clínico. Em: Neurociência do Transtorno Depressivo Maior - Uma Imersão Nos Processos Neurobiológicos e no Cuidado Multidisciplinar. Editora Humanize, 2026. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.18500834>

Kayke Kauã de Siqueira

Discente do Curso de Psicologia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

João Pedro Araújo Herculano da Silva

Discente do Curso de Psicologia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

Matéus Silva Sales

Discente do Curso de Psicologia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

Amanda Almeida Rodrigues e Silva

Mestranda em Psicologia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

Nicole Maria Travassos dos Santos

Discente do Curso de Psicologia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

Maria Clara Machado Alonso de Araújo

Discente do Curso de Psicologia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

Caio Victor Barros Gonçalves da Silva

Mestrando em Ciências Biológicas na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

Beatriz Cardoso Campos de Assunção

Mestranda em Bioquímica e Fisiologia na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

INTRODUÇÃO

Os transtornos depressivos pertencem ao grupo dos transtornos neuropsiquiátricos e caracterizam-se por sinais e sintomas associados ao humor persistentemente rebaixado, além de comprometerem diversas outras funções psíquicas, como a volição (capacidade de escolher e tomar decisões com

base na vontade), a atenção, a afetividade e o pensamento. Em quadros mais graves, podem ainda afetar o juízo de realidade, isto é, a capacidade de distinguir o que é real do que é imaginário ou fantasioso (Dalgalarondo, 2021). Esses transtornos são subdivididos em diferentes categorias diagnósticas, incluindo o

Transtorno Disruptivo da Regulação do Humor, o Transtorno Depressivo Maior, o Transtorno Depressivo Persistente, o Transtorno Disfórico Pré-Menstrual, o Transtorno Depressivo Induzido por Substância ou Medicamento, o Transtorno Depressivo Devido a Outra Condição Médica, o Transtorno Depressivo Especificado e o Transtorno Depressivo Não Especificado (APA, 2022).

Do ponto de vista epidemiológico, a depressão configura-se como uma condição de elevada prevalência em nível global, afetando aproximadamente 3,8% da população mundial. Entre adultos, essa taxa alcança cerca de 5%, sendo mais frequente entre mulheres (6%), especialmente gestantes e puérperas, do que entre homens (4%). Na população idosa, a prevalência estimada é de 5,7% (Cai *et al.*, 2023). Estima-se que aproximadamente 280 milhões de pessoas em todo o mundo convivam com o Transtorno Depressivo Maior (Wang *et al.*, 2021; Cai *et al.*, 2023). Nesse contexto, o diagnóstico precoce e preciso do TDM revela-se fundamental, uma vez que a ausência de reconhecimento do quadro pode resultar em cronicidade, prejuízo funcional significativo e aumento do risco de suicídio (Miola *et al.*, 2023; Riera-Serra *et al.*, 2023).

O impacto da depressão também se evidencia nas estatísticas de suicídio, que indicam que mais de 700.000 pessoas morrem por suicídio anualmente, sendo essa a quarta principal causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos (Curtin; Garnett, 2023; Hua *et al.*, 2024). Além disso, a presença de sintomas depressivos mais intensos, o histórico de tentativas prévias e fatores psicossociais, como conflitos interpessoais e desemprego, estão significativamente associados a um risco aumentado de tentativas recentes de suicídio em indivíduos com TDM (Xin *et al.*, 2018). De modo geral, estima-se que mais de 300 milhões de pessoas sejam afetadas pela depressão em todo o mundo, configurando-a como uma das principais causas de incapacidade e um relevante desafio para a saúde pública global e para a economia (Liu *et al.*, 2024; Gutiérrez-Rojas *et al.*, 2020; Wang *et al.*, 2007).

Diante desse cenário, este capítulo tem como objetivo abordar o diagnóstico clínico do Transtorno Depressivo Maior, contemplando seus critérios diagnósticos, os principais diagnósticos diferenciais e a relevância do diagnóstico precoce para um curso clínico mais favorável e um melhor prognóstico do quadro sindrômico.

CARACTERÍSTICAS GERAIS DO TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR

O Transtorno Depressivo Maior configura-se como uma síndrome cujos elementos centrais são o humor persistentemente deprimido ou triste e o desânimo, entendido como redução acentuada da energia ou da motivação para a realização de atividades cotidianas. A relevância do diagnóstico clínico reside, sobretudo, na diferenciação entre a tristeza e o desânimo considerados normais e aqueles de caráter patológico (Imagen 01). Essa distinção estabelece-se, fundamentalmente, a partir de dois critérios centrais: (1) a duração dos sintomas e (2) a presença de sofrimento clinicamente significativo, aspectos que devem ser analisados de forma integrada e à

luz da avaliação de um profissional de saúde mental, atento à relevância clínica do quadro apresentado.

Para que se configure um episódio depressivo maior, os sintomas devem estar presentes por um período mínimo de duas semanas e ocasionar prejuízo funcional significativo nas esferas pessoal, social, acadêmica ou profissional. A apresentação clínica é caracterizada por humor deprimido, anedonia, definida como a perda de interesse ou prazer em atividades anteriormente apreciadas, além de alterações cognitivas e somáticas, conforme descrito nos critérios diagnósticos atuais (APA, 2023).

Imagen 01 - Representação dos sintomas na depressão.



Fonte: Autoral (2025).

Esses sintomas podem ser organizados em diferentes domínios da experiência psíquica e funcional do indivíduo. O primeiro é o domínio neurovegetativo, que engloba

alterações do sono, como insônia ou hipersonia, distúrbios do apetite e mudanças significativas de peso, além de fadiga persistente e perda de energia.

O segundo corresponde ao domínio da volição e da psicomotricidade, caracterizado pela redução do interesse ou da iniciativa para a realização de atividades cotidianas, bem como por lentificação psicomotora ou, em alguns casos, agitação psicomotora.

No domínio afetivo e do humor, observam-se sentimentos persistentes de tristeza, apatia, irritabilidade, ansiedade e desesperança.

Por fim, o domínio cognitivo e do pensamento abrange manifestações como sentimentos excessivos de culpa ou inutilidade, prejuízos na concentração, ruminação persistente e, nos quadros mais graves, pensamentos recorrentes de morte ou ideação suicida (Bhadra; Kumar, 2022; Dalgalarrondo, 2021).

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA UM DIAGNÓSTICO CLÍNICO

O diagnóstico dos transtornos mentais, conforme estabelecido pela Associação Americana de Psiquiatria (2023), é essencialmente clínico, o que implica que exames laboratoriais ou de imagem não são, por si só, necessários para a confirmação diagnóstica da síndrome. Essa característica decorre do fato de que os transtornos neuropsiquiátricos não apresentam sinais patognomônicos, isto é, manifestações clínicas exclusivas que permitam a identificação direta de uma condição específica.

Dessa forma, a avaliação diagnóstica baseia-se na identificação e na combinação de conjuntos de sinais e sintomas, atualmente organizados em critérios diagnósticos, sistematizados em manuais classificatórios amplamente utilizados na prática clínica e na pesquisa científica, como o *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*, em sua quinta edição revisada (DSM-5-TR), e a *Classificação Estatística Internacional de Doenças*, em sua décima primeira edição (CID-11) (APA, 2023).

Tabela 01 - Critérios diagnósticos adaptados do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtorno Mentais da Associação Americana de Psiquiatria.

CRITÉRIOS	DESCRIÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> ● A. Presença de 5 ou mais sintomas em 2 semanas, com alteração no funcionamento. Um deles deve ser humor deprimido 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Humor deprimido quase todos os dias. 2. Perda de interesse ou prazer nas atividades. 3. Alteração significativa no peso ou apetite. 4. Insônia ou excesso de sono. 5. Agitação ou lentidão psicomotora observável.

ou perda de interesse.	6. Fadiga ou perda de energia. 7. Sentimentos de culpa ou inutilidade excessivos. 8. Dificuldade de concentração ou indecisão. 9. Pensamentos recorrentes de morte ou suicídio.
● B. Os sintomas causam prejuízo funcional significativo .	● Por exemplo: Faltar ao trabalho ou à escola com frequência por falta de energia; Evitar interações sociais importantes (como aniversários ou reuniões familiares); Abandonar tarefas domésticas básicas, como limpar a casa ou cozinhar; Redução do desempenho acadêmico ou profissional por dificuldade de concentração.
● C. Não são causados por substâncias ou doenças médicas .	● Por exemplo: Início dos sintomas logo após o uso de álcool ou drogas psicoativas; Apatia e lentidão após o uso prolongado de sedativos; Mudanças emocionais associadas ao uso de medicamentos hormonais; Tristeza e cansaço persistentes em alguém com diagnóstico recente de hipotireoidismo (necessário descartar essa causa médica).
● D. Os sintomas não são melhor explicados por transtornos psicóticos	● Por exemplo: Ausência de delírios (como acreditar que está sendo perseguido sem evidências); Ausência de alucinações , como ouvir vozes sem fonte externa; A pessoa mantém contato com a realidade , apesar da tristeza ou desânimo; Os sintomas depressivos não vêm acompanhados de pensamento desorganizado ou discurso incoerente.
● E. Nunca houve um episódio maníaco ou um episódio hipomaníaco.	● Por exemplo: A pessoa nunca apresentou fala acelerada , ideias rápidas ou pensamento acelerado; Nunca teve período de euforia exagerada , autoestima inflada ou sensação de grandiosidade; Não houve comportamentos impulsivos fora do padrão , como gastos excessivos, uso de drogas ou atividade sexual de risco associados a aumento abrupto de energia; Não apresenta períodos de sono reduzido sem sentir cansaço .

Fonte: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtorno Mentais da Associação Americana de Psiquiatria (2022).

Além da classificação diagnóstica a partir dos critérios mencionados (Tabela 01), faz-se necessário, no momento do diagnóstico, seguir os procedimentos de

codificação e registro do diagnóstico nosológico. A seguir, apresentam-se os respectivos códigos e especificadores (Tabela 02).

Tabela 02 - Códigos e especificadores.

CATEGORIA	ESPECIFICADOR	DESCRIÇÃO
Gravidade e Curso	Leve	Poucos sintomas e impacto funcional discreto.
	Moderado	Sintomas e prejuízos moderados.
	Grave (sem ou com características psicóticas)	Sintomas intensos e grandes prejuízos . Pode ter ou não sintomas psicóticos.
	Em remissão parcial ou completa	Sintomas presentes, mas não critérios completos, ou ausência recente (menos de 2 meses).

Fonte: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtorno Mentais da Associação Americana de Psiquiatria (2022).

Além disso, o Transtorno Depressivo Maior (TDM) apresenta diversas **formas de apresentação clínica**, que devem ser

consideradas no momento do diagnóstico e da codificação; essas formas são denominadas **especificadores** (Tabela 03).

Tabela 03 - Especificadores.

ESPECIFICADOR	DESCRIÇÃO
Com sintomas ansioso	Tensão, inquietação, medo constante.
Com características mistas	Sintomas depressivos e maníacos leves combinados.
Com características melancólicas	Falta de prazer, piora matinal, lentidão..
Com características atípicas	Humor reativo, ganho de peso, hipersonia.
Com características psicóticas congruentes ou incongruentes com o humor	Delírios ou alucinações com ou sem relação com o humor.
Com catatonia	Alterações motoras severas, como imobilidade.
Com início no periparto	Início durante gravidez ou pós-parto
Com padrão sazonal	Sintomas ocorrem em determinadas estações do ano.

Fonte: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtorno Mentais da Associação Americana de Psiquiatria (2022).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL E NOVIDADES NA PESQUISA

O diagnóstico dos transtornos do humor deve considerar, primeiramente, a possibilidade de uma condição médica geral (Malhi *et al.*, 2020; Nardi, 2021). Dessa forma, Malhi *et al.* e Nardi (2020; 2021) evidenciam a necessidade de um exame físico clínico (a avaliação sistemática do corpo por meio de técnicas como inspeção, palpação, percussão e auscultação, com a finalidade de identificar sinais clínicos, confirmar hipóteses diagnósticas e orientar o tratamento) e de um exame do estado mental (avaliação sistemática das funções psíquicas de uma pessoa, como consciência, orientação, atenção, memória, pensamento, linguagem, humor e percepção, com a

finalidade de compreender seu funcionamento mental, auxiliar no diagnóstico psicológico ou psiquiátrico e orientar a conduta terapêutica) para melhor direcionamento das hipóteses diagnósticas e, assim, quando necessário, a realização de exames laboratoriais para descartar outras patologias, como disfunções tireoidianas e condições neurológicas orgânicas. Sendo assim, o critério C, descrito no DSM-5-TR, avalia que o Transtorno Depressivo Maior (TDM) não pode ser explicado por efeitos fisiológicos de uma substância ou de outra condição médica.

Um ponto crucial para uma categorização nosográfica O diagnóstico dos

transtornos do humor deve considerar, primeiramente, a possibilidade de uma condição médica geral (Malhi *et al.*, 2020; Nardi, 2021). Dessa forma, Malhi *et al.* e Nardi (2020; 2021) evidenciam a necessidade de um exame físico clínico (a avaliação sistemática do corpo por meio de técnicas como inspeção, palpação, percussão e ausculta, com a finalidade de identificar sinais clínicos, confirmar hipóteses diagnósticas e orientar o tratamento) e de um exame do estado mental (avaliação sistemática das funções psíquicas de uma pessoa, como consciência, orientação, atenção, memória, pensamento, linguagem, humor e percepção, com a finalidade de compreender seu funcionamento mental, auxiliar no diagnóstico psicológico ou psiquiátrico e orientar a conduta terapêutica) para melhor direcionamento das hipóteses diagnósticas e, assim, quando necessário, a realização de exames laboratoriais para descartar outras patologias, como disfunções tireoidianas e condições neurológicas orgânicas. Sendo assim, o critério C, descrito no DSM-5-TR, avalia que o Transtorno Depressivo Maior (TDM) não pode ser explicado por efeitos fisiológicos de uma substância ou de outra condição médica.

Um ponto crucial para uma categorização nosográfica correta é a diferenciação em relação a outros transtornos do humor, como o Transtorno Bipolar, que possui episódios depressivos, estes com apresentação clínica semelhante ao TDM, e

episódios de mania ou hipomania. Além da realização da diferenciação em relação aos transtornos depressivos citados na introdução, é comum a necessidade de avaliação de comorbidades com outros transtornos, sendo frequente a apresentação do TDM associada a Transtornos Ansiosos (APA, 2023).

Por fim, são mencionados nos critérios D e E do DSM-5-TR, respectivamente, a exclusão da explicação do quadro por um transtorno do grupo dos Transtornos do Espectro da Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos e a investigação de episódios de mania ou hipomania para a consideração diagnóstica de Transtorno Bipolar.

No que tange ao desenvolvimento científico, modelos alternativos aos vigentes vêm sendo estudados. O foco, nesses modelos, não recai sobre critérios diagnósticos categóricos, mas sobre uma análise dimensional. Por exemplo, em vez de verificar o preenchimento dos critérios A (Tabela 01), o interesse é analisar a qualidade das respostas a estímulos aversivos, empatia, apego, percepção social e outros domínios do funcionamento psicológico. Esse é o objetivo do modelo RDoC (*Research Domain Criteria*), criado em 2006 pelo NIMH (*National Institute of Mental Health*), que analisa seis dimensões: (1) *Negative Valence Systems* – respostas a estímulos aversivos (medo, ansiedade, perda); (2) *Positive Valence Systems* – motivação e

prazer (recompensa, expectativa, anedonia); (3) *Cognitive Systems* – atenção, memória, controle cognitivo, percepção; (4) *Systems for Social Processes* – empatia, apego, percepção social; (5) *Arousal/Regulatory Systems* – sono, ritmos circadianos, alerta fisiológico; e (6) *Sensorimotor Systems* – controle motor e integração sensório-motora (adicionado posteriormente) (Jeong *et al.*, 2025).

Apesar da importância dos modelos alternativos, sobretudo daqueles que se propõem a compreender a doença e o funcionamento psicológico do indivíduo a partir de perspectivas dimensionais, esses modelos, como o RDoC, enfrentam grandes desafios, especialmente em razão da ênfase em análises biologizantes que tendem a desconsiderar a avaliação clínica, o que limita sua aplicabilidade no contexto clínico.

IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE PARA MELHOR PROGNÓSTICO

Prognóstico é a previsão da evolução de uma doença, sendo variável a depender do diagnóstico e do tratamento (Rosenfeld *et al.*, 2022). Nesse sentido, dois estudos avaliaram essa questão no Transtorno Depressivo Maior (TDM). O primeiro, um estudo longitudinal conduzido por Judd *et al.* (2000), investigou o impacto da recuperação incompleta após um primeiro episódio depressivo e encontrou uma associação significativa entre a ausência de remissão completa e um curso mais crônico e recorrente da doença. Os pacientes que não alcançaram remissão plena apresentaram maior risco de persistência dos sintomas e menor funcionalidade ao longo do tempo, em comparação àqueles que obtiveram recuperação total.

Ademais, Verduijn *et al.* (2017) apresentam evidências de que a recuperação

completa do Transtorno Depressivo Maior é menos comum do que o esperado por profissionais da saúde. Ao acompanhar uma coorte de pacientes por até seis anos, os autores observaram que, ao incluir diagnósticos de distimia, (hipo)mania e transtornos de ansiedade, apenas 17% dos pacientes alcançaram recuperação completa, enquanto 55% apresentaram episódios crônicos (Moriarty *et al.*, 2020; Verduijn *et al.*, 2017).

A implementação de políticas públicas voltadas à psicoeducação sobre a depressão é essencial para a prevenção, a detecção precoce e a redução do estigma associado aos transtornos mentais. A falta de informação faz com que muitas pessoas busquem ajuda apenas quando a doença já se encontra em estágio avançado, o que aumenta o sofrimento, os custos sociais e a sobrecarga dos serviços de

saúde (Habert *et al.*, 2016). Essas estratégias podem promover o reconhecimento dos primeiros sinais da depressão, incentivar o autocuidado e favorecer o acesso precoce ao tratamento psicológico e psiquiátrico.

Dessa forma, é essencial considerar a importância de um diagnóstico precoce para o

início do tratamento, enquanto a doença ainda não apresenta grandes sequelas para o paciente. Assim, identificar e tratar o transtorno nos estágios iniciais pode aumentar as chances de remissão completa e prevenir a progressão para um curso crônico (Habert *et al.*, 2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Transtorno Depressivo Maior (TDM) configura-se como uma condição psiquiátrica de elevada prevalência e impacto funcional significativo, exigindo atenção clínica cuidadosa desde os primeiros sinais. A análise criteriosa dos sintomas, segundo os parâmetros estabelecidos pelo DSM-5-TR e pela CID-11, é fundamental para um diagnóstico preciso, que deve ser realizado por um profissional capacitado e embasado em uma escuta clínica qualificada, exame do estado mental e exclusão de causas médicas ou psicóticas secundárias.

Conforme discutido ao longo do capítulo, o diagnóstico clínico do TDM não se restringe à identificação de humor deprimido ou anedonia, mas requer uma avaliação global de sintomas que se distribuem por domínios afetivos, neurovegetativos, cognitivos e comportamentais. Além disso, a codificação adequada do transtorno exige a consideração de especificadores de gravidade, curso e características clínicas, os quais influenciam

diretamente a condução terapêutica e o prognóstico.

Evidências científicas indicam que o diagnóstico precoce é um dos principais fatores associados a um curso mais favorável da doença. Estudos longitudinais, como os de Judd *et al.* (2000) e Verduijn *et al.* (2017), demonstram que a ausência de remissão completa após o primeiro episódio depressivo está fortemente relacionada a maior cronicidade, recorrência e prejuízo funcional prolongado. Esses achados reforçam a necessidade de estratégias clínicas e de políticas públicas voltadas à detecção precoce e ao início rápido de intervenções eficazes.

Portanto, reconhecer o TDM em sua fase inicial, diferenciá-lo de condições médicas e psiquiátricas similares e aplicar um modelo diagnóstico que considere a complexidade da apresentação clínica são medidas essenciais para reduzir o sofrimento psíquico e melhorar o curso evolutivo do transtorno. Tal abordagem não apenas favorece a recuperação sintomática, mas

também contribui para a preservação da funcionalidade, da qualidade de vida e da saúde mental em longo prazo.

REFERÊNCIAS

ASSOCIATION, A. P. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais : DSM-5-TR.** 5. ed. Porto Alegre, RS: Artmed, 2022.

BHADRA, S.; KUMAR, C. J. An insight into diagnosis of depression using machine learning techniques: a systematic review. **Current Medical Research and Opinion**, [S. l.], v. 38, n. 5, p. 749–771, 4 maio 2022.

CAI, H. *et al.* Global prevalence of depression in older adults: A systematic review and meta-analysis of epidemiological surveys. **Asian Journal of Psychiatry**, [S. l.], v. 80, p. 103417, fev. 2023.

CURTIN, S.; GARNETT, M. **Suicide and Homicide Death Rates Among Youth and Young Adults Aged 10–24: United States, 2001–2021.** [S. l.]: National Center for Health Statistics (U.S.), 15 jun. 2023. Disponível em: <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/128423>. Acesso em: 4 ago. 2025.

Dalgalarrodo, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

HABERT, J. *et al.* Functional Recovery in Major Depressive Disorder: Focus on Early Optimized Treatment. **The Primary Care Companion For CNS Disorders**, [S. l.], 1 set. 2016. Disponível em: <https://www.psychiatrist.com/pcc/early-optimized-treatment-in-mdd>. Acesso em: 4 ago. 2025.

HUA, L. L. *et al.* Suicide and Suicide Risk in Adolescents. **Pediatrics**, [S. l.], v. 153, n. 1, p. e2023064800, 1 jan. 2024.

JEONG, H. *et al.* Neuroimaging findings of adolescent depression: A review by the Research Domain Criteria (RDoC) framework. **Psychiatry Research: Neuroimaging**, [S. l.], v. 347, p. 111917, mar. 2025.

JUDD, L. L. *et al.* Does Incomplete Recovery From First Lifetime Major Depressive Episode Herald a Chronic Course of Illness? **American Journal of Psychiatry**, [S. l.], v. 157, n. 9, p. 1501–1504, 1 set. 2000.

JUNJIAO LIU *et al.* Temporal and spatial trend analysis of all-cause depression burden based on Global Burden of Disease (GBD) 2019 study. **Scientific Reports**, DOI: 10.1038/s41598-024-62381-9 S2ID: 611c52a2d37fb88091e195d4771af8343ac0c5f9, 2024.

LUIS GUTIÉRREZ-ROJAS *et al.* Prevalence and correlates of major depressive disorder: a systematic review. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, DOI: 10.1590/1516-4446-2020-0650MAG ID: 3048087059PMID: 32756809, v. 42, n. 6, p. 657–672, 1 nov. 2020.

MALHI, G. S. *et al.* Unifying the diagnosis of mood disorders. **Australian & New Zealand Journal of Psychiatry**, [S. l.], v. 54, n. 6, p. 561–565, jun. 2020.

MIOLA, A. *et al.* Suicidal risk and protective factors in major affective disorders: A prospective cohort study of 4307 participants. **Journal of Affective Disorders**, [S. l.], v. 338, p. 189–198, out. 2023.

MORIARTY, A. S. *et al.* Predicting and preventing relapse of depression in primary care. **British Journal of General Practice**, [S. l.], v. 70, n. 691, p. 54–55, fev. 2020.

NARDI, A. E. **Tratado de psiquiatria da Associação Brasileira de Psiquiatria.** Porto Alegre, RS: Artmed, 2021.

PSICOPATOLOGIA E SEMIOLOGIA DOS TRANSTORNOS MENTAIS. [S. l.]: Artmed, 2021.

RIERA-SERRA, P. *et al.* Longitudinal associations between executive function impairments and suicide risk in patients with major depressive disorder: A 1-year follow-up study. **Psychiatry Research**, [S. l.], v. 325, p. 115235, jul. 2023.

ROSENFIELD, B. *et al.* Measuring a Patient's understanding of their prognosis: An exploratory analysis. **Psycho-Oncology**, [S. l.], v. 31, n. 10, p. 1790–1798, out. 2022.

VERDUIJN, J. *et al.* Reconsidering the prognosis of major depressive disorder across diagnostic boundaries: full recovery is the exception rather than the rule. **BMC Medicine**, [S. l.], v. 15, n. 1, p. 215, 12 dez. 2017.

WANG, P. S. *et al.* Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO

world mental health surveys. **The Lancet**, [S. l.], v. 370, n. 9590, p. 841–850, set. 2007.

XIN, L.-M. *et al.* Risk Factors for Recent Suicide Attempts in Major Depressive Disorder Patients in China: Results From a National Study. **Frontiers in Psychiatry**, [S. l.], v. 9, p. 300, 3 jul. 2018.

Capítulo 06

MÉTODOS DE AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA

Capítulo 06: Métodos de Avaliação Diagnóstica. Em: Neurociência do Transtorno Depressivo Maior - Uma Imersão Nos Processos Neurobiológicos e no Cuidado Multidisciplinar. Editora Humanize, 2026. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.1850083>

João Pedro Araújo Herculano da Silva

Discente do Curso de Psicologia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

Kayke Kauã de Siqueira

Discente do Curso de Psicologia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

Caio Victor Barros Gonçalves da Silva

Mestrando em Ciências Biológicas na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

Maria Clara Machado Alonso de Araújo

Discente do Curso de Psicologia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

Geisa Maria de Sousa

Mestranda em Engenharia Civil na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

INTRODUÇÃO

A despeito da existência de critérios diagnósticos bem estabelecidos em manuais classificatórios, como o DSM-5-TR e a CID-11, a prática clínica demonstra que a identificação e a delimitação do Transtorno Depressivo Maior (TDM) são frequentemente desafiadoras, especialmente diante da presença de comorbidades ou de condições médicas gerais que mimetizam sintomas depressivos. Nesse contexto, a avaliação diagnóstica do TDM deve articular diferentes estratégias clínicas e psicométricas, que abrangem desde a entrevista clínica e a observação

comportamental até o uso de instrumentos validados, exames complementares e tecnologias emergentes.

Dentro desse panorama, este capítulo tem como objetivo apresentar e discutir os principais métodos de avaliação diagnóstica do TDM, com ênfase na utilização de escalas e instrumentos de triagem, nos critérios para a avaliação diferencial e na contribuição de exames complementares. Além disso, são exploradas inovações tecnológicas recentes que vêm ampliando as possibilidades de

deteção e monitoramento da depressão na prática clínica contemporânea. A compreensão desses recursos é fundamental para a construção de diagnósticos mais precisos e

para o planejamento de intervenções mais eficazes, baseadas em evidências e alinhadas às necessidades singulares de cada paciente.

AVALIAÇÃO CLÍNICA DO TDM

A avaliação diagnóstica do Transtorno Depressivo Maior (TDM) é uma atividade clínica complexa, que demanda mais do que a aplicação mecânica de instrumentos padronizados. Trata-se de um processo que exige uma abordagem multidimensional, baseada na escuta qualificada, na análise contextual e na articulação entre teoria e prática clínica (American Psychiatric Association, 2022). A variabilidade na apresentação dos sintomas, as comorbidades psiquiátricas e clínicas, bem como a subjetividade do sofrimento psíquico, impõem desafios à formulação diagnóstica e exigem um repertório avaliativo diversificado.

Nesse contexto, a avaliação psicológica ocupa um papel central enquanto procedimento sistemático e cientificamente orientado de investigação do funcionamento emocional, cognitivo e comportamental do indivíduo. A contribuição dessa técnica para o diagnóstico, a compreensão e a intervenção no sofrimento mental está intrinsecamente ligada ao rigor ético de seu processo, que inclui a articulação entre dados clínicos subjetivos e informações objetivas (Primi, 2010). Evidências recentes reforçam que essa

articulação constitui um alicerce da prática. Paula e Sidericoudes (2025) identificaram, a partir de revisão de estudos como o de Lemes (2019), que inconsistências nessa etapa, como o uso inadequado de testes e a análise superficial da demanda, configuram falhas ético-técnicas recorrentes, com sérias consequências para a qualidade dos laudos e para a vida dos avaliados.

Os testes e as escalas psicológicas consagram-se como recursos metodológicos auxiliares fundamentais que, apesar de oferecerem medidas psicométricas válidas e confiáveis, não substituem o julgamento clínico. Conforme elucidam Anunciação, Portugal e Landeira-Fernandez (2021), a mera apresentação dos resultados brutos é pouco informativa, sendo crucial uma interpretação que articule os dados dos instrumentos com o contexto clínico e a anamnese do paciente. Essa articulação configura uma salvaguarda ética contra reducionismos e classificações inconsistentes, que podem conduzir a diagnósticos imprecisos. Dessa forma, o uso de instrumentos padronizados deve estar subordinado a um raciocínio clínico integrado, tal como preconizam as normativas do

Conselho Federal de Psicologia (CFP), notadamente a Resolução nº 9/2018, que estabelece a obrigatoriedade de métodos científicamente reconhecidos para garantir a validade do processo e a proteção dos direitos do avaliado.

Inicialmente, a entrevista clínica, seja estruturada, semiestruturada ou aberta, constitui o ponto de partida do processo avaliativo. Nela, investiga-se de forma minuciosa a história pregressa e atual do paciente, incluindo antecedentes psiquiátricos e familiares, eventos traumáticos, relações interpessoais, padrões de enfrentamento e o curso temporal dos sintomas (Tavares, 2007).

Simultaneamente à escuta verbal, a avaliação do estado mental e a observação comportamental do paciente fornecem elementos clínicos valiosos. Expressão facial empobrecida, postura corporal rebaixada, lentificação ou agitação psicomotora, baixa reatividade emocional e dificuldades de contato visual são sinais frequentemente observados em episódios depressivos moderados ou graves (American Psychiatric Association, 2022). Também é fundamental observar sintomas neurovegetativos, como distúrbios do sono e do apetite, além das variações circadianas do humor (Filho, 2014).

INSTRUMENTOS DE TRIAGEM E ESCALAS DE AVALIAÇÃO

Dentro desse contexto ampliado de avaliação, ganha especial relevância o uso criterioso de instrumentos psicométricos e escalas clínicas validadas, uma vez que o processo de avaliação diagnóstica do Transtorno Depressivo Maior (TDM) frequentemente se inicia com instrumentos de triagem, capazes de identificar indivíduos com sintomas depressivos em diferentes contextos clínicos (Moreno; Carneiro, 2024). Entre os instrumentos mais amplamente utilizados na triagem, destaca-se o *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9), desenvolvido com base nos critérios diagnósticos do DSM-5.

Trata-se de uma ferramenta breve, autoaplicável, que avalia a frequência de nove sintomas depressivos nos últimos 14 dias, sendo possível sua aplicação em menos de cinco minutos (Martin *et al.*, 2006).

Desde sua criação, o PHQ-9 tem demonstrado utilidade clínica significativa no rastreamento de casos prováveis de depressão, com desempenho psicométrico consistente. Uma meta-análise recente, conduzida por Negeri *et al.* (2021), reforçou sua eficácia como instrumento de triagem, revelando níveis satisfatórios de sensibilidade e especificidade,

especialmente quando comparado a entrevistas diagnósticas semiestruturadas.

No entanto, embora fortemente adotado na prática clínica, o PHQ-9 apresenta limitações. Ele demonstra potencial utilidade clínica como indicador geral da depressão, sendo especialmente eficaz para fins de triagem. Contudo, são necessárias revisões substanciais em sua estrutura, sobretudo na formulação de itens que apresentam baixa discriminação ou discriminação excessiva, a fim de melhorar sua precisão e sensibilidade diagnóstica (Cheung, 2025; Cosci *et al.*, 2024).

Além do PHQ-9, o Inventário de Depressão de Beck II (BDI-II) constitui uma medida amplamente aplicada, especialmente para a avaliação da gravidade da depressão. Desenvolvido originalmente com o objetivo de mensurar os efeitos da terapia cognitiva, o BDI-II é composto por 21 itens que abrangem sintomas afetivos, cognitivos e somáticos (Beck *et al.*, 1996). Do Nascimento *et al.* (2023), em seu estudo, demonstraram que o BDI-II possui propriedades interculturais sólidas, com estrutura fatorial invariante entre amostras do Brasil, Portugal e Espanha, sustentando sua confiabilidade e validade em contextos transculturais.

Instrumentos de avaliação heteroaplicados, como a Escala de Depressão de Hamilton (HAM-D), também são fundamentais no contexto da pesquisa clínica e no monitoramento da evolução sintomática.

Essa escala classifica os escores em cinco níveis, a saber: não deprimido, leve, moderado, grave e muito grave, o que auxilia na definição da gravidade do quadro e na avaliação da resposta ao tratamento. No entanto, críticas recentes alertam que sua aplicação atual frequentemente extrapola seu propósito original, sendo utilizada também para fins diagnósticos (Fried; Flake; Robinaugh, 2022). Sua versão mais utilizada, a HAM-D-17, avalia predominantemente sintomas somáticos e melancólicos, sendo sensível a mudanças ao longo do tempo, o que a torna valiosa em ensaios clínicos psicofarmacológicos (Hamilton, 1960).

No que se refere à Escala de Depressão de Montgomery-Asberg (MADRS), destaca-se sua capacidade de avaliar sintomas centrais da depressão, com menor risco de confusão com outras psicopatologias, o que reforça sua validade clínica. Desenvolvida para monitorar mudanças ao longo do tratamento, a escala é composta por 10 itens e mostra-se particularmente sensível a variações sutis no humor, sendo amplamente utilizada tanto na prática clínica quanto em contextos de pesquisa (Montgomery; Asberg, 1979). Em razão de sua estrutura concisa, com menor número de itens e aplicação otimizada, a MADRS constitui uma ferramenta prática para profissionais que buscam reduzir a subjetividade na avaliação dos transtornos do humor, especialmente em contextos clínicos com restrição de tempo, sendo ainda mais

eficaz quando utilizada em conjunto com entrevistas semiestruturadas (Carneiro; Silberman; Moreno, 2024).

Desse modo, a escolha adequada dessas ferramentas, que podem ser de autoaplicação ou de avaliação por observador, permite quantificar os sintomas e acompanhar sua evolução, atuando de forma semelhante aos exames complementares de outras especialidades médicas. Elas não substituem a avaliação clínica, mas ampliam sua precisão e utilidade terapêutica. Cabe destacar que sua aplicação requer familiaridade com os conceitos teóricos subjacentes a cada instrumento, experiência com o fenômeno

clínico avaliado e treinamento específico, de modo a assegurar confiabilidade entre avaliadores.

Diante disso, entre as ferramentas mais utilizadas e recomendadas em contextos clínicos destacam-se a HAM-D, a MADRS e o BDI-II. No entanto, o BDI-II é o único desses instrumentos amplamente adaptado e validado para a população brasileira em contextos não clínicos (Moreno; Carneiro, 2024). Ressalta-se, contudo, que nenhum desses instrumentos possui finalidade diagnóstica isolada, de modo que sua aplicação deve estar sempre alinhada à indicação clínica específica e ao julgamento profissional.

AVALIAÇÃO DIFERENCIAL E EXAMES COMPLEMENTARES

A avaliação diferencial do Transtorno Depressivo Maior (TDM) constitui uma etapa fundamental para a precisão diagnóstica e para a formulação de um plano terapêutico eficaz. A ampla heterogeneidade do TDM, aliada à sua sobreposição sintomática com outras condições psiquiátricas e clínicas, torna imprescindível uma abordagem sistemática que envolva entrevistas estruturadas, análise psicopatológica detalhada e, quando necessário, exames laboratoriais e instrumentos auxiliares (Bains; Abdijadid, 2025).

A distinção entre o TDM e o Transtorno Bipolar (TB) representa um ponto crítico na prática clínica, uma vez que erros diagnósticos podem comprometer gravemente o tratamento. Muitos pacientes inicialmente diagnosticados com TDM podem, na realidade, apresentar quadros pertencentes ao espectro bipolar, o que exige atenção redobrada durante a avaliação clínica. Nesse sentido, a aplicação de critérios diagnósticos mais amplos têm revelado uma prevalência significativamente maior de TB entre indivíduos com episódios depressivos, alertando para o risco de subidentificação do

transtorno. Diante disso, torna-se fundamental investigar cuidadosamente o histórico do paciente, incluindo episódios prévios de oscilação do humor e a resposta a antidepressivos, a fim de evitar intervenções inadequadas que possam agravar o quadro clínico (Angst *et al.*, 2011).

De acordo com Bains e Abdijadid (2025), embora não existam exames objetivos específicos para o diagnóstico do Transtorno Depressivo Maior, a realização de exames laboratoriais de rotina é essencial para excluir causas orgânicas que possam mimetizar ou exacerbar o quadro depressivo. Entre os testes recomendados incluem-se hemograma completo, painel metabólico, TSH, T4 livre, vitamina D, urinálise e triagem toxicológica. Os autores destacam, ainda, que muitos pacientes inicialmente procuram o clínico geral devido a sintomas somáticos inespecíficos, como fadiga, dores difusas e alterações do sono, o que frequentemente retarda o reconhecimento do transtorno. Ademais, cerca de metade dos indivíduos não relata espontaneamente humor deprimido, sendo o encaminhamento muitas vezes motivado por familiares ou pelo ambiente de trabalho diante de sinais como retraimento social e queda de produtividade.

Outra etapa relevante no diagnóstico diferencial envolve a aplicação de entrevistas diagnósticas estruturadas, como a *Structured Clinical Interview for DSM-5 – Clinician Version* (SCID-5-CV). Conforme apontam Shabani *et al.* (2021), a SCID-5-CV demonstrou ser um instrumento válido e confiável para a maioria dos transtornos psiquiátricos, apresentando elevado grau de concordância com o diagnóstico realizado por psiquiatras, considerado o padrão-ouro. No entanto, os autores ressaltam que o instrumento apresentou confiabilidade teste-reteste fraca para transtornos depressivos, o que indica a necessidade de cautela em sua utilização específica para esse grupo diagnóstico.

Deve-se considerar, ainda, que a escolha dos instrumentos diagnósticos necessita levar em conta a possibilidade de sobreposição de sintomas com doenças físicas. Assim, o contexto de aplicação e a sensibilidade dos instrumentos para distinguir manifestações psicopatológicas de condições médicas tornam-se critérios centrais na tomada de decisão clínica (Bains; Abdijadid, 2025). Uma metanálise recente demonstrou variações relevantes nas estimativas de eficácia do tratamento quando comparadas escalas aplicadas por avaliadores e escalas autoaplicáveis, sugerindo que o uso combinado de ambos os formatos pode fornecer uma avaliação mais robusta e confiável do estado clínico do paciente (Negeri *et al.*, 2021).

Em síntese, a avaliação diferencial do Transtorno Depressivo Maior não deve se

restringir à descrição sintomatológica. Trata-se de um processo que exige raciocínio clínico complexo, sustentado por entrevistas diagnósticas, observação cuidadosa, instrumentos complementares e, sempre que

necessário, exames laboratoriais. Essa abordagem integrada permite não apenas uma delimitação diagnóstica mais precisa, mas também contribui para intervenções mais eficazes e individualizadas.

INOVAÇÕES TECNOLÓGICAS NA AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DO TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR

Pesquisas recentes têm apontado o surgimento de tecnologias promissoras voltadas à detecção e ao monitoramento do Transtorno Depressivo Maior (TDM), com potencial para transformar práticas clínicas tradicionais. Dispositivos vestíveis, como relógios inteligentes (Figura 01), vêm sendo investigados por sua capacidade de prever sintomas depressivos com base em dados fisiológicos e comportamentais contínuos, analisados por algoritmos de aprendizado de máquina (Walschots *et al.*, 2024).

Paralelamente, estudos sobre biomarcadores, entendidos como características biológicas mensuráveis, buscam aumentar a precisão diagnóstica do TDM. Nesse campo, ensaios que avaliam simultaneamente múltiplos marcadores biológicos têm se mostrado mais eficazes do que a análise isolada de biomarcadores individuais, sugerindo avanços na identificação de perfis biológicos associados à depressão (Abi-Dargham *et al.*, 2023; Young

et al., 2016). Além disso, tecnologias digitais em saúde, como a telemedicina e os aplicativos móveis, oferecem novas possibilidades para o acompanhamento clínico, favorecendo o cuidado personalizado, o acesso remoto e a continuidade do tratamento (McIntyre *et al.*, 2023).

Avanços recentes também apontam para o potencial uso de biomarcadores no diagnóstico diferencial do TDM. Embora ainda não amplamente disponíveis na prática clínica, índices derivados de hemogramas demonstraram capacidade moderada para distinguir entre TDM puro e quadros comórbidos, como a associação com Transtorno de Ansiedade Social, evidenciando perfis inflamatórios distintos nesses pacientes (Berkol; Özönder Ünal, 2023).

Dessa forma, uma abordagem integrada, que combine biomarcadores digitais derivados de dispositivos vestíveis, sensores ambientais e avaliações clínicas

convencionais, tem se mostrado promissora para um diagnóstico mais sensível e para a personalização das estratégias terapêuticas (Figura 01). Contudo, apesar do potencial dessas tecnologias para ampliar a acurácia e a eficiência da avaliação do TDM, ainda são

necessárias pesquisas adicionais para validar seus protocolos, assegurar a ética no uso de dados sensíveis e viabilizar sua incorporação em larga escala na prática clínica (Monaco *et al.*, 2024).

Figura 01 - Representação de paciente sendo monitorado por dispositivos vestíveis.



Fonte: OpenAI (2025).

CONCLUSÃO

A avaliação diagnóstica do Transtorno Depressivo Maior (TDM) exige uma abordagem integrada, que ultrapasse a mera identificação de sintomas e considere a complexidade psicopatológica, as particularidades individuais e as interações com fatores contextuais, médicos e sociais. Ao longo deste capítulo, evidenciou-se que a combinação entre entrevista clínica, observação cuidadosa, uso criterioso de instrumentos psicométricos validados e exames complementares constitui o alicerce de

um processo avaliativo eficaz e eticamente comprometido.

As escalas de triagem e de mensuração da gravidade, como o PHQ-9, o BDI-II, a HAM-D e a MADRS, oferecem recursos valiosos para o rastreio e o acompanhamento clínico, desde que utilizadas como complemento à escuta clínica qualificada. Da mesma forma, os exames laboratoriais e os instrumentos voltados à identificação de comorbidades desempenham papel crucial na diferenciação diagnóstica, contribuindo para

decisões terapêuticas mais seguras e direcionadas.

Além disso, as inovações tecnológicas, como dispositivos vestíveis, algoritmos de aprendizado de máquina e aplicativos de saúde mental, sinalizam um novo horizonte na avaliação e no monitoramento do TDM, com potencial para a personalização do cuidado e a detecção precoce de recaídas. No entanto, essas ferramentas ainda requerem validação científica robusta e reflexão ética quanto ao seu uso.

Em síntese, a avaliação do TDM demanda um olhar clínico atento e multidisciplinar, sustentado por evidências científicas, sensibilidade ao sofrimento humano e compromisso com a singularidade do sujeito. Assim, não se trata apenas de nomear um transtorno, mas de cuidar, com ética e responsabilidade, das múltiplas formas de sofrimento psíquico que a depressão pode assumir.

REFERÊNCIAS

- ABI-DARGHAM, A. et al. Candidate biomarkers in psychiatric disorders: state of the field. **World Psychiatry**, v. 22, n. 2, p. 236-262, 2023.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. DSM-5-TR. [S. l.]: American Psychiatric Association Publishing, 2022. Disponível em: <https://psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425787>. Acesso em: 29 abr. 2025.
- ANGST, J. et al. Prevalence and characteristics of undiagnosed bipolar disorders in patients with a major depressive episode: the BRIDGE study. **Archives of general psychiatry**, v. 68, n. 8, p. 791-799, 2011.
- ANUNCIAÇÃO, L.; PORTUGAL, A. C.; LANDEIRA-FERNANDEZ, J.. Aspectos psicométricos de instrumentos neuropsicológicos: revisão conceitual, proposta de interpretação de percentis e classificações. **Interação em Psicologia**, v. 25, n. 3, p. 339-350, 2021.
- BAGBY, R. M. et al. The Hamilton Depression Rating Scale: has the gold standard become a lead weight?. **American Journal of Psychiatry**, v. 161, n. 12, p. 2163-2177, 2004.
- BAINS, N.; ABDIJADID, S. **Major Depressive Disorder**. StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2025. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559078/>. Acesso em: 30 abr. 2025.
- BECK, A. T. et al. Comparison of Beck Depression Inventories-IA and-II in psychiatric outpatients. **Journal of personality assessment**, v. 67, n. 3, p. 588-597, 1996.
- BERKOL, T. D.; ÜNAL, I. Ö.. Exploring the clinical characteristics and etiological factors of comorbid major depressive disorder and social anxiety disorder. **Biomolecules and Biomedicine**, v. 23, n. 6, p. 1136, 2023.
- CARNEIRO, A. M.; SILBERMAN, C. D.; MORENO, R. A. **Escala De Depressão De Montgomery-Åsberg(Madrs)**. Instrumentos De Avaliação Em Saúde Mental. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2024. v. 4.3, p. 405–419.
- CHEUNG, R. Y. M. Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9). In: MEDVEDEV, O. N.; KRÄGELOH, C. U.; SIEGERT, R. J.; SINGH, N. N. (ed.). Handbook of assessment in mindfulness research. Cham: Springer Nature Switzerland, 2025. p. 1837-1848.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Resolução nº 9/2018**. [S. l.: s. n.], 25 abr. 2018. . Acesso em: 30 abr. 2025.
- COSCI, F. et al. Patient health Questionnaire-9: a clinimetric analysis. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 46, p. e20233449, 2024.
- FRIED, E. I.; FLAKE, J. K.; ROBINAUGH, D.J. Revisiting the theoretical and methodological foundations of depression measurement. **Nature Reviews Psychology**, v. 1, n. 6, p. 358-368, 2022.
- GOMES-OLIVEIRA, M. H. et al. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Beck Depression Inventory-II in a community sample. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 34, p. 389-394, 2012.
- HAMILTON, M.. A rating scale for depression. **Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry**, v. 23, n. 1, p. 56, 1960.
- LEMES, S. C.; FERREIRA, V. R. T.. O laudo psicológico na justiça: Uma análise da qualidade dos laudos periciais. **Revista Psicologia: Teoria e Prática**, v. 23, n. 2, p. ePTPPA13393-ePTPPA13393, 2021.
- MARTIN, A. et al. Validity of the brief patient health questionnaire mood scale (PHQ-9) in the general population. **General hospital psychiatry**, v. 28, n. 1, p. 71-77, 2006.
- MCINTYRE, R. S. et al. Digital health technologies and major depressive disorder. **CNS spectrums**, v. 28, n. 6, p. 662-673, 2023.
- MONACO, F. et al. Innova4Health: an integrated approach for prevention of recurrence and personalized treatment of

Major Depressive Disorder. **Frontiers in artificial intelligence**, v. 7, p. 1366055, 2024.

MONTGOMERY, S. A.; ÅSBERG, M.. A new depression scale designed to be sensitive to change. **The British journal of psychiatry**, v. 134, n. 4, p. 382-389, 1979.

MORENO, R. A.; CARNEIRO, A. M. Aspectos Gerais Dos Instrumentos Deavaliação De Depressão. **Instrumentos De Avaliação Em Saúde Mental**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2024. v. 4, p. 372–384.

NASCIMENTO, R. L. F. et al. Psychometric properties and cross-cultural invariance of the Beck Depression Inventory-II and Beck Anxiety Inventory among a representative sample of Spanish, Portuguese, and Brazilian undergraduate students. **International journal of environmental research and public health**, v. 20, n. 11, p. 6009, 2023.

NEGERI, Z. F. et al. Accuracy of the Patient Health Questionnaire-9 for screening to detect major depression: updated systematic review and individual participant data meta-analysis. **bmj**, v. 375, 2021.

PAULA, A. A.; SIDERICOUDES, O. Ethics in psychological assessment: Reflections on the use and interpretation of psychological tests. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 14, n. 11, p. e17141149942, 2025.

PETTERSSON, A. et al. Which instruments to support diagnosis of depression have sufficient accuracy? A systematic review. **Nordic journal of psychiatry**, v. 69, n. 7, p. 497-508, 2015.

PRIMI, R.. Avaliação psicológica no Brasil: fundamentos, situação atual e direções para o futuro. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 26, p. 25-35, 2010.

SHABANI, A. et al. Psychometric properties of structured clinical interview for DSM-5 disorders-clinician version (SCID-5-CV). **Brain and Behavior**, v. 11, n. 5, p. e01894, 2021.

TAVARES, M. A entrevista clínica. In: **J. A. Cunha (Ed), Psicodiagnóstico V (5. ed.)**. [S. l.]: Artmed. Porto Alegre, 2007.

WALSCHOTS, Q. et al. Using wearable technology to detect, monitor, and predict major depressive disorder—a scoping review and introductory text for clinical professionals. **Algorithms**, v. 17, n. 9, p. 408, 2024.

YOUNG, J. J. et al. Is there progress? An overview of selecting biomarker candidates for major depressive disorder. **Frontiers in psychiatry**, v. 7, p. 72, 2016.

ZORZETTO FILHO, Dirceu. Sono e ritmos circadianos na depressão resistente. **Debates em Psiquiatria**, v. 4, n. 3, p. 6-11, 2014.

Capítulo 07

SINAPSES EM DESEQUILÍBRIO - ESTRATÉGIAS FARMACOLÓGICAS NO REEQUILÍBRIO EMOCIONAL

Capítulo 07: Sinapses em Desequilíbrio - Estratégias Farmacológicas no Reequilíbrio Emocional. Em: Neurociência do Transtorno Depressivo Maior - Uma Imersão Nos Processos Neurobiológicos e no Cuidado Multidisciplinar. Editora Humanize, 2026. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.18500840>

Jocelin Santa Rita Bisneto

Discente do Curso de Biomedicina pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

Matéus Silva Sales

Discente do Curso de Psicologia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

Maria Letícia Cardoso Mendes

Discente do Curso de Biomedicina pelo Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU);

Maria Clara Machado Alonso de Araújo

Discente do Curso de Psicologia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

Caio Victor Barros Gonçalves da Silva

Mestrando em Ciências Biológicas na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

Paulo Henrique Eloi Fernandes

Doutorando em Ciências Biológicas na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

INTRODUÇÃO

O Transtorno Depressivo Maior (TDM) representa uma das principais causas de sofrimento psíquico e incapacidade funcional na população global, sendo caracterizado por alterações profundas no humor, na cognição, no sono e no comportamento (Marx *et al.*, 2023). Embora sua etiologia seja multifatorial, envolvendo desde fatores genéticos e epigenéticos até eventos traumáticos e disfunções

neuroquímicas, o desequilíbrio na neurotransmissão sináptica, especialmente no sistema monoaminérgico, permanece como um dos alvos terapêuticos mais consolidados (Cui *et al.*, 2024; Marx *et al.*, 2023; Raison *et al.*, 2023).

Diante da complexidade de sua fisiopatologia, o tratamento farmacológico da depressão evoluiu significativamente nas

últimas décadas, incorporando diferentes classes de antidepressivos com mecanismos de ação específicos e, muitas vezes, complementares (Katzung; Trevor, 2015; Raison *et al.*, 2023). Além de restaurar a disponibilidade de neurotransmissores como serotonina, noradrenalina e dopamina, muitos desses fármacos também modulam vias relacionadas à neuroplasticidade, à neuroinflamação, à sinalização endócrina e à função glial (Cui *et al.*, 2024; Marx *et al.*, 2023; Zohar; Levy, 2022).

Este capítulo discute as principais estratégias farmacológicas utilizadas no manejo do TDM, desde os antidepressivos tradicionais até os tratamentos inovadores voltados para casos resistentes. São abordados seus mecanismos de ação, perfis de segurança, interações medicamentosas e perspectivas futuras que visam superar os limites da resposta terapêutica atual (McIntyre *et al.*, 2023; Rang; Ritter, 2015; Von Rotz *et al.*, 2023).

CLASSE E MECANISMOS DE AÇÃO

Os fármacos antidepressivos disponíveis atualmente levam pelo menos duas semanas para iniciar a reversão de sintomas depressivos moderados a graves, embora seus efeitos farmacológicos sobre seus respectivos alvos terapêuticos ocorram imediatamente, indicando que as alterações adaptativas secundárias são importantes (Raison *et al.*, 2023). Quanto à sua administração, é imprescindível que ocorra de forma contínua e com monitoramento constante do paciente, a fim de promover diminuição ou remissão do comportamento depressivo e evitar recaídas, que frequentemente estão associadas à descontinuação medicamentosa (Kuhn *et al.*, 2015). É essencial a participação do indivíduo com TDM e/ou da família na escolha terapêutica como estratégia para aumentar a adesão ao tratamento e potencializar sua

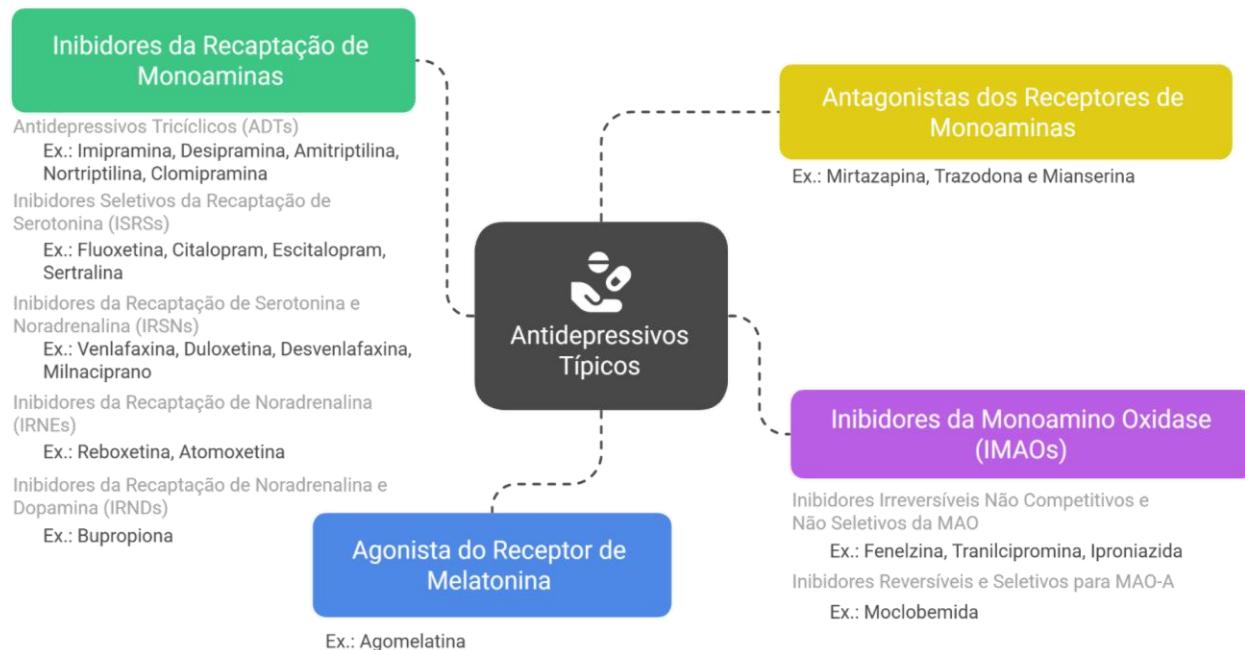
eficácia, objetivando impactos positivos sobre a qualidade de vida do paciente. Ainda, deve-se garantir a segurança terapêutica e a tolerabilidade individual às substâncias administradas, considerando a gravidade do TDM e outras comorbidades clínicas e psiquiátricas, a fim de evitar efeitos adversos relacionados à toxicidade (Marx *et al.*, 2023). É importante destacar que tais efeitos adversos podem comprometer a adesão terapêutica, reduzindo a continuidade e a eficácia do tratamento (Marx *et al.*, 2023).

Dito isso, os antidepressivos podem ser agrupados de acordo com seu alvo terapêutico e seu mecanismo de ação em quatro grandes categorias: inibidores de recaptura de monoaminas, antagonistas do receptor da monoamina, inibidores da monoamino-oxidase (IMAOs) ou agonista do receptor de

melatonina (Raison *et al.*, 2023; Marx *et al.*, 2023). Entre os inibidores de recaptura de monoaminas, existem diferentes subclasses, incluindo os antidepressivos tricíclicos (ADTs), classe mais antiga usada no tratamento de sintomas depressivos, os inibidores seletivos da recaptura da serotonina (ISRSs), inibidores da recaptura de serotonina e noradrenalina (IRSNs), inibidores da recaptura de noradrenalina (IRNEs) e inibidores da recaptura de noradrenalina e

dopamina (IRNDs) (Raison *et al.*, 2023; Marx *et al.*, 2023; Katzung; Trevor, 2015). Nos IMAOs, também há subdivisões, que incluem os inibidores irreversíveis não competitivos que não são seletivos, podendo inibir as isoenzimas A e B da MAO, e os inibidores reversíveis seletivos para MAO-A (Raison *et al.*, 2023; Katzung; Trevor, 2015). Os fármacos representantes de cada classe e subclasses podem ser visualizados no Figura 01.

Figura 01 - Classes e subclasses de fármacos antidepressivos típicos e seus respectivos representantes.



Fonte: Autoral (2025).

Antes de comentar acerca de seus mecanismos de ação que agem sobre a fisiopatologia do Transtorno Depressivo Maior, é importante destacar que, apesar de o nome da classe representar a principal forma de atuação dos fármacos, existem outros mecanismos de ação nos quais os

antidepressivos podem atuar com vistas a produzir efeitos adjuvantes no tratamento dos sintomas depressivos, como o controle da expressão gênica e o estímulo de vias de sinalização relacionadas à neurogênese, neuroinflamação e neuroproteção, regulação neuroendócrina e modulação da plasticidade

sináptica (Marx *et al.*, 2023; Von Rotz *et al.*, 2023). Esses processos estão envolvidos com outras hipóteses etiológicas do Transtorno Depressivo Maior para além da hipótese clássica da redução das monoaminas (Cui *et al.*, 2024).

1. Inibidores da recaptura das monoaminas

Como citado anteriormente, essa classe é subdividida; contudo, os fármacos apresentam um alvo em comum, as Monoaminas Serotonina (5-HT), Noradrenalina (NE) e Dopamina (DA), e sua disponibilidade na fenda sináptica (Raison *et al.*, 2023; Cui *et al.*, 2024).

Os Antidepressivos Tricíclicos (ADTs) foram aprovados no final da década de 1950 e ainda são amplamente utilizados; entre eles estão a imipramina, desipramina, amitriptilina, nortriptilina e a clomipramina (Raison *et al.*, 2023). Eles bloqueiam a recaptura de neurotransmissores (5-HT, NE e DA) de maneira não seletiva, levando ao aumento da concentração das monoaminas na fenda sináptica, o que torna a sinalização mais eficiente e favorece a diminuição de sintomas depressivos (Cui *et al.*, 2024; Katzung; Trevor, 2015; Raison *et al.*, 2023).

Os ADTs inibem a recaptura de NE e 5-HT de maneira eficiente, embora tenham menor efeito sobre a recaptura da dopamina (Raison *et al.*, 2023; Katzung; Trevor, 2015).

Além disso, essa classe inibe a recaptura de 5-HT e NE em graus variados: a amitriptilina, imipramina e desipramina inibem fortemente a recaptura de 5-HT; a clomipramina inibe mais acentuadamente a recaptura de NE; e a nortriptilina pode inibir a recaptura de NE e de 5-HT em proporções semelhantes (Cui *et al.*, 2024).

A ação dos ADTs ainda abrange o bloqueio de receptores de Histamina (H1), o que é positivo para pacientes deprimidos com distúrbios do sono (Raison *et al.*, 2023; David; Gourion, 2016). Entretanto, os ADTs possuem uma estreita janela terapêutica, isto é, baixa razão entre dose letal e dose terapêutica. Por isso, diante da necessidade de fármacos mais seguros, foram introduzidos os inibidores seletivos da recaptura de serotonina (ISRSs), seguidos por outras classes que objetivaram terapias com maior segurança e eficácia (Raison *et al.*, 2023; Katzung; Trevor, 2015).

Os Inibidores Seletivos da Recaptura de Serotonina (ISRSs) apresentam-se como escolha inicial para o tratamento da depressão grave e constituem o grupo mais frequentemente prescrito, sendo utilizados também para outras indicações psiquiátricas, como transtornos de ansiedade (Raison *et al.*, 2023; Katzung; Trevor, 2015). Seus principais representantes são a fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, citalopram, escitalopram e sertralina, cujo mecanismo de ação baseia-se primordialmente na inibição seletiva do

transportador de serotonina (SERT) na fenda sináptica (Raison *et al.*, 2023; Cui *et al.*, 2024; Katzung; Trevor, 2015).

Esse mecanismo aumenta a quantidade de Serotonin (5-HT) disponível na fenda sináptica, uma vez que bloqueia o transportador SERT, impedindo que a serotonina seja recaptada pelo neurônio pré-sináptico. Com maior disponibilidade de 5-HT na sinapse, há também maior ativação dos receptores pós-sinápticos, o que melhora a transmissão serotoninérgica e, como consequência, reduz os sintomas depressivos (Cui *et al.*, 2024).

A fluoxetina e a leptina podem atuar de forma conjunta na redução do comportamento depressivo, uma vez que a leptina pode mediar o aumento da expressão de receptores 5-HT2B (subtipo de receptor serotoninérgico da família 5-HT2) em astrócitos, enquanto a fluoxetina influencia o aumento dos níveis do Fator Neurotrófico Derivado do Cérebro (BDNF, do inglês *Brain-Derived Neurotrophic Factor*), proteína que atua sobre o desenvolvimento e a manutenção neural, além da plasticidade sináptica, demonstrando efeitos positivos sobre a transmissão serotoninérgica e a saúde neuronal. Os ISRSs apresentam maior segurança quanto à dosagem quando comparados aos ADTs e aos IMAOs (Verkhratsky *et al.*, 2021; Li *et al.*, 2020).

No Transtorno Depressivo Maior, os Inibidores da Recaptura de Serotonina E

Noradrenalina (IRSNs) são candidatos iniciais para intervenção terapêutica e incluem a venlafaxina, desvenlafaxina, duloxetina e milnaciprano (Cui *et al.*, 2024; Raison *et al.*, 2023). Sua estratégia farmacológica visa inibir os transportadores de Noradrenalina (NET) e de Serotonin (SERT), impedindo sua recaptura em neurônios pré-sinápticos e aumentando a concentração de NE e 5-HT na fenda sináptica (Cui *et al.*, 2024; Raison *et al.*, 2023). O bloqueio duplo da recaptura de NE e 5-HT contribui para efeitos mais amplos quando comparados aos ISRSs (Cui *et al.*, 2024).

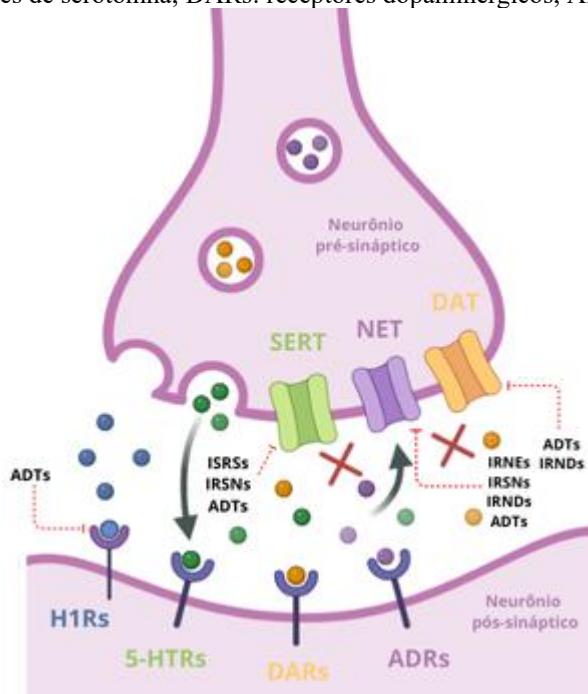
Esses fármacos também podem ser utilizados no tratamento de outros distúrbios, como a venlafaxina e a desvenlafaxina nos transtornos de ansiedade; a duloxetina na incontinência urinária, dor neuropática, fibromialgia e transtornos de ansiedade; e a milnaciprano na dor neuropática e na fibromialgia (Raison *et al.*, 2023).

Entre outros fármacos que atuam sobre a noradrenalina, destacam-se os inibidores da Recaptura de Noradrenalina (IRNEs), como a reboxetina e a atomoxetina, que apresentam alta seletividade para o NET, porém baixa eficácia no Transtorno Depressivo Maior (Raison *et al.*, 2023). A bupropiona, representante dos inibidores da recaptura de noradrenalina e dopamina, também exerce efeito sobre os Transportadores de Dopamina (DAT) e, por esse motivo, é utilizada no

tratamento da dependência de nicotina (Raison *et al.*, 2023). A Figura 02 ilustra os alvos

farmacológicos dos inibidores da recaptura de monoaminas.

Figura 02 – Alvos farmacológicos dos inibidores da recaptura de monoaminas. H1Rs: receptores H1 de histamina; 5-HTRs: receptores de serotonina; DARs: receptores dopamínergicos; ADRs: receptores adrenérgicos.



Fonte: Autoral (2025).

2. Antagonistas do receptor de monoamina

Essa classe inclui os fármacos mirtazapina, trazodona e mianserina (Raison *et al.*, 2023). Seu mecanismo de ação baseia-se principalmente no bloqueio de receptores α_2 -adrenérgicos pré-sinápticos e dos receptores serotoninérgicos 5-HT_{2A} e 5-HT₃, o que resulta no aumento da liberação de serotonina e noradrenalina na fenda sináptica, além da redução de efeitos adversos associados à superativação de determinados receptores serotoninérgicos (Raison *et al.*, 2023; Marx *et al.*, 2023). Ademais, esses fármacos apresentam ação antagonista sobre os receptores histamínicos H₁, o que explica o

efeito sedativo frequentemente observado (Katzung; Trevor, 2015; Raison *et al.*, 2023). Dentre esses antidepressivos, a mirtazapina destaca-se por apresentar início de ação mais rápido e perfil de efeitos adversos relativamente mais brando em comparação aos demais fármacos da classe (Raison *et al.*, 2023).

3. Inibidores da Monoamino-Oxidase (IMAOs)

Os Inibidores da Monoamino-Oxidase (IMAOs) foram introduzidos como antidepressivos; contudo, acabaram sendo superados por outros fármacos, cujas eficárias

clínicas foram consideradas superiores e cujos efeitos adversos se mostraram menos expressivos em comparação aos dos IMAOs. A Monoamino-Oxidase (MAO) pode ser encontrada em diversos tecidos do organismo, mas, nas terminações nervosas, essa enzima regula a concentração intraneuronal livre de Noradrenalina (NE), Serotonina (5-HT) e Dopamina (DA), elevando a concentração citoplasmática dessas monoaminas nas terminações nervosas, sem afetar de forma significativa o conteúdo das vesículas sinápticas liberadas por estimulação nervosa (Katzung; Trevor, 2015; Raison *et al.*, 2023).

Nesse grupo, os principais exemplos de fármacos são a fenelzina, a traniccipromina e a iproniazida (Marx *et al.*, 2023; Raison *et al.*, 2023). Inicialmente, esses medicamentos atuavam como inibidores irreversíveis, não competitivos e não seletivos da enzima monoamino-oxidase, isto é, sem distinção entre as duas isoenzimas principais, MAO-A e MAO-B, o que aumentava o risco de efeitos indesejados (Raison *et al.*, 2023).

Posteriormente, identificou-se que os principais substratos da isoenzima MAO-A são a NE e a 5-HT; por essa razão, sua inibição seletiva está mais associada aos efeitos antidepressivos do que a inibição da MAO-B, o que impulsionou o desenvolvimento dos inibidores reversíveis seletivos da MAO-A (Raison *et al.*, 2023; Suchting *et al.*, 2021). A moclobemida é o principal representante dessa

subclasse, sendo amplamente utilizada no tratamento do Transtorno Depressivo Maior (Katzung; Trevor, 2015; Raison *et al.*, 2023).

Os efeitos dos IMAOs sobre o metabolismo das monoaminas desenvolvem-se de forma relativamente rápida e, quando comparados aos dos Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRSs) e aos Antidepressivos Tricíclicos (ADTs), promovem uma reversão mais célere dos sintomas depressivos (Katzung; Trevor, 2015; Raison *et al.*, 2023). Em geral, o efeito de uma única dose pode persistir por vários dias (Cui *et al.*, 2024; Raison *et al.*, 2023; Suchting *et al.*, 2021). Entretanto, trata-se de uma classe associada a elevado risco de interações medicamentosas e a um amplo espectro de efeitos adversos, o que justifica sua menor utilização na prática clínica atual (David; Gourion, 2016; Raison *et al.*, 2023).

4. Agonista do receptor de melatonina

A agomelatina é o principal representante dessa classe, atuando como agonista dos receptores de melatonina MT1 e MT2 (Raison *et al.*, 2023). Esse fármaco é indicado para o tratamento da depressão grave associada a distúrbios do ritmo circadiano (Marx *et al.*, 2023; Raison *et al.*, 2023).

A eficácia clínica dos fármacos antidepressivos é limitada e influenciada por múltiplas variáveis biológicas, incluindo

fatores genéticos e epigenéticos, bem como por fatores sociais, como eventos de estresse e trauma (Cui *et al.*, 2024; Marx *et al.*, 2023; Raison *et al.*, 2023). Em adultos e idosos, os antidepressivos apresentam taxas de eficácia relativamente semelhantes; contudo, a agomelatina, a amitriptilina, o escitalopram, a mirtazapina, a paroxetina, a venlafaxina e a vortioxetina demonstram efeitos clínicos mais robustos (Cipriani *et al.*, 2018).

Cabe destacar que a fluoxetina é o único antidepressivo que apresenta evidência consistente de eficácia em crianças e adolescentes, demonstrando melhor resposta terapêutica, com redução ou remissão dos sintomas depressivos nesse grupo etário (Correll *et al.*, 2021). Entretanto, recomenda-se que sua administração seja associada à psicoterapia (Correll *et al.*, 2021; Marx *et al.*, 2023). Nesse contexto, as abordagens psicoterapêuticas configuram-se como importantes aliadas no manejo do Transtorno Depressivo Maior (TDM), destacando-se a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), a Terapia Interpessoal e a Ativação Comportamental (Lam *et al.*, 2024).

A vortioxetina é um antidepressivo de desenvolvimento mais recente, cuja atuação é considerada multimodal, combinando a inibição da recaptação da serotonina com o agonismo parcial e o antagonismo de diferentes receptores serotoninérgicos (Gonda; Sharma; Tarazi, 2018).

Um dos principais desafios na avaliação da resposta ao tratamento com antidepressivos convencionais refere-se à ausência de marcadores laboratoriais capazes de evidenciar seus efeitos em pacientes deprimidos, o que torna necessário o direcionamento terapêutico baseado exclusivamente em informações clínicas (Marx *et al.*, 2023). Ademais, os mecanismos responsáveis pelo retardo da resposta terapêutica aos fármacos ainda não estão completamente elucidados, constituindo um fator limitante para o desenvolvimento de medicamentos que promovam resultados mais rápidos e seguros no tratamento do Transtorno Depressivo Maior (Lam *et al.*, 2024; Marx *et al.*, 2023; Raison *et al.*, 2023).

EFEITOS COLATERAIS E INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS

Os efeitos adversos mais comuns produzidos pelos antidepressivos incluem náuseas, diarreia, sudorese, agitação, perda da libido, disfunção sexual e confusão mental,

porém alguns dos efeitos indesejados serão provocados por algumas classes específicas (Kuhn *et al.*, 2015; Marx *et al.*, 2023; Raison *et al.*, 2023). Os dados mais atuais sugerem

que 43% dos pacientes com TMD apresentam efeitos adversos, o que implica na descontinuação do tratamento (Kearns *et al.*, 2022). Os ADTs causam sedação, falta de coordenação motora, hipotensão postural, constipação e efeitos atropínicos – visão embaçada, boca seca e retenção urinária (Kuhn *et al.*, 2015; Raison *et al.*, 2023). Entretanto, sua contraindicação mais grave se deve ao causar toxicidade aguda, especialmente cardiotoxicidade, resultando em arritmias ventriculares e aumentando o risco de morte súbita de causa cardíaca (Lam *et al.*, 2024; Raison *et al.*, 2023). Somado a isso, o fato de possuírem estreita janela terapêutica aumenta o risco de superdosagem e pode levar a episódios de mania, convulsões, tonturas, delírios e comportamento suicida (Kuhn *et al.*, 2015; Raison *et al.*, 2023). Por último, essa classe de fármacos antidepressivos é passível de interagir com outras drogas, como álcool e anestésicos, e sua administração combinada com IMAOs também deve ser evitada devido ao surgimento de crises hipertensivas (Croatto *et al.*, 2022; Raison *et al.*, 2023).

Para além dos principais efeitos dos antidepressivos, os ISRSs provocam anorexia, insônia e frigidez (Raison *et al.*, 2023). Sua associação com IMAOs ou ADTs é perigosa por contribuir para a “síndrome serotoninérgica”, caracterizada por tremores, hipertermia e colapso cardiovascular (Cui *et al.*, 2024; Raison *et al.*, 2023). É contraindicado para crianças e adolescentes,

visto que aumenta a incidência de pensamentos suicidas no início do tratamento (Raison *et al.*, 2023). O uso crônico de fluoxetina e em altas doses, acima de 5 microgramas, produz sinalizações celulares e induz a expressão gênica de fatores moleculares que contribuem para efeitos depressivos (Lewis *et al.*, 2021). Os IRSNs provocam cefaleia, tontura e perda de apetite e, em superdosagem, depressão do SNC, convulsões e toxicidade hepática (Kuhn *et al.*, 2015; Raison *et al.*, 2023). Enquanto os inibidores da recaptação de noradrenalina e os inibidores da recaptação de noradrenalina e dopamina são associados ao aumento de comportamento ansioso, dor de cabeça e desordens gastrointestinais, como constipação e gases (Kuhn *et al.*, 2015; Marx *et al.*, 2023).

Os IMAOs produzem hipotensão e efeitos atropínicos, além de aumento de apetite, levando ao ganho de peso (Kuhn *et al.*, 2015; Marx *et al.*, 2023; Raison *et al.*, 2023). A estimulação excessiva do sistema nervoso central causada por esses medicamentos pode ocasionar efeitos motores, como tremores, e insônia; em superdosagem, pode também contribuir para a incidência de convulsões (Marx *et al.*, 2023; Raison *et al.*, 2023). Apesar de raros, existem relatos de hepatotoxicidade envolvendo os IMAOs (Raison *et al.*, 2023). Como a MAO é uma enzima presente em diversos tecidos, sua consequência indesejada mais grave é a interação da monoamino-oxidase com alimentos e fármacos em outras partes do organismo humano, o que amplia

susas contraindicações (Edinoff *et al.*, 2022; Raison *et al.*, 2023).

A “reação ao queijo” é desencadeada pela inibição da MAO e ocorre após a ingestão de aminas simpatomiméticas de ação indireta, sobretudo a tiramina, substância capaz de estimular o sistema nervoso simpático e elevar a pressão arterial (Edinoff *et al.*, 2022; Katzung; Trevor, 2015; Marx *et al.*, 2023; Raison *et al.*, 2023). Normalmente, a tiramina é metabolizada pela MAO presente no intestino e no fígado, de modo que apenas uma pequena fração alcança a circulação sistêmica. Contudo, quando a MAO está inibida, essa metabolização não ocorre; assim, a tiramina absorvida exerce seu efeito simpaticomimético de forma intensa, provocando aumento abrupto da pressão arterial e cefaleia latejante severa, podendo, em casos extremos, evoluir para hemorragia intracraniana (Raison *et al.*, 2023; Suchting *et al.*, 2021).

Os IMAOs reversíveis e seletivos para a MAO-A minimizam esses efeitos colaterais, constituindo uma alternativa terapêutica relevante para pacientes com depressão resistente e boa tolerabilidade aos IMAOs (Suchting *et al.*, 2021). A associação de IMAOs com ADTs ou ISRSs também potencializa os efeitos cardiovasculares e a ocorrência da “síndrome serotoninérgica”, além de produzir excitação e comportamentos hiperativos (Edinoff *et al.*, 2022; Raison *et al.*, 2023). O uso simultâneo de IMAOs e analgésicos, como a petidina, pode causar hiperpirexia intensa, agitação e hipotensão (Edinoff *et al.*, 2022). Ainda, a combinação de IMAOs com antibióticos, antipsicóticos ou descongestionantes nasais é contraindicada (Edinoff *et al.*, 2022). A Tabela 1 resume os efeitos adversos causados por antidepressivos e as interações farmacológicas a serem evitadas.

Tabela 1 - Efeitos adversos e interações medicamentosas causadas por antidepressivos.

Classe do medicamento	Efeitos adversos comuns	Interações medicamentosas
Antidepressivos tricíclicos (ADTs)	Sedação, falta de coordenação motora, hipotensão postural, constipação, efeitos atropínicos, cardiotoxicidade, convulsão, tonturas, delírios e comportamento suicida	Combinações com IMAOs ou ISRSs devem ser evitadas. Álcool e anestésicos são, também, contraindicados
Inibidores seletivos da recaptura de serotonina (ISRSs)	Disfunção sexual, náuseas, frigidez, anorexia e frigidez	Sua interação com IMAOs ou ADTs provocam a “síndrome serotoninérgica”
Inibidores da recaptação de serotonina e noradrenalina (IRSNs)	Tontura, disfunção sexual, cefaleia, hepatotoxicidade, perda de apetite e convulsões	Possui poucas interações com outros fármacos comparados aos ADTs e aos ISRSs, entretanto também são contraindicados com IMAOs
Inibidores da recaptação de noradrenalina e dopamina	Aumento de comportamento ansioso, agitação, dor de cabeça e desordens gastrointestinais	Evitar administração combinada com IMAOs
Inibidores da recaptação de noradrenalina (IRNEs)	Sonolência, distúrbios gastrointestinais e insônia	Não devem ser administrados com IMAOs, álcool, benzodiazepínicos, antifúngicos e anti-histamínicos

Antagonistas do receptor de monoaminas	Sonolência, boca seca e aumento do apetite	Contraindicados quando combinados com benzodiazepínicos, alguns antifúngicos e antivirais
Inibidores da monoamino oxidase (IMAOs)	Hipotensão, efeitos atropínicos, tremores, insônia, convulsões, crises hipertensivas, cefaleia latejante, hemorragia intracraniana e comportamentos hiperativos	O uso combinado com ADTs ou ISRS pode potencializar os efeitos cardiovasculares. Devem-se evitar a administração simultânea com antipsicóticos e descongestionantes nasais, além de alguns analgésicos e antibióticos. Sua interação com alguns alimentos pode ser perigosa (tiramina)
Agonista do receptor de melatonina	Eczema, parestesia e prurido	Devem ser evitados com medicamentos que também potencializam sua ação sedativa
Multimodais	Náuseas, diarreia e tonturas	Devem ser administrados em doses mais baixas quando associados aos ISRSs ou IRNEs

Fonte: Autoral (2025).

MANEJO DE CASOS RESISTENTES

Estima-se que 30 a 40% dos pacientes com Transtorno Depressivo Maior não respondem aos antidepressivos convencionais, e por isso evidenciam casos de Depressão Resistente ao Tratamento, o que diminui as chances de remissão dos sintomas e afeta o bem-estar físico e mental do indivíduo (Kuhn *et al.*, 2015). Não há ainda uma definição consensual de Depressão Resistente ao Tratamento (Sanches; Quevedo; Soares, 2021). Alguns estudos consideram a falha em responder a, pelo menos, dois medicamentos antidepressivos dentro de um período de 6 a 8 semanas de administração em doses adequadas, enquanto outros analisam a falha de um, três ou até cinco fármacos na remissão dos sintomas (Sanches; Quevedo; Soares, 2021).

Além disso, tem-se estudado a rapidez de resposta dos pacientes com DRT aos antidepressivos, prolongando-se as semanas de administração. Observou-se que 20% dos indivíduos que não apresentaram melhora nas primeiras quatro semanas de tratamento responderam entre a quinta e a oitava semana, enquanto 10% responderam à terapia somente após a nona semana (Henssler *et al.*, 2018). Na prática, essa estratégia diante de casos de DRT não é considerada ideal, visto que os pacientes priorizam a rapidez na reversão dos sintomas, e a demora na resposta terapêutica pode ser um fator determinante para a descontinuação da medicação.

A troca de medicamentos, visando fármacos com mecanismos de atuação distintos do utilizado anteriormente, ou a combinação de antidepressivos com o objetivo

de ampliar o espectro de ação farmacológica, não se mostram como intervenções terapêuticas com resultados consistentes. Além disso, poucos estudos clínicos controlados discutem essas medidas como efetivas em casos de depressão resistente ao tratamento, sendo necessário o monitoramento cauteloso dos indivíduos com DRT quando tais estratégias são aplicadas (Bschor *et al.*, 2018).

Antipsicóticos de segunda geração, especialmente a quetiapina, assim como ansiolíticos, podem ser utilizados para potencializar a chance de resposta terapêutica em pacientes que não respondem inicialmente à farmacoterapia convencional com antidepressivos (Fugger *et al.*, 2022; McIntyre *et al.*, 2023; Raison *et al.*, 2023). Contudo, os resultados relacionados a essa estratégia ainda são conflitantes, em razão da escassez de estudos randomizados que considerem adequadamente os diferentes vieses, o que dificulta conclusões mais abrangentes acerca do uso de outros fármacos no tratamento da depressão resistente, considerando fatores populacionais e individuais (McIntyre *et al.*, 2023). Em alguns países, a prescrição combinada já é uma prática consolidada, direcionada ao manejo de sintomas específicos da depressão e da ansiedade (Fugger *et al.*, 2022; McIntyre *et al.*, 2023). De modo geral, a combinação de antidepressivos com antipsicóticos de segunda geração ou ansiolíticos pode constituir uma alternativa terapêutica, embora seus efeitos a longo prazo

ainda não estejam plenamente esclarecidos, o que reforça a necessidade de monitoramento contínuo da tolerabilidade e dos efeitos adversos associados a essa abordagem farmacológica (Henssler *et al.*, 2018).

Fármacos mais recentes têm ampliado as perspectivas para o tratamento da depressão resistente. Substâncias que têm os receptores NMDA, N-metil-D-aspartato, como alvo de ação, como a cetamina, representam uma alternativa aos tratamentos antidepressivos convencionais (McIntyre *et al.*, 2023). A cetamina é administrada por via intravenosa e atua como um antidepressivo de ação rápida e sustentada, por meio do bloqueio dos receptores NMDA e da ativação dos receptores AMPA, receptores do ácido alfa-amino-3-hidroxi-5-metil-4-isoxazol-propiônico, promovendo modulação glutamatérgica, aumento da conectividade sináptica e reparo de dendritos neuronais, além de contribuir para a reversão do comportamento depressivo (Rang; Ritter, 2015). Seu enantiômero, a escetamina, apresenta maior eficácia quando administrado por via intranasal, mantendo o mesmo mecanismo de ação (McIntyre *et al.*, 2023; Rang; Ritter, 2015). Estudos indicam que a administração de cetamina associada a antidepressivos pode ser mais eficaz do que sua combinação com antipsicóticos de segunda geração (McIntyre *et al.*, 2023). Apesar das evidências favoráveis, ainda são necessários estudos adicionais para elucidar suas contraindicações e reações adversas, sobretudo

no que se refere aos efeitos a longo prazo (McIntyre *et al.*, 2023; Raison *et al.*, 2023; Rang; Ritter, 2015).

Outros candidatos ainda em investigação para o tratamento do Transtorno Depressivo Maior incluem a psilocibina e a N,N-dimetiltriptamina, DMT. Embora sejam classificadas como substâncias psicodélicas, estudos clínicos têm demonstrado perfis de segurança favoráveis e resultados terapêuticos promissores. A psilocibina, que atua como agonista dos receptores serotoninérgicos 5-HT1A e 5-HT2A, tem apresentado efeitos rápidos e duradouros em pacientes com depressão resistente, sem registro de eventos adversos graves em estudos clínicos de fase II

(Moser *et al.*, 2022; Verkhratsky *et al.*, 2021), configurando-se como um potencial candidato terapêutico futuro.

A DMT, por sua vez, também tem demonstrado resultados positivos e seguros, especialmente quando administrada por via inalatória (Falchi-Carvalho *et al.*, 2025). Essa substância modula a recaptação de monoaminas, interage com transportadores e receptores monoaminérgicos, influencia a sinalização glutamatérgica e promove neuroplasticidade, mecanismos que, em conjunto, podem contribuir para a remissão dos sintomas do Transtorno Depressivo Maior (Falchi-Carvalho *et al.*, 2025; Rang; Ritter, 2015).

CONCLUSÃO

A atual disponibilidade de antidepressivos tem contribuído para melhores prognósticos, tratamentos mais seguros e para o aumento da qualidade de vida de pacientes com Transtorno Depressivo Maior. O desenvolvimento de fármacos voltados para esse fim, fundamentado nas diversas etiologias da depressão clínica, permite a adoção de tratamentos com diferentes mecanismos de ação e taxas de eficácia mais elevadas, ampliando as chances de remissão dos sintomas.

Os principais desafios relacionados à farmacoterapia da depressão clínica ainda

envolvem os efeitos colaterais produzidos por esses medicamentos, considerando fatores como dosagem e exposição crônica, bem como a ocorrência de casos resistentes ao tratamento. No que se refere à resistência terapêutica, a ampliação da compreensão acerca de novas hipóteses etiológicas do Transtorno Depressivo Maior tem impulsionado o estudo de novos alvos farmacológicos, possibilitando avanços no manejo de quadros resistentes.

Todavia, é importante destacar que, para além da farmacoterapia, devem ser consideradas abordagens combinadas, como a psicoterapia, a prática de exercícios físicos e as

técnicas de estimulação cerebral e de neuroestimulação.

REFERÊNCIAS

- BSCHOR, T. et al. Switching the antidepressant after nonresponse in adults with major depression: a systematic literature search and meta-analysis. **J Clin Psychiatry**, v. 79, n. 1, p. 16r10749, 2018.
- CIPRIANI, A. et al. Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. **The Lancet**, v. 391, n. 10128, p. 1357-1366, 2018.
- CORRELL, C. U. et al. Efficacy and acceptability of pharmacological, psychosocial, and brain stimulation interventions in children and adolescents with mental disorders: an umbrella review. **World Psychiatry**, v. 20, n. 2, p. 244-275, 2021.
- CROATTO, G. et al. The impact of pharmacological and non-pharmacological interventions on physical health outcomes in people with mood disorders across the lifespan: An umbrella review of the evidence from randomised controlled trials. **Molecular psychiatry**, v. 28, n. 1, p. 369-390, 2023.
- CUI, L. et al. Major depressive disorder: hypothesis, mechanism, prevention and treatment. **Signal transduction and targeted therapy**, v. 9, n. 1, p. 30, 2024.
- DAVID, D. J.; GOURION, D. Antidepressant and tolerance: determinants and management of major side effects. **L'encephale**, v. 42, n. 6, p. 553-561, 2016.
- EDINOFF, A. N. et al. Clinically relevant drug interactions with monoamine oxidase inhibitors. **Health psychology research**, v. 10, n. 4, p. 39576, 2022.
- FALCHI-CARVALHO, M. et al. Rapid and sustained antidepressant effects of vaporized N, N-dimethyltryptamine: a phase 2a clinical trial in treatment-resistant depression. **Neuropsychopharmacology**, p. 1-9, 2025.
- FUGGER, G. et al. Evidence on sociodemographic and clinical correlates of antidepressant combination or augmentation with second-generation antipsychotics in major depressive disorder. **Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry**, v. 114, p. 110480, 2022.
- GONDA, X.; SHARMA, S. R.; TARAZI, F. I. Vortioxetine: a novel antidepressant for the treatment of major depressive disorder. **Expert opinion on drug discovery**, v. 14, n. 1, p. 81-89, 2019.
- HENSSLER, J. et al. Trajectories of acute antidepressant efficacy: how long to wait for response? A systematic review and meta-analysis of long-term, placebo-controlled acute treatment trials. **The journal of clinical psychiatry**, v. 79, n. 3, p. 7043, 2018.
- KATZUNG, B.; TREVOR, A. J. **Basic and Clinical Pharmacology**. 13. ed. New York: McGraw-Hill, 2015.
- KAUTZKY, A. et al. A new prediction model for evaluating treatment-resistant depression. **The Journal of Clinical Psychiatry**, Memphis, v. 78, n. 2, p. 215–222, 3 jan. 2017.
- KEARNS, B. et al. The incidence and costs of adverse events associated with antidepressants: results from a systematic review, network meta-analysis and multi-country economic model. **Neuropsychiatric disease and treatment**, v. 18, p. 1133, 2022.
- KUHN, M. et al. The SIDER database of drugs and side effects. **Nucleic acids research**, v. 44, n. D1, p. D1075-D1079, 2016.
- LAM, R. W. et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2023 Update on Clinical Guidelines for Management of Major Depressive Disorder in Adults: Réseau canadien pour les traitements de l'humeur et de l'anxiété (CANMAT) 2023: Mise à jour des lignes directrices cliniques pour la prise en charge du trouble dépressif majeur chez les adultes. **The Canadian Journal of Psychiatry**, v. 69, n. 9, p. 641-687, 2024.
- LEWIS, G. et al. Maintenance or discontinuation of antidepressants in primary care. **New England Journal of Medicine**, v. 385, n. 14, p. 1257-1267, 2021.

- LI, B. et al. Biphasic regulation of caveolin-1 gene expression by fluoxetine in astrocytes: opposite effects of PI3K/AKT and MAPK/ERK signaling pathways on c-fos. **Frontiers in cellular neuroscience**, v. 11, p. 335, 2017.
- LI, Z. et al. Fluoxetine improves behavioural deficits induced by chronic alcohol treatment by alleviating RNA editing of 5-HT2C receptors. **Neurochemistry international**, v. 134, p. 104689, 2020.
- MARX, W. et al. Major depressive disorder. **Nature Reviews Disease Primers**, v. 9, n. 1, p. 44, 2023.
- MCINTYRE, R. S. et al. Treatment-resistant depression: definition, prevalence, detection, management, and investigational interventions. **World psychiatry**, v. 22, n. 3, p. 394-412, 2023.
- MOSER, S. S. et al. Epidemiology of treatment resistant depression among major depressive disorder patients in Israel. **BMC psychiatry**, v. 22, n. 1, p. 541, 2022.
- RAISON, C. L. et al. Single-dose psilocybin treatment for major depressive disorder: a randomized clinical trial. **Jama**, v. 330, n. 9, p. 843-853, 2023.
- RANG, H. P.; RITTER, J. M. Rang & Dale: **Farmacologia**. 8. ed. St. Louis: Elsevier Mosby, 2015.
- SANCHES, M.; QUEVEDO, J.; SOARES, J. C. New agents and perspectives in the pharmacological treatment of major depressive disorder. **Progress in neuro-psychopharmacology and biological psychiatry**, v. 106, p. 110157, 2021.
- SUCHTING, R. et al. Revisiting monoamine oxidase inhibitors for the treatment of depressive disorders: A systematic review and network meta-analysis. **Journal of Affective Disorders**, v. 282, p. 1153-1160, 2021.
- VERKHRATSKY, A. et al. Astroglial serotonin receptors as the central target of classic antidepressants. In: **Astrocytes in Psychiatric Disorders**. Cham: Springer International Publishing, 2021. p. 317-347.
- VON ROTZ, R. et al. Single-dose psilocybin-assisted therapy in major depressive disorder: A placebo-controlled, double-blind, randomised clinical trial. **EClinicalMedicine**, v. 56, 2023.
- ZOHAR, J.; LEVY, D. M.. Neuroscience-based nomenclature of psychotropics: progress report. **Eur Neuropsychopharmacol**, v. 57, n. 36, p. 8, 2022.

Capítulo 08

FITOTERÁPICOS NA REDUÇÃO DOS SINTOMAS DEPRESSIVOS

Capítulo 08: Fitoterápicos na Redução dos Sintomas Depressivos. Em: Neurociência do Transtorno Depressivo Maior - Uma Imersão Nos Processos Neurobiológicos e no Cuidado Multidisciplinar. Editora Humanize, 2026. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.18500843>

Camilla de Andrade Tenorio Cavalcanti

Doutora em Biociência Animal pela Universidade Federal Rural de Pernambuco (UFRPE);

Maria Clara Machado Alonso de Araújo

Discente do Curso de Psicologia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

Caio Victor Barros Gonçalves da Silva

Mestrando em Ciências Biológicas na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

Vanessa Ribeiro Leite Celestino

Mestranda em Bioquímica e Fisiologia na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

INTRODUÇÃO

A fitoterapia é compreendida como a prática terapêutica que se utiliza de plantas, sem o processo de isolamento de seus constituintes ativos, com finalidade medicinal. O uso de plantas medicinais para a cura de enfermidades é uma prática desenvolvida desde os primórdios da história humana, sendo exercida há milhares de anos, principalmente nos países do Oriente Médio e da Ásia (Veloso *et al.*, 2023).

Os fitoterápicos no Brasil ganharam destaque a partir da década de 1980, quando foram implementadas políticas e resoluções que regulamentaram seu uso na rede pública de saúde. A Resolução da Comissão

Interministerial de Planejamento e Coordenação (Ciplan), de 1988, constituiu um marco nesse processo ao estabelecer normas para a prática da fitoterapia nos serviços públicos, criando procedimentos específicos para sua utilização em unidades médicas assistenciais. Essas iniciativas impulsionaram a pesquisa e a aplicação clínica dos fitoterápicos, garantindo maior segurança e eficácia na sua prescrição e uso (Galucio *et al.*, 2021; Veloso *et al.*, 2023).

O Brasil se destaca no cenário mundial da fitoterapia devido à sua rica biodiversidade e ao conhecimento tradicional associado ao uso de plantas medicinais. A valorização

desses saberes populares, aliada ao avanço tecnológico e científico, foi de grande importância para validar as propriedades terapêuticas das mais variadas espécies de plantas. Em 2009, o Ministério da Saúde publicou a Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS (RENISUS), contendo 71 espécies nativas priorizadas para pesquisa e investimentos. A lista visa fortalecer a comprovação científica da eficácia e segurança dessas plantas, permitindo seu uso seguro em diferentes formas, como material *in natura*, planta desidratada e medicamentos manipulados ou manufaturados (Galucio *et al.*, 2021; Veloso *et al.*, 2023).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, de 65% a 80% da população dos países em desenvolvimento utilizam plantas medicinais como principal forma de tratamento. Além disso, o uso de fitoterápicos vem aumentando em diversas regiões do mundo, uma vez que apresentam eficácia terapêutica e menor risco de efeitos colaterais quando comparados a medicamentos convencionais (Carvalho; Leite; Costa, 2021; Pacheco *et al.*, 2021; Dobrek; Głowacka, 2023).

No contexto dos transtornos mentais, os fitoterápicos *Valeriana officinalis*, *Passiflora incarnata*, *Melissa officinalis*,

Matricaria recutita, *Ginkgo biloba*, *Rhodiola rosea*, *Hypericum perforatum* e *Piper methysticum* destacam-se, uma vez que existem diversos estudos clínicos que indicam sua efetividade, diferentemente de outras plantas medicinais que ainda não tiveram sua eficácia comprovada ou que se encontram em fases iniciais de investigação científica (Carvalho; Leite; Costa, 2021; Pacheco *et al.*, 2021).

O tratamento da depressão, especificamente, envolve métodos farmacológicos e não farmacológicos, incluindo técnicas psicoterapêuticas, havendo uma tendência ascendente no número de prescrições de antidepressivos em nível mundial. Diante do uso elevado desses medicamentos e de seus possíveis efeitos colaterais, a utilização de fitoterápicos no tratamento da depressão tem sido cada vez mais explorada (Dobrek; Głowacka, 2023). Dessa forma, o emprego de medicamentos fitoterápicos como alternativa terapêutica para a depressão vem crescendo progressivamente devido a diversos fatores, entre eles o custo mais acessível e o menor risco de efeitos adversos. Assim, ao longo deste capítulo, serão abordados alguns dos principais fitoterápicos utilizados no tratamento da depressão.

FITOTERÁPICOS INVESTIGADOS PARA O TRATAMENTO DA DEPRESSÃO

Crocus sativus

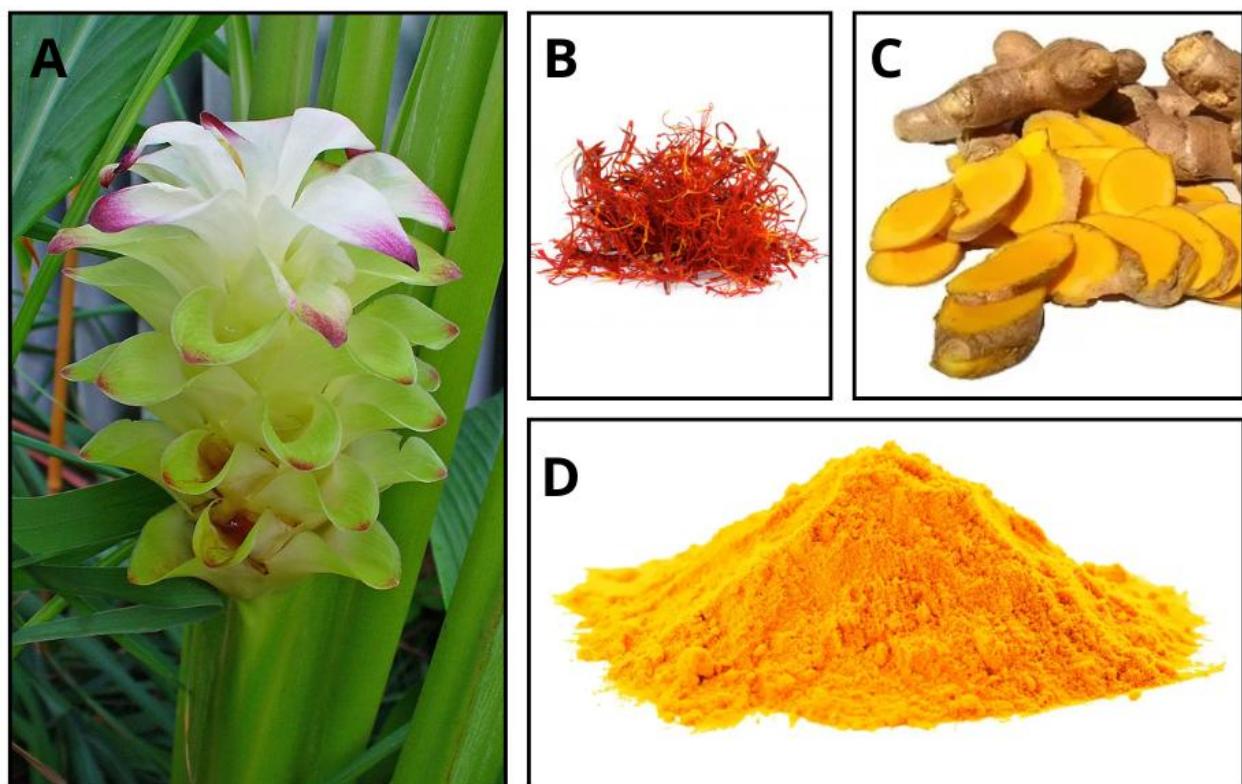
Crocus sativus é uma planta medicinal aromática mítica cujos estigmas fornecem o açafrão, também chamado de “ouro vermelho”. Originalmente, foi cultivada no Oriente e no Oriente Médio e, atualmente, os principais produtores mundiais de açafrão são Irã, Grécia, Marrocos, Espanha e Índia. Pertencente à família *Iridaceae*, trata-se de uma planta perene e bulbosa que pode atingir até 30 cm de altura, possui folhas longas e finas e flores em forma de taça, de coloração púrpura ou roxa (El Midaoui *et al.*, 2022).

O açafrão corresponde ao estigma seco, partes semelhantes a fios, da flor *Crocus sativus* L., e apresenta uma longa história de uso como tempero, corante e medicamento. Estima-se que cerca de 36.000 flores produzem, em média, meio quilo de estigmas, e que mais de 200.000 estigmas secos, obtidos

de aproximadamente 70.000 flores, resultem em cerca de 500 gramas de açafrão puro. Em razão desse baixo rendimento e do fato de ser amplamente cultivado e colhido manualmente, o açafrão é considerado uma das especiarias mais caras do mundo (Hausenblas *et al.*, 2015).

Além de seu valor tradicional como especiaria e corante, o açafrão apresenta uma longa trajetória de uso medicinal (Figura 01). Na medicina tradicional, é utilizado para aliviar sintomas como cólicas e dores, bem como no tratamento de diversas condições, incluindo asma e outras doenças respiratórias, distúrbios menstruais, doenças hepáticas, doenças inflamatórias, doenças cardíovasculares e doenças neurodegenerativas, como Alzheimer e Parkinson, além de apresentar benefícios relacionados às atividades sexuais (Hausenblas *et al.*, 2015; El Midaoui *et al.*, 2022).

Figura 01 - *Crocus sativus*, o “ouro vermelho”.



A - Planta da *Crocus sativus*; B - Hifas da planta; C - A raiz da planta que é utilizada na produção do pó; D - Açafrão em pó que é utilizado como tempero e na preparação de cápsulas para o seu uso na prática clínica.

Fonte: Autoral (2025).

O açafrão é composto por mais de 150 elementos voláteis e não voláteis, incluindo carotenóides, polifenóis, flavonoides e terpenos, cujas proporções podem variar de acordo com o país de origem. Além disso, é rico em fibras e em vitaminas, como a B1 (riboflavina) e a B2 (tiamina). Dentre seus constituintes, quatro compostos são considerados biologicamente ativos e desempenham funções relevantes:

1. Crocetina

É um carotenoide derivado da zeaxantina, responsável pela coloração amarela do açafrão.

2. Crocina

Corresponde a membros de uma família de moléculas formadas a partir da crocetina, apresentando potente atividade anti-inflamatória e antioxidante, além de contribuir para a coloração amarela característica do açafrão.

3. Picrocrocina

Apocarotenoide responsável pelo sabor característico do açafrão.

4. Safranal

Terpeno com função aldeído que confere o odor específico do açafrão, cuja estrutura

terpênica está associada a propriedades antioxidantes.

Cabe destacar que a crocina e a crocetina são amplamente reconhecidas por suas intensas atividades antioxidantes. Esses compostos atuam na prevenção da geração de radicais livres, na redução da peroxidação lipídica e no aumento dos níveis de glutatona reduzida e de enzimas antioxidantes, incluindo superóxido dismutase, catalase e glutatona peroxidase (El Midaoui *et al.*, 2022).

A crocetina, especificamente, é considerada o principal componente responsável pelas ações antidepressivas do açafrão. Esse composto possui a capacidade de atravessar a barreira hematoencefálica e atingir o sistema nervoso central por difusão transcelular passiva, o que sugere sua eficácia potencial em distúrbios neurodegenerativos (El Midaoui *et al.*, 2022). Estudos indicam, ainda, que o açafrão pode modular os níveis de determinados neurotransmissores cerebrais, incluindo a serotonina, por meio da inibição de sua recaptação, favorecendo sua permanência no cérebro por períodos mais prolongados (Hausenblas *et al.*, 2015).

Diversos estudos investigaram os efeitos do açafrão em comparação com antidepressivos convencionais ou placebo. Os resultados indicaram que a suplementação com açafrão promoveu uma redução significativa dos sintomas depressivos quando comparada

ao placebo. Entretanto, ao se comparar a suplementação com açafrão a antidepressivos, incluindo a fluoxetina, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os tratamentos, sugerindo eficácia terapêutica semelhante. Adicionalmente, os estudos relatam que os antidepressivos convencionais estiveram associados a maior incidência de sedação, cefaleia, boca seca, constipação e disfunção sexual, enquanto o uso do açafrão foi relacionado a uma tendência de aumento da ansiedade, aumento do apetite, náusea e cefaleia quando comparado ao placebo (El Midaoui *et al.*, 2022).

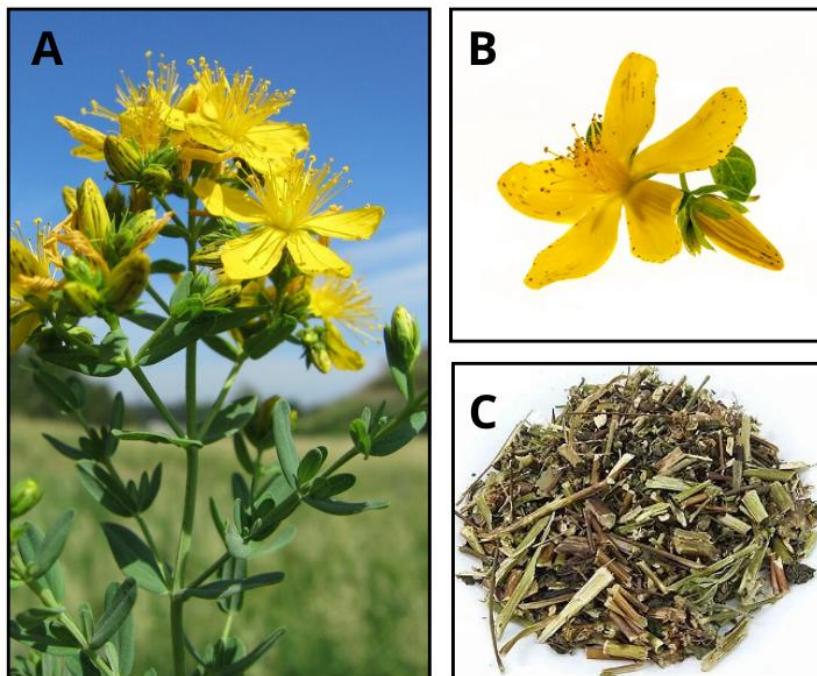
Hypericum perforatum

A *Hypericum perforatum*, comumente conhecida como “Erva-de-São-João”, pertence à família *Hypericaceae* e é originária das regiões temperadas da Eurásia. A *H. perforatum* é uma planta de flores amarelas, cujo nome remonta à tradição greco-cristã, sendo associado a João Batista, uma vez que seu período de floração ocorre por volta do final de junho, época em que se celebra a festividade dedicada a esse santo (Figura 02).

Trata-se de uma planta perene que pode atingir até 100 cm de altura, apresentando caule avermelhado e ramificado, bem como folhas lanceoladas a elípticas, translúcidas e com aspecto perfurado, característica que originou o epíteto específico *perforatum*.

(Canenguez Benitez *et al.*, 2022; Kenda *et al.*, 2022).

Figura 02 - *Hypericum perforatum*, a “Erva-de-São-João”.



A - Planta da *Hypericum perforatum*; B - Flor da planta; C - Matéria-prima para fazer o chá da erva de São João.

Fonte: Autoral (2025).

No geral, a *Hypericum perforatum* é utilizada principalmente no tratamento de uma variedade de condições mentais, como insônia, depressão, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, transtorno de sintomas somáticos, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno obsessivo-compulsivo, entre outras condições clínicas (Canenguez Benitez *et al.*, 2022). A eficácia da Erva-de-São-João já se encontra bem estabelecida no tratamento da depressão moderada a grave. Contudo, apesar das evidências significativas que comprovam sua eficácia em comparação com antidepressivos padrão e com placebo, a efetividade da Erva-de-São-João em longo prazo no tratamento da

depressão ainda não está plenamente elucidada, sendo necessários estudos adicionais para melhor compreensão desse aspecto (Canenguez Benitez *et al.*, 2022).

No que se refere aos efeitos antidepressivos, grande parte das atividades farmacológicas da *Hypericum perforatum* parece estar associada à ação da hipericina, da hiperforina e de determinados flavonoides. Um estudo demonstrou que a ausência de rutina reduziu a eficácia antidepressiva do extrato, enquanto a hiperforina foi o único composto detectado no cérebro de roedores após administração oral de extratos alcoólicos, ao passo que as hipericinas e os flavonoides não

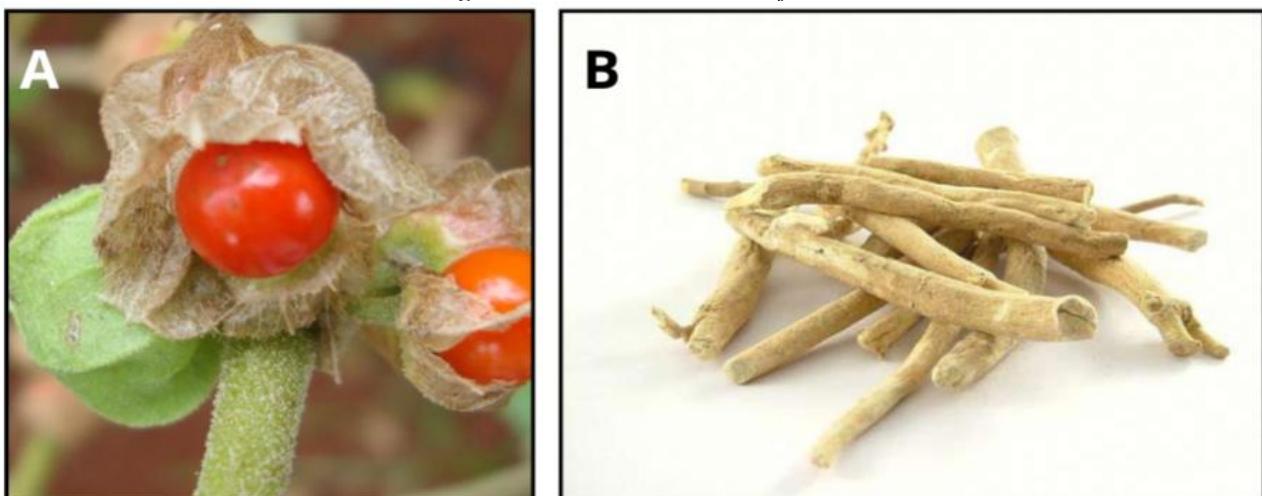
foram identificados. Em modelos animais de depressão induzida pelo teste de natação forçada, a administração de extrato padronizado de *H. perforatum* revelou que os efeitos antidepressivos estavam relacionados à inibição seletiva da recuperação de serotonina (5-HT).

Estudos mais recentes revisaram a espécie e concluíram que a *H. perforatum*, juntamente com seus principais constituintes ativos, hipericina e hiperforina, apresenta propriedades antidepressivas comparáveis às dos antidepressivos tricíclicos e dos inibidores seletivos da recuperação de serotonina. Esses efeitos ocorrem por meio da inibição da enzima monoamina oxidase A, da modulação das concentrações centrais e periféricas de dopamina, serotonina e noradrenalina, do bloqueio da recuperação sinaptossomal de monoaminas, da inibição dos transportadores de monoaminas e da regulação positiva dos receptores 5-HT1A e 5-HT2A (Moragrega; Ríos, 2021).

Withania somnifera

Withania somnifera, conhecida como Ashwagandha, é uma planta da família *Solanaceae* amplamente utilizada na medicina tradicional indiana, especialmente na *Ayurveda*, na qual é classificada como uma erva *Rasayana* (Figura 03). Essa categoria de ervas é reconhecida por suas propriedades rejuvenescedoras e pela capacidade de promover a saúde integral dos tecidos do corpo. Além disso, a Ashwagandha é considerada um adaptógeno, pois auxilia na manutenção da homeostase corporal por meio de respostas complexas que não se restringem a um mecanismo farmacológico específico. Entre seus benefícios mais estudados, destacam-se a melhora da concentração, da memória e do humor, bem como o fortalecimento do organismo contra patógenos e doenças (Speers *et al.*, 2021; Krishnaraju *et al.*, 2023).

Figura 03 - *Withania somnifera*.



A - Fruto da *W. somnifera*; B - Raiz da *W. somnifera*.

Fonte: Autoral (2025).

Conhecida por diversos nomes, como *Indian Winter Cherry* e *Indian Ginseng*, a planta é amplamente cultivada na Índia para uso medicinal em mais de 100 formulações ayurvédicas, *Unani* e *Siddha*. Suas raízes recém-secas constituem o principal componente terapêutico, embora outras partes da planta, como folhas, flores, sementes e frutos, também sejam utilizadas. Estudos pré-clínicos e clínicos investigaram suas aplicações neurofarmacológicas, sugerindo efeitos promissores no tratamento de distúrbios neurodegenerativos, como Alzheimer, Huntington e Parkinson. Um dos usos mais comuns da Ashwagandha é no alívio do estresse, condição que pode impactar negativamente a saúde mental e contribuir para transtornos como ansiedade, depressão e insônia. Seu efeito anti estresse está associado à regulação do eixo Hipotálamo-Hipófise-Adrenal (HPA) e do sistema imunológico, o que pode explicar sua relevância no tratamento

dessas condições (Speers *et al.*, 2021; Krishnaraju *et al.*, 2023).

A *Withania somnifera* foi avaliada quanto à atividade antidepressiva em diversos modelos animais. Esses estudos demonstraram resultados promissores da *W. somnifera* como um agente com atividade antidepressiva, observando-se melhora significativa em testes comportamentais, como o Teste de Natação Forçada, o Teste do Desamparo Aprendido e o Teste de Suspensão da Cauda. Os estudos clínicos ainda são escassos, mas resultados preliminares em pacientes diagnosticados com depressão sugerem que a suplementação pode ser benéfica na redução dos sintomas depressivos. De modo geral, seu efeito antidepressivo tem sido atribuído às atividades antioxidante e serotoninérgica, embora outros mecanismos provavelmente estejam envolvidos (Speers *et al.*, 2021; Gladens-Kolarsky *et al.*, 2024).

Passiflora incarnata L. e Ginkgo biloba

Passiflora incarnata L., conhecida popularmente como passiflora, é uma planta perene nativa da América do Sul, Austrália e Sudeste Asiático. A *Passiflora* pode crescer até 10 m, apresentando frutos comestíveis em forma de ovo. O fruto, de baixa caloria (41–53 kcal/100 g), é uma rica fonte de vitaminas A, C, B1 e B2, bem como de cálcio, fósforo e ferro (Figura 04).

As flores e os frutos são utilizados para fins medicinais, apresentando efeitos anti-helmínticos, antiespasmódicos e ansiolíticos. Além disso, também é empregada como remédio para queimaduras, diarréia, menstruação dolorosa, hemorragias, distúrbios

neuróticos, insônia, tratamento da dependência de morfina, além de poder ser útil em convulsões ou neuralgia (Janda *et al.*, 2020; Nurzyńska-Wierdak, 2024).

A *Passiflora* contém diversas substâncias ativas, incluindo alcalóides, ácidos fenólicos, flavonóides, taninos, esteróis, carotenóides e compostos cianogênicos. Vem sendo utilizada para tratar insônia e transtornos de ansiedade no Brasil, na Europa e nos Estados Unidos; contudo, os estudos desenvolvidos para avaliar seus efeitos antidepressivos ainda se encontram em fases experimentais, principalmente em modelos animais de depressão, embora os resultados já apontem para um efeito significativo (Janda *et al.*, 2020; Nurzyńska-Wierdak, 2024).

Figura 04 - *Passiflora incarnata* L e *Ginkgo biloba*.



A - Fruto e flor da p. incarnata L; B - Folhas do *G. biloba*.

Fonte: Autoral (2025).

Já o *Ginkgo biloba* é uma espécie endêmica e relíquia de vida longa que ocorre

naturalmente apenas na China. Ricas em polifenóis, as folhas de *Ginkgo* constituem a

matéria-prima mais comumente utilizada para a prevenção de doenças neurológicas, cardiovasculares ou hiperglicêmicas, cujos principais constituintes ativos são flavonóides (glicosídeos ginkgo-flavonoides), terpenoides (ginkgolídeos e bilobalídeos), biflavonas e ácidos orgânicos (Figura 04).

A ampla atividade dos extratos se deve à ação sinérgica de todos os seus componentes, incluindo flavonóides, terpenóides, ácidos orgânicos e outros compostos. Devido ao alto conteúdo fenólico, o extrato de *Ginkgo biloba* apresenta intensa atividade redutora de íons de ferro, elevado poder antioxidante, capacidade quelante de cobre e atividade de eliminação de

radicais superóxido (Nurzyńska-Wierdak, 2024).

Esse fitoterápico possui uma longa história de aplicações clínicas no tratamento de distúrbios cerebrais e psiquiátricos, embora o mecanismo crítico de ação permaneça incompletamente compreendido (Nurzyńska-Wierdak, 2024). Contudo, os estudos sobre o uso de *Ginkgo biloba* no tratamento da depressão apresentam resultados inconclusivos, uma vez que as pesquisas relatam benefícios limitados ou ausência de efeitos significativos. Tal variabilidade é atribuída, principalmente, às diferenças na dosagem e na duração das intervenções (Gomes *et al.*, 2022).

EFEITOS ADVERSOS DO USO DE FITOTERÁPICOS

O uso de preparações antidepressivas à base de ervas é caracterizado por maior segurança em comparação aos antidepressivos clássicos. No entanto, todos os agentes medicinais, incluindo preparações à base de ervas, apresentam potenciais efeitos colaterais. O risco de reações adversas aos medicamentos antidepressivos pode ser influenciado por fatores como idade, sexo, genética, estado nutricional, doenças concomitantes e tratamentos em uso pelo paciente (Dobrek; Głowacka, 2023).

Na prática clínica, o reconhecimento dos efeitos adversos da fitoterapia não é

rotineiro, e seus relatos são menos frequentes quando comparados aos medicamentos sintéticos. Em muitos casos, não há dados precisos referentes à dose, ao tempo de uso e ao modo de preparo das preparações fitoterápicas (Dobrek; Głowacka, 2023). A seguir, estão listados os principais efeitos colaterais descritos para fitoterápicos utilizados no tratamento da depressão:

***Hypericum perforatum* (Erva-de-São-João)**

- Efeitos adversos: sintomas gastrintestinais, reações alérgicas, tontura e confusão, cansaço e sedação, boca seca, cefaleia com rubor, midríase, náusea, fotossensibilidade, crise hipertensiva, palpitações e tremor;
- Dose máxima indicada: não especificada na literatura citada.

Crocus sativus (Açafrão)

- Efeitos adversos: erupção cutânea, rubor, hiperidrose, vômito, mal-estar e insônia;
- Dose máxima indicada: a dose usual para humanos é de 1,5 g de açafrão por dia, sendo considerada tóxica a ingestão de doses superiores. A literatura descreve como dose potencialmente letal a ingestão de aproximadamente 20 g por dia.

Erva-cidreira

- A erva-cidreira é geralmente bem tolerada, não apresentando efeitos colaterais relevantes;

- Efeitos adversos: dor de cabeça, vômito, dor abdominal e náusea;
- Dose máxima indicada: não especificada na literatura citada.

Lavanda

- Não foram descritos efeitos adversos significativos associados ao uso de preparações de lavanda em doses consideradas apropriadas.

Ginkgo biloba

- O *Ginkgo biloba* é geralmente bem tolerado, não apresentando efeitos colaterais relevantes na maioria dos usuários;
- Efeitos adversos: dor de cabeça, palpitações cardíacas, distúrbios gastrintestinais, constipação e reações alérgicas cutâneas;
- Dose máxima indicada: a dose máxima recomendada para o extrato de *Ginkgo biloba* é de 240 mg por dia.

A PRESCRIÇÃO DOS FITOTERÁPICOS NO CONTEXTO CLÍNICO

A maioria dos medicamentos fitoterápicos utilizados na fitofarmacologia da depressão consiste em preparações de venda livre ou suplementos alimentares, sendo

geralmente considerados seguros e associados a menor incidência de efeitos colaterais quando comparados aos medicamentos convencionais (Dobrek; Głowacka, 2023).

Nesse contexto, cabe destacar que pesquisas recentes demonstram que o tratamento adjuvante pode aumentar a eficácia dos tratamentos padrão para a depressão, como, por exemplo, o uso de cetamina em associação a Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRSs) ou a combinação de buprenorfina e sanidorfano.

No que se refere às plantas medicinais, estas podem ser co-prescritas em associação com agentes farmacológicos padrão. Como exemplo, a Erva-de-São-João pode potencializar os efeitos serotoninérgicos dos ISRSs. Caso essa associação produza efeitos sinérgicos benéficos, torna-se possível a utilização de doses menores de

antidepressivos, com o objetivo de prevenir ou reduzir efeitos colaterais indesejáveis em pacientes que os apresentam com maior frequência, configurando, assim, um benefício terapêutico adicional.

Entretanto, o efeito oposto também pode ocorrer, isto é, um aumento na frequência ou na intensidade dos efeitos colaterais e adversos. Dessa forma, recomenda-se o uso cauteloso dessas associações, especialmente em regimes combinados, uma vez que ainda são necessários estudos mais amplos e metodologicamente robustos para a adequada exploração dessas possíveis sinergias terapêuticas (Moragrega; Ríos, 2021).

CONCLUSÃO

Existem inúmeros alvos terapêuticos potenciais para mitigar o impacto global significativo da depressão. Apesar das limitações das pesquisas atuais e dos desafios inerentes à condução de ensaios clínicos em larga escala, as plantas medicinais mostram-se

promissoras como fontes valiosas de tratamentos antidepressivos e agentes adjuvantes, oferecendo perspectivas relevantes para o desenvolvimento de abordagens terapêuticas mais eficazes e seguras.

REFERÊNCIAS:

- CANENGUEZ BENITEZ, J. *et al.* Advantages and disadvantages of using St. John's wort as a treatment for depression. **Cureus**, v. 14, n. 9, p. 29468, 2022.
- CARVALHO, L. G.; LEITE, S. C.; COSTA, D. A. F.. Principais fitoterápicos e demais medicamentos utilizados no tratamento de ansiedade e depressão. **Revista de Casos e Consultoria**, v. 12, n. 1, p. e25178-e25178, 2021.
- DOBREK, L.; GŁOWACKA, K.. Depression and its phytopharmacotherapy—a narrative review. **International Journal of Molecular Sciences**, v. 24, n. 5, p. 4772, 2023.
- EL MIDAOUI, A. *et al.* Saffron (*Crocus sativus L.*): A source of nutrients for health and for the treatment of neuropsychiatric and age-related diseases. **Nutrients**, v. 14, n. 3, p. 597, 2022.
- GALUCIO, N. C. R. *et al.* Análise do perfil de segurança de medicamentos fitoterápicos no Brasil: revisão de literatura. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 13, p. e159101320888-e159101320888, 2021.
- GLADEN-KOLARSKY, N. *et al.* *Withania somnifera* (Ashwagandha) Improves Spatial Memory, Anxiety and Depressive-like Behavior in the 5xFAD **Mouse Model of Alzheimer's Disease**. **Antioxidants**, v. 13, n. 10, p. 1164, 2024.
- GOMES, F. C. *et al.* Efetividade das práticas integrativas e complementares no tratamento da depressão no idoso: revisão de escopo. **International Journal of Development Research**, v. 12, n. 10, p. 59859-59865, 2022.
- HAUSENBLAS, H. A. *et al.* A systematic review of randomized controlled trials examining the effectiveness of saffron (*Crocus sativus L.*) on psychological and behavioral outcomes. **Journal of integrative medicine**, v. 13, n. 4, p. 231-240, 2015.
- JANDA, K. *et al.* Passiflora incarnata in neuropsychiatric disorders—a systematic review. **Nutrients**, v. 12, n. 12, p. 3894, 2020.
- KENDA, M. *et al.* Medicinal plants used for anxiety, depression, or stress treatment: An update. **Molecules**, v. 27, n. 18, p. 6021, 2022.
- KRISHNARAJU, A. V. *et al.* Efficacy and anti-inflammatory activity of Ashwagandha sustained-release formulation on depression and anxiety induced by chronic unpredictable stress: In vivo and in vitro studies. **Journal of Experimental Pharmacology**, p. 291-305, 2023.
- MORAGREGA, I.; RÍOS, J. L.. Medicinal plants in the treatment of depression: Evidence from preclinical studies. **Planta medica**, v. 87, n. 09, p. 656-685, 2021.
- NURZYŃSKA-WIERDAK, R.. Plants with Potential Importance in Supporting the Treatment of Depression: Current Trends, and Research. **Pharmaceuticals**, v. 17, n. 11, p. 1489, 2024.
- PACHECO, R. T. *et al.* Uso de plantas medicinais no tratamento da depressão e seus benefícios. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 7, n. 9, p. 643-651, 2021.
- SPEERS, A. B. *et al.* Effects of *Withania somnifera* (Ashwagandha) on stress and the stress-related neuropsychiatric disorders anxiety, depression, and insomnia. **Current neuropharmacology**, v. 19, n. 9, p. 1468-1495, 2021.
- VELOSO, A. R. *et al.* Cultivo e uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, v. 27, n. 1, 2023.

Capítulo 09

PSICOTERAPIAS E APOIO TERAPÉUTICO NO TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR

Capítulo 09: Psicoterapias e apoio terapêutico no Transtorno Depressivo Maior. Em: Neurociência do Transtorno Depressivo Maior - Uma Imersão Nos Processos Neurobiológicos e no Cuidado Multidisciplinar. Editora Humanize, 2026. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.18500847>

Marcela da Cruz Antunes

Discente do Curso de Psicologia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

Wilker Francisco da Silva

Discente do Curso de Medicina pela Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS)

Caio Victor Barros Gonçalves da Silva

Mestrando em Ciências Biológicas na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

Maria Clara Machado Alonso de Araújo

Discente do Curso de Psicologia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

Bruno Vinicius Souza da Silva

Doutorando em Ciências Biológicas na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

INTRODUÇÃO

O Transtorno Depressivo Maior (TDM) é um transtorno complexo e de causas multifatoriais, sendo influenciado por fatores genéticos, ambientais, psicológicos e biológicos. Sua manifestação é caracterizada por sintomas como humor deprimido de forma persistente, perda de interesse ou prazer em atividades cotidianas, alterações no apetite e no sono, fadiga, sentimentos de autodepreciação ou culpa excessiva, dificuldades de concentração e pensamentos recorrentes de morte ou suicídio (APA, 2013).

Trata-se de um transtorno de curso heterogêneo, podendo variar em intensidade, duração e resposta ao tratamento, afetando de maneira profundamente significativa o funcionamento social, ocupacional e pessoal do indivíduo.

A partir disso, estima-se que a depressão atinja cerca de 280 milhões de pessoas em todo o mundo, configurando-se como uma das principais causas de incapacidade global (World Health

Organization, 2023). No Brasil, por sua vez, dados epidemiológicos indicam uma prevalência relevante, com impacto significativo sobre a qualidade de vida da população e sobre os sistemas de saúde pública.

Embora os tratamentos farmacológicos desempenhem papel importante no manejo do TDM, a psicoterapia tem se consolidado como um componente essencial do cuidado clínico, tanto em monoterapia quanto em combinação com antidepressivos (Cuijpers *et al.*, 2023; Sousa *et al.*, 2014). As intervenções

psicoterapêuticas, quando aplicadas de forma adequada e fundamentadas em evidências científicas, contribuem para a redução dos sintomas, a prevenção de recaídas e o fortalecimento dos recursos psicológicos dos pacientes. Dessa forma, este capítulo tem como objetivo apresentar uma revisão crítica das principais abordagens psicoterapêuticas utilizadas no tratamento do TDM, com ênfase em suas técnicas, eficácia clínica e aplicabilidade prática. Assim, torna-se fundamental compreender o papel das intervenções psicoterapêuticas na abordagem integral do TDM.

PSICOTERAPIAS PARA O TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR

As psicoterapias constituem uma das estratégias mais desenvolvidas e eficazes no tratamento do Transtorno Depressivo Maior (TDM), sendo frequentemente recomendadas como intervenção de primeira linha em saúde, de forma isolada ou em combinação com o tratamento farmacológico, sobretudo nos casos leves a moderados (APA, 2013; Cuijpers *et al.*, 2023). Fundamentadas e estruturadas a partir de modelos teóricos da psicologia clínica, as abordagens psicoterapêuticas visam não apenas à redução sintomática, mas também à reestruturação de padrões cognitivos e comportamentais desadaptativos, ao fortalecimento de recursos emocionais voltados à autorregulação e à melhoria global

da funcionalidade do indivíduo.

Entre as modalidades mais amplamente estudadas e aplicadas na prática clínica para o tratamento do Transtorno Depressivo Maior, destacam-se a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), a Terapia Interpessoal (TIP), a Psicoterapia Psicodinâmica e as terapias de terceira geração, como a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) (Sousa *et al.*, 2014; World Health Organization, 2023). Essas abordagens possuem fundamentos teóricos e metodológicos distintos, que influenciam diretamente suas técnicas e metas terapêuticas.

A partir dessa perspectiva, a escolha da abordagem psicoterapêutica mais adequada

deve considerar a natureza e a intensidade dos sintomas, as preferências do paciente, sua história de vida e a disponibilidade de profissionais capacitados. Além disso, a qualidade da relação terapêutica, a motivação do paciente e o contexto psicossocial no qual ele está inserido constituem fatores essenciais que influenciam diretamente a eficácia da intervenção.

Nesse contexto, estudos clínicos controlados demonstram que as psicoterapias apresentam taxas de eficácia comparáveis, e em alguns casos superiores, às dos antidepressivos, especialmente em segmentos

de longo prazo, com menor risco de efeitos colaterais e maior satisfação dos pacientes (Cuijpers *et al.*, 2019). Ademais, a psicoterapia oferece um espaço seguro para a elaboração de conflitos internos, o fortalecimento da regulação emocional e o desenvolvimento de estratégias adaptativas de enfrentamento.

Nas seções seguintes, serão apresentadas de forma mais detalhada as principais abordagens psicoterapêuticas utilizadas no tratamento do TDM, com destaque para seus fundamentos teóricos, técnicas empregadas, evidências de eficácia e aplicabilidade clínica (Figura 01).

Figura 1 - Mapa das Abordagens Psicoterápicas para o TDM.



Fonte: Autoral (2025).

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL (TCC) PARA O TDM

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) é uma das abordagens psicoterapêuticas mais amplamente estudadas e recomendadas para o tratamento do Transtorno Depressivo

Maior (TDM). Essa abordagem tem origem nos estudos do behaviorismo, mas foi desenvolvida de forma mais sistemática, inicialmente, por Aaron T. Beck, na década de

1960. A TCC baseia-se na premissa de que os pensamentos influenciam diretamente as emoções e os comportamentos. No contexto do TDM, esses pensamentos tendem a ser automáticos, distorcidos e disfuncionais, ou seja, alimentam um ciclo de desesperança, desmotivação e retraimento persistente do paciente (Beck *et al.*, 1979).

O tratamento por meio da TCC tem como objetivo central a identificação, nomeação, questionamento e reestruturação de pensamentos disfuncionais que mantêm e intensificam o quadro depressivo (Beck *et al.*, 1979; Dobson, 2019). Para isso, psicólogo e paciente colaboramativamente na análise dos padrões cognitivos desadaptativos, bem como no desenvolvimento de estratégias de enfrentamento mais funcionais da realidade. Nesse processo, as distorções cognitivas mais frequentemente abordadas incluem a generalização excessiva, o pensamento dicotômico e a dificuldade de reconhecer aspectos positivos das situações vivenciadas.

Além da reestruturação cognitiva, que visa reequilibrar a visão de si, do mundo e do futuro, a TCC utiliza técnicas comportamentais, como a ativação comportamental, estratégia voltada ao incentivo do engajamento em atividades que promovam o bem-estar. Essa técnica consiste em estimular, de forma gradual, o envolvimento do paciente em atividades prazerosas e significativas, favorecendo o

retorno progressivo da sensação de competência e prazer, frequentemente comprometidas no TDM (Martinsen, 2008). Tais intervenções buscam romper o ciclo de passividade e evitação, ampliando a percepção de controle pessoal sobre o ambiente e fortalecendo a vivência do momento presente.

Estudos clínicos demonstram de forma consistente que a TCC é eficaz tanto na fase aguda do TDM quanto na prevenção de recaídas, especialmente quando combinada com psicofármacos, como os Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS), em quadros de maior gravidade (Cuijpers *et al.*, 2023; Sousa *et al.*, 2014). A estruturação do processo terapêutico em sessões com objetivos definidos, o uso de tarefas entre sessões e o foco na resolução de problemas contribuem para sua ampla aceitação e replicabilidade clínica.

No contexto da prática profissional, a TCC é considerada uma abordagem baseada em evidências, com manuais e protocolos amplamente validados. Sua eficácia é reconhecida por diversas organizações internacionais, incluindo a Organização Mundial da Saúde (World Health Organization, 2023), como uma das principais linhas de intervenção para a depressão leve a moderada. Por fim, a flexibilidade da TCC permite sua adaptação a diferentes faixas etárias, contextos socioculturais e níveis de gravidade do transtorno, o que a torna uma

ferramenta fundamental no arsenal terapêutico dos profissionais de saúde mental que atuam

com pacientes deprimidos.

TERAPIA INTERPESSOAL, TERAPIA DE ACEITAÇÃO E COMPROMISSO E TERAPIA PSICODINÂMICA PARA O TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR

A Terapia Interpessoal (TIP) é uma abordagem psicoterapêutica de curto prazo que se concentra nas relações interpessoais do indivíduo e na forma como essas relações influenciam e são influenciadas pelo Transtorno Depressivo Maior (TDM). Essa abordagem foi desenvolvida por Gerald Klerman e colaboradores na década de 1970, fundamentando-se na hipótese de que os problemas relacionais constituem um fator significativo no desenvolvimento e na manutenção da depressão. Assim, ao aprimorar as habilidades interpessoais e favorecer a resolução de conflitos emocionais e relacionais, torna-se possível reduzir os sintomas depressivos.

A TIP é estruturada em torno de três componentes principais: (1) a análise do vínculo entre os sintomas depressivos e as dificuldades interpessoais; (2) a identificação e resolução de problemas relacionados a eventos estressantes recentes, como a perda de um ente querido ou o término de um relacionamento; e (3) o aprimoramento das habilidades sociais e de comunicação.

A intervenção possui enfoque no fortalecimento da rede de apoio do paciente,

elemento frequentemente reduzido em indivíduos com TDM, uma vez que estes tendem, de modo geral, ao isolamento social. Evidências científicas indicam que a TIP é eficaz no tratamento do TDM, sobretudo quando combinada ao uso de medicação. A abordagem demonstrou eficácia tanto em estudos controlados quanto na prática clínica (Cuijpers *et al.*, 2016). Além disso, a TIP mostra-se especialmente útil em quadros nos quais o paciente apresenta dificuldades interpessoais marcantes, como em situações de luto ou em relações conjugais conflituosas. Estudos apontam que essa modalidade terapêutica oferece benefícios duradouros para a manutenção do bem-estar, visto que a melhora das habilidades sociais e emocionais pode contribuir para a prevenção de recaídas (Mufson *et al.*, 2004).

A Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) é uma abordagem contextual de terceira geração das terapias comportamentais, fundamentada na teoria da aceitação e do *mindfulness*. Desenvolvida por Steven Hayes na década de 1980, a ACT propõe que o enfrentamento do sofrimento psicológico não ocorre por meio da eliminação dos sintomas, mas pela modificação da forma

como o indivíduo se relaciona com eles. O objetivo central da ACT é ampliar a flexibilidade psicológica, entendida como a capacidade de estar presente no momento atual e agir de acordo com valores pessoais, mesmo diante de experiências emocionais adversas.

No contexto do TDM, a ACT auxilia o paciente a aceitar pensamentos e emoções sem julgamento, em vez de tentar evitá-los ou controlá-los. Dessa forma, o indivíduo aprende a não se identificar com seus sintomas, como tristeza ou desespero, passando a reconhecer os como experiências transitórias. Essa mudança de foco terapêutico, que privilegia a relação com os sintomas em detrimento da tentativa de eliminá-los, tem demonstrado eficácia em diversos estudos, tanto para a depressão quanto para outros transtornos psiquiátricos, como transtornos de ansiedade, estresse pós-traumático e transtornos de personalidade (Hayes *et al.*, 2012).

A ACT também enfatiza a identificação e o compromisso com ações alinhadas aos valores pessoais, o que pode favorecer o aumento do senso de propósito e motivação, aspectos frequentemente comprometidos no TDM. Evidências científicas indicam que a ACT é eficaz no tratamento do Transtorno Depressivo Maior, com estudos demonstrando remissão sintomática e melhora significativa da qualidade de vida, com efeitos sustentados ao

longo do tempo (Cuijpers *et al.*, 2019; Öst *et al.*, 2015).

A Psicoterapia Psicodinâmica, por sua vez, constitui uma abordagem terapêutica derivada da psicanálise, adaptada de forma mais focal e estruturada para o tratamento de transtornos como o Transtorno Depressivo Maior. Fundamentada nos princípios psicanalíticos propostos por Sigmund Freud, mas incorporando reformulações contemporâneas, essa abordagem concentra-se na exploração e compreensão de conflitos inconscientes, experiências passadas e mecanismos de defesa que influenciam o sofrimento psíquico atual do paciente.

No TDM, a psicoterapia psicodinâmica parte do pressuposto de que os sintomas depressivos podem emergir de conflitos não resolvidos da infância ou de padrões relacionais disfuncionais que tendem a se repetir ao longo da vida. Nesse sentido, o objetivo terapêutico consiste em promover a conscientização desses padrões e auxiliar na elaboração de sentimentos e experiências não resolvidos (Shedler, 2010; Fonagy *et al.*, 2002).

Estudos indicam que a psicoterapia psicodinâmica é eficaz na redução dos sintomas do TDM, especialmente quando associada a outras abordagens terapêuticas ou ao tratamento medicamentoso. Embora seus efeitos não sejam imediatos, essa modalidade pode produzir benefícios duradouros, uma vez

que atua sobre as bases emocionais do sofrimento, favorecendo mudanças mais profundas na personalidade e no estilo de enfrentamento do indivíduo (Shedler, 2010; Fonagy *et al.*, 2002). Dessa forma, a

psicoterapia psicodinâmica mostra-se particularmente indicada em casos de depressão crônica ou recorrente, nos quais intervenções centradas apenas na sintomatologia não se mostram suficientes.

VALIDADE E EFICÁCIA DAS PSICOTERAPIAS NO TDM

A TCC tem sido uma das abordagens mais estudadas e comprovadamente eficazes para o tratamento do TDM. Vários Estudos Controlados Randomizados (ECRs) demonstraram que a TCC não só é eficaz na redução dos sintomas depressivos, mas também apresenta efeitos duradouros após o término do tratamento. Um estudo de meta-análise realizado por Cuijpers *et al.* (2023) encontrou uma redução significativa nos sintomas de depressão em pacientes tratados com TCC, com um índice de sucesso de 50% a 60%, dependendo da severidade da depressão. Além disso, a combinação da TCC com medicamentos antidepressivos mostrou resultados mais eficazes em comparação com o uso isolado de fármacos (Hofmann *et al.*, 2012). A validade externa da TCC é robusta, sendo aplicada com sucesso em diversos contextos culturais e demográficos, como demonstrado por Sousa *et al.* (2014), que encontraram bons resultados em amostras brasileiras.

Um estudo de Cuijpers *et al.* (2016) revelou que a TIP resulta em uma melhoria

significativa nas habilidades interpessoais dos pacientes, o que, por sua vez, contribui para a redução dos sintomas depressivos. Além disso, a TIP tem demonstrado eficácia similar à da TCC em termos de redução de sintomas e mostra-se especialmente eficaz em tratamentos de curto prazo. Mufson *et al.* (2004) encontraram resultados positivos para a TIP em adultos com depressão maior, destacando que, ao resolver conflitos interpessoais, essa abordagem auxiliou na prevenção de recaídas depressivas, evidenciando sua aplicabilidade clínica e validade.

A ACT tem se fortalecido como uma abordagem promissora para o tratamento do TDM, com resultados positivos tanto em termos de eficácia quanto de validade. A flexibilidade da ACT, que enfatiza a aceitação e o comprometimento com valores pessoais, tem se mostrado particularmente útil em pacientes com depressão crônica ou recorrente. Estudos como o de Öst *et al.* (2015) demonstraram que a ACT pode ser tão eficaz quanto a TCC na redução dos sintomas depressivos, com a vantagem de fornecer

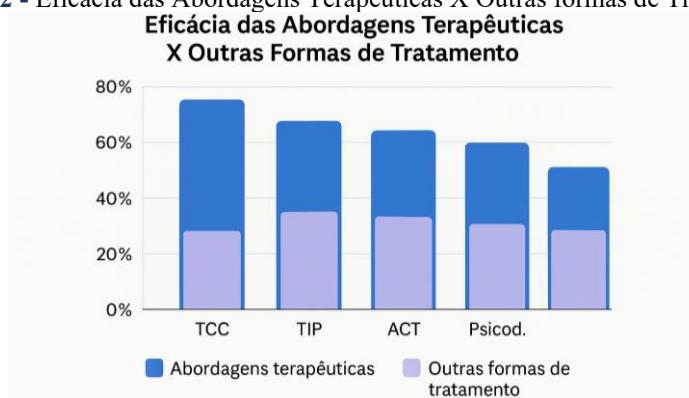
ferramentas duradouras para lidar com pensamentos e emoções difíceis. Cuijpers *et al.* (2019) realizaram uma meta-análise que constatou a eficácia da ACT em pacientes com depressão, especialmente na prevenção de recaídas, quando os pacientes passam a adotar uma postura mais flexível e menos reativa em relação aos seus sintomas.

Embora os estudos sobre a psicoterapia psicodinâmica sejam mais complexos, em função de seu enfoque de longo prazo e de seu trabalho com conflitos inconscientes, as evidências também apontam para a sua eficácia no tratamento do TDM. Estudos como os de Fonagy *et al.* (2002) e Shedler (2010) sugerem que, embora o impacto inicial da psicoterapia psicodinâmica possa ser mais

gradual, essa abordagem resulta em benefícios significativos a longo prazo, sobretudo em pacientes com depressão crônica ou recorrente.

Em comparação com os tratamentos farmacológicos, as psicoterapias têm demonstrado eficácia similar em muitos casos, especialmente em quadros leves a moderados de TDM (Figura 02). A combinação de psicoterapia e medicação tem se mostrado mais eficaz do que qualquer uma dessas modalidades de forma isolada. Essa associação oferece um tratamento mais abrangente, pois, enquanto a medicação atua diretamente nos neurotransmissores, as psicoterapias abordam os aspectos emocionais e comportamentais do transtorno, promovendo uma recuperação mais robusta e duradoura (Cuijpers *et al.*, 2023).

Figura 2 - Eficácia das Abordagens Terapêuticas X Outras formas de Tratamento.



Fonte: Autoral (2025).

APOIO TERAPÊUTICO E PAPEL DO PSICÓLOGO

A eficácia das psicoterapias para o TDM é amplamente reconhecida, mas a escolha da abordagem terapêutica nem sempre é feita de forma autônoma pelo paciente. Em muitos casos, especialmente quando há

comorbidades ou maior gravidade do quadro, o encaminhamento para determinada abordagem pode ocorrer por indicação médica ou pela avaliação clínica do próprio psicólogo. Independentemente da linha teórica de

atuação, o profissional realizará a anamnese e avaliará a adequação do caso à sua prática, podendo dar continuidade ao atendimento ou encaminhar o paciente para outro especialista, quando necessário. O sucesso do tratamento depende de múltiplos fatores, como a gravidade do transtorno, a resposta individual à intervenção e o suporte social disponível, e pode ser potencializado pela integração entre psicoterapia e farmacoterapia. Ainda assim, a adesão ao tratamento está intimamente ligada à percepção do paciente sobre a eficácia da intervenção e à qualidade da relação terapêutica estabelecida, exigindo um trabalho contínuo e colaborativo por parte do psicólogo (NICE, 2022; WHO, 2003; Swift; Greenberg, 2012).

A adesão ao tratamento no Transtorno Depressivo Maior (TDM) é influenciada por múltiplos fatores, sendo o psicólogo parte fundamental na mediação entre o sofrimento oriundo do transtorno e o cuidado contínuo. Seu papel vai além da aplicação de técnicas, envolvendo uma escuta qualificada, a construção de vínculo e o incentivo à autonomia do paciente. Carl Rogers (1951) destaca que uma relação terapêutica baseada em empatia, aceitação e autenticidade favorece a confiança e a motivação, especialmente relevantes em pacientes em estado de desesperança. A relação terapêutica, portanto, constitui um importante fator de proteção. Sob

a perspectiva da Psicologia da Saúde, Leventhal *et al.* (1980) argumentam que a forma como o indivíduo interpreta sua doença interfere diretamente na adesão ao tratamento. O psicólogo, nesse contexto, atua na psicoeducação, desconstruindo mitos sobre o transtorno e sobre o processo terapêutico.

A Terapia Cognitivo-Comportamental (Beck, 1967) também oferece ferramentas fundamentais para lidar com pensamentos desadaptativos e crenças disfuncionais que comprometem a motivação para o tratamento. Já o conceito de autoeficácia (Bandura, 1997) reforça a importância de o paciente acreditar em sua capacidade de mudança, algo que pode ser desenvolvido ao longo do processo terapêutico. Intervenções complementares, como grupos terapêuticos, oficinas e práticas de atenção plena (Kabat-Zinn, 1990), podem potencializar os efeitos da psicoterapia e fortalecer a rede de apoio. Além disso, o psicólogo contribui para a articulação de uma rede interprofissional de cuidados, promovendo uma abordagem integral e coordenada (Cecílio, 2001).

Assim, o apoio terapêutico no TDM não se limita ao tratamento dos sintomas, mas envolve também o fortalecimento da adesão, da escuta e da responsabilização individual, promovendo um cuidado ético, sensível e integral (WHO, 2003; Sousa *et al.*, 2014).

CONCLUSÃO

A partir do que foi discutido anteriormente, entende-se que, em comparação com os tratamentos farmacológicos, as psicoterapias têm demonstrado eficácia similar em muitos casos, especialmente em quadros leves a moderados de TDM. A associação entre psicoterapia e medicação tem se mostrado mais eficaz do que qualquer um desses tratamentos de forma isolada. Essa combinação oferece um tratamento mais completo, uma vez que, enquanto a medicação atua diretamente nos neurotransmissores, as psicoterapias abordam os aspectos emocionais e comportamentais do transtorno, promovendo uma recuperação mais robusta e duradoura.

O tratamento do Transtorno Depressivo Maior (TDM) é multifacetado e exige uma abordagem integrada que ultrapasse o uso exclusivo da medicação. Como demonstrado ao longo deste capítulo, as psicoterapias desempenham um papel crucial no manejo eficaz do TDM, contribuindo para a redução dos sintomas, a prevenção de recaídas e o fortalecimento dos recursos emocionais do paciente. A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), a Terapia Interpessoal (TIP), a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) e a Psicoterapia

Psicodinâmica figuram entre as abordagens mais robustas e eficazes, sendo recomendadas tanto de forma isolada quanto em combinação com tratamentos farmacológicos. Em todos esses tratamentos, a relação terapêutica, o contexto psicossocial e as preferências do paciente constituem fatores fundamentais que influenciam diretamente a eficácia das intervenções. Dessa forma, a adaptação das técnicas psicoterapêuticas às necessidades individuais do paciente, considerando suas particularidades cognitivas, emocionais e comportamentais, mostra-se crucial para o sucesso terapêutico.

Portanto, o papel das psicoterapias no tratamento do Transtorno Depressivo Maior não pode ser desconsiderado, uma vez que promovem uma abordagem integral e aprofundada, favorecendo a regulação emocional e psicológica do paciente e contribuindo significativamente para sua qualidade de vida e para seu funcionamento geral. As evidências científicas reforçam que a psicoterapia é um componente essencial e eficaz no tratamento do TDM, merecendo a devida atenção e reconhecimento no âmbito das práticas clínicas em saúde mental.

REFERÊNCIAS:

- BECK, A. T. et al. **Terapia cognitiva da depressão**. Artmed Editora, 2025.
- CAREPATRON. **Major Depressive Disorder Treatment Plan**. Disponível em: <https://www.carepatron.com/pt/templates/major-depressive-disorder-treatment-plan>. Acesso em: 30 abr. 2025.
- CUIJPERS, P. et al. Efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy for adult depression: a meta-analysis of comparative studies. **Journal of Clinical Psychiatry**, v. 74, n. 11, p. 1180–1186, 2013.
- CUIJPERS, P. et al. Psychotherapies for depression: a network meta-analysis covering efficacy, acceptability and long-term outcomes of all main treatment types. **World Psychiatry**, v. 20, n. 2, p. 283-293, 2021.
- DOBSON, K. S. **Handbook of cognitive-behavioral therapies**. 4. ed. New York: Guilford Press, 2019.
- LEMMENS, L. H.J .M. et al. Mechanisms of change in psychotherapy for depression: An empirical update and evaluation of research aimed at identifying psychological mediators. **Clinical psychology review**, v. 50, p. 95-107, 2016.
- MARKOWITZ, J. C.; WEISSMAN, M. M. Interpersonal psychotherapy: principles and applications. **World Psychiatry**, v. 3, n. 3, p. 136, 2004.
- NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). **Depression in adults: treatment and management. Clinical guideline [NG222]**. London: NICE, 2022. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng222>. Acesso em: 30 abr. 2025.
- SHEDLER, J.. The efficacy of psychodynamic psychotherapy. **American psychologist**, v. 65, n. 2, p. 98, 2010.
- SOUZA, D. M. L. et al. Atualização em psicoterapias para depressão: evidências de eficácia. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 36, n. 3, p. 290–300, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/NTGTsFfTZkPK8Y3rDvzksPM/>. Acesso em: 30 abr. 2025.
- STUART, S.; ROBERTSON, M.. **Interpersonal psychotherapy 2E a clinician's guide**. CRC Press, 2012.
- SWIFT, J. K.; GREENBERG, R. P. Premature discontinuation in adult psychotherapy: a meta-analysis. **Journal of consulting and clinical psychology**, v. 80, n. 4, p. 547, 2012.
- VITTENGL, J. R. et al. Reducing relapse and recurrence in unipolar depression: a comparative meta-analysis of cognitive-behavioral therapy's effects. **Journal of consulting and clinical psychology**, v. 75, n. 3, p. 475, 2007.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Adherence to long-term therapies: evidence for action**. Geneva: WHO, 2003.

Capítulo 10

EXERCÍCIO FÍSICO NO TRATAMENTO DO TRANSTORNO DEPRESSIVO: EFEITOS FISIOLÓGICOS, PSICOSSOCIAIS E APLICABILIDADE CLÍNICA

Capítulo 10: Exercício Físico no Tratamento do Transtorno Depressivo: Efeitos Fisiológicos, Psicosociais e Aplicabilidade Clínica. Em: Neurociência do Transtorno Depressivo Maior - Uma Imersão Nos Processos Neurobiológicos e no Cuidado Multidisciplinar. Editora Humanize, 2026. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.18500914>

Cássia Kelly Santos França

Discente do Curso de Psicologia pelo Centro Universitário Brasileiro (UNIBRA);

Érick Araújo Oliveira

Discente do Curso de Educação Física pela Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS);

Caio Victor Barros Gonçalves da Silva

Mestrando em Ciências Biológicas na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

Maria Clara Machado Alonso de Araújo

Discente do Curso de Psicologia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

Gael Freires de Lima

Doutorando em Tecnologias Energéticas e Nucleares na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

INTRODUÇÃO

O Transtorno Depressivo Maior (TDM) atinge cerca de 280 milhões de pessoas no mundo e está entre as principais causas de incapacidade global (World Health Organization, 2021). Estima-se que 3,8% da população conviva com a doença, a qual apresenta ligação direta com a saúde física. Mesmo com tratamentos já conhecidos, mais de 75% das pessoas em países de baixa e média renda ainda não recebem nenhum tipo de cuidado (World Health Organization, 2021). Apesar do uso comum de antidepressivos, muitos pacientes não apresentam boa resposta

terapêutica, o que reforça a importância de abordagens complementares. Nesse cenário, o Exercício Físico (EF) surge como uma estratégia eficaz, acessível e associada a poucos efeitos colaterais.

Além dos benefícios amplamente reconhecidos, como a melhora da saúde cardiovascular e a redução do índice de gordura corporal, os efeitos da prática de exercícios impactam positivamente a satisfação com a vida, promovem melhora do humor e favorecem um maior senso de propósito e significado existencial (Li *et al.*,

2022). Considerando que o transtorno depressivo envolve alterações tanto biológicas quanto comportamentais e relacionais, a integração do EF ao cuidado em saúde mental amplia as possibilidades de intervenção, especialmente por se tratar de uma estratégia com elevado impacto na qualidade de vida.

Neste capítulo, será abordado como o exercício físico pode auxiliar no tratamento da depressão, considerando não apenas os mecanismos fisiológicos, como a modulação de neurotransmissores e a produção de miocinas, mas também os impactos psicossociais, as possibilidades práticas de aplicação e os principais desafios relacionados à adesão.

EXERCÍCIO FÍSICO E NEUROBIOLOGIA DA DEPRESSÃO

Do ponto de vista neurobiológico, o Transtorno Depressivo (TD) está associado a uma série de alterações que impactam diretamente o funcionamento cerebral. Entre os principais achados, destacam-se a disfunção na produção de neurotransmissores como serotonina e noradrenalina; o aumento da atividade do eixo Hipotálamo-Hipófise-Drenal (HPA); o aumento de marcadores inflamatórios sistêmicos; e a redução da expressão do Fator Neurotrrófico Derivado do Cérebro (BDNF).

Os neurotransmissores são substâncias químicas responsáveis pela transmissão de informações de um neurônio para outro. Cada um desempenha funções cerebrais específicas, como, por exemplo: a serotonina, que está relacionada à regulação do humor, do sono e do apetite (Moon; Oh; Kim, 2022; Daut; Fonken, 2023); a dopamina, associada ao prazer e à motivação (Speranza; Miniaci;

Volpicelli, 2025); e a noradrenalina, relacionada ao estado de alerta e à resposta ao estresse (Hussain; Reddy; Maani, 2023). Em pessoas com TD, observa-se uma redução dos níveis de serotonina (5-HT) e de noradrenalina em áreas específicas do cérebro, o que contribui para a manifestação de sintomas como humor deprimido, apatia e dificuldades cognitivas (Ressler; Nemeroff, 2000). Alguns estudos vêm demonstrando que o Exercício Físico (EF) pode influenciar positivamente essas vias neuroquímicas, promovendo o aumento das concentrações desses neurotransmissores e auxiliando na modulação do humor (Otsuka *et al.*, 2016; Daniele *et al.*, 2017; Ross *et al.*, 2023).

O eixo HPA é um dos principais sistemas neuroendócrinos do organismo. Ele é responsável por regular a resposta ao estresse, funcionando por meio de uma cascata hormonal que se inicia no hipotálamo, passa

pela hipófise e culmina na liberação de cortisol pelas glândulas adrenais. Em indivíduos com Transtorno Depressivo Maior (TDM), esse eixo frequentemente apresenta disfunções, levando a níveis cronicamente elevados de cortisol (Melo *et al.*, 2003). Sun *et al.* (2023), em um estudo de revisão que analisou trinta e dois artigos, envolvendo uma amostra total de 1.820 indivíduos com sintomas depressivos, identificaram uma possível associação entre a prática de EF e a redução da atividade do eixo HPA.

As contrações musculares induzidas pelo exercício liberam citocinas na circulação (Ross *et al.*, 2023). As citocinas são proteínas sinalizadoras que desempenham papéis fundamentais nos processos de inflamação, resposta imune e estresse fisiológico. Quando liberadas pelas fibras musculares, recebem o

nome de miocinas (Pedersen, 2011). Essas substâncias podem exercer efeitos anti-inflamatórios, atuando tanto localmente quanto de forma sistêmica, inclusive no sistema nervoso central (Lee; Jun, 2019), onde podem modular a inflamação cerebral associada ao transtorno depressivo.

Outro componente relevante nesse contexto é o BDNF, uma proteína envolvida no crescimento e na sobrevivência neuronal, na neurogênese, entendida como a formação de novos neurônios no cérebro, e na melhora da transmissão sináptica (Figura 01). Diversas evidências apontam que a prática regular de EF pode estimular a produção dessa proteína, contribuindo para a modulação positiva do humor e da cognição em pessoas com transtorno depressivo (Sun *et al.*, 2023; Ross *et al.*, 2023).

Figura 01 - Exercício físico e efeitos neurobiológicos



Fonte: Autor (2025).

TIPOS DE EXERCÍCIOS PARA PREVENÇÃO E TRATAMENTO NA DEPRESSÃO

É crescente a quantidade de estudos que buscam comprovar os efeitos do Exercício Físico (EF) no tratamento do Transtorno Depressivo (TD). Apesar do aumento de evidências que sinalizam seus benefícios, ainda existe certa dificuldade para o estabelecimento de protocolos, tanto no que diz respeito à identificação dos sintomas da depressão, em razão da característica heterogênea de sua fisiopatologia, quanto à definição do tipo de prática, intensidade, frequência e duração do exercício, o que compromete a replicabilidade das pesquisas. Entre os tipos de exercícios mais estudados, destacam-se o exercício resistido, também denominado treino de força, os exercícios corpo-mente e os Exercícios Aeróbicos (EA).

No estudo transversal realizado por Shannon *et al.* (2023), foi examinada a associação entre frequência, intensidade e duração das atividades de força muscular e os níveis de ansiedade, depressão e bem-estar mental. Como resultado, observou-se que maior frequência e maior intensidade dessas atividades podem exercer efeito protetor contra os sintomas de ansiedade e depressão. Além disso, os autores destacaram que a prática de pelo menos um dia de atividade física foi mais benéfica do que a ausência total de atividade em indivíduos com depressão. A revisão sistemática e meta-análise conduzida

por Zhang *et al.* (2023) trouxe evidências relevantes sobre o EF, ressaltando principalmente o exercício resistido, realizado de três a quatro vezes por semana, com sessões de duração entre 30 e 60 minutos, ao longo de seis semanas, como uma estratégia eficaz para o tratamento e a prevenção da depressão em indivíduos jovens.

Os exercícios corpo-mente consistem em práticas que integram movimentos físicos, controle respiratório e foco mental, promovendo benefícios simultâneos para a saúde física e psicológica. Entre os principais exemplos, destacam-se o ioga, o tai chi chuan e o qigong. A partir dessa perspectiva integrativa, evidências científicas têm destacado os impactos dessas modalidades sobre aspectos fisiológicos e psicológicos da depressão. No estudo realizado por Lu *et al.* (2020), participantes praticantes de qigong apresentaram aumentos significativamente maiores nos níveis de serotonina e BDNF, bem como reduções nos níveis de cortisol, em comparação ao grupo controle, após doze semanas de intervenção com duas sessões semanais. Em outro estudo, conduzido por Nugent *et al.* (2019), observou-se a redução de marcadores inflamatórios em indivíduos com depressão grave que praticaram *hatha yoga*.

Em contextos de sofrimento psíquico, como o transtorno depressivo, a identificação

de práticas acessíveis e eficazes é fundamental. Nesse sentido, os exercícios aeróbicos têm ganhado destaque devido aos seus múltiplos benefícios à saúde física e mental. Um estudo recente conduzido por Chen *et al.* (2024) realizou uma revisão sistemática e meta-análises sobre o tema, cujos resultados ressaltaram os benefícios do EA em indivíduos com depressão. Outra meta-análise buscou analisar os efeitos do EA em jovens com depressão e demonstrou que a prática de exercícios aeróbicos por 40 minutos, em intensidade moderada, três vezes por semana, durante um período de seis a onze semanas, promoveu melhora mais significativa nos indicadores de depressão (Li *et al.*, 2024).

A World Health Organization (2021) recomenda a prática de pelo menos 150 a 300 minutos semanais de atividade aeróbica de intensidade moderada ou 75 a 150 minutos de atividade vigorosa, além da realização de exercícios de força duas vezes por semana. Para pacientes com Transtorno Depressivo Maior (TDM), recomenda-se iniciar com sessões de 30 minutos, três vezes por semana, respeitando o nível de condicionamento físico e os sintomas apresentados. A progressão deve ser gradual e acompanhada por profissionais capacitados (Figura 02).

Figura 02 - Recomendações OMS 2021.



É fundamental destacar que a individualização do programa de treinamento é indispensável, uma vez que cada pessoa possui características e necessidades específicas. Além disso, os primeiros contatos com a prática devem priorizar o bem-estar e o

engajamento do praticante, considerando aspectos físicos, emocionais e contextuais. Promover experiências positivas, muitas vezes, constitui o primeiro passo para romper com o ciclo de inatividade e sofrimento.

BENEFÍCIOS PSICOSSOCIAIS DO EXERCÍCIO FÍSICO NA DEPRESSÃO

Além das alterações neurobiológicas, a prática regular de EF tem impacto direto em dimensões psicossociais fundamentais no enfrentamento do TD. Entre os principais benefícios, podem ser destacados: aumento da autoeficácia, fortalecimento da autoestima, estímulo à conexão com outras pessoas, construção de uma rotina estruturada e resgate do senso de propósito.

Segundo Bandura (1977), a autoeficácia refere-se à crença que o indivíduo tem na própria capacidade de organizar e executar as ações necessárias para alcançar determinados objetivos ou lidar com situações específicas. Trata-se de um dos aspectos psicossociais mais impactados positivamente pela prática regular de EF. Em indivíduos com transtorno depressivo, essa percepção costuma estar enfraquecida, o que contribui para sentimentos de impotência e baixa motivação. No entanto, a cada treino concluído ou dificuldade superada, ocorre um reforço simbólico que comunica ao cérebro: “eu consigo”. Essa vivência concreta de superação fortalece a sensação de controle sobre a própria vida e pode auxiliar em outras mudanças comportamentais e emocionais.

Tomando como exemplo praticantes de corrida, é possível observar que existe um

componente simbólico que vai além do movimento do corpo. Para indivíduos que convivem com a depressão, completar uma corrida, independentemente da distância, pode representar muito mais do que um feito físico: trata-se de uma conquista emocional.

Outro aspecto importante é a quebra do ciclo de isolamento social, tão presente em quadros depressivos. Frequentar espaços como academias, parques ou aulas coletivas, mesmo sem interações diretas, já oferece uma oportunidade valiosa de contato com o ambiente social e pode contribuir gradualmente para a recuperação do sentimento de pertencimento. Contudo, é importante ressaltar que o ambiente da prática precisa ser acolhedor, empático e promover sensação de segurança, pois isso favorece a exploração da atividade com maior liberdade e, com o tempo, pode possibilitar a criação de vínculos e o desenvolvimento de novas amizades, fortalecendo a rede de apoio.

Em conjunto com esses ganhos, o EF também pode contribuir para a construção de uma rotina mais estruturada. Organizar o dia para incluir a prática de atividade física ajuda a dar forma e direção à rotina, que, em muitos casos, encontra-se desorganizada e marcada pela apatia.

DESAFIOS E ESTRATÉGIAS DE ADESÃO À PRÁTICA DE EXERCÍCIO FÍSICO

Um dos principais desafios para a aceitação do EF como ferramenta de tratamento é a adesão à prática regular. As dificuldades enfrentadas por pessoas com TDM envolvem tanto barreiras internas, como os próprios sintomas da doença, a exemplo de fadiga, anedonia, baixa autoestima, desesperança e isolamento social, quanto barreiras externas, como limitações financeiras, falta de acesso a espaços adequados, insegurança no ambiente e jornadas de trabalho exaustivas. Diante desse cenário complexo, compreender os fatores que influenciam a motivação para a prática torna-

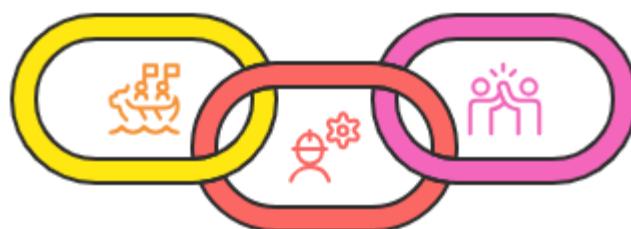
se essencial. Entre as possíveis ferramentas para esse entendimento, destacam-se abordagens teóricas voltadas para a promoção da saúde mental.

Nesse contexto, a Teoria da Autodeterminação apresenta uma perspectiva relevante para compreender e promover a adesão à prática de EF (Deci; Ryan, 1985). Segundo essa teoria, a motivação se fortalece quando três necessidades psicológicas básicas são atendidas: autonomia, competência e relacionamento (Figura 03).

Figura 3 - Necessidades Psicológicas Básicas.
Autonomia

Sentir-se no controle das próprias escolhas e ações

Sentir-se acolhido e conectado com os outros



Competência

Sentir-se capaz e eficaz em tarefas e desafios

Fonte: Autor (2025).

Com isso, pode-se pensar na promoção do EF como uma prática que respeite o ritmo e as preferências individuais, permitindo que o indivíduo se sinta ativo na escolha da

atividade. Da mesma forma, torna-se necessário proporcionar experiências acessíveis e progressivas, de modo a construir um senso de competência, fortalecendo, assim,

a autoestima e a confiança. Os profissionais podem surgir como pontes para a construção de ambientes seguros e empáticos, contribuindo para o sentimento de conexão e pertencimento.

A adesão ao exercício como estratégia complementar no tratamento da depressão enfrenta desafios específicos em grupos especiais, como crianças, gestantes e idosos. Em crianças, a crescente prevalência de sintomas depressivos, como irritabilidade, isolamento e queda do rendimento escolar, evidencia a necessidade de intervenções lúdicas e seguras, com o envolvimento da família e da escola como redes de apoio. Já em

gestantes e puérperas, especialmente no contexto da depressão pós-parto, a sobrecarga emocional e física, a rotina imprevisível e o sentimento de culpa por dedicar tempo a si mesmas configuram barreiras relevantes, tornando necessária a proposição de atividades adaptadas, flexíveis e acolhedoras, como caminhadas com o bebê. Entre idosos, a depressão pode estar associada à sensação de inutilidade, às perdas e ao isolamento social, e a prática de EF enfrenta obstáculos como limitações funcionais e medo de lesões. Nesse contexto, estratégias que valorizem a socialização, o vínculo e o respeito ao ritmo individual são fundamentais para promover a adesão e o bem-estar.

CONCLUSÃO

Diante de tudo o que foi apresentado, torna-se inegável a relevância do EF como estratégia terapêutica complementar no manejo do TDM. No entanto, para que esses benefícios sejam alcançados de forma consistente, é fundamental que a prescrição da atividade física leve em consideração as especificidades de cada pessoa, analisando as limitações presentes no momento e oferecendo experiências de movimento significativas, prazerosas e seguras. A prática da atividade física deve ser compreendida como um gesto de cuidado, e não de cobrança, respeitando o tempo e o ritmo de cada indivíduo, aspectos

essenciais para favorecer a adesão e tornar a prática sustentável ao longo do tempo.

Reconhecer o corpo como parte ativa no processo de tratamento da depressão constitui, também, uma forma de ampliar as possibilidades de cuidado e de autonomia. Nesse sentido, o exercício não deve ser entendido apenas como uma técnica ou um protocolo, mas como um recurso potente de reconexão com a própria vida.

É importante, ainda, reconhecer que a promoção da atividade física como parte do cuidado em saúde mental não pode depender exclusivamente da motivação individual. Faz-

se necessária a existência de políticas públicas que garantam acesso a espaços seguros, programas orientados por profissionais capacitados e ações interdisciplinares que integrem saúde, educação e assistência social. Valorizar o EF como recurso terapêutico

exige, portanto, um compromisso coletivo com o bem-estar da população, especialmente daqueles que vivem em situações de maior vulnerabilidade e enfrentam múltiplas barreiras ao cuidado.

REFERÊNCIAS:

- CHEN, C. et al. The effects of aerobic exercise for depression: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. **Journal of Bodywork and Movement Therapies**, v. 40, p. 2161-2172, 2024.
- DANIELE, V. et al. Exercise and depression: a clinical update. **Behavioural Brain Research**, v. 332, p. 16-22, 2017.
- DAUT, R. A.; FONKEN, Laura K. Circadian regulation of depression: A role for serotonin. **Frontiers in neuroendocrinology**, v. 54, p. 100746, 2019.
- LEE, J. H.; JUN, H.-S. Role of myokines in regulating skeletal muscle mass and function. **Frontiers in Physiology**, v. 10, p. 1308, 2019.
- LI, C. et al. Health benefits of physical activity for people with mental disorders: From the perspective of multidimensional subjective wellbeing. **Frontiers in psychiatry**, v. 13, p. 1050208, 2022.
- LI, W. et al. Influence of aerobic exercise on depression in young people: a meta-analysis. **BMC psychiatry**, v. 24, n. 1, p. 571, 2024.
- LU, E. Y. et al. Qigong for the treatment of depressive symptoms: Preliminary evidence of neurobiological mechanisms. **International journal of geriatric psychiatry**, v. 35, n. 11, p. 1393-1401, 2020.
- MELLO, A. A. F. et al. Update on stress and depression: the role of the hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 25, p. 231-238, 2003.
- MOON, J. H.; OH, C.-M.; KIM, H.. Serotonin in the regulation of systemic energy metabolism. **Journal of Diabetes Investigation**, v. 13, n. 10, p. 1639-1645, 2022.
- NUGENT, N. R. et al. Benefits of yoga on IL-6: findings from a randomized controlled trial of yoga for depression. **Behavioral Medicine**, v. 47, n. 1, p. 21-30, 2021.
- OTSUKA, T. et al. Effects of acute treadmill running at different intensities on activities of serotonin and corticotropin-releasing factor neurons, and anxiety-and depressive-like behaviors in rats. **Behavioural brain research**, v. 298, p. 44-51, 2016.
- PEDERSEN, B. K.. Muscles and their myokines. **Journal of Experimental Biology**, v. 214, n. 2, p. 337-346, 2011.
- ROSS, R. E. et al. The role of exercise in the treatment of depression: biological underpinnings and clinical outcomes. **Molecular psychiatry**, v. 28, n. 1, p. 298-328, 2023.
- SHANNON, D. et al. The role of exercise in the management of anxiety and depression. **Journal of Affective Disorders**, v. 325, p. 41-47, 2023.
- SPERANZA, L.; MINIACI, M. C.; VOLPICELLI, F.. The Role of Dopamine in Neurological, Psychiatric, and Metabolic Disorders and Cancer: A Complex Web of Interactions. **Biomedicines**, v. 13, n. 2, p. 492, 2025.
- SUN, J. et al. Associations between physical activity, sedentary behaviour, sleep and depressive symptoms among university students: a systematic review and meta-analysis. **Mental Health and Physical Activity**, v. 25, p. 100538, 2023.
- VERHOEVEN, J. E. et al. Antidepressants or running therapy: Comparing effects on mental and physical health in patients with depression and anxiety disorders. **Journal of affective disorders**, v. 329, p. 19-29, 2023.
- XU, Y. et al. Clinical value and mechanistic analysis of HIIT on modulating risk and symptoms of depression: A systematic review. **International Journal of Clinical and Health Psychology**, v. 24, n. 1, p. 100433, 2024.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Depression. Geneva: WHO**, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>. Acesso em: 20 abr. 2025.

ZHANG, Yihan et al. Comparing the efficacy of different types of exercise for the treatment and prevention of depression in youths: a systematic review and network meta-analysis. **Frontiers in psychiatry**, v. 14, p. 1199510, 2023.

Capítulo 11

NUTRIÇÃO E SEU IMPACTO NA SAÚDE MENTAL

Capítulo 11: Nutrição e Seu Impacto na Saúde Mental. Em: Neurociência do Transtorno Depressivo Maior - Uma Imersão Nos Processos Neurobiológicos e no Cuidado Multidisciplinar. Editora Humanize, 2026. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.18500918>

Cássia Kelly Santos França

Discente do Curso de Psicologia pelo Centro Universitário Brasileiro (UNIBRA);

Luana Fernandes de Souza Freitas

Discente do Curso de Enfermagem pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

Fábio Antônio Mota Fonseca da Silva

Discente do Curso Nutrição pelo Centro Universitário Brasileiro (UNIBRA) e do Curso de Psicologia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

Caio Victor Barros Gonçalves da Silva

Mestrando em Ciências Biológicas na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

Maria Clara Machado Alonso de Araújo

Discente do Curso de Psicologia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

Camilla de Andrade Tenorio Cavalcanti

Doutora em Biociência Animal pela Universidade Federal Rural de Pernambuco (UFRPE);

INTRODUÇÃO

Os fármacos antidepressivos e a psicoterapia constituem os principais tratamentos do Transtorno Depressivo Maior. Entretanto, cresce o reconhecimento da importância de se utilizar abordagens complementares que considerem o indivíduo de forma integral, compreendendo-o como um sistema complexo. Nesse sentido, estratégias como a prática regular de exercícios físicos e a adoção de hábitos alimentares saudáveis vêm ganhando evidência devido ao seu potencial de auxiliar no tratamento, promovendo melhora

na modulação de neurotransmissores, redução de processos inflamatórios e suporte à função cerebral. A integração dessas práticas ao cuidado convencional favorece uma abordagem mais eficaz e sustentável da saúde mental.

Nos últimos anos, os estudos que investigam a influência da alimentação na prevenção e no tratamento de doenças psiquiátricas e neurodegenerativas ganharam grande destaque, especialmente após a

ampliação do conhecimento acerca da conexão entre o cérebro e o intestino. Essa relação, conhecida como eixo intestino-microbiota-cérebro, constitui um sistema complexo de vias bidirecionais que afeta diretamente tanto a função cerebral quanto a saúde intestinal. Embora muitos avanços já tenham sido alcançados, o tema permanece amplo e continua a suscitar novas investigações.

No primeiro tópico deste capítulo, será abordado o eixo intestino-microbiota-cérebro, com a introdução do conceito de microbiota

intestinal e a discussão de sua relevância na produção de metabólitos e substâncias envolvidas na regulação do humor, da cognição e do comportamento. Em seguida, será analisado o papel da microbiota na modulação da inflamação crônica de baixo grau, um dos mecanismos associados ao desenvolvimento de diferentes condições psiquiátricas. Por fim, serão apresentados os princípios de uma alimentação equilibrada que favoreça o equilíbrio da microbiota intestinal e contribua para a promoção da saúde mental.

EIXO INTESTINO-MICROBIOTA-CÉREBRO

A ideia de que poderia existir uma conexão entre o cérebro e o intestino não é tão recente como normalmente se pensa. Na Antiguidade, Hipócrates, médico do período grego e considerado o pai da medicina, já defendia a ideia de que todas as doenças possuíam seu início no intestino (Jouanna, 2012). Atualmente, sabe-se que existe uma relação direta entre o sistema gastrointestinal e o cérebro. Essa relação ocorre por meio de um sistema de comunicação bidirecional entre o Trato Gastrointestinal (TGI), a Microbiota Intestinal (MI) e o Sistema Nervoso (SN), denominado eixo intestino-microbiota-cérebro. Esse sistema integra vias neurais, hormonais e imunológicas entre o intestino e o cérebro (Collins *et al.*, 2012; Cryan; Nagual, 2021).

O TGI constitui o maior microecossistema do corpo humano, no qual habitam inúmeros microrganismos, como vírus, fungos, arqueias e bactérias, essenciais para o bom funcionamento do organismo. A MI corresponde ao conjunto de microrganismos que habitam o TGI e que são responsáveis pela produção de metabólitos, ou seja, substâncias químicas capazes de desencadear funções relevantes em diferentes sistemas do corpo humano, como o sistema imunológico (Beurel; Toups; Nemerooff, 2020), o sistema nervoso (Cryan *et al.*, 2019) e o sistema metabólico (Fan; Pedersen, 2021).

Entre os diferentes tipos de bactérias que compõem a MI, há aquelas que influenciam positiva e negativamente o microecossistema intestinal, sendo que ambas

exercem papel fundamental para o equilíbrio e o funcionamento adequado da microbiota. Quando ocorre a desregulação na quantidade e na qualidade dessas bactérias, observa-se um aumento da permeabilidade da barreira intestinal, o que pode ocasionar maior liberação de toxinas inflamatórias na corrente sanguínea (Tilg *et al.*, 2019). Esse desequilíbrio recebe a denominação de disbiose. Ademais, a MI, distribuída ao longo do TGI, participa ativamente da comunicação com o Sistema Nervoso Central (SNC), influenciando processos como a regulação do humor, a resposta ao estresse e o

comportamento, por meio da produção de neurotransmissores e de outros metabólitos neuroativos (Chen; Xu; Chen, 2021).

Por se tratar de uma relação bidirecional, o eixo intestino-cérebro permite que o cérebro influencie a composição da MI, assim como a microbiota exerce efeitos sobre os mecanismos da circuitaria cerebral (Figura 01). Um exemplo dessa interação é o impacto do estresse, que pode desencadear alterações significativas na comunidade microbiana intestinal, promovendo desequilíbrios na composição da MI (Mayer, 2011).

Figura 01 - Fatores que influenciam x Fatores que sofrem alteração.

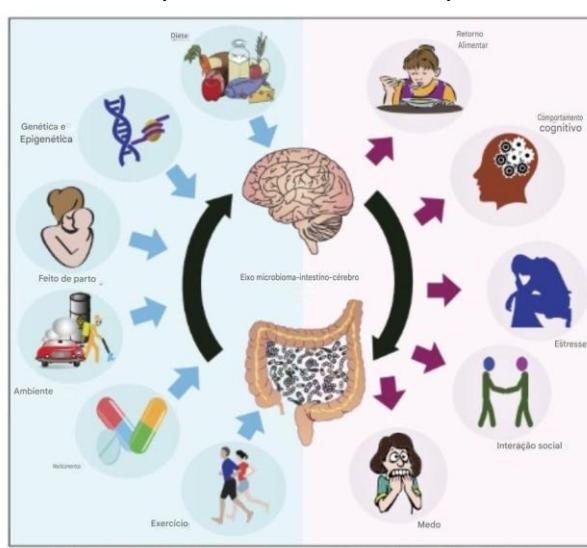


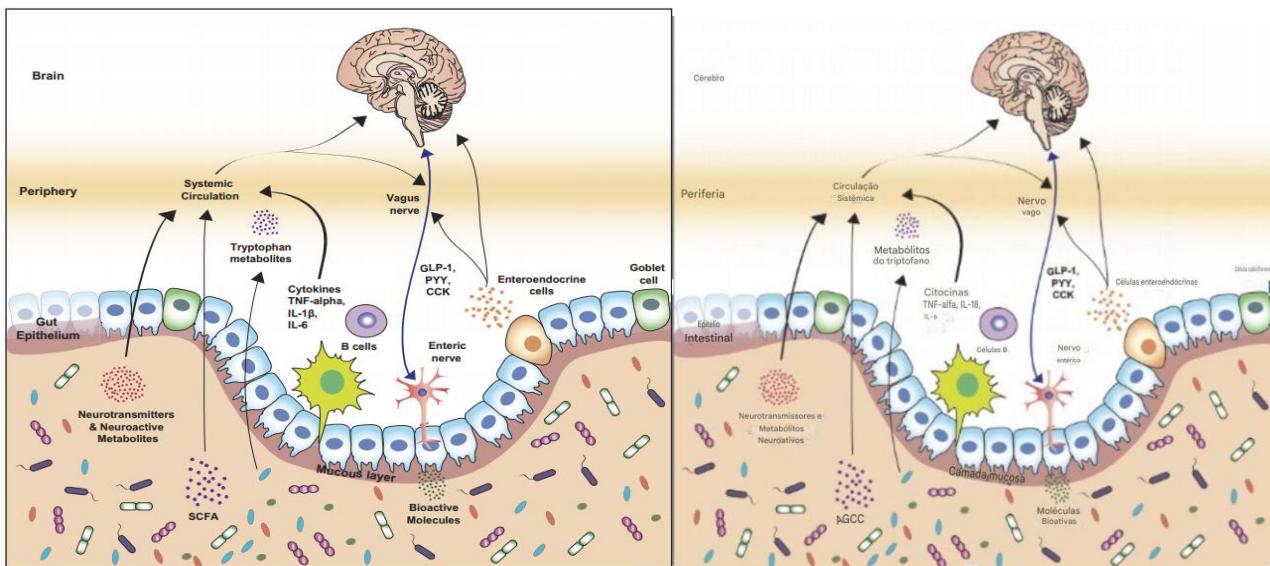
FIGURA 5. Ilustração identificando fatores comuns conhecidos por interferir na atividade microbiano-intestino-cérebro, incluindo dieta, hereditariedade congênita e epigenética associada, ambiente, medicamentos, exercícios e tipo de parto ao nascer, bem como os vários comportamentos conhecidos por serem afetados pela perturbação do eixo microbiano-intestino-cérebro.

Fonte: Cryan *et al.* (2019).

A comunicação entre as estruturas que compõem o eixo intestino-cérebro ocorre de forma direta e indireta. A via mais direta de conexão é o nervo vago, o maior entre os doze nervos cranianos. Sua origem localiza-se no tronco encefálico, mais especificamente no

bulbo, e estende-se até o abdômen, onde se encontra a microbiota intestinal. Esse nervo é responsável pela transmissão de informações sensoriais do intestino para o cérebro, bem como pelo envio de sinais motores do cérebro para o intestino (Figura 02).

Figura 02 - Comunicação bidirecional.



Fonte: Cryan *et al.* (2019).

PRODUÇÃO DE NEUROTRANSMISSORES E MICROBIOTA

O cérebro é composto por diversos tipos de células, como neurônios e células da glia, que se comunicam constantemente. O resultado dessa comunicação é a propagação da informação. Para que uma informação seja processada, é necessário que existam mensageiros responsáveis pelo envio do conteúdo, os quais são denominados neurotransmissores (Kandel *et al.*, 2014). Esses mensageiros são transportados entre os neurônios por meio das sinapses, região onde ocorre a transmissão do impulso nervoso.

Os neurotransmissores podem exercer função excitatória, quando estimulam outros neurônios, aumentando a atividade elétrica cerebral, ou função inibitória, quando reduzem ou inibem a possibilidade de um neurônio disparar, ocasionando diminuição da atividade

elétrica. A dopamina, o glutamato e a acetilcolina são exemplos de neurotransmissores excitatórios, enquanto a serotonina e o GABA são neurotransmissores inibitórios (Chen; Xu; Chen, 2021). Essas substâncias químicas podem ser produzidas diretamente no cérebro ou em outras partes do corpo, como, por exemplo, na microbiota intestinal (Sorboni *et al.*, 2022).

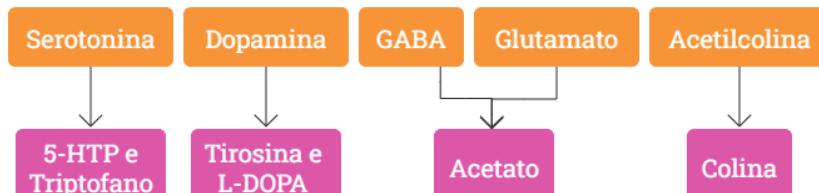
Como já discutido anteriormente, a microbiota consiste em um conjunto diversificado de microrganismos. Esses organismos estabelecem uma relação simbiótica com o corpo humano, o que significa que, ao mesmo tempo em que dependem do organismo para sobreviver, sua presença contribui para a manutenção do funcionamento corporal, fornecendo

nutrientes e desempenhando diversas funções fisiológicas. Um dos benefícios dessa relação simbiótica é a produção de neurotransmissores e de precursores de neurotransmissores (Chen; Xu; Chen, 2021).

Os neurotransmissores envolvidos nas funções cerebrais precisam ser sintetizados no próprio cérebro, uma vez que este possui uma barreira denominada barreira hematoencefálica, responsável por proteger o tecido cerebral e por selecionar o que pode ou não atravessar da circulação sanguínea para o cérebro (Rust *et al.*, 2025). Dessa forma, os neurotransmissores produzidos na microbiota intestinal não conseguem ultrapassar essa barreira.

Nesse contexto, surge a seguinte questão: como a microbiota auxilia na produção de neurotransmissores no cérebro? Essa contribuição ocorre por meio da produção de aminoácidos, que atuam como precursores necessários para a síntese de neurotransmissores no sistema nervoso central (Figura 03). Esses aminoácidos são sintetizados a partir dos alimentos ingeridos, sendo alguns exemplos o acetato, a tirosina e o triptofano (Chen; Xu; Chen, 2021). Assim, uma alimentação de qualidade engloba alimentos que forneçam esses aminoácidos em quantidades adequadas.

Figura 03 - Neurotransmissores e seus precursores.



Fonte: Autoral (2025).

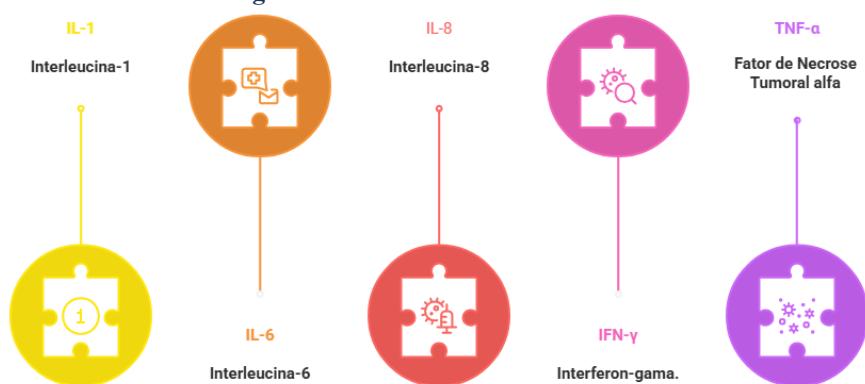
INFLAMAÇÃO E SAÚDE MENTAL

A inflamação é uma resposta do sistema imunológico frente a uma ameaça. Para que um processo inflamatório seja iniciado e posteriormente resolvido, é necessária a produção de citocinas (Figura 04). As citocinas são proteínas sinalizadoras que podem ser classificadas em dois tipos principais: pró-inflamatórias, quando atuam na

promoção da inflamação, e anti-inflamatórias, quando desempenham papel na redução e no controle da resposta inflamatória (Figura 05).

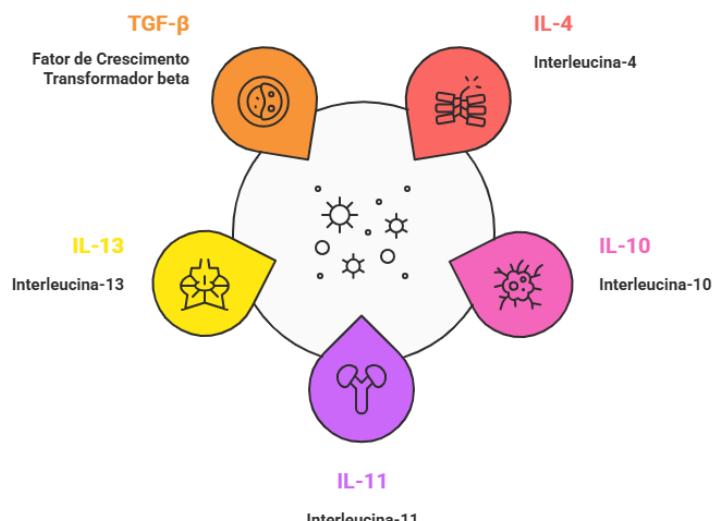
O quadro abaixo apresenta alguns exemplos dessas citocinas, organizadas de acordo com sua principal função no processo inflamatório.

Figura 04 - Citocinas Pró-inflamatória.



Fonte: Autoral (2025).

Figura 05 - Citocinas Anti-inflamatórias.



Fonte: Autoral (2025).

A inflamação pode ser diferenciada em duas formas: aguda e crônica. A inflamação aguda apresenta resposta rápida e de curta duração, podendo persistir por horas ou dias, como, por exemplo, em processos inflamatórios no ouvido ou na garganta. Já a inflamação crônica pode durar meses ou anos e ocorre quando o estímulo agressor não é eliminado ou quando há um desequilíbrio no sistema, o que acaba gerando prejuízos constantes (Cryan *et al.*, 2019). Alguns exemplos específicos que podem causar

inflamação crônica incluem infecções persistentes, estilo de vida, ambiente social e físico, inatividade física e disbiose intestinal (Furman *et al.*, 2019).

Quando a microbiota intestinal está equilibrada, a barreira intestinal se mantém íntegra, o que dificulta a translocação de toxinas para a corrente sanguínea e previne a ativação exagerada do sistema imune, favorecendo uma produção equilibrada de citocinas pró-inflamatórias e anti-inflamatórias (Sorboni *et al.*, 2022). Quando

ocorre a disbiose, a barreira intestinal é danificada, o que aumenta a permeabilidade intestinal e promove maior ativação do sistema imune, por meio de uma produção elevada de citocinas inflamatórias (Tilg *et al.*, 2019). Nessa situação, há um prolongamento do estado inflamatório, que pode contribuir para o

desenvolvimento do Transtorno Depressivo Maior (Beurel; Toups; Nemerooff, 2020). Por esse motivo, é de extrema importância manter um estilo de vida saudável, especialmente por meio do consumo de alimentos que favoreçam o equilíbrio da microbiota intestinal.

PRINCÍPIOS DE UMA DIETA SAUDÁVEL

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2022), a saúde mental é definida como um estado de bem-estar no qual o indivíduo reconhece suas capacidades, lida de forma eficaz com os desafios cotidianos, trabalha de maneira produtiva e contribui para sua comunidade. Esse estado está fortemente relacionado ao estilo de vida adotado, sendo a alimentação um de seus pilares fundamentais, com impacto direto na manutenção e na promoção da saúde mental.

Ao longo dos tópicos anteriores, foi possível compreender como a alimentação afeta diretamente a qualidade da microbiota intestinal, que, por sua vez, influencia a produção de neurotransmissores e o funcionamento do sistema imune, fatores intimamente relacionados à saúde mental. Neste tópico, serão abordadas as principais características que compõem uma alimentação saudável.

Com as mudanças no estilo de vida da sociedade contemporânea, o padrão alimentar

tem sofrido alterações significativas. As principais transformações envolvem a substituição de alimentos in natura ou minimamente processados, de origem vegetal, como arroz, feijão, mandioca, batata, legumes e verduras, bem como de preparações culinárias à base desses alimentos, por produtos industrializados prontos para o consumo (Guia Alimentar para a População Brasileira, 2014).

Uma alimentação com baixa presença de vitaminas, minerais e compostos bioativos impacta diretamente a produção de antioxidantes endógenos, como a Superóxido Dismutase (SOD), os quais desempenham um papel fundamental na proteção contra o estresse oxidativo, condição essa associada ao desenvolvimento de diversos transtornos psiquiátricos como a Doença de Alzheimer (Leyane *et al.*, 2022). A ingestão adequada de nutrientes está relacionada à regulação dos níveis do Fator Neurotrófico Derivado do Cérebro (BDNF), uma proteína essencial para

a plasticidade sináptica e para a prevenção de processos neurodegenerativos (Gravesteijn *et al.*, 2021).

Quando a dieta não consegue fornecer o aporte adequado de todos os nutrientes

necessários para o bom funcionamento do organismo, pode-se recorrer aos suplementos alimentares, que, quando prescritos por um profissional habilitado e consumidos conforme as recomendações, podem constituir uma estratégia complementar eficaz.

CONCLUSÃO

A interação entre o intestino, a microbiota e o cérebro é complexa, o que demonstra que a alimentação vai muito além do valor calórico e da contagem de calorias, atuando como um verdadeiro modulador do equilíbrio neuroquímico e imunológico. Substâncias como neurotransmissores e citocinas deixam de ser vistas como elementos isolados e passam a ser compreendidas como peças de um sistema sensível às escolhas alimentares e à saúde intestinal.

Nesse sentido, a adoção de dietas balanceadas, ricas em alimentos *in natura*, fibras, gorduras saudáveis e compostos antioxidantes, mostra-se promissora tanto na prevenção quanto como estratégia complementar no tratamento de doenças

psiquiátricas. Intervenções dietéticas baseadas em evidências não devem ser vistas como alternativas, mas como partes essenciais de uma estratégia ampla, que inclui o fortalecimento da barreira intestinal, o combate à inflamação crônica de baixo grau e a promoção de hábitos que favoreçam a diversidade microbiana.

A saúde intestinal e a diversidade microbiana deixam de ser apenas uma questão digestiva para se configurarem como uma ferramenta terapêutica relevante na construção de um cérebro mais equilibrado e resiliente. Assim, cuidar do que se come pode, de fato, ser um ato de cuidado com a mente, um caminho possível para uma vida mais equilibrada, saudável e plena.

REFERÊNCIAS:

- BEUREL, E.; TOUPS, M.; NEMEROFF, C. B. The bidirectional relationship of depression and inflammation: double trouble. **Neuron**, v. 107, n. 2, p. 234-256, 2020.
- CHEN, Y.; XU, J.; CHEN, Y.. Regulation of neurotransmitters by the gut microbiota and effects on cognition in neurological disorders. **Nutrients**, v. 13, n. 6, p. 2099, 2021.
- COLLINS, S. M.; SURETTE, M.; BERCIK, P.. The interplay between the intestinal microbiota and the brain. **Nature Reviews Microbiology**, v. 10, n. 11, p. 735-742, 2012.
- CRYAN, J. F. et al. The microbiota-gut-brain axis. **Physiological reviews**, 2019.
- FAN, Y.; PEDERSEN, O.. Gut microbiota in human metabolic health and disease. **Nature Reviews Microbiology**, v. 19, n. 1, p. 55-71, 2021.
- GRAVESTEIJN, E.; MENSINK, R. P.; PLAT, J.. Effects of nutritional interventions on BDNF concentrations in humans: a systematic review. **Nutritional neuroscience**, v. 25, n. 7, p. 1425-1436, 2022.
- JOUANNA, B. J.; EIJK, P. V. D.. **Greek medicine from Hippocrates to Galen: selected papers**. Brill, 2012.
- KANDEL, E. et al. **Princípios de neurociências-5**. AMGH Editora, 2014.
- LEYANE, T. S.; JERE, S. W.; HOURED, N. N. Oxidative stress in ageing and chronic degenerative pathologies: molecular mechanisms involved in counteracting oxidative stress and chronic inflammation. **International journal of molecular sciences**, v. 23, n. 13, p. 7273, 2022.
- MAYER, E. A. Gut feelings: the emerging biology of gut–brain communication. **Nature reviews neuroscience**, v. 12, n. 8, p. 453-466, 2011.
- NAGPAL, J.; CRYAN, J. F. Microbiota-brain interactions: moving toward mechanisms in model organisms. **Neuron**, v. 109, n. 24, p. 3930-3953, 2021.
- RUST, R. et al. The blood–brain barrier: a help and a hindrance. **Brain**, p. awaf068, 2025.
- SORBONI, S. G. et al. A comprehensive review on the role of the gut microbiome in human neurological disorders. **Clinical microbiology reviews**, v. 35, n. 1, p. e00338-20, 2022.
- TILG, H. et al. The intestinal microbiota fuelling metabolic inflammation. **Nature Reviews Immunology**, v. 20, n. 1, p. 40-54, 2020.

Capítulo 12

QUANDO A DOR NÃO SE VÊ: ENFERMAGEM NO MANEJO DO TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR

Capítulo 12: Quando a Dor Não se vê: Enfermagem no Manejo do Transtorno Depressivo Maior. Em: Neurociência do Transtorno Depressivo Maior - Uma Imersão Nos Processos Neurobiológicos e no Cuidado Multidisciplinar. Editora Humanize, 2026. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.18500920>

Luana Fernandes De Souza Freitas

Discente do Curso de Enfermagem pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

Cássia Kelly Santos França

Discente do Curso de Psicologia pelo Centro Universitário Brasileiro (UNIBRA);

Maria Clara Machado Alonso de Araújo

Discente do Curso de Psicologia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

Caio Victor Barros Gonçalves da Silva

Mestrando em Ciências Biológicas na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

Jessica Marcela Barbosa da Silva Ribeiro Rocha

Mestranda em Bioquímica e Fisiologia na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

INTRODUÇÃO

O Transtorno Depressivo Maior (TDM) é um dos transtornos psiquiátricos mais prevalentes no mundo todo e caracteriza-se pela limitação severa das atividades de vida diária, com grande diminuição do funcionamento psicossocial e da qualidade de vida. Trata-se de uma doença debilitante que afeta o bem-estar cognitivo, emocional e físico, manifestando-se por pensamentos persistentes e crescentes de tristeza, desesperança e perda de interesse pela vida (Zarazúa-Guzmán *et al.*, 2024).

O diagnóstico é realizado por meio da análise dos sintomas, sendo necessário que o

indivíduo apresente pelo menos cinco dos seguintes sintomas por um período mínimo de duas semanas, com impacto significativo na qualidade de vida: humor deprimido, perda de interesse em atividades, alterações no padrão de sono, alterações no apetite, fadiga, sentimentos negativos de inutilidade e culpa, tristeza, dificuldade de concentração e pensamentos recorrentes de morte ou ideação suicida, independentemente da idade (Zarazúa-Guzmán *et al.*, 2024).

Além disso, alguns questionários são aplicados pelo enfermeiro com o objetivo de compreender melhor as diferentes esferas da

vida do indivíduo, como o *Self Report Questionnaire* (SRQ-20). O SRQ-20 é uma escala amplamente utilizada na prática de enfermagem e pode ser um importante instrumento auxiliar na identificação do TDM e de outros transtornos mentais, muitas vezes mascarados. Essa escala visa identificar se uma pessoa apresenta sofrimento mental, avaliando indicadores de transtorno mental. São investigados sintomas não psicóticos relacionados à insônia, fadiga, apetite, pensamento, humor e problemas somáticos. As respostas são do tipo “sim” ou “não”, sendo o resultado final obtido pela soma das respostas afirmativas, que pode variar de 0, indicando nenhuma probabilidade de sofrimento mental, a 20, indicando probabilidade extrema de sofrimento mental. A partir de sete pontos, considera-se sofrimento mental leve; de oito a quatorze pontos, sofrimento mental moderado; e de quinze a vinte pontos, sofrimento mental grave (Conexa Saúde, 2025).

Diante da complexidade do TDM, a enfermagem desempenha um papel fundamental no cuidado integral ao paciente, oferecendo suporte individualizado que envolve escuta qualificada, vínculo terapêutico e intervenções baseadas na humanização e no respeito à singularidade de cada indivíduo. A atuação do enfermeiro em saúde mental inclui a identificação precoce dos sinais e sintomas

da depressão por meio da escuta ativa, da aplicação de questionários e escalas e do acompanhamento integral, bem como a realização de intervenções psicossociais, o incentivo à adesão ao tratamento medicamentoso e psicoterapêutico e a educação em saúde sobre o tratamento. Além disso, o enfermeiro contribui para a psicoeducação do paciente e de seus familiares, reduzindo o estigma relacionado ao transtorno e fortalecendo a rede de apoio.

A atuação integrada da enfermagem com a equipe multiprofissional é essencial para promover a recuperação, oferecer acompanhamento contínuo e melhorar a qualidade de vida desses pacientes. Nesse contexto, é imprescindível ressaltar a importância da assistência especializada em saúde mental, destacando a contribuição significativa da enfermagem no tratamento, na reabilitação psicossocial e no suporte a indivíduos com TDM.

Dessa forma, este capítulo abordará os cuidados de enfermagem no contexto do Transtorno Depressivo Maior, destacando a importância da assistência prestada a esses pacientes e o papel fundamental da enfermagem no tratamento e acompanhamento dessa condição junto à equipe multiprofissional.

PROCESSO DE ENFERMAGEM

O Processo de Enfermagem (PE) é um método sistemático que orienta a prática da enfermagem e organiza o cuidado prestado ao paciente de forma científica, individualizada e humanizada, permitindo ao enfermeiro planejar, implementar e avaliar as intervenções de maneira eficaz. O PE é dividido em cinco etapas (Figura 01) e integra a Sistematização da Assistência em Enfermagem (SAE), que

consiste em uma ferramenta metodológica de trabalho destinada a possibilitar uma assistência mais segura, promovendo maior interação entre o profissional, o paciente e a família, por meio da utilização de atividades fundamentadas cientificamente e menos intuitivas, garantindo, assim, a segurança do paciente (Barbosa; Castro, 2020).

Figura 1 - Sistematização da assistência de enfermagem.



Fonte: Autoral (2025).

A coleta de dados, também conhecida como anamnese, triagem ou entrevista, é uma etapa extremamente importante, pois consiste em uma entrevista clínica realizada entre o profissional de saúde e o paciente, sendo essencial para a compreensão de seu histórico de vida, das condições atuais e das queixas

relacionadas à saúde. No contexto da saúde mental, essa etapa assume um caráter mais subjetivo e aprofundado, buscando compreender não apenas os sintomas apresentados, mas também a forma como o paciente percebe a si mesmo, os outros e o mundo ao seu redor. É também nesse momento

que questionários e escalas, como o SRQ-20 supracitado, são aplicados.

Durante essa etapa, o enfermeiro investiga o estado emocional, o funcionamento cognitivo, o comportamento, as relações sociais, os hábitos de vida, o uso de substâncias psicoativas, além de possíveis situações de violência ou vulnerabilidade. Também são abordados aspectos como antecedentes familiares de transtornos mentais, episódios anteriores de sofrimento psíquico, internações psiquiátricas ou tentativas de suicídio. A anamnese em saúde mental possibilita avaliar o nível de consciência, o pensamento, a linguagem, o humor, a afetividade, o juízo de realidade, a crítica e o risco de suicídio ou agressividade. Esse momento exige escuta ativa, empatia, acolhimento e ausência de julgamentos, pois é a partir dele que se estabelece o vínculo terapêutico e se obtêm as informações fundamentais para a elaboração de um plano de cuidados individualizado, seguro e humanizado (Freitas *et al.*, 2020).

Além disso, o diagnóstico de enfermagem é fundamental para a interpretação dos dados coletados anteriormente e constitui a base para a implementação das intervenções. Esse diagnóstico é fundamentado na NANDA, assim como as intervenções são baseadas na Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) e os resultados esperados na Classificação dos Resultados de

Enfermagem (NOC) (Freitas *et al.*, 2020). Alguns dos diagnósticos de enfermagem possíveis para um paciente com Transtorno Depressivo Maior podem ser (NANDA International, 2021):

- Padrão de sono interrompido relacionado à ansiedade e a pensamentos intrusivos;
- Risco de autolesão relacionado a sentimentos de desesperança e pensamentos suicidas;
- Baixa autoestima relacionada à visão negativa de si mesmo;
- Isolamento social relacionado à perda de interesse em atividades sociais/
- Nutrição desequilibrada relacionada à alteração do apetite, seja por aumento ou por perda;
- Cansaço extremo relacionado a alterações nos níveis de energia e motivação.

Com base nesses diagnósticos, algumas possíveis intervenções de enfermagem podem ser (McCloskey; Bulechek, 2019):

- Melhora do padrão de sono: orientação sobre higiene do sono e técnicas de relaxamento;
- Prevenção de autolesão: avaliação do risco suicida, apoio emocional e encaminhamento para psicoterapia;

- Promoção da autoestima: incentivo à autopercepção positiva e à realização de atividades que aumentem a confiança;
- Promoção de interações sociais: estímulo à interação e à participação em atividades sociais;
- Monitoramento nutricional: avaliação do padrão alimentar e incentivo a uma dieta balanceada.

Da mesma forma, alguns resultados esperados de enfermagem incluem (NANDA International, 2018):

- Padrão de sono adequado, com pelo menos seis horas contínuas de descanso.
- Segurança do paciente, com redução do risco de autolesão e de comportamentos suicidas.
- Autoestima elevada, com aumento da confiança e da percepção positiva de si.

- Interação social ampliada, com participação em interações sociais e busca por apoio.
- Estado nutricional adequado, com manutenção de peso estável e alimentação equilibrada.

Todas as etapas do Processo de Enfermagem são fundamentais para garantir um cuidado integral. Ao final do processo, o enfermeiro deve avaliar a resposta do paciente ao tratamento proposto, verificando se houve melhora de sua condição. Caso haja piora ou persistência dos sintomas, o profissional deve identificar a origem da falha, reavaliar as intervenções implementadas e retornar à primeira etapa da Sistematização da Assistência em Enfermagem, a fim de revisar e ajustar o plano terapêutico, buscando sempre o alcance das metas estabelecidas (Conexa Saúde, 2025).

PAPEL NA ORIENTAÇÃO E ADESÃO AO TRATAMENTO

Observa-se uma transformação significativa na assistência à saúde mental no Brasil, impulsionada pela expansão dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que já somam mais de mil unidades em todo o país. Essa rede tem promovido a substituição progressiva do modelo hospitalocêntrico e manicomial, historicamente marcado por

práticas excluidoras, opressivas e reducionistas. Em seu lugar, vem sendo consolidado um sistema de assistência pautado nos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS): universalidade, equidade e integralidade (Barreto; Canuto, 2022).

O enfermeiro, mesmo o generalista, deve estar qualificado para auxiliar a pessoa

com depressão em todos os aspectos da doença, uma vez que se trata de uma patologia permeada por estigmas e que afeta o paciente em diversas áreas de sua vida. Historicamente, indivíduos acometidos por transtornos mentais eram vistos como “loucos” e considerados inaptos para o convívio social. Nesse contexto, o estigma social e o julgamento associados aos comportamentos alterados pelo transtorno produzem impactos significativos na vida dos pacientes, gerando sofrimento adicional e dificultando a busca por tratamento.

“Se eu falo que eu vou ao psiquiatra, a minha irmã acha que eu estou louca da cabeça” (Ferreira *et al.*, 2017).

Essa fala evidencia o incômodo vivenciado por um paciente diante da visão estigmatizada de um familiar, que ainda associa a terapia e o tratamento em saúde mental a algo restrito a pessoas consideradas “loucas” ou “sem juízo”. Esse tipo de percepção reforça barreiras ao cuidado em saúde mental, perpetuando preconceitos e desinformação (Ferreira *et al.*, 2017).

Dessa forma, o enfermeiro deve ir além da lógica restrita ao processo saúde-doença, compreendendo o paciente de maneira integral, como um sujeito inserido em um contexto social e portador de necessidades que extrapolam o tratamento farmacológico. Torna-se essencial a adoção de uma abordagem holística, que considere os múltiplos fatores que impactam a saúde e o bem-estar do indivíduo. A implementação de estratégias eficazes no cuidado ao paciente com depressão é fundamental, incluindo a utilização do Processo de Enfermagem, o acolhimento com escuta ativa, o acompanhamento mais frequente conforme a necessidade e o incentivo à participação em grupos de apoio. Todas essas ações devem ser conduzidas com base na construção de um vínculo terapêutico, por meio de uma escuta qualificada e de um diálogo claro e objetivo, promovendo a confiança do paciente no profissional e na abordagem terapêutica proposta (Santos, 2022).

EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA

Atualmente, ainda há uma escassez de estudos atualizados sobre o cuidado de enfermagem a pessoas com transtornos mentais em hospitais gerais, evidenciando uma lacuna de conhecimento nessa área. É responsabilidade do enfermeiro na emergência

psiquiátrica o acolhimento, a classificação de risco e os cuidados iniciais nas situações de crise decorrentes do sofrimento ou de transtornos mentais, definidos como alterações agudas do estado mental de uma pessoa, que podem implicar risco de morte ou de violência,

impondo a necessidade de intervenções imediatas e efetivas. Dessa forma, faz-se necessária a disponibilidade de recursos físicos e de profissionais qualificados para a abordagem dessas situações, como, por exemplo, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), salas de estabilização, Unidades de Pronto Atendimento 24 horas (UPA) e as portas hospitalares de atenção à urgência. Além de prestar os cuidados imediatos, os profissionais devem articular-se com os demais serviços de saúde, com o intuito de promover a continuidade do cuidado (Costa *et al.*, 2024).

O atendimento às emergências psiquiátricas enfrenta diversos desafios, incluindo a escassez de profissionais especializados e capacitados para lidar com esse tipo de demanda, o que compromete a qualidade do cuidado prestado. Além disso, a infraestrutura inadequada dos serviços de saúde, muitas vezes sem leitos específicos ou locais apropriados para o acolhimento desses pacientes, dificulta a assistência eficaz. O preconceito e a falta de compreensão acerca das condições psiquiátricas também afetam negativamente o atendimento, levando a manejos inadequados e, por vezes, a abordagens coercitivas. A sobrecarga dos

serviços de urgência, frequentemente despreparados para lidar com crises psiquiátricas de forma humanizada, contribui para um atendimento fragmentado e pouco resolutivo. Outro fator limitante é a desarticulação entre os diferentes níveis de atenção à saúde mental, resultando na falta de continuidade do cuidado após a estabilização da crise. Esses obstáculos evidenciam a necessidade de investimentos em capacitação profissional, infraestrutura e integração dos serviços de saúde, a fim de garantir um atendimento mais eficiente e humanizado aos pacientes em situação de emergência psiquiátrica (Refosco *et al.*, 2021).

Apesar dos desafios enfrentados nesses serviços, algumas potencialidades foram identificadas, como a possibilidade de escuta humanizada quando há tempo suficiente e um ambiente adequado, o estabelecimento de diálogo e os esforços para encaminhar o paciente a serviços especializados. Além disso, destaca-se a disposição dos profissionais e a consciência acerca da importância da especialização na área, evidenciando um compromisso com a melhoria do atendimento em emergências psiquiátricas (Lopes *et al.*, 2020).

CONCLUSÃO

O Transtorno Depressivo Maior (TDM) representa um importante desafio para

os profissionais de saúde, especialmente para a enfermagem, considerando sua elevada

prevalência e a presença constante do enfermeiro no acompanhamento do paciente, bem como a complexidade e o impacto multifacetado desse transtorno na vida dos indivíduos acometidos. Ao longo deste capítulo, foi possível compreender a relevância do Processo de Enfermagem no cuidado direcionado às pessoas com depressão, desde a avaliação criteriosa e o diagnóstico fundamentado até a implementação de intervenções individualizadas e a análise dos resultados obtidos.

A atuação do enfermeiro deve ser pautada em uma abordagem integral e humanizada, que considere não apenas os sintomas clínicos, mas também o sofrimento emocional, os determinantes sociais e os estigmas associados à condição. O

fortalecimento do vínculo terapêutico, o acolhimento com escuta qualificada e o incentivo à adesão ao tratamento constituem elementos fundamentais para a construção de um cuidado efetivo e acolhedor.

Além disso, a assistência em situações de emergência psiquiátrica exige preparo técnico, estrutura adequada e sensibilidade profissional para o manejo de quadros agudos, reforçando a necessidade de investimentos contínuos na formação dos profissionais e na articulação da Rede de Atenção Psicossocial. Dessa forma, reafirma-se o papel essencial da enfermagem no enfrentamento do Transtorno Depressivo Maior, promovendo a dignidade, a segurança e a melhoria da qualidade de vida das pessoas acometidas por esse transtorno.

REFERÊNCIAS:

- BARBOSA, A. A. R.; CASTRO, Â. T. S.. Sistematização da assistência de enfermagem na psiquiatria: um desafio para o enfermeiro. **Ciência Contemporânea**, v. 6, n. 1, p. 338-47, 2018.
- BARRETO, D. M. O.; CANUTO, J. F.. O cuidado de enfermagem às pessoas com transtorno mental no hospital geral: realidade em cena. 2022. Dissertação (Mestrado) – [Instituição não especificada], 2022.
- COSTA, Y. F. A. et al. ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA EN EL ÁMBITO DE LA RED DE ATENCIÓN A LAS URGENCIAS Y EMERGENCIAS. **Enferm Foco**, v. 15, p. -, 2024.
- FERREIRA, T. D. G. et al. O enfrentamento do transtorno depressivo maior na perspectiva de pacientes. **Saúde & Transformação Social/Health & Social Change**, v. 8, n. 2, p. 70-76, 2017.
- FREITAS, N. A. et al. Assistência de Enfermagem a uma Paciente com Transtorno Depressivo Recorrente, Baseada na Avaliação Familiar: Estudo De Caso À Luz Do Modelo Calgary. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, v. 12, n. 33, p. 143-165, 2020.
- LOPES, P. F. et al. Embrace of the person with mental illness at an emergency hospital service: a qualitative research. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 73, n. 2, p. e20180671, 2020.
- MCCLOSKEY, J. C.; BULECHEK, G. M. **Intervenções de enfermagem: classificação e descrição**. 6. ed. São Paulo: Elsevier, 2019.
- NANDA International. **Diagnósticos de enfermagem: definições e classificações 2021-2023**. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2021.
- NANDA International; NOC; NIC. **Classificação de resultados de enfermagem (NOC)**. 6. ed. São Paulo: Elsevier, 2018.
- REFOSCO, A. L. M. et al. Atendimento a pacientes psiquiátricos no serviço de emergência: potencialidades e fragilidades da enfermagem. **Rev. Pesqui.(Univ. Fed. Estado Rio J., Online)**, p. 324-329, 2021.
- SANTOS, J. L. L.. **assistência de enfermagem ao indivíduo com depressão: estratégias de cuidado**.
- SRQ-20 (Self Report Questionnaire). Conexa Saúde, 2024. Disponível em: <https://faq.conexasaude.com.br/hc/pt-br/articles/27606721912343-SRQ-20-Self-Report-Questionnaire>. Acesso em: 13 jan. 2026.
- ZARAZÚA-GUZMÁN, S. et al. An overview of major depression disorder: The endocannabinoid system as a potential target for therapy. **Basic & Clinical Pharmacology & Toxicology**, v. 135, n. 6, p. 669-684, 2024.

Capítulo 13

PERSPECTIVAS DIAGNÓSTICAS NO TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR: A INTERFACE ENTRE O LABORATORIAL E A BIOMEDICINA

Capítulo 13: Perspectivas Diagnósticas no Transtorno Depressivo Maior: A Interface entre o Laboratorial e a Biomedicina. Em: Neurociência do Transtorno Depressivo Maior - Uma Imersão Nos Processos Neurobiológicos e no Cuidado Multidisciplinar. Editora Humanize, 2026. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.18500922>

Maria Letícia Cardoso Cardoso Mendes

Discente do Curso de Biomedicina pelo Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU);

Jocelin Santa Rita Bisneto

Discente do Curso de Biomedicina pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

Maria Clara Machado Alonso de Araújo

Discente do Curso de Psicologia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

Caio Victor Barros Gonçalves da Silva

Mestrando em Ciências Biológicas na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

Maria Luísa Figueira de Oliveira

Doutoranda em Bioquímica e Fisiologia na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

INTRODUÇÃO

O Transtorno Depressivo Maior (TDM) é uma condição médica complexa que representa um desafio clínico relevante para a saúde pública. Apesar de sua alta prevalência e impacto, o diagnóstico do TDM ainda se baseia, predominantemente, em critérios clínicos indiretos, como o relato de sintomas emocionais e comportamentais do paciente, havendo, muitas vezes, dificuldades de verbalização e interpretações variadas por parte dos profissionais da saúde. Essa particularidade pode resultar em diagnósticos tardios ou imprecisos, contribuindo para o

agravamento do quadro clínico e dificultando intervenções terapêuticas mais eficazes (Dimer, 2022).

Nesse contexto, a Biomedicina se destaca como uma área estratégica para o aprimoramento do diagnóstico do TDM, por meio da identificação de biomarcadores, da realização de exames complementares e da incorporação de inovações tecnológicas. A busca por biomarcadores tem se mostrado promissora, pois contribui para diagnósticos mais precoces, objetivos e personalizados, além de possibilitar o monitoramento da

resposta ao tratamento e da progressão da doença. Esse avanço exige uma abordagem mais ampla dos sistemas imunológicos e neurobiológicos envolvidos no transtorno, incluindo vias inflamatórias, estresse oxidativo e redes celulares complexas, como discutido por Maes *et al.* (2012), que ressaltam a necessidade de integrar múltiplos biomarcadores e técnicas de biologia de sistemas para melhor compreensão e aprimoramento diagnóstico. Os exames laboratoriais e de imagem também desempenham papel essencial no acompanhamento clínico, especialmente na exclusão de diagnósticos diferenciais que possam se manifestar com sintomas semelhantes aos da depressão. A avaliação integrada da condição física e neurológica do paciente contribui para uma compreensão mais ampla do quadro clínico e para a definição de

condutas terapêuticas mais adequadas (Souza *et al.*, 2023).

Além disso, os avanços tecnológicos têm transformado o cenário da saúde mental. Ferramentas como a inteligência artificial aplicada à análise de dados biológicos, os biomarcadores digitais e as redes de interação proteica estão ampliando as possibilidades da Biomedicina no diagnóstico e na compreensão do TDM. Dessa forma, este capítulo tem como objetivo apresentar as principais contribuições da Biomedicina para o diagnóstico do Transtorno Depressivo Maior, abordando três eixos centrais: a identificação de biomarcadores inflamatórios e proteicos, a utilização de exames complementares para suporte diagnóstico e acompanhamento clínico, e as inovações tecnológicas que vêm remodelando a forma de detectar e compreender a depressão.

IDENTIFICAÇÃO DE BIOMARCADORES

Nos últimos anos, estudos têm revelado relações importantes entre o sistema imunológico e o Transtorno Depressivo Maior (TDM). Segundo Dimer (2022), pesquisas proteômicas identificaram alterações nos níveis de proteínas ligadas ao metabolismo lipídico e à imunorregulação no sangue de pessoas com TDM. Associado a isso, observou-se uma redução na atividade de células de defesa, como linfócitos e células

NK, e um aumento no número de neutrófilos e monócitos circulantes.

Além disso, a ativação do eixo Hipotálamo-Hipófise-Adrenal (HHA) e do sistema nervoso simpático promove o aumento de hormônios como o cortisol, frequentemente chamado de “hormônio do estresse”, os quais modulam diretamente a resposta imune. Em pessoas com Transtorno Depressivo Maior, essa elevação contribui para alterações na

regulação imunológica e para o estado pró-inflamatório observado na doença (Dimer, 2022).

Com base nessas evidências, diversos estudos têm explorado o uso de biomarcadores como ferramentas promissoras para auxiliar no diagnóstico, no monitoramento da resposta terapêutica e no prognóstico do Transtorno Depressivo Maior. Entre os principais biomarcadores investigados, é possível organizá-los funcionalmente em duas categorias: aqueles com atuação predominante nos processos inflamatórios, denominados aqui como biomarcadores inflamatórios, e outros que refletem alterações metabólicas, imunorregulatórias ou de estresse celular, reunidos sob a denominação de biomarcadores proteicos. Ainda que todos sejam proteínas, essa divisão é adotada com base em suas funções predominantes nos mecanismos fisiopatológicos do TDM (Gomes; Rosa, 2023).

BIOMARCADORES INFLAMATÓRIOS

IL-1 β

A IL-1 β é uma citocina pró-inflamatória produzida no Sistema Nervoso Central (SNC), principalmente pela micróglia, que, ao se ligar aos seus receptores no cérebro, induz febre e alterações comportamentais conhecidas como *sickness syndrome*, como fadiga, anorexia, sonolência e queda da

atividade social e cognitiva (Biazzo, 2011). Estudos clínicos têm relacionado a IL-1 β à fisiopatologia do Transtorno Depressivo Maior (TDM), com destaque para variantes associadas à disfunção da amígdala e do córtex cingulado anterior, regiões cerebrais envolvidas na regulação emocional, memória e processamento de recompensas. A redução da atividade nessas áreas está associada a sintomas típicos da depressão (Almeida *et al.*, 2022).

Além disso, Dimer (2022) destaca a identificação de polimorfismos no gene **IL1B**, responsável pela codificação da IL-1 β , os quais podem influenciar tanto a gravidade quanto a evolução do TDM. Complementando essas evidências, um estudo transversal realizado no Brasil identificou níveis séricos significativamente elevados de IL-1 β e do receptor solúvel 2 do Fator de Necrose Tumoral (TNF) em mulheres idosas com depressão (Dias, 2017; Almeida *et al.*, 2021), reforçando a associação entre inflamação sistêmica e a manifestação do transtorno em grupos populacionais específicos.

IL-10

A Interleucina-10 (IL-10) é uma das principais citocinas anti-inflamatórias, atuando na supressão de citocinas pró-inflamatórias e na desativação de macrófagos. É produzida por diversas células imunes e desempenha papel essencial na manutenção da

homeostase imunológica. Alterações nos genes **IL10** ou **IL10R** comprometem essa regulação e estão associadas a quadros graves de inflamação. Assim, a IL-10 é crucial para limitar respostas imunes excessivas e prevenir dano tecidual (Glocker *et al.*, 2011).

Quando há um polimorfismo no gene **IL10**, entendido como uma variação genética, a produção dessa citocina pode ser reduzida. Com isso, o organismo apresenta maior dificuldade em controlar processos inflamatórios. Em pessoas com Transtorno Depressivo Maior (TDM), já foram identificadas essas variantes, o que pode contribuir para a compreensão da associação entre a doença e processos inflamatórios persistentes (Almeida *et al.*, 2022).

TNF- α

O Fator de Necrose Tumoral Alfa (TNF- α) é uma citocina pró-inflamatória produzida por células do sistema imune e regulada por um gene localizado no cromossomo 6, na região do Complexo Principal de Histocompatibilidade (MHC), essencial para a resposta imunológica. Indivíduos com TDM costumam apresentar níveis aumentados dessa proteína (Dimer, 2022). Estudos sugerem que o uso de antidepressivos pode reduzir os níveis de TNF- α , indicando um possível efeito anti-inflamatório desses medicamentos (Corradi *et al.*, 2017; *apud* Almeida *et al.*, 2021). Além

disso, há evidências de que níveis elevados de TNF- α , juntamente com IL-6 e IL-1 β , estejam associados ao desenvolvimento de sintomas depressivos em pacientes com Doença de Parkinson, reforçando a ligação entre inflamação e alterações do humor (Bacelar Júnior *et al.*; 2016, *apud* Almeida *et al.*, 2021).

IL-18

A Interleucina-18 (IL-18) é uma citocina pró-inflamatória pertencente à família da IL-1, atuando no processo inflamatório ao inibir a ação da IL-10, que é anti-inflamatória, e estimular a produção de outras substâncias inflamatórias, como IFN- γ e TNF, funcionando, portanto, como mediadora da inflamação (Dimer, 2022).

Estudos demonstram que determinados polimorfismos na região promotora do gene **IL18** estão associados a maior predisposição ao desenvolvimento do Transtorno Depressivo Maior, especialmente em indivíduos expostos a experiências adversas intensas ao longo da vida (Dimer, 2022).

CCL2

A CCL2 é uma proteína produzida principalmente por células do sistema imunológico, como monócitos, macrófagos e células dendríticas. Sua principal função é recrutar outras células de defesa para o local da

inflamação por meio da quimiotaxia, processo responsável pela atração celular para regiões que demandam resposta imune (Semple *et al.*, 2010).

O gene responsável pela produção da CCL2 está localizado no cromossomo 17. Evidências indicam que uma variação genética conhecida como polimorfismo 2518 (A/G) pode estar associada a maior risco de desenvolvimento do Transtorno Depressivo Maior, especialmente em indivíduos com predisposição genética ou histórico de maior vulnerabilidade psicossocial (Dimer, 2022).

BIOMARCADORES PROTEICOS

Alfa-2-Macroglobulina

A Alfa-2-Macroglobulina (α 2M) é uma glicoproteína plasmática de grande porte que atua como inibidor universal de proteases, capturando e neutralizando enzimas envolvidas em processos inflamatórios. Pertence à família das alfa-macroglobulinas, sendo evolutivamente relacionada às proteínas do sistema complemento e compartilhando estruturas como o grupo tioéster reativo. Em razão de sua participação na modulação da resposta imune, a α 2M tem sido investigada como potencial biomarcador em condições inflamatórias e neuropsiquiátricas (Rehman *et al.*, 2012).

Estudos clínicos observaram que os níveis de α 2M no sangue encontram-se alterados em indivíduos com depressão, o que pode indicar associação com o desenvolvimento ou agravamento do TDM (Dimer, 2022).

ENRAGE

A ENRAGE é uma proteína envolvida em processos inflamatórios e relacionada aos Produtos Finais de Glicação Avançada (AGEs), formados a partir do metabolismo inadequado de açúcares e lipídios. Em indivíduos com Transtorno Depressivo Maior, níveis elevados de ENRAGE têm sido detectados no sangue, sugerindo que a inflamação desempenha papel relevante na fisiopatologia da doença (Dimer, 2022).

Ferritina

A ferritina é uma proteína fundamental para o metabolismo do ferro e também atua como proteína de fase aguda positiva, apresentando elevação em contextos inflamatórios. Evidências indicam que indivíduos com Transtorno Depressivo Maior apresentam níveis de ferritina mais de três vezes superiores aos observados em indivíduos saudáveis (Teodoro; Maniglia, 2025). Um estudo conduzido por Huang e Lee (2007),

com pacientes em hemodiálise crônica, demonstrou que aqueles com depressão grave apresentaram níveis significativamente mais elevados de ferritina, além de concentrações reduzidas de albumina, quando comparados a pacientes sem depressão grave. Esses achados sugerem associação entre o TDM, inflamação sistêmica e intensificação de processos oxidativos em populações vulneráveis.

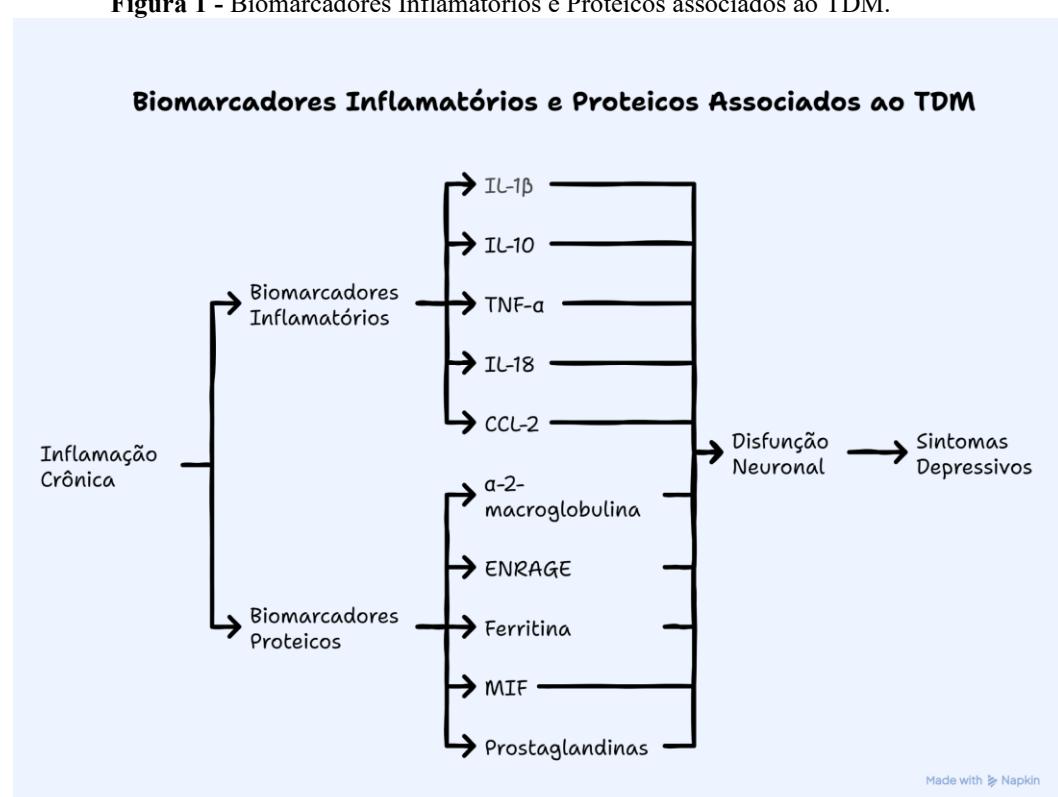
MIF – Fator de Inibição de Macrófagos

O Fator de Inibição de Macrófagos (MIF) é uma proteína envolvida na regulação da inflamação, atuando na manutenção de um estado pró-inflamatório ao bloquear a ação anti-inflamatória dos glicocorticoides e favorecer a ativação de células imunológicas. Estudos indicam que indivíduos com Transtorno Depressivo Maior apresentam níveis elevados de MIF, os quais se correlacionam com maior gravidade sintomatológica (Calandra; Roger, 2003). Esses achados reforçam o envolvimento de processos inflamatórios na depressão e sustentam o potencial do MIF como biomarcador para diagnóstico e monitoramento do TDM (Stelzhammer, 2014).

Prostaglandinas

As Prostaglandinas, especialmente a PGE2, são substâncias bioativas com funções semelhantes às hormonais, presentes em diversos tecidos e fluidos corporais. A PGE2 estimula a produção de mediadores inflamatórios e favorece a ação de enzimas que reduzem a disponibilidade de serotonina no cérebro, neurotransmissor fundamental para a regulação do humor (Uczay, 2005). Estudos demonstram que indivíduos com depressão apresentam níveis elevados de PGE2 no sangue, na saliva e no líquido cefalorraquidiano, reforçando a participação da inflamação na fisiopatologia da doença. O aumento da PGE2 também tem sido associado a sintomas como distúrbios do sono, fadiga, redução da interação social e lentificação psicomotora (Dimer, 2022).

Dessa forma, a identificação de biomarcadores inflamatórios e proteicos tem ampliado a compreensão dos mecanismos imunológicos envolvidos no Transtorno Depressivo Maior, apontando para novas possibilidades de diagnóstico e intervenções mais personalizadas. Contudo, ainda são necessários estudos adicionais para consolidar sua aplicação na prática clínica.

Figura 1 - Biomarcadores Inflamatórios e Proteicos associados ao TDM.

Fonte: Dimer (2022); Almeida *et al.* (2021).

Alterações inflamatórias e proteicas podem contribuir para a disfunção neural e para a manifestação dos sintomas do Transtorno Depressivo Maior (TDM) (Figura 01). Essa representação reflete os avanços

atuais na identificação de biomarcadores, ao mesmo tempo em que evidencia a necessidade de novos estudos para consolidar sua aplicabilidade clínica e ampliar a compreensão da fisiopatologia do transtorno.

EXAMES COMPLEMENTARES NO ACOMPANHAMENTO

O diagnóstico do Transtorno Depressivo Maior é um desafio clínico, principalmente por se tratar de uma condição heterogênea, com manifestações variadas entre os pacientes. Atualmente, o diagnóstico é realizado com base em critérios clínicos, ou seja, a partir da escuta atenta do relato do

paciente acerca de seus sintomas e histórico. Utiliza-se como principal referência o DSM-5 (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5^a edição), publicado pela *American Psychiatric Association*, que define o TDM como a presença de humor deprimido e/ou perda de interesse por pelo

menos duas semanas, acompanhada por sintomas adicionais que afetam significativamente o funcionamento do indivíduo.

Após a identificação clínica do quadro, os exames complementares, como exames laboratoriais e avaliação física, são utilizados não para confirmar o TDM, mas para excluir diagnósticos diferenciais, uma vez que outras doenças podem apresentar quadro clínico semelhante. A exemplo disso, destacam-se doenças metabólicas como hipotireoidismo, epilepsia, Doença de Parkinson, Lúpus, HIV, Acidente Vascular Encefálico, demências, anemias carenciais e deficiência de Vitamina D. Além disso, existem outros diagnósticos psiquiátricos que podem se assemelhar ao quadro, como o Transtorno Bipolar, que apresenta componente depressivo associado (Cardoso *et al.*, 2024; Bains; Abdi Jadid, 2023).

Segundo Barreto *et al.* (2016), o exame físico inclui medições como pressão arterial,

Índice de Massa Corporal, perímetro abdominal e resultados laboratoriais básicos, como hemograma, perfil lipídico e glicemia.

Essas avaliações permitem traçar um panorama geral da saúde do paciente, tornando possível a identificação de causas orgânicas para sintomas depressivos, como fadiga, apatia e dificuldade de concentração. Assim, o exame físico configura-se como um importante componente complementar na avaliação do TDM, pois possibilita a identificação de indícios clínicos que, embora não confirmem diretamente o diagnóstico, podem revelar condições associadas ou fatores que contribuem para o transtorno.

Deste modo, são apresentados alguns dos principais exames laboratoriais utilizados na prática clínica, organizados em tabela para facilitar a compreensão, relacionando suas alterações clínicas com critérios diagnósticos do DSM-5 que podem ser confundidos (Figura 02).

Figura 02 - Tabela: Exames laboratoriais com variações que podem mimetizar critérios diagnósticos do TDM (segundo o DSM-5).

Exame Laboratorial	Variação Clínica	Sintoma semelhante ao DSM-5
Glicemia de Jejum	Hipoglicemias ou hiperglicemias	Critério 8 – Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, quase todos os dias
Hemograma Completo	Anemia (hemoglobina baixa)	Critério 6 – Fadiga ou perda de energia quase todos os dias
Vitamina B12	Deficiência (nível baixo)	Critério 1 – Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias
TSH	Hipotireoidismo (TSH elevado)	Critério 1 – Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias

Fonte: Pinheiro; Barroso; Lima (2023); Streck; Martins; Carvalho-Silva (2017); Bosignoli; Balarini; Cunha (2023); Ferreira; Ribeiro; Oliveira (2024); Alves (2023).

Além dos exames físicos e laboratoriais, os exames neurológicos complementares desempenham um papel importante na avaliação de pacientes com suspeita de Transtorno Depressivo Maior, especialmente quando há sintomas cognitivos associados, como lentificação, esquecimento ou dificuldade de concentração. Diferentemente dos exames laboratoriais, que visam investigar causas orgânicas sistêmicas, os exames neurológicos concentram-se no funcionamento cerebral e na exclusão de doenças neurológicas, como demências, epilepsias ou lesões estruturais. Essa avaliação torna-se particularmente relevante em populações mais velhas, nas quais o TDM pode se manifestar com sintomas semelhantes aos de condições neurodegenerativas, dificultando o diagnóstico diferencial (Melo e Alves, 2022).

Segundo Reys *et al.* (2006), testes cognitivos breves, como o Mini Exame de Estado Mental (MEEM) e o *Cambridge Cognitive Examination* (CAMCOG), mostraram-se úteis na distinção entre depressão e demência em pacientes idosos com queixas de memória. Exames de neuroimagem, como a Ressonância Magnética ou a Tomografia Computadorizada, assim como o Eletroencefalograma (EEG), podem ser solicitados em casos selecionados, principalmente quando há suspeita de lesões cerebrais, epilepsia ou outros distúrbios neurológicos que possam estar interferindo no quadro emocional. Dessa forma, os exames neurológicos complementares não têm como objetivo confirmar o diagnóstico de TDM, mas contribuem para o esclarecimento do quadro clínico e para a exclusão de comorbidades que possam influenciar na apresentação dos sintomas e na escolha terapêutica.

INOVAÇÕES TECNOLÓGICAS EM DIAGNÓSTICOS

O diagnóstico da depressão tem avançado com o apoio das ciências biomédicas, especialmente por meio da incorporação de tecnologias modernas. O uso de exames laboratoriais, inteligência artificial e análise de biomarcadores tem se destacado como um caminho promissor para tornar a identificação do transtorno mais objetiva e eficiente. Uma das tecnologias estudadas é a Eletroencefalografia (EEG), que mede a atividade elétrica do cérebro. Apesar da complexidade desses sinais, foi desenvolvido um algoritmo capaz de reconhecer padrões associados à depressão com base em dados de EEG. O estudo utilizou técnicas de aprendizado de máquina e redes neurais profundas, analisando dados coletados por dois tipos de equipamentos, um tradicional com 128 eletrodos e outro mais moderno com apenas três. Quando combinados com dados como idade e gênero, o modelo alcançou 98% de acurácia na detecção da depressão (Ksibi *et al.*, 2022).

Além da atividade cerebral, a análise da voz também tem se mostrado promissora. Um modelo de inteligência artificial chamado *wav2vec 2.0* foi treinado para identificar sinais de depressão apenas com base em gravações de voz. Esse método é não invasivo, funciona adequadamente mesmo com conjuntos reduzidos de dados e pode ser útil para a detecção precoce do transtorno (Huang *et al.*,

2024). De forma semelhante, a tecnologia *Kintsugi Voice* analisou 25 segundos de fala espontânea e conseguiu identificar casos moderados a graves de depressão, com sensibilidade de 71,3% e especificidade de 73,5%. Por esse motivo, pode se configurar como uma ferramenta útil em atendimentos de rotina, nos quais muitos casos ainda passam despercebidos (Mazur *et al.*, 2023).

Modelos computacionais também vêm sendo aplicados a questionários psicológicos, como o DASS-42, que avalia sintomas de depressão, ansiedade e estresse. Um estudo brasileiro treinou algoritmos com respostas desses questionários, e o modelo baseado em *Support Vector Machine* (SVM) obteve acurácia superior a 98% na classificação da gravidade dos sintomas, funcionando como uma ferramenta de triagem inicial que pode orientar o encaminhamento ao profissional adequado (Melo e Alves, 2022).

Outra abordagem consiste na análise de exames de imagem cerebral, como a ressonância magnética estrutural e funcional (MRI, fMRI e dMRI). Com o auxílio de algoritmos como SVM, random forest e redes neurais, pesquisadores buscam identificar alterações cerebrais associadas à depressão. Contudo, os resultados ainda são limitados, com acurácia média em torno de 80%, principalmente em razão da escassez de bancos

de dados amplos e equilibrados, além das diferenças individuais entre os pacientes (Shusharina *et al.*, 2023).

Paralelamente, diversos estudos vêm investigando o uso de biomarcadores como estratégia para aprimorar o diagnóstico da depressão. Esses marcadores biológicos são substâncias detectáveis no sangue e associadas a processos fisiopatológicos envolvidos no transtorno. Foram observadas alterações em citocinas como IL-6, IL-15, IL-21, IL-23, IL-35, IL-17, IL-1 β , TNF- α e IFN- γ , além de mudanças em moléculas relacionadas à inflamação, ao estresse oxidativo e à sinalização celular, como supressores de citocinas e fatores de crescimento. Esses achados reforçam a associação entre processos inflamatórios e o desenvolvimento da depressão (Gomes e Rosa, 2023).

Uma estratégia inovadora foi apresentada por Azevedo (2024), que utilizou técnicas de biologia de sistemas para investigar proteínas do sangue de pacientes com Transtorno Depressivo Maior. Foram construídas redes de interação proteica a partir de proteínas diferencialmente expressas, com o auxílio de ferramentas como *pathfindR*, *STRING* e *Cytoscape*. A análise indicou que muitas dessas proteínas estavam associadas ao lúmen do retículo endoplasmático, uma

estrutura celular possivelmente envolvida na fisiopatologia da depressão. A proteína ANO8, embora não tenha sido medida diretamente nos estudos originais, emergiu como a mais central nas redes analisadas, sugerindo um possível papel relevante no transtorno. Essa abordagem contribui para a ampliação da compreensão dos mecanismos biológicos da depressão e pode indicar novos caminhos para diagnóstico e tratamento (Azevedo, 2024).

Dessa forma, o conjunto dessas tecnologias, que engloba ferramentas de inteligência artificial, análises computacionais, exames de imagem e biomarcadores, reforça o potencial de integração entre inovação tecnológica e ciências biomédicas. Em conjunto, essas estratégias oferecem uma visão mais ampla e multidimensional da depressão, permitindo a identificação do transtorno não apenas a partir de sintomas subjetivos, mas também com base em evidências biológicas, comportamentais e neurofisiológicas. Esse cenário aponta para um futuro em que o diagnóstico da depressão se torne mais sensível, preciso e acessível, favorecendo intervenções mais rápidas e personalizadas, além de contribuir para a redução do subdiagnóstico e para uma compreensão mais aprofundada dos mecanismos envolvidos na doença.

CONCLUSÃO

O diagnóstico do Transtorno Depressivo Maior ainda enfrenta desafios significativos em razão de sua natureza multifatorial e heterogênea. Embora a escuta clínica seja indispensável, ela, isoladamente, mostra-se insuficiente para garantir precisão diagnóstica e a definição de terapias verdadeiramente personalizadas. Nesse contexto, a Biomedicina tem se destacado ao integrar análises laboratoriais, biologia molecular e novas tecnologias. A identificação de biomarcadores inflamatórios e proteicos tem ampliado a compreensão da fisiopatologia do TDM, ao relacionar alterações imunológicas e metabólicas aos sintomas clínicos, contribuindo para diagnósticos mais

objetivos e para o monitoramento da resposta terapêutica. Além disso, os exames complementares auxiliam na exclusão de causas orgânicas ou neurológicas, fortalecendo a abordagem multidisciplinar e reduzindo a possibilidade de erros diagnósticos. Inovações como a inteligência artificial e a análise de big data têm elevado a acurácia e ampliado a aplicabilidade clínica no rastreio do transtorno. Dessa forma, a Biomedicina oferece ferramentas que enriquecem a prática clínica e promovem diagnósticos mais precisos, evidenciando que a integração entre ciência, tecnologia e cuidado humanizado é essencial para o avanço na saúde mental.

REFERÊNCIAS:

- ALMEIDA, D. B. et al. A relação entre marcadores inflamatórios e depressão: uma revisão da literatura. **Scire Salutis**, v. 11, n. 1, p. 84-97, 2021.
- ALVES, M. A.. Depressão maior. In: _____. **Neuropsicogeriatría: uma abordagem integrada**. São Paulo: Editora de Ciências Médicas, 2023. p. 7.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- AZEVEDO, S. C.. **Aplicação de biologia de sistemas na identificação de novos biomarcadores no transtorno depressivo maior**. 2024.
- BARRETO, M. et al. **1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015): estado de saúde**. 2016.
- BOSIGNOLI, R.; BALARINI, M. M.; CUNHA, C. B.. Hipotireoidismo subclínico-Revisão e atualização. **Medicina, Ciência e Arte**, v. 2, n. 1, p. 7-15, 2023.
- CALANDRA, T.; ROGER, T.. Macrophage migration inhibitory factor: a regulator of innate immunity. **Nature reviews immunology**, v. 3, n. 10, p. 791-800, 2003.
- CARDOSO, J. M. G. et al. Principais e Inovadoras Medidas Farmacológicas para o Tratamento do Transtorno Depressivo Maior. **Revista Contemporânea**, v. 4, n. 4, p. e4033-e4033, 2024.
- DIMER, L. M.. Utilização de Biomarcadores Imunorregulatórios no Diagnóstico e Acompanhamento Do Transtorno Depressivo Maior: Revisão Bibliográfica. **Inova Saúde**, v. 12, n. 1, p. 137-153, 2022.
- FERREIRA, C. S. G.; RIBEIRO, J. V. F.; OLIVEIRA, M. L.. Importância do hemograma no diagnóstico da anemia: uma revisão bibliográfica. **Revista Multidisciplinar do Nordeste Mineiro**, v. 7, n. 1, 2024.
- GLOCKER, E.-O., KOTLARZ, D., KLEIN, C., SHAH, N. e GRIMBACHER, B. (2011), Defeitos de IL-10 e do receptor de IL-10 em humanos. **Anais da Academia de Ciências de Nova York**, 1246: 102-107. 2011.
- GOMES, Celina Cavalcante Muniz; DA ROSA, Michelle Melgarejo. Biomarcadores inflamatórios na Depressão Maior: uma revisão sistemática. **Revista Neurociências**, v. 31, p. 1-20, 2023.
- HUANG, X. et al. Depression recognition using voice-based pre-training model. **Scientific reports**, v. 14, n. 1, p. 12734, 2024.
- HUANG, T.-L.; LEE, C.-T.. Low serum albumin and high ferritin levels in chronic hemodialysis patients with major depression. **Psychiatry research**, v. 152, n. 2-3, p. 277-280, 2007.
- KSIBI, A. et al. Electroencephalography-based depression detection using multiple machine learning techniques. **Diagnostics**, v. 13, n. 10, p. 1779, 2023.
- MARTÍNEZ-CANABAL, A.; RIVAS-ARANCIBIA, S.. Funciones de las prostaglandinas en el sistema nervioso central. **Revista de la Facultad de Medicina UNAM**, v. 48, n. 5, p. 210-216, 2005.
- MAZUR, A. et al. Evaluation of an AI-based voice biomarker tool to detect signals consistent with moderate to severe depression. **The Annals of Family Medicine**, v. 23, n. 1, p. 60-65, 2025.
- MELO, A. L. B.; ALVES, A. L. F.. Aplicação de técnicas de aprendizagem de máquina para diagnóstico de depressão, ansiedade e estresse. In: **Encontro Nacional de Computação dos Institutos Federais (ENCompIF)**. SBC, 2022. p. 13-16.
- PASCOAL, L. A. D'A. B. et al. **A Interleucina 1'beta'desempenha um papel termogênico na inflamação hipotalâmica induzida por dieta em ratos**. 2012. Tese de Doutorado. [sn].

PINHEIRO, M. L. P.; BARROSO, H. H.; LIMA, E. D.. 2.1 GLICEMIA. **urvim PROEXC**, p. 23.

REYS, B. N. et al. Diagnóstico de demência, depressão e psicose em idosos por avaliação cognitiva breve. **Revista da associação médica brasileira**, v. 52, p. 401-404, 2006.

REHMAN, A. A.; AHSAN, H.; KHAN, F. H. alfa-2-Macroglobulina: um guardião fisiológico. **Journal of cellular physiology**, v. 228, n. 8, p. 1665-1675, 2013.

SEMPLE, B. D; BYE, N.; RANCAN, M.; ZIEBEL, J. M; MORGANTI-KOSSMAN, M. C.. Papel do CCL2 (MCP-1) na lesão cerebral traumática (LCT): evidências de pacientes com LCT grave e camundongos CCL2 -/. **Jornal of Cerebral Blood Flow & Metabolism**, v. 0, n. 4, p. 769-782, 2010.

SHUSHARINA, N. et al. Modern methods of diagnostics and treatment of neurodegenerative diseases and depression. **Diagnostics**, v. 13, n. 3, p. 573, 2023.

SOUZA, E. S.; CHRIGUER, R. S.; MAZZAIA, M. C.. Depressão e hipotireoidismo: Uma revisão sistemática. **Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social**, v. 9, n. 2, p. 1–16-1–16, 2023.

STRECK, E. L.; MARTINS, J. T.; CARVALHO-SILVA, M.. Efeitos da deficiência de vitamina B12 no cérebro. **Inova Saúde**, v. 6, n. 1, p. 192-207, 2017.

TEODORO, C. A.; MANIGLIA, M. R.. Estudo de caso: A Importância dos Dados Laboratoriais na Avaliação Neuropsicológica em Pacientes com Depressão Secundária. **UNIFUNEC CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR**, v. 14, n. 16, p. 1-27, 2025.

Capítulo 14

FISIOTERAPIA EM SAÚDE MENTAL: UMA ABORDAGEM INTEGRATIVA E MULTIDISCIPLINAR NO TRATAMENTO DO TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR

Capítulo 14: Fisioterapia em Saúde Mental: Uma Abordagem Integrativa e Multidisciplinar no Tratamento do Transtorno Depressivo Maior. Em: Neurociência do Transtorno Depressivo Maior - Uma Imersão Nos Processos Neurobiológicos e no Cuidado Multidisciplinar. Editora Humanize, 2026. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.18500925>

Yúri Cristian de Lima

Discente do Curso de Fisioterapia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

Maria Clara Machado Alonso de Araújo

Discente do Curso de Psicologia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

Caio Victor Barros Gonçalves da Silva

Mestrando em Ciências Biológicas na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

Bruna de Sousa Gomes

Mestrando em Ciências Biológicas na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

INTRODUÇÃO

A fisioterapia, tradicionalmente focada no tratamento de disfunções motoras, vem ampliando progressivamente seu campo de atuação e emerge como uma ciência fundamental no manejo da saúde mental, especialmente no tratamento do Transtorno Depressivo Maior (TDM). Diante da crescente prevalência da depressão, que afeta mais de 280 milhões de pessoas em todo o mundo, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), torna-se imperativa a busca por abordagens terapêuticas eficazes, seguras e de baixo custo. Nesse contexto, a fisioterapia destaca-se como uma estratégia complementar e integrativa, sustentada por evidências científicas robustas que comprovam seu papel

na modulação dos sintomas depressivos (Silva; Vieira; Brito, 2019; Noimann *et al.*, 2021; OMS, 2023).

O objetivo deste capítulo é apresentar os principais recursos fisioterapêuticos e os mecanismos neurobiológicos que explicam como essa intervenção contribui para o controle do TDM. A relação entre exercício físico e saúde mental encontra-se bem estabelecida na literatura. A prática regular, supervisionada e orientada de exercícios físicos modula neurotransmissores essenciais, como serotonina, dopamina e noradrenalina, diretamente envolvidos na regulação do humor, da motivação e do bem-estar. Intervenções fisioterapêuticas, como o

treinamento de força, os exercícios aeróbicos, o pilates e as técnicas de reabilitação funcional, demonstram eficácia na redução de sintomas como fadiga, anedonia e distúrbios do sono, além de promoverem melhora da autoestima e da qualidade de vida dos pacientes (Noimann *et al.*, 2021; OMS, 2023; Pavan *et al.*, 2021).

Adicionalmente, a intervenção fisioterapêutica pode desempenhar um papel relevante na redução da dependência de medicamentos antidepressivos. Embora

eficazes, esses fármacos frequentemente estão associados a efeitos colaterais indesejados, como ganho de peso, sedação e disfunções sexuais. Dessa forma, a fisioterapia consolida-se como uma área de crescente importância na abordagem multidisciplinar do Transtorno Depressivo Maior, oferecendo uma contribuição valiosa para o tratamento e a recuperação dos pacientes (Goulardins; Canales; Oda, 2019; Contel; Villas-Boas, 1999).

ABORDAGENS FISIOTERAPÉUTICAS NO MANEJO DA DEPRESSÃO

Pacientes com transtornos mentais frequentemente apresentam alterações corporais significativas, cuja origem é psicossomática. A hiperativação do sistema nervoso simpático, comum em quadros de ansiedade e depressão, leva ao aumento do tônus muscular de repouso, resultando em tensões crônicas, rigidez e dor. Esse processo manifesta-se em alterações posturais, como ombros protraídos e cabeça anteriorizada, bem como em padrões respiratórios superficiais e desorganizados, que contribuem para a manutenção do estado de alerta do organismo. As intervenções fisioterapêuticas atuam diretamente na interrupção desse ciclo vicioso. Exercícios aeróbicos, por exemplo, além de melhorarem a capacidade cardiovascular, promovem a liberação de endorfinas e estimulam a neurogênese, enquanto o

treinamento de força contribui para o aumento da autoeficácia. Técnicas de relaxamento, como a respiração diafragmática, atuam diretamente na regulação do sistema nervoso autônomo. Os resultados dessas intervenções extrapolam os benefícios físicos, incluindo melhorias na autoestima, na percepção da imagem corporal e uma redução significativa dos sintomas depressivos (Silva; Pedrão; Miasso, 2012).

Complementando esse panorama, a fisioterapia configura-se como uma ferramenta central para a reintegração física e social. O sofrimento psíquico, frequentemente, conduz ao embotamento sensorial e à desconexão com o próprio corpo. Técnicas que aprimoram a consciência corporal e a propriocepção, entendida como a percepção do corpo no espaço, são fundamentais para ancorar o

indivíduo no presente, reduzindo sentimentos de dissociação. A terapia em grupo, por sua vez, desempenha papel relevante na interrupção do ciclo de isolamento social. Nesse contexto, o paciente exerce habilidades sociais em um ambiente seguro, desenvolve um senso de pertencimento e reconhece que não está sozinho em suas dificuldades. A melhora do equilíbrio e da marcha, por exemplo, traduz-se diretamente em maior confiança e autonomia para a circulação em espaços públicos, constituindo um passo concreto para a reintegração social. Esse processo exige fisioterapeutas capacitados para manejar dinâmicas de grupo e identificar sinais de descompensação psíquica (Barbosa, 2022).

Nesse contexto, torna-se fundamental que o fisioterapeuta adote uma abordagem biopsicossocial, reconhecendo que a dor e a incapacidade configuram fenômenos multifatoriais, influenciados não apenas por aspectos biomecânicos, mas também por fatores emocionais, crenças individuais e contexto social. A prática clínica deve, portanto, ultrapassar a mera prescrição de exercícios, incorporando a escuta ativa e a construção de uma aliança terapêutica sólida. Em vez de estabelecer objetivos estritamente funcionais, como “aumentar a amplitude de movimento do ombro”, o profissional pode, em conjunto com o paciente, definir metas

significativas, como “ser capaz de pegar o neto no colo sem dor”. Essa personalização do cuidado, ao alinhar a reabilitação física aos valores e às necessidades psicossociais do paciente, favorece a adesão ao tratamento e amplia sua relevância, tornando o processo de reabilitação uma experiência de empoderamento.

Outras abordagens inovadoras têm ganhado espaço ao integrar recursos tecnológicos à prática clínica voltada à saúde mental. A Estimulação Magnética Transcraniana (EMT), por exemplo, constitui uma técnica de neuromodulação não invasiva que utiliza campos magnéticos para estimular áreas específicas do cérebro, como o córtex pré-frontal dorsolateral, frequentemente hipoativo em indivíduos com depressão. A inovação reside na associação da EMT às práticas tradicionais da fisioterapia. A hipótese é que essa técnica possa preparar o cérebro, ao favorecer a neuroplasticidade e torná-lo mais responsável aos estímulos decorrentes do exercício terapêutico, do treinamento funcional e do aprendizado motor. Essa interação apresenta potencial para acelerar e intensificar os efeitos terapêuticos, contribuindo de forma mais consistente para a redução dos sintomas depressivos e para a melhora do bem-estar geral (Hubner; Olmos, 2025).

PROMOÇÃO DO CONVÍVIO SOCIAL E BEM-ESTAR

A atuação da fisioterapia na saúde mental contribui de forma significativa para o bem-estar de pessoas com transtornos mentais, ao integrar aspectos físicos, mentais e sociais por meio do movimento funcional e da atividade física. Por se tratar de uma intervenção não medicamentosa, sua prática alinha-se aos princípios da integralidade do cuidado e da atenção centrada na pessoa. O fisioterapeuta, ao valorizar a consciência corporal e promover o autocuidado, atua de maneira abrangente sobre a funcionalidade e a qualidade de vida, favorecendo a inclusão social e o convívio em comunidade. Além disso, sua atuação abrange todos os níveis de atenção à saúde e diferentes faixas etárias, sendo relevante tanto em condições agudas quanto crônicas. A inserção desse profissional nas equipes multiprofissionais e nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) representa um avanço importante na articulação entre o cuidado físico e a saúde mental, apontando para uma prática que reconhece a complexidade do sofrimento psíquico e atua na reconstrução de vínculos, autonomia e cidadania dos indivíduos (Goulardins; Canales; Oda, 2019).

É imperativo ressaltar que essa atuação ocorre de forma sinérgica no âmbito da equipe multiprofissional. O fisioterapeuta não substitui o psicólogo ou o psiquiatra, mas

complementa o tratamento a partir de sua expertise em corpo, movimento e funcionalidade. Enquanto a psicoterapia se ocupa das dimensões emocionais e cognitivas e a psiquiatria atua no manejo farmacológico, a fisioterapia contribui para a tradução desses avanços no plano físico e funcional. A comunicação contínua entre os profissionais é fundamental para o alinhamento das condutas, a discussão da evolução clínica e a identificação de sinais de alerta, assegurando um cuidado integrado e seguro (Goulardins; Canales; Oda, 2019).

A inclusão do sujeito em espaços de cuidado grupal, como os grupos terapêuticos, tem se mostrado fundamental para o alívio emocional, o fortalecimento da confiança e o desenvolvimento da capacidade de lidar com os efeitos dos transtornos mentais. Esses grupos favorecem a troca de experiências e ampliam o conhecimento dos participantes acerca de sua condição, promovendo suporte mútuo e convivência ativa (Contel; Villas-Boas, 1999).

Além disso, os espaços de convivência e criação são reconhecidos como estratégias potentes para a reconfiguração subjetiva de indivíduos em sofrimento psíquico. Nesses ambientes, o sujeito pode expressar opiniões, estabelecer vínculos e construir práticas de

cuidado consigo mesmo, promovendo transformações em suas relações interpessoais e na forma como se insere no meio social (Mendonça, 2005).

As atividades corporais, sociais e expressivas, quando integradas aos ambientes terapêuticos, estimulam o desenvolvimento da autonomia, da criatividade e das relações interpessoais. Essas práticas englobam desde atividades motoras, como esportes e trabalhos manuais, até expressões artísticas, como dança, cerâmica e pintura, permitindo ao indivíduo explorar novas formas de comunicação e desenvolver competências

relacionais (Figura 01). Paralelamente, funcionam como mediadoras para o reconhecimento da individualidade e da diversidade dos participantes, fortalecendo os processos de identidade e pertencimento grupal. Dessa forma, os espaços terapêuticos configuram-se como ambientes de escuta, acolhimento e convivência ativa, essenciais para a reconstrução de laços sociais frequentemente fragilizados em contextos de sofrimento psíquico. Tais espaços não apenas promovem o bem-estar emocional e relacional, mas também ampliam as possibilidades de inserção social e de participação cidadã (Valladares *et al.*, 2003).

Figura 01 - Representação da interação entre Fisioterapia, Convívio Social e Bem-estar.



PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES (PICS) EM SAÚDE

O Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) reconhece diversas práticas integrativas como parte das competências do fisioterapeuta,

regulamentando sua atuação por meio de resoluções, como a nº 380/2010, que dispõe sobre a acupuntura, bem como outras normativas que incluem a auriculoterapia, o

termalismo, a yoga e a meditação. Essas práticas ampliam as possibilidades de cuidado integral, especialmente em casos de depressão, ao favorecerem abordagens voltadas ao equilíbrio físico, mental e emocional. A incorporação dessas terapias no exercício profissional contribui para uma atenção mais humanizada, fortalece a autonomia do fisioterapeuta e possibilita intervenções eficazes com menor dependência de abordagens exclusivamente farmacológicas (COFFITO, 2010).

Essa atuação torna-se particularmente relevante ao se considerar que a depressão é um transtorno mental comum, de alta prevalência e impacto significativo na vida dos indivíduos. Tradicionalmente, seu tratamento envolve intervenções farmacológicas e psicoterapêuticas. No entanto, observa-se um interesse crescente por práticas integrativas como estratégias complementares de cuidado, especialmente diante das limitações dos tratamentos convencionais, dos efeitos colaterais associados e da necessidade de uso prolongado de ansiolíticos e antidepressivos. Nesse cenário, as terapias integrativas emergem como alternativas promissoras para melhorar a qualidade de vida e ampliar a eficácia terapêutica (Marchi *et al.*, 2013).

O reconhecimento da importância dessas práticas não se limita ao âmbito do conselho profissional. Em 2006, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de

Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS), incentivando a utilização dessas abordagens como parte das estratégias de promoção, manutenção e recuperação da saúde. A inclusão dessas terapias na Atenção Primária ampliou o acesso da população a métodos como a acupuntura, a fitoterapia e a meditação, fortalecendo uma abordagem de cuidado mais humanizada e centrada no sujeito (Ministério da Saúde, 2006).

Dentre as práticas integrativas passíveis de aplicação pelo fisioterapeuta, a acupuntura destaca-se por sua eficácia terapêutica em condições emocionais, como a ansiedade e, por extensão, a depressão. Essa técnica milenar baseia-se na estimulação de pontos específicos do corpo, promovendo o equilíbrio energético e neuroquímico por meio da ativação de nervos periféricos e da consequente modulação de neurotransmissores no sistema nervoso central. Tais mecanismos estão diretamente relacionados à regulação do humor, da ansiedade e do bem-estar geral (Haddad; Medeiros; Marcon, 2012).

De forma integrada, essas práticas atuam no processo terapêutico ao estimular mecanismos fisiológicos e emocionais que contribuem para o alívio dos sintomas depressivos. A meditação, por exemplo, apresenta benefícios na regulação do estresse e na melhora do humor. A fitoterapia, por sua vez, pode auxiliar na modulação de

neurotransmissores, frequentemente com menor incidência de efeitos adversos quando comparada a medicamentos sintéticos (Figura 02). Essas intervenções, quando adotadas com

base científica, ampliam o arsenal terapêutico do fisioterapeuta, com potencial para melhorar a adesão ao tratamento e a qualidade de vida dos pacientes (De Toni *et al.*, 2009).

Figura 02 - Práticas Integrativas Implementadas.



Fonte: Autoral (2025).

CONCLUSÃO

A atuação da fisioterapia no contexto da saúde mental, com ênfase no tratamento da depressão, consolida-se como uma abordagem integrativa e eficaz. Por meio de intervenções baseadas em evidências, como exercícios terapêuticos e técnicas de reabilitação funcional, observa-se a modulação de neurotransmissores essenciais à regulação do humor, resultando em melhora da autoestima, do sono e da qualidade de vida, além de favorecer maior engajamento nas atividades de vida diária.

A inserção do fisioterapeuta em espaços de cuidado coletivo, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), bem como a

valorização de práticas expressivas em grupo, mostra-se fundamental para a reconstrução de vínculos afetivos e sociais, contribuindo para o enfrentamento do isolamento frequentemente associado ao sofrimento psíquico. A incorporação das Práticas Integrativas e Complementares (PICS), regulamentadas pelo COFFITO, amplia ainda mais as possibilidades terapêuticas, promovendo equilíbrio físico e emocional e atuando de forma complementar, e não substitutiva, às abordagens farmacológicas quando estas se fazem necessárias.

A abordagem fisioterapêutica destaca-se, ainda, por sua sensibilidade às

particularidades do sujeito, ao valorizar a aliança terapêutica como elemento central para superar desafios como a baixa adesão ao tratamento. Nesse processo, a construção conjunta de objetivos terapêuticos alinhados aos valores e às necessidades do paciente fortalece o vínculo profissional e potencializa os resultados do cuidado. Técnicas voltadas à consciência corporal e à regulação do padrão respiratório, aliadas a recursos tecnológicos e a estratégias de neuromodulação, evidenciam a amplitude e a sofisticação das intervenções

disponíveis no campo da fisioterapia em saúde mental.

Portanto, ao integrar ciência, sensibilidade clínica e práticas centradas no cuidado integral, a fisioterapia reafirma seu papel essencial na equipe multidisciplinar de saúde mental. Sua atuação contribui de forma decisiva para o enfrentamento da depressão e para a construção de um modelo de atenção mais humanizado, acolhedor e transformador, alinhado às diretrizes contemporâneas de cuidado em saúde mental.

REFERÊNCIAS:

- BARBOSA, É. G.; SILVA, E. A. M.. Fisioterapia na Saúde Mental: Uma revisão de literatura. **Revista Saúde Física & Mental-ISSN 2317-1790**, v. 3, n. 2, p. 12-30, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 971, de 4 de maio de 2006. **Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 4 de maio de 2006.
- CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL (COFFITO). Resolução nº 380, de 3 de novembro de 2010. **Reconhece a Acupuntura como especialidade do fisioterapeuta e do terapeuta ocupacional**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, seção 1, p. 137-138, 5 nov. 2010.
- CONTEL, J. O. B.; VILLAS-BOAS, M. A.. Psicoterapia de grupo de apoio multifamiliar (PGA) em hospital-dia (HD) psiquiátrico. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 21, n. 4, p. 225-230, 1999.
- TONI, K. et al. As práticas integrativas na Estratégia Saúde da Família: visão dos agentes comunitários de saúde. [S. l.], 2009. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-513364>. Acesso em: 28 jul. 2025.
- GOULARDINS, J. B.; CANALES, J. Z.; ODA, C.. Perspectivas sobre a atuação da Fisioterapia na Saúde Mental. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**, v. 9, n. 2, p. 155-158, 2019.
- HADDAD, M. L.; MEDEIROS, M.; MARCON, S. S.. Qualidade de sono de trabalhadores obesos de um hospital universitário: acupuntura como terapia complementar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, p. 82-88, 2012.
- HUBNER, M. M. C. et al. Psiquiatria interdisciplinar. 2016.
- MARCHI, K. C. et al. Anxiety and the consumption of anxiolytics among nursing students of a public university. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 15, n. 3, 2013.
- MENDONÇA, T. C. P.. As oficinas na saúde mental: relato de uma experiência na internação. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 25, p. 626-635, 2005.
- NOIMANN, C. et al. Fisioterapia na melhora da depressão e ansiedade: revisão de literatura. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 15, p. e442101523228-e442101523228, 2021.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Depressão**. Genebra: OMS, 2023.
- PAVAN, F. V. et al. O cuidado em Saúde Mental: contribuições da fisioterapia. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**, v. 11, n. 2, p. 279-281, 2021.
- SILVA, R. F.; VIEIRA, A. P. O.; BRITO, A. P.. Efeitos positivos da fisioterapia na depressão através do exercício físico e hidroterapia. **Scire Salutis**, v. 9, n. 1, p. 1-8, 2019.
- SILVA, S. B.; PEDRÃO, L. J.; MIASSO, A. I.. O impacto da fisioterapia na reabilitação psicosocial de portadores de transtornos mentais. **SMAD, Revista Electrónica en Salud Mental, Alcohol y Drogas**, v. 8, n. 1, p. 34-40, 2012.
- VALLADARES, A. C. A. et al. Reabilitação psicosocial através das oficinas terapêuticas e/ou cooperativas sociais. **Revista eletrônica de enfermagem**, v. 5, n. 1, 2003.

Capítulo 15

O IMPACTO DO TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR NA PARTICIPAÇÃO SOCIAL

Capítulo 15: O Impacto do Transtorno Depressivo Maior na Participação Social. Em: Neurociência do Transtorno Depressivo Maior - Uma Imersão Nos Processos Neurobiológicos e no Cuidado Multidisciplinar. Editora Humanize, 2026. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.18500927>

Geovanna Gabryele dos Santos Silva

Discente do Curso de Terapia Ocupacional pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

Maria Clara Machado Alonso de Araújo

Discente do Curso de Psicologia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

Caio Victor Barros Gonçalves da Silva

Mestrando em Ciências Biológicas na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

Ryan Cristian da Silva

Mestrando em Ciências Biológicas na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

INTRODUÇÃO

O Transtorno Depressivo Maior (TDM) é uma condição psicológica classificada entre os transtornos depressivos, conforme o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5). Trata-se de um problema de saúde mental comum que, segundo dados de 2019, afeta aproximadamente 185.152.619 pessoas em todo o mundo e cerca de 6.950.788 no Brasil (Barbosa e Picarelli, 2022).

As principais características desse transtorno, de acordo com o DSM-5, são mudanças nos hábitos e na rotina com duração mínima de duas semanas. Essas mudanças incluem, comumente, humor deprimido na maior parte do dia, desinteresse pelas atividades habituais da rotina, alterações no

apetite, que podem se manifestar como aumento ou diminuição da fome, levando a mudanças significativas no peso, alterações na rotina do sono, seja por hipersonia ou insônia, além de sentimentos negativos e depreciativos em relação a si mesmo, como culpa excessiva ou sem sentido. A maioria dessas alterações está presente quase todos os dias ou todos os dias em pessoas com TDM, gerando impacto direto ou indireto nas ocupações humanas (Barbosa e Picarelli, 2022; American Psychiatric Association, 2014).

As ocupações humanas constituem o domínio central da Terapia Ocupacional, cuja prática é fundamentada na natureza ocupacional dos seres humanos e na importância da identidade ocupacional para

uma vida saudável, produtiva e satisfatória. Esse preceito compreende o ser humano em seu caráter biológico, mas extrapola essa esfera, uma vez que, em uma perspectiva holística, as pessoas necessitam da ocupação para o próprio desenvolvimento humano. Conforme citação direta da *American Occupational Therapy Association*, as ocupações são intrínsecas aos seres humanos, “independentemente da idade e das suas capacidades; no exercício da ocupação, o ser humano expressa a totalidade do seu ser, a união mente-corpo-espírito. Como a existência humana não poderia ser de outra forma, a humanidade é, na sua essência, ocupacional por natureza” (*American Occupational Therapy Association*, 2015).

Com isso, evidencia-se de forma clara o nível significativo de sofrimento

psicoemocional e os comprometimentos que o Transtorno Depressivo Maior pode causar na vida de uma pessoa. Torna-se, portanto, fundamental considerar o ponto de vista da Terapia Ocupacional acerca desses comprometimentos na vida cotidiana, os quais estão diretamente associados à execução das Atividades de Vida Diária (AVD) e à participação social do indivíduo, podendo também impactar outras ocupações humanas, como as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD). Dessa forma, neste capítulo serão abordadas a Terapia Ocupacional e a reintegração social no contexto do Transtorno Depressivo Maior (*American Occupational Therapy Association*, 2015; Barbosa e Picarelli, 2022).

O QUE É A OCUPAÇÃO PARTICIPAÇÃO SOCIAL?

Em definição, a ocupação humana é o instrumento central da Terapia Ocupacional, sendo comumente associada a significados como trabalho e tarefas. No entanto, enquanto conceito da Ciência Ocupacional, a ocupação humana é compreendida como os diversos tipos de atividades realizadas cotidianamente, nas quais há o envolvimento de indivíduos,

grupos ou populações. As ocupações humanas incluem as Atividades de Vida Diária (AVD), as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), o descanso e sono, a educação, o trabalho, o brincar, o lazer e a participação social (Figura 01) (*American Occupational Therapy Association*, 2015).

Figura 01 - Quadro de apresentação das Ocupações Humanas.



Fonte: Napkin IA (2025).

O equilíbrio entre as ocupações humanas é intrinsecamente central para a saúde e a qualidade de vida dos indivíduos, atuando também na construção da identidade, do sentido de competência e do desenvolvimento de habilidades de pessoas e/ou grupos. Dentre as diversas definições existentes, pode-se apontar que, para a Terapia Ocupacional, as ocupações referem-se ao fazer humano realizado por pessoas como indivíduos, em famílias e em comunidades, sendo consequência é parte essencial da vida cotidiana. Nesse conjunto incluem-se, por exemplo, as Atividades de Vida Diária (AVD), que englobam ações como a alimentação. Além disso, as ocupações assumem um papel significativo na atribuição de sentido e propósito à vida (*American Occupational Therapy Association, 2015; Godoy-Vieira, Malfitano e Soares, 2024; Silva e Oliveira, 2019*).

A Participação Social, por sua vez, é definida como uma ocupação que envolve situações sociais com outras pessoas e relações de suporte social interdependentes. Trata-se de interações marcadas pela mutualidade e reciprocidade, caracterizadas pelo “falar e ouvir” e pelo “dar e receber”. De forma mais aprofundada, a participação social refere-se à conexão mútua e à influência recíproca das ocupações que possibilitam o envolvimento do indivíduo em atividades realizadas na vizinhança, em organizações, no local de trabalho, na escola, em grupos religiosos ou espirituais, bem como no contexto familiar e entre pares e amigos. Essas interações podem ocorrer de forma presencial ou mediadas por meios digitais, como ligações telefônicas e chats em redes sociais (*American Occupational Therapy Association, 2015; Godoy-Vieira, Malfitano e Soares, 2024*).

A participação social é essencial, pois pode ser relacionada a um número significativo de atividades realizadas cotidianamente, como trabalhar, estudar, realizar compras, vivenciar momentos de lazer e brincar. Além disso, envolve as interações com familiares e amigos, que estão fortemente presentes no dia a dia e nas tarefas executadas. Nesse sentido, as alterações decorrentes do

Transtorno Depressivo Maior impactam diretamente as ocupações humanas, dentre elas a participação social, tornando necessária, no processo terapêutico, a promoção da reintegração social como componente fundamental do cuidado (*American Occupational Therapy Association, 2015; Silva e Oliveira, 2019*).

REINTEGRAÇÃO SOCIAL E AS OCUPAÇÕES HUMANAS NO TDM

Compreendendo todos esses conceitos prévios, é possível refletir, na prática, sobre os impactos do Transtorno Depressivo Maior na Participação Social. Considerando o que foi apresentado, trata-se de um transtorno comum na sociedade contemporânea, sendo frequentemente identificado no cotidiano, seja por meio de pessoas diretamente afetadas, seja por representações em obras literárias e audiovisuais. Um exemplo disso pode ser observado na obra *O Serviço de Entregas da Kiki*, que retrata o cotidiano de Kiki, uma jovem que deixa seu lar e inicia uma nova vida ao se estabelecer em uma cidade desconhecida, enfrentando desafios relacionados à ausência de uma casa fixa, de trabalho e de vínculos sociais, contando apenas com a companhia de seu gato Jiji (Silva e Oliveira, 2019; Miyazaki, 1989).

Ao longo da narrativa, ocorre um processo de mudança radical na vida da personagem, que inicialmente enfrenta as adversidades de forma resiliente, buscando conquistar suas metas e estruturar sua nova rotina. No entanto, com o passar do tempo, mesmo após estabelecer vínculos sociais, conquistar um lar e um trabalho, Kiki passa a apresentar humor deprimido e pensamentos de descrença em si mesma. Progressivamente, observa-se a presença de desinteresse pelas atividades cotidianas, a negligência com as refeições, o abandono do trabalho, longos períodos permanecendo na cama e o isolamento social, caracterizado pela interrupção do diálogo com amigos e vizinhos. Esse conjunto de comportamentos configura um retrato do sofrimento psíquico característico do Transtorno Depressivo Maior.

Dessa forma, evidencia-se o impacto direto do TDM na vida como um todo, não apenas na trajetória da personagem, mas também na experiência de qualquer pessoa afetada pelo transtorno. As repercussões atingem o trabalho, os estudos e até tarefas simples do cotidiano, além de gerar consequências significativas nas relações sociais, uma vez que o distanciamento de

pessoas e de situações de convivência tende a reforçar um ciclo de agravamento dos sintomas depressivos. A partir do quadro apresentado na vivência de Kiki, torna-se possível estabelecer uma relação entre os sintomas do Transtorno Depressivo Maior e as ocupações humanas afetadas (Tabela 01) (Godoy-Vieira, Malfitano e Soares, 2024; Silva e Oliveira, 2019; Miyazaki, 1989).

Tabela 01 - Relação entre Sintomas e Ocupações humanas.

	Ocupações Afetadas Diretamente	Ocupações Afetadas Indiretamente
Humor deprimido		
Diminuição do interesse ou prazer	Participação Social, AIVD's	AVD's, Lazer, Trabalho
Alterações de peso/apetite	Participação Social, AVD's, AIVD's, Lazer, Trabalho	Participação Social, AVD's, AIVD's, Lazer, Brincar, Trabalho
Problemas na rotina de sono	AVD's (Alimentação)	Participação Social, AVD's, AIVD's, Lazer, Brincar, Trabalho
Sentimentos de inutilidade	Sono e Descanso	Participação Social, AVD's, AIVD's, Lazer, Trabalho
	AVD's	Participação Social, AVD's, AIVD's, Lazer, Trabalho

Fonte: Napkin IA (2025).

É importante pontuar que os níveis de impacto e as relações entre os sintomas e as repercussões no dia a dia apresentam proporções distintas, tendo em vista a individualidade de cada pessoa. Isso ocorre porque os seres humanos são subjetivos, sentem e significam a vida de maneiras diferentes, além de vivenciarem rotinas e realidades diversas, o que impacta diretamente a relação com as ocupações e, consequentemente, com a participação social (Godoy-Vieira, Malfitano e Soares, 2024; Silva e Oliveira, 2019; Grapiglia *et al.*, 2021).

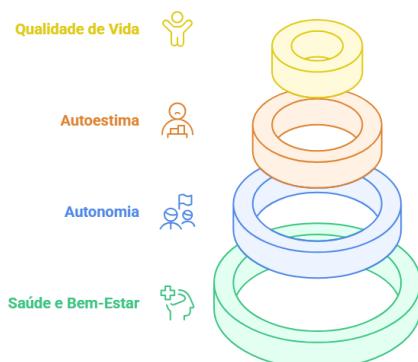
De modo geral, a presença de sintomas depressivos, por si só, pode levar à diminuição da participação em atividades sociais. O desinteresse reduz os níveis de prazer nas interações que anteriormente eram consideradas agradáveis, contribuindo para o afastamento social. Além disso, o humor persistentemente triste ou com maior irritabilidade pode dificultar a manutenção de interações sociais positivas com colegas e clientes, favorecendo o surgimento de conflitos ou o distanciamento por parte dos outros. Soma-se a isso o fato de que outros

sintomas do Transtorno Depressivo Maior, como alterações alimentares e da rotina de sono, afetam o funcionamento fisiológico do indivíduo, tornando a fala mais lenta, monótona ou com menor contato visual. Esses fatores podem dificultar a conexão interpessoal e gerar mal-entendidos, reduzindo ainda mais a motivação para interagir socialmente (García Bonetto *et al.*, 2022; Grapiglia *et al.*, 2021; Gómez Maquet *et al.*, 2021; Rojas *et al.*, 2024).

Dessa forma, evidencia-se que o tratamento do Transtorno Depressivo Maior deve contemplar tanto intervenções

terapêuticas quanto farmacológicas, não se restringindo apenas ao uso de medicamentos. Torna-se fundamental a associação com estratégias terapêuticas, como a Reintegração Social, que visa favorecer o retorno do indivíduo ao convívio social. Isso se justifica pelo fato de que os sintomas e impactos do TDM comprometem diretamente a qualidade de vida, a autonomia e a autoestima da pessoa afetada, fatores essenciais para o processo terapêutico, por estarem diretamente relacionados à saúde e ao bem-estar, conforme ilustrado na Figura 2 (García Bonetto *et al.*, 2022; Grapiglia *et al.*, 2021; Rojas *et al.*, 2024).

Figura 02 - Interconexão da saúde e bem-estar.



Fonte: Napkin IA (2025).

COMO AS INTERVENÇÕES DA TERAPIA OCUPACIONAL NA REINTEGRAÇÃO SOCIAL INFLUENCIAM A PARTICIPAÇÃO E AS ATIVIDADES DIÁRIAS NO TDM?

O processo de reintegração social, ou seja, as intervenções terapêuticas que buscam trazer de volta o indivíduo ao convívio e à dinâmica social, é essencial no Transtorno Depressivo Maior, pois é a partir dele que se

restaura a participação social, a qual, como visto anteriormente, impacta diretamente as atividades do dia a dia (Silva e Oliveira, 2019).

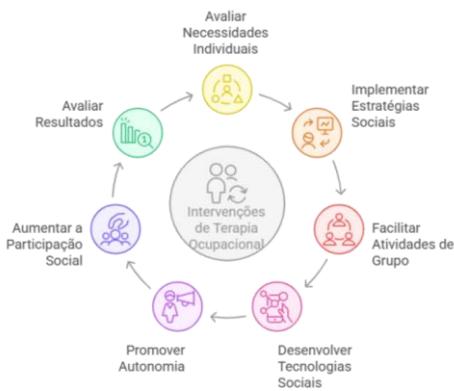
As intervenções da Terapia Ocupacional na reintegração social ocorrem

por meio de estratégias e tecnologias sociais específicas, centradas nas individualidades e no perfil das demandas do sujeito. Essas intervenções podem incluir oficinas de atividades, rodas de conversa, entre diversas outras estratégias que viabilizem e estimulem a socialização, a expressão emocional e o engajamento em papéis sociais significativos. Tais ações visam criar suporte às práticas de sociabilidade, tendo como metas da reintegração social a autonomia, a participação e a inserção social dos sujeitos, bem como a produção de tecnologias sociais enquanto práticas possíveis da Terapia Ocupacional no campo social (*American Occupational Therapy Association*, 2015; Godoy-Vieira, Malfitano e Soares, 2024; Gómez Maquet *et al.*, 2021).

Essas intervenções também se configuram como ações inseridas em um processo de reconstrução do projeto de vida dos sujeitos, favorecendo a inclusão social e a melhoria da qualidade de vida de forma integral e sustentável. Ao serem centradas nas necessidades, interesses e potencialidades individuais, o terapeuta ocupacional busca criar oportunidades para a retomada de vínculos sociais e o resgate da autonomia

(Gómez Maquet *et al.*, 2021; Silva e Oliveira, 2019).

No âmbito da prática profissional, destaca-se ainda a possibilidade de desenvolvimento de Tecnologias Sociais, que têm como objetivo a reconstrução de papéis sociais e o resgate de vínculos afetivos e comunitários. Exemplos dessas tecnologias incluem aquelas que auxiliam na construção de redes de apoio e na redução das barreiras à participação social. Trata-se de uma estratégia que colabora para que o indivíduo possa desempenhar suas atividades com maior sentido e engajamento, promovendo qualidade de vida e saúde mental por meio de recursos e estratégias que ampliam as possibilidades de participação social e favorecem o enfrentamento das limitações funcionais impostas pelo Transtorno Depressivo Maior. Ademais, a reintegração social pode envolver a articulação com outras políticas públicas, como saúde, assistência social e cultura, buscando uma abordagem intersetorial que garanta o direito à participação plena na sociedade (*American Occupational Therapy Association*, 2015; Godoy-Vieira, Malfitano e Soares, 2024; Silva e Oliveira, 2019).

Figura 03 - Fundamentos da Atuação Terapêutica Ocupacional na Reintegração Social.

Fonte: Napkin IA (2025).

CONCLUSÃO

Dessa forma, ao longo deste capítulo, exploramos o sofrimento psicoemocional significativo e os comprometimentos multifacetados do Transtorno Depressivo Maior na vida dos indivíduos e como eles afetam a Participação Social. Enquanto ocupação essencial, a Participação Social mostra-se particularmente vulnerável aos sintomas do TDM, uma vez que sua relação com as interações e com o suporte social é diretamente afetada pelo transtorno, levando as pessoas acometidas à redução do envolvimento em atividades sociais cotidianas e, em casos mais graves, ao isolamento social.

Além disso, a individualidade desempenha um papel crucial na manifestação e no impacto do TDM sobre as ocupações e sobre a participação social. As experiências

subjetivas e as diferentes realidades de vida modulam a forma como o transtorno se expressa e afeta o engajamento social. Essa compreensão relaciona-se diretamente ao tratamento do TDM, que demanda uma abordagem integrada, combinando intervenções farmacológicas e terapêuticas.

Por fim, a Reintegração Social emerge como um componente essencial do cuidado, ao visar a restauração do convívio e da dinâmica social dos indivíduos afetados. Em suma, este capítulo sublinha a importância de compreender o Transtorno Depressivo Maior não apenas como uma condição clínica individual, mas também a partir de suas profundas implicações na vivência social do indivíduo.

REFERÊNCIAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5.** 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- AOTA AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION et al. Estrutura da prática da Terapia Ocupacional: domínio & processo-traduzida. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 26, p. 1-49, 2015.
- BARBOSA, G. F.; PICARELLI, C. C.. Relato de caso: avaliação do risco de suicídio no transtorno depressivo maior grave com sintomas psicóticos. **Revista de Medicina**, v. 101, n. 2, 2022.
- BONETTO, G. G. et al. Trastorno depresivo mayor y depresión resistente al tratamiento: un análisis epidemiológico en Argentina del estudio de Depresión resistente al tratamiento en América Latina. **Vertex Revista Argentina de Psiquiatría**, v. 33, n. 155, ene.-mar., p. 36-49, 2022.
- GRAPIGLIA, C. Z. et al. Factors associated with common mental disorders: a study based on clusters of women. **Revista de saude publica**, v. 55, p. 77, 2021.
- GODOY-VIEIRA, A.; MALFITANO, A. P. S.; SOARES, C. B.. Fundamentos do processo de trabalho em terapia ocupacional: uma abordagem analítica a partir do diálogo entre Terapia Ocupacional Social e Saúde Coletiva Latino-Americana. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 32, p. e3627, 2024.
- MAQUET, Y. G. et al. El papel de la valoración de los sucesos vitales estresantes en el Trastorno Depresivo Mayor. **Revista Colombiana de Psiquiatría**, v. 49, n. 2, p. 68-75, 2020.
- MIYAZAKI, H. (Diretor). **Serviço de Entregas da Kiki** [Majo no Takkyūbin]. Japão: Studio Ghibli, 1989. Filme cinematográfico.
- ROJAS, F. et al. Implicancias del ciberacoso en el desarrollo de sintomatología depresiva mayor en jóvenes entre 15 y 29 años en Chile. **Revista médica de Chile**, v. 152, n. 4, p. 435-443, 2024.
- SILVA, A. C. C.; OLIVER, F. C.. Participação social em terapia ocupacional: sobre o que estamos falando?. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 27, n. 4, p. 858-872, 2019.

Capítulo 16

ALTERAÇÕES COGNITIVAS E DE COMUNICAÇÃO NO TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR

Capítulo 16: Alterações Cognitivas e de Comunicação no Transtorno Depressivo Maior. Em: Neurociência do Transtorno Depressivo Maior - Uma Imersão Nos Processos Neurobiológicos e no Cuidado Multidisciplinar. Editora Humanize, 2026. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.18500931>

Heloisa Albuquerque Ferreira

Discente do Curso de Fonoaudiologia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

Caio Victor Barros Gonçalves da Silva

Mestrando em Ciências Biológicas na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

Maria Clara Machado Alonso de Araújo

Discente do Curso de Psicologia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

Viviann Magalhães Silva Borges

Mestranda em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS);

INTRODUÇÃO

O Transtorno Depressivo Maior (TDM) é uma condição psiquiátrica prevalente entre os transtornos do humor, frequentemente associada a elevado impacto funcional e social. Dados epidemiológicos indicam que o TDM afeta aproximadamente 4,4% da população mundial, correspondendo a mais de 300 milhões de pessoas, sendo também fortemente associado à presença de doenças crônicas e multimorbididades, especialmente em adultos (Sousa *et al.*, 2021).

Embora os sintomas emocionais sejam amplamente reconhecidos e tratados, as alterações cognitivas e comunicacionais que acompanham o transtorno ainda recebem

menor enfoque terapêutico, apesar de seu impacto significativo na funcionalidade e na qualidade de vida dos indivíduos (Chakrabarty; Hadjipavlou; Lam, 2016; Bora *et al.*, 2013). Essas alterações têm sido associadas à cronicidade do TDM, uma vez que, quanto mais grave a manifestação clínica do transtorno, maior tende a ser o comprometimento cognitivo e, consequentemente, comunicacional (Rock *et al.*, 2014).

Atualmente, comprehende-se que cognição e emoção estão intrinsecamente relacionadas, uma vez que alterações do humor afetam diretamente o desempenho cognitivo,

ao passo que prejuízos cognitivos podem interferir na manutenção de relacionamentos interpessoais, no desempenho profissional e na adesão ao tratamento (Millan *et al.*, 2012; Snyder, 2013). Diante da relevância desses fatores, este capítulo busca aprofundar a

compreensão teórica acerca das alterações cognitivas e comunicativas observadas em pacientes com TDM, explorando os mecanismos neurofisiológicos subjacentes, evidências recentes e suas implicações clínicas.

ALTERAÇÕES COGNITIVAS NO TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR

A cognição refere-se a um conjunto de processos mentais, conscientes e inconscientes, responsáveis pela aquisição de conhecimento e pela compreensão do mundo por meio do pensamento, da experiência e dos sentidos, abrangendo funções como atenção, memória, linguagem, percepção e funções executivas (Millan *et al.*, 2012).

No contexto do Transtorno Depressivo Maior, diversas funções cognitivas podem ser afetadas tanto durante episódios agudos quanto em fases de remissão, evidenciando um impacto duradouro da depressão sobre o funcionamento neuropsicológico (Figura 01) (Bora *et al.*, 2013; Rock *et al.*, 2014).

PRINCIPAIS DOMÍNIOS COGNITIVOS AFETADOS:

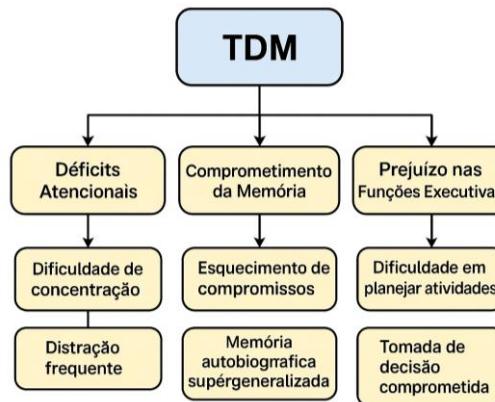
- **Atenção:** Déficits em atenção sustentada, seletiva e alternada são amplamente descritos, com relatos frequentes de dificuldade de concentração, distração por estímulos irrelevantes e incapacidade de manter o foco por períodos prolongados (Snyder, 2013; Chakrabarty; Hadjipavlou; Lam, 2016);
- **Memória:** Observa-se comprometimento da memória de trabalho, tanto verbal quanto visoespacial, além de prejuízos na memória episódica e autobiográfica, frequentemente marcada por generalização excessiva e dificuldade de recuperação de eventos específicos (Bora *et al.*, 2013; Rock *et al.*, 2014);
- **Funções executivas:** Habilidades como planejamento, tomada de decisão, controle inibitório, resolução de problemas, flexibilidade cognitiva e fluência verbal encontram-se frequentemente prejudicadas. Essas funções são mediadas principalmente pelo córtex pré-frontal, região

comumente afetada no TDM (Snyder, 2013; Millan *et al.*, 2012);

- **Velocidade de processamento:** Pacientes com TDM apresentam lentificação cognitiva, caracterizada

pelo aumento do tempo necessário para executar tarefas mentais simples, impactando o desempenho funcional cotidiano (Chakrabarty; Hadjipavlovou; Lam, 2016);

Figura 1 - Impacto das Alterações Cognitivas no Funcionamento Diário.



Fonte: Autoral (2025).

Estudos de neuroimagem funcional demonstram hipoatividade no córtex pré-frontal dorsolateral e hiperatividade da amígdala em pacientes com TDM, sugerindo desequilíbrio entre regiões envolvidas na regulação emocional e no processamento

cognitivo (Rubin-Falcone *et al.*, 2018). Ademais, alterações inflamatórias e a desregulação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal também têm sido associadas a déficits cognitivos (Millan *et al.*, 2012).

COGNIÇÃO RESIDUAL E IMPACTO FUNCIONAL

Mesmo após a remissão clínica dos sintomas afetivos, muitos pacientes continuam a apresentar déficits cognitivos residuais, condição associada a maior risco de recaída, pior resposta terapêutica e redução da qualidade de vida (Bora *et al.*, 2013; Rock *et al.*, 2014). Assim, a avaliação e o tratamento das funções cognitivas tornam-se essenciais no manejo do TDM.

Entre essas funções, destaca-se a linguagem, habilidade complexa e multifacetada que depende de processos como atenção, memória e funções executivas, de modo que alterações cognitivas residuais tendem a manifestar-se diretamente na comunicação do indivíduo (Chakrabarty; Hadjipavlovou; Lam, 2016).

ALTERAÇÕES NA COMUNICAÇÃO

A comunicação humana envolve componentes verbais, não verbais e paralinguísticos, incluindo linguagem falada e escrita, expressões faciais, gestos, postura, tom, ritmo e entonação vocal. No TDM, todos

esses aspectos podem ser afetados em diferentes graus, influenciados tanto pelos sintomas afetivos quanto pelos déficits cognitivos subjacentes (Figura 02) (Fiquer, 2011; Corbin *et al.*, 2023).

CARACTERÍSTICAS COMUNICACIONAIS NO TDM

- **Linguagem verbal:** A fala tende a apresentar lentificação, entonação monótona, pausas frequentes e aumento da latência para resposta. O conteúdo discursivo pode tornar-se empobrecido, repetitivo e centrado em temas negativos ou autodepreciativos. Observa-se, ainda, redução da complexidade sintática e lexical, frequentemente associada à tentativa de tornar a comunicação mais direta e menos demandante do ponto de vista cognitivo (Corbin *et al.*, 2023; Trifu *et al.*, 2024);
- **Linguagem não verbal:** Os indivíduos podem apresentar redução do contato visual, diminuição da gestualidade e limitação das expressões faciais, o que contribui para a percepção de afastamento social. Além disso, são comuns períodos mais longos de silêncio e a não resposta a todas as falas recebidas durante o diálogo (Fiquer, 2011);
- **Prosódia:** A prosódia afetiva, relacionada à variação de tom, ritmo e intensidade emocional da fala, costuma apresentar-se de forma monótona. Essa alteração dificulta a transmissão de estados emocionais e pode comprometer a empatia e a qualidade das interações sociais (Fiquer, 2011; Marinho *et al.*, 2020).

Figura 02 - Relação entre Alterações Cognitivas e de Comunicação no TDM.

Fonte: Autoral (2025).

COMUNICAÇÃO E RELAÇÕES INTERPESSOAIS

A capacidade de comunicar-se eficazmente é crucial para a manutenção de vínculos interpessoais e do suporte social (Rodrigues; Silva, 2012). No contexto do Transtorno Depressivo Maior (TDM), a dificuldade de interpretar e expressar sentimentos e pensamentos, aliada a uma interpretação negativa de feedbacks sociais, frequentemente influenciada por vieses cognitivos negativos, pode levar ao isolamento, agravando o quadro depressivo (Weightman; Baune, 2021). Além disso, uma comunicação empobrecida compromete a aliança terapêutica, dificultando o engajamento em psicoterapia e em outras intervenções clínicas (Low *et al.*, 2020).

Diante desses desafios, a atuação fonoaudiológica, associada ao tratamento médico e psicológico, para auxiliar na comunicação social torna-se relevante

(Almeida *et al.*, 2014). Entre as estratégias utilizadas, destacam-se:

- **Treino de habilidades sociais**, por meio de técnicas como role-playing (ensaios de situações sociais), modelagem de comportamentos e reforço positivo. Essas atividades permitem que o paciente experimente diferentes formas de se posicionar, expressar sentimentos e reagir a interações sociais de maneira mais funcional (Rodrigues; Silva, 2012);
- **Estímulo à assertividade**, promovendo a capacidade de expressar desejos, opiniões e limites de forma respeitosa e clara, sem passividade ou agressividade (Rodrigues; Silva, 2012);

- **Encorajamento à participação em grupos de apoio ou atividades sociais estruturadas**, que oferecem um ambiente seguro para a prática das habilidades comunicativas trabalhadas em sessão, reforçando a generalização para contextos reais (Rodrigues; Silva, 2012; Low *et al.*, 2020);
- **Psicoeducação para familiares e cuidadores**, com o objetivo de conscientizá-los sobre as dificuldades de comunicação que acompanham o TDM. Esse processo favorece uma escuta mais empática, adaptações na

forma de interagir e maior suporte ao paciente na reconstrução de seus laços sociais (Almeida *et al.*, 2014).

Embora muitas dessas estratégias estejam também no escopo da psicologia, a fonoaudiologia contribui de forma complementar e prática, especialmente quando há prejuízos nos aspectos expressivos, pragmáticos ou paralinguísticos da comunicação (Almeida *et al.*, 2014; Marinho *et al.*, 2020). A abordagem interdisciplinar é, portanto, essencial para um cuidado mais integral e efetivo (Almeida *et al.*, 2014).

COMUNICAÇÃO E NEUROBIOLOGIA

As alterações comunicacionais no Transtorno Depressivo Maior (TDM) estão relacionadas a disfunções em redes neurais integrativas, como a default mode network (rede de modo padrão), envolvida em processos de introspecção, autorreferência e planejamento de discurso (Teng *et al.*, 2022). Destacam-se a menor ativação da área cortical pré-frontal, associado a uma assimetria hemisférica com maior ativação na região frontal direita. Além disso, observa-se maior

ativação do sistema límbico, com uma hiperresponsividade da amígdala (Rubin-Falcone *et al.*, 2018).

A ativação disfuncional dessa rede em estados depressivos favorece o pensamento ruminativo, frequentemente expresso na fala do paciente, reforçando o conteúdo negativo e repetitivo (Teng *et al.*, 2022; Trifu *et al.*, 2024).

IMPLICAÇÕES CLÍNICAS E TERAPÉUTICAS

AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA

A identificação precoce das alterações cognitivas e comunicativas requer avaliação

sistemática, utilizando testes neuropsicológicos padronizados e escalas de

observação da linguagem (Chakrabarty; Hadjipavlou; Lam, 2016). Diversas ferramentas como testes cognitivos e escalas

podem ser utilizadas para delinear o perfil funcional do paciente (Millan *et al.*, 2012; Chakrabarty; Hadjipavlou; Lam, 2016).

INTERVENÇÕES COGNITIVAS

A reabilitação cognitiva pode ser realizada por meio de abordagens compensatórias (uso de agendas, estratégias mnemônicas) e restauradoras (exercícios cognitivos computadorizados) (Chakrabarty; Hadjipavlou; Lam, 2016). A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) também tem se mostrado eficaz na redução de distorções cognitivas e no fortalecimento das funções executivas (Santos *et al.*, 2024). Os efeitos da TCC têm sido observados em

exames de neuroimagem, com maior ativação de diferentes regiões corticais após a conclusão das sessões de terapia (Stock *et al.*, 2014; Rubin-Falcone *et al.*, 2018). Importante retomar que o TDM apresenta diferentes características em cada paciente, sendo assim, diferentes regiões podem estar fisiologicamente disfuncionais (Millan *et al.*, 2012). Por isso, reforça-se a importância de abordagens individualizadas, embora dentro de um mesmo modelo terapêutico (Chakrabarty; Hadjipavlou; Lam, 2016).

INTERVENÇÕES FONOAUDIOLÓGICAS E PSICOTERAPÉUTICAS

A atuação fonoaudiológica no Transtorno Depressivo Maior (TDM) especificamente ainda não é abordada na literatura (Almeida *et al.*, 2014). Contudo, as evidências mais recentes apontam para a importância do profissional nas equipes que atendem pacientes com questões de saúde mental (Almeida *et al.*, 2014). Uma revisão integrativa recente identificou que, independente do transtorno, a atuação de um fonoaudiólogo na comunicação dos pacientes contribuiu para a inserção social do paciente e, consequentemente, a melhora na qualidade de vida (Almeida *et al.*, 2014). A Fonoaudiologia

é, de acordo com suas regulamentações, o campo de atuação em saúde responsável por prevenir, avaliar, diagnosticar e tratar disfunções na comunicação humana, sendo elas de origem orgânica (como alterações de voz e motricidade oral) ou cognitivas (dentre elas a linguagem receptiva e expressiva). Portanto, uma avaliação fonoaudiológica será um instrumento para oferecer um melhor prognóstico acerca da comunicação do paciente com TDM, pois a partir dela será possível identificar as áreas deficitárias e propor estratégias mais eficazes para o tratamento. A avaliação fonoaudiológica

detalhada e individualizada, contempla aspectos como fluência, articulação, prosódia, expressividade facial, compreensão verbal e organização discursiva (Almeida *et al.*, 2014). Essa etapa diagnóstica permite delinear um plano terapêutico centrado nas reais necessidades do indivíduo.

Com base nesse perfil, o fonoaudiólogo pode empregar diferentes estratégias terapêuticas, podendo ser individuais ou em grupo (Miranda; Ninno; Britto, 2023). A terapia com enfoque na comunicação pode estimular a fluência verbal além de outros itens abordados na terapia para dicção e oratória como tom e intensidade vocal, tom de voz, velocidade de fala e projeção vocal, além de estratégias de aprimoramento de aspectos da comunicação não-verbal como a postura, o contato visual e uso de gestos para apoiar a fala (Marinho *et al.*, 2020). Além disso, outra abordagem diz respeito à fluência da fala, para evitar que as frases sejam entrecortadas ou desconexas devido ao empobrecimento no

discurso (Trifu *et al.*, 2024). Esta abordagem pode ser incentivada nos trabalhos realizados em grupos, pois tem demonstrado eficácia quando realizada desta forma em pacientes com outros diagnósticos que impactam na comunicação (Miranda; Ninno; Britto, 2023).

É importante destacar que o foco sempre será no paciente e permitir que ele tenha autonomia sobre a sua comunicação, permitindo que ele aumente seu repertório, crie novas estratégias para aprimorar ou manter a comunicação e possa interagir com a equipe, sua família e demais indivíduos do seu convívio (Almeida *et al.*, 2014). Ressalta-se, ainda, que a terapia fonoaudiológica deve estar inserida na rede de cuidado à saúde mental, bem como na equipe multidisciplinar, somando a sua individualidade às demais estratégias terapêuticas, em especial as psicoterapêuticas (Almeida *et al.*, 2014). Essa troca favorece a reabilitação do paciente com TDM.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Transtorno Depressivo Maior é uma condição multifacetada cujas manifestações extrapolam os sintomas exclusivamente emocionais. As alterações cognitivas e comunicacionais podem comprometer de forma significativa a experiência do paciente, especialmente durante os períodos agudos do transtorno, e, por esse motivo, devem ser

consideradas de maneira sistemática tanto na avaliação quanto no planejamento terapêutico.

A abordagem clínica desses aspectos favorece a construção de intervenções mais abrangentes e individualizadas, contribuindo não apenas para a remissão sintomática, mas também para a recuperação funcional e o restabelecimento da qualidade de vida. Nesse

contexto, torna-se fundamental a atuação integrada de profissionais da saúde mental, neuropsicólogos e fonoaudiólogos, de modo a construir uma abordagem interdisciplinar e centrada no paciente. Tal articulação deve

considerar, de forma concomitante, as evidências oriundas das neurociências e a experiência clínica, ampliando as possibilidades de cuidado e os resultados terapêuticos.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, B. P. B. et al. Fonoaudiologia e saúde mental: atuação do fonoaudiólogo nos Centros de Atenção Psicossocial do Estado de São Paulo. 2014.
- BORA, E. et al. Cognitive impairment in euthymic major depressive disorder: a meta-analysis. **Psychological medicine**, v. 43, n. 10, p. 2017-2026, 2013.
- CHAKRABARTY, T.; HADJIPAVLOU, G.; LAM, R. W. Cognitive dysfunction in major depressive disorder: assessment, impact, and management. **Focus**, v. 14, n. 2, p. 194-206, 2016.
- CORBIN, L. et al. A comparison of linguistic patterns between individuals with current major depressive disorder, past major depressive disorder, and controls in a virtual, psychiatric research interview. **Journal of Affective Disorders Reports**, v. 14, p. 100645, 2023.
- FIQUER, J. T.. Comunicação não-verbal e depressão: Uso de indicadores não-verbais para avaliação de gravidade, melhora clínica e prognóstico. 2011.
- LOW, D. M. et al. Natural language processing reveals vulnerable mental health support groups and heightened health anxiety on reddit during covid-19: Observational study. **Journal of medical Internet research**, v. 22, n. 10, p. e22635, 2020.
- MARINHO, A. C. F. et al. Autopercepção de timidez e sua relação com aspectos da fala em público. In: CoDAS. **Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, 2020. p. e20190097.
- MILLAN, M. J. et al. Cognitive dysfunction in psychiatric disorders: characteristics, causes and the quest for improved therapy. **Nature reviews Drug discovery**, v. 11, n. 2, p. 141-168, 2012.
- MIRANDA, A. C. P. S.; NINNO, C. Q. M. S. D.; BRITTO, D. B. O.. Terapia fonoaudiológica intensiva com adultos que gaguejam: estudo preliminar. In: CoDAS. **Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, 2023. p. e20210159.
- ROCK, P. L. et al. Cognitive impairment in depression: a systematic review and meta-analysis. **Psychological medicine**, v. 44, n. 10, p. 2029-2040, 2014.
- RODRIGUES, A. G.; SILVA, A. A.. Habilidades comunicativas e a rede social de apoio de idosos institucionalizados. **Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology**, v. 46, n. 3, p. 403-411, 2012.
- RUBIN-FALCONE, H. et al. Longitudinal effects of cognitive behavioral therapy for depression on the neural correlates of emotion regulation. **Psychiatry Research: Neuroimaging**, v. 271, p. 82-90, 2018.
- SANTOS, B. et al. Cognitive restructuring during depressive symptoms: A scoping review. In: Healthcare. **MDPI**, 2024. p. 1292.
- SNYDER, H. R. Major depressive disorder is associated with broad impairments on neuropsychological measures of executive function: a meta-analysis and review. **Psychological bulletin**, v. 139, n. 1, p. 81, 2013.
- SOUZA, N. F. S. et al. Association of major depressive disorder with chronic diseases and multimorbidity in Brazilian adults, stratified by gender: 2019 National Health Survey. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 24, p. e210015, 2021.
- STOCK, T. O. et al. Evidências de alterações neurais na terapia cognitivo-comportamental: uma revisão da literatura. **Contextos Clínicos**, 2014.
- TENG, C. et al. Cognitive behavioral therapy may rehabilitate abnormally functional communication pattern among the triple-network in major depressive disorder: A follow-up study. **Journal of Affective Disorders**, v. 304, p. 28-39, 2022.
- TRIFU, R. N. et al. Linguistic markers for major depressive disorder: a cross-sectional study using an automated procedure. **Frontiers in Psychology**, v. 15, p. 1355734, 2024.
- WEIGHTMAN, M.; BAUNE, B.. Social cognition and major depressive disorder: impact on psychosocial function and therapeutic opportunities. **BJPsych Open**, v. 7, n. S1, p. S300-S300, 2021.

Capítulo 17

AVANÇOS MÉDICOS EM TERAPIAS PARA DO TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR

Capítulo 17: Avanços Médicos em Terapias para do Transtorno Depressivo Maior. Em: Neurociência do Transtorno Depressivo Maior - Uma Imersão Nos Processos Neurobiológicos e no Cuidado Multidisciplinar. Editora Humanize, 2026. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.18500933>

Wilker Francisco da Silva

Discente do Curso de Medicina pela Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS)

Marcela da Cruz Antunes

Discente do Curso de Psicologia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

Maria Clara Machado Alonso de Araújo

Discente do Curso de Psicologia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

Caio Victor Barros Gonçalves da Silva

Mestrando em Ciências Biológicas na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

Beatriz Meyruze Barros da Fonseca

Mestrando em Ciências Biológicas na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

INTRODUÇÃO

O Transtorno Depressivo Maior (TDM) é uma condição psiquiátrica severa e de natureza recorrente, associada à redução da funcionalidade nas atividades diárias, manifestações físicas, piora da qualidade de vida e aumento da mortalidade (Bromet *et al.*, 2011). O TDM é o principal causador de incapacidade, afetando cerca de 300 milhões de pessoas globalmente, sendo a apresentação clínica mais severa da depressão (Teng *et al.*, 2021).

Nas últimas décadas, embora os tratamentos farmacológicos tradicionais tenham se consolidado como a principal

abordagem terapêutica na atenção primária, uma parcela significativa dos pacientes permanece resistente ou refratária às intervenções convencionais. Estima-se que cerca de 30% dos indivíduos diagnosticados com TDM não respondem de forma satisfatória aos antidepressivos convencionais, sendo classificados como portadores de depressão resistente ao tratamento (Njenga *et al.*, 2024). Além disso, essa abordagem enfrenta outros desafios: muitos indivíduos não seguem corretamente o uso dos medicamentos, frequentemente por temores relacionados à dependência, ao desenvolvimento de vício ou aos efeitos

adversos provocados pelas substâncias (Archer *et al.*, 2012).

Dante desse cenário, torna-se essencial explorar novas abordagens terapêuticas para o manejo do TDM. Entre essas abordagens, destaca-se a neuromodulação, uma técnica que utiliza estímulos físicos, como correntes elétricas, campos magnéticos ou ultrassom, para regular a atividade elétrica cerebral e modular circuitos neuronais, afetando diretamente funções como o humor e o comportamento. A neuromodulação oferece uma abordagem mais direcionada em comparação ao tratamento farmacológico, com potencial para tratar desordens mentais e

neurológicas, como o TDM, sem os efeitos colaterais típicos dos medicamentos convencionais (Roet *et al.*, 2019).

O presente capítulo abordará algumas das principais técnicas de neuromodulação atualmente utilizadas no tratamento do TDM, como a Estimulação Magnética Transcraniana (TMS) e a Estimulação Transcraniana por Corrente Contínua (tDCS). Serão discutidos seus fundamentos, indicações clínicas, benefícios terapêuticos, potenciais efeitos adversos e limitações, com o objetivo de oferecer uma visão ampla sobre o papel dessas intervenções no manejo moderno da depressão.

ESTIMULAÇÃO MAGNÉTICA TRANSCRANIANA

A Estimulação Magnética Transcraniana (TMS) é uma técnica de neuromodulação não invasiva que utiliza campos magnéticos de alta intensidade para induzir correntes elétricas em regiões específicas do cérebro. Seu objetivo é estimular ou modular a atividade neuronal de maneira temporária e controlada, oferecendo uma modulação mais localizada e precisa da função cerebral, em contraste com as terapias medicamentosas, que atuam de forma sistêmica. A TMS pode ser utilizada tanto para fins de pesquisa, explorando a relação entre estruturas cerebrais e comportamentos, quanto para fins clínicos, no tratamento de condições como depressão resistente, dor crônica e

transtornos neuropsiquiátricos, em especial o Transtorno Depressivo Maior (Roet *et al.*, 2019; Pitcher *et al.*, 2021).

O funcionamento da técnica baseia-se no princípio da indução eletromagnética: uma corrente elétrica rápida percorre a bobina de TMS, gerando um campo magnético que atravessa o crânio e induz uma corrente elétrica no tecido cerebral subjacente. Essa corrente pode estimular a atividade dos neurônios, inibir sua excitabilidade ou modular a comunicação entre diferentes áreas do cérebro (Figura 01) (Roet *et al.*, 2019; Pitcher *et al.*, 2021).

Figura 1- Fluxograma do tratamento com TMS.

Fonte: Autoral (2025).

Na prática clínica, a aplicação mais comum da TMS é a estimulação do Côrrix Pré-Frontal Dorsolateral (DLPFC), uma área cerebral envolvida na regulação do humor, da cognição e da emoção (Pitcher *et al.*, 2021). Os protocolos tradicionais para a TMS Repetitiva (rTMS) utilizam alta frequência (10 Hz), em sessões de cerca de 37 minutos, aplicadas cinco vezes por semana ao longo de quatro a seis semanas.

Nas últimas décadas, novas modalidades de TMS surgiram para otimizar a eficácia e a tolerabilidade do tratamento. Entre elas, destacam-se a *Theta Burst Stimulation* (TBS), que entrega estímulos em padrões mais rápidos e mais curtos, com sessões de aproximadamente 3 minutos, e a TMS Acelerada (aTMS), que permite múltiplas sessões no mesmo dia, encurtando o tempo total de tratamento. Apesar da inovação tecnológica, revisões apontam que, até o momento, essas novas modalidades ainda não demonstraram superioridade clara em eficácia

em comparação com a rTMS, apesar das vantagens como o menor tempo de sessão e a melhor tolerabilidade para os pacientes (Njenga *et al.*, 2024).

Diversos efeitos fisiológicos têm sido observados com a aplicação da TMS. No nível neuroquímico local, a técnica promove o aumento da concentração de neurotransmissores como o GABA, o principal neurotransmissor inibitório, e o glutamato, o principal neurotransmissor excitatório. No nível vascular, a TMS pode reverter a diminuição da atividade do córrix pré-frontal, fenômeno de hipofrontalidade característico do Transtorno Depressivo Maior (TDM), aumentando significativamente o fluxo sanguíneo na região frontal após a estimulação (Pridmore *et al.*, 2023).

Além de atuar localmente, a TMS também demonstra efeitos sobre circuitos cerebrais distantes. A estimulação do DLPFC pode induzir a liberação de dopamina em estruturas profundas, como o núcleo caudado.

Outro aspecto relevante é a associação da TMS a alterações estruturais no cérebro, pacientes com depressão, que frequentemente apresentam volumes reduzidos em áreas como o hipocampo, a ínsula, o cíngulo anterior e o tálamo, podem apresentar aumento do volume dessas regiões após aplicações repetidas de TMS, embora a relação direta entre essas mudanças estruturais e a melhora clínica ainda não seja completamente compreendida (Pridmore *et al.*, 2023).

Em relação à segurança, a TMS é considerada uma intervenção amplamente segura. Os efeitos colaterais mais comuns relatados incluem cefaléia, desconforto no couro cabeludo e tontura leve após as sessões.

Casos graves, como convulsões, são raros, embora o risco de efeitos adversos possa aumentar modestamente quando a TMS é combinada ao uso de antidepressivos. Em síntese, a TMS é uma técnica moderna, segura e eficaz para o tratamento da depressão resistente ao tratamento convencional, atuando por meio da modulação de neurotransmissores, do aumento do fluxo sanguíneo cerebral, da correção da conectividade funcional e da promoção de plasticidade estrutural cerebral. Apesar dos resultados promissores, a variabilidade individual nas respostas clínicas e a multiplicidade de efeitos fisiológicos sugerem que o mecanismo antidepressivo da TMS é multifatorial e ainda não totalmente elucidado (Brini *et al.*, 2023).

ESTIMULAÇÃO TRANSCRANIANA POR CORRENTE CONTÍNUA

A Estimulação Transcraniana por Corrente Contínua (*Transcranial Direct Current Stimulation*, tDCS) é uma técnica de neuromodulação não invasiva que, assim como a Estimulação Magnética Transcraniana (TMS), busca modular a atividade cerebral de forma controlada e reversível. Apesar de partilharem o mesmo objetivo terapêutico, diferem em seu funcionamento e aplicação. Enquanto a TMS utiliza campos magnéticos de alta intensidade para induzir correntes elétricas rápidas e focais no tecido cerebral, capazes de gerar potenciais de ação diretamente, a tDCS

emprega uma corrente elétrica de baixa intensidade, geralmente entre 1 a 2 mA, aplicada por meio de eletrodos posicionados sobre o couro cabeludo, gerando um campo elétrico que influencia o potencial de membrana neuronal (Jin *et al.*, 2023). Enquanto a TMS produz estimulação mais focal e aguda, a tDCS proporciona uma modulação mais difusa e prolongada, sendo frequentemente considerada mais portátil, silenciosa, de custo reduzido e com maior potencial para aplicação domiciliar (Razza *et al.*, 2021).

Na prática clínica e em pesquisa, a tDCS é administrada com dois ou mais eletrodos, com o ânodo e o cátodo posicionados sobre regiões específicas do couro cabeludo, conforme o objetivo terapêutico. Por exemplo, em pacientes com depressão, um protocolo amplamente utilizado posiciona o ânodo sobre o Côrrix Pré-Frontal Dorsolateral Esquerdo (DLPFC) e o cátodo sobre a região supraorbital contralateral. A corrente é aplicada de forma contínua durante 20 a 30 minutos por sessão, ao longo de múltiplos dias ou semanas (Jin *et al.*, 2023).

O funcionamento da tDCS baseia-se na modulação do potencial de repouso neuronal. A aplicação de corrente direta altera a polarização da membrana, facilitando ou dificultando a ativação neuronal, e produz efeitos duradouros atribuídos a mecanismos de plasticidade sináptica de longo prazo, como Potenciação (LTP) e Depressão (LTD), que dependem de alterações moleculares, síntese de proteínas e regulação da expressão gênica (Razza *et al.*, 2021). Esses mecanismos permitem que os benefícios clínicos se estendam por dias ou semanas após o término do tratamento.

Diversos estudos têm investigado os efeitos terapêuticos da tDCS no Transtorno

Depressivo Maior. Revisões sistemáticas e meta-análises indicam que a técnica pode reduzir significativamente sintomas depressivos e melhorar funções cognitivas, como atenção, memória e velocidade de processamento, especialmente quando combinada a antidepressivos ou psicoterapia (Jin *et al.*, 2023). No entanto, há grande heterogeneidade nos resultados, atribuída a diferenças nos parâmetros de estimulação, no número de sessões e nas características dos pacientes (Fregni *et al.*, 2021).

Os efeitos colaterais da tDCS são geralmente leves e transitórios, incluindo formigamento no local dos eletrodos, vermelhidão, coceira, dor de cabeça e fadiga. Casos raros de hipomania ou mania foram relatados, geralmente em indivíduos com transtorno bipolar, reforçando a necessidade de avaliação clínica adequada antes da aplicação (Razza *et al.*, 2021; Jin *et al.*, 2023). Por sua segurança, baixo custo e facilidade de uso, inclusive em ambientes domiciliares supervisionados, a tDCS é considerada uma alternativa promissora e acessível para o manejo da depressão resistente ao tratamento, embora ainda sejam necessários mais estudos para padronizar protocolos e confirmar sua eficácia a longo prazo (Fregni *et al.*, 2021).

CONCLUSÃO

Viver com depressão constitui uma luta diária para milhões de pessoas em todo o mundo. Apesar dos avanços alcançados na área da medicina, uma parcela significativa dos indivíduos ainda não encontra alívio satisfatório por meio dos tratamentos tradicionais. Nesse contexto, torna-se fundamental conhecer e explorar novas possibilidades terapêuticas que possam oferecer esperança e melhoria da qualidade de vida às pessoas que convivem com o Transtorno Depressivo Maior (TDM). Técnicas como a Estimulação Magnética Transcraniana e a Estimulação Transcraniana por Corrente Contínua têm se mostrado alternativas promissoras nesse cenário.

A consolidação dessas abordagens terapêuticas, entretanto, depende da ampliação das evidências científicas por meio de estudos controlados e metodologicamente robustos, bem como da integração progressiva dessas práticas aos protocolos clínicos em saúde mental. Assim, o futuro do tratamento do Transtorno Depressivo Maior aponta para o desenvolvimento de estratégias personalizadas, multidisciplinares e fundamentadas em evidências científicas, capazes de proporcionar um alívio mais efetivo, seguro e duradouro aos pacientes.

REFERÊNCIAS:

- ARCHER, Janine et al. Collaborative care for depression and anxiety problems. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 10, 2012.
- BRINI, Stefano et al. Efficacy and safety of transcranial magnetic stimulation for treating major depressive disorder: An umbrella review and re-analysis of published meta-analyses of randomised controlled trials. **Clinical psychology review**, v. 100, p. 102236, 2023.
- BROMET, Evelyn et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. **BMC medicine**, v. 9, n. 1, p. 90, 2011.
- FREGNI, Felipe et al. Evidence-based guidelines and secondary meta-analysis for the use of transcranial direct current stimulation in neurological and psychiatric disorders. **International Journal of Neuropsychopharmacology**, v. 24, n. 4, p. 256-313, 2021.
- JIN, Jonathan et al. Effects of Transcranial Direct Current Stimulation on Cognitive Deficits in Depression: A Systematic Review. **Psychiatry and Clinical Psychopharmacology**, v. 33, n. 4, p. 330, 2023.
- NJENGA, Cecilia et al. New and emerging treatments for major depressive disorder. **BMJ**, v. 386, 2024.
- PITCHER, David; PARKIN, Beth; WALSH, Vincent. Transcranial magnetic stimulation and the understanding of behavior. **Annual Review of Psychology**, v. 72, n. 1, p. 97-121, 2021.
- PRIDMORE, Saxby et al. Transcranial Magnetic Stimulation (TMS) for Major Depressive Disorder—Modus Operandi!. **Psychopharmacology bulletin**, v. 53, n. 3, p. 55, 2023.
- RAZZA, Lais B. et al. Follow-up effects of transcranial direct current stimulation (tDCS) for the major depressive episode: A systematic review and meta-analysis. **Psychiatry research**, v. 302, p. 114024, 2021.
- ROET, Milaine et al. Progress in neuromodulation of the brain: A role for magnetic nanoparticles?. **Progress in neurobiology**, v. 177, p. 1-14, 2019.
- TENG, Chei et al. Epidemiologia e ônus da depressão resistente ao tratamento no Brasil: análise do subgrupo brasileiro do estudo de observação multicêntrico TRAL. **Jornal Brasileiro de Economia da Saúde**, v. 13, n. 3, p. 310-321, 2021.

Capítulo 18

A PSICOLOGIA E OS PROCESSOS DE INTERVENÇÃO NO MANEJO DO TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR

Capítulo 18: A Psicologia e os Processos de Intervenção no Manejo do Transtorno Depressivo Maior. Em: Neurociência do Transtorno Depressivo Maior - Uma Imersão Nos Processos Neurobiológicos e no Cuidado Multidisciplinar. Editora Humanize, 2026. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.18500935>

Maria Helena Bezerra do Nascimento

Discente do Curso de Psicologia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

Kamila Cristina Ferreira Virginio

Discente do Curso de Psicologia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

Caio Victor Barros Gonçalves da Silva

Mestrando em Ciências Biológicas na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

Maria Clara Machado Alonso de Araújo

Discente do Curso de Psicologia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

Renata Alves Rodrigues Ferreira

Especialista em Terapia Cognitiva-Comportamental pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS);

INTRODUÇÃO

O Transtorno Depressivo Maior (TDM) configura-se como uma condição psicológica de elevada complexidade e natureza multifatorial, impactando de forma profunda as esferas emocional, cognitiva e física do indivíduo. Longe de constituir uma simples variação do humor, a depressão demanda atenção clínica especializada, considerando sua tendência à cronificação e os prejuízos significativos que impõe à qualidade de vida. A compreensão desse fenômeno, entretanto, não é recente, mas resulta de um

longo e sinuoso percurso histórico, que vai desde concepções arcaicas da “loucura” como ausência total da razão, passando por interpretações centradas em desarranjos internos, até o reconhecimento contemporâneo da depressão como um distúrbio emocional legítimo, com bases psicológicas e biológicas bem estabelecidas.

Este trabalho propõe-se a examinar as múltiplas facetas do Transtorno Depressivo Maior. Inicialmente, será realizada uma imersão histórica, traçando a evolução da

percepção do sofrimento psíquico na cultura ocidental e analisando como a depressão se consolidou como um fenômeno característico da modernidade. Em seguida, aprofunda-se a caracterização do TDM, contemplando seus critérios diagnósticos, a relevância da identificação de sintomas prodrômicos e o papel decisivo dos fatores sociais em sua gênese e manutenção.

Diante da crescente prevalência global do transtorno, especialmente intensificada por eventos recentes, como a pandemia de COVID-19, torna-se imprescindível discutir as comorbidades associadas, tanto psiquiátricas quanto clínicas, que contribuem para o agravamento do prognóstico. Por fim, serão exploradas as diferentes estratégias de

intervenção clínica, abrangendo psicoterapias baseadas em evidências, como a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), a Terapia Interpessoal (TIP), a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) e a abordagem psicodinâmica, bem como o tratamento farmacológico, sem desconsiderar a importância do diagnóstico diferencial e do cuidado multidisciplinar.

Dessa forma, busca-se oferecer uma perspectiva abrangente e humanizada sobre o Transtorno Depressivo Maior, enfatizando a necessidade de uma atuação clínica sensível às particularidades de cada paciente, voltada não apenas à remissão dos sintomas, mas à recuperação funcional e ao fortalecimento da autonomia.

HISTÓRIA DO FENÔMENO

A depressão, hoje reconhecida como um transtorno do humor com raízes psicológicas e biológicas evidentes, percorreu um longo caminho histórico até seu reconhecimento enquanto fenômeno clínico e humano. Nas primeiras abordagens da “loucura” na literatura ocidental, como revela Michel Foucault em *História da Loucura*, o sofrimento psíquico era compreendido como uma ausência total da razão. Em reflexões posteriores, esse fenômeno passou a ser concebido como um desarraigo interno de uma razão que existe paralelamente à própria existência do indivíduo. Tal noção,

desenvolvida mais tarde por Hegel, já continha os fundamentos para uma leitura mais humanizada da doença mental, abrindo caminho para o reconhecimento futuro da depressão como um distúrbio emocional legítimo.

Com a emergência de novos valores no século XVIII, a sociedade europeia vivenciou uma inflexão cultural decisiva. A consciência da loucura, antes mascarada ou relegada à exclusão, passou a ser confrontada de forma direta: “a consciência de não ser louco se vê novamente confrontada com todas as formas

vivas da loucura” (Foucault, 2010, p. 511). Essa nova visibilidade histórica possibilitou que estados emocionais, como a tristeza patológica e a melancolia, fossem progressivamente reconhecidos e diferenciados do mero “desvio” ou da simples marginalização social.

À medida que as concepções modernas de doença mental se consolidaram, ocorreu também uma separação histórica entre miséria social e perturbação psíquica. “O círculo da miséria e o do desatino se desfazem”, permitindo que o sofrimento mental fosse analisado e tratado em sua especificidade clínica, desvinculando-o de associações morais históricas relacionadas à indigência ou à degeneração.

Por fim, no século XIX, concomitantemente à constituição da

psiquiatria como campo científico, a loucura, e com ela os estados depressivos, passou a ser compreendida como expressão de tensões culturais profundas, uma vez que “ela se torna o estigma de uma classe que abandonou as formas da ética burguesa”. A depressão emerge, assim, não apenas como enfermidade individual, mas como sintoma de uma época, refletindo contradições e desalentos próprios da modernidade.

Dessa forma, a compreensão da depressão não pode ser dissociada de sua trajetória histórica e cultural. Seu percurso evidencia a transição de uma lógica da exclusão para uma ética do cuidado e revela que, por trás de um diagnóstico clínico, subsiste uma complexa rede de sentidos sociais, culturais e existenciais.

O TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR

A “melancolia”, termo clássico que antecede a atual concepção de depressão, foi ao longo dos séculos interpretada sob diferentes lentes, como desequilíbrio dos humores, manifestação demoníaca ou expressão de um temperamento criativo. Atualmente, compreendida à luz dos critérios diagnósticos do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM-5), a melancolia encontra sua correspondência mais próxima no Transtorno Depressivo Maior (TDM), condição caracterizada por humor

deprimido, perda de interesse ou prazer, alterações no sono e no apetite, fadiga, sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva, prejuízos cognitivos e ideação suicida. Nesse cenário, a Psicologia emerge não apenas como área da saúde voltada à promoção do bem-estar mental, mas também como campo de conhecimento fundamental para a compreensão das múltiplas dimensões do sofrimento psíquico. O fenômeno da depressão, em especial o TDM, exige, portanto, uma abordagem que ultrapasse a

descrição sintomatológica presente nos manuais diagnósticos.

Dessa forma, torna-se igualmente relevante a identificação de sintomas prodrômicos, a fim de possibilitar intervenções precoces no curso do adoecimento. Nesse sentido, ansiedade, tensão, irritabilidade, redução de energia, fadiga, distúrbios do sono e queixas somáticas figuram entre os sintomas prodrômicos mais frequentemente relatados. No entanto, no contexto clínico, ainda se mostra desafiador distinguir as nuances entre a expressão considerada normal desses sintomas e sua manifestação patológica. Garcia *et al.* (2024) destacam que, embora existam escalas específicas para mensuração de escores associados ao Transtorno Depressivo Maior, persiste a concepção de que determinadas ferramentas podem não apresentar sensibilidade suficientemente acurada para captar tais nuances. Ademais, fatores sociais como pobreza, desigualdade, violência, discriminação e precarização das relações humanas desempenham papel decisivo tanto na gênese quanto na manutenção do adoecimento psíquico. A compreensão dessas influências é essencial para a construção de estratégias terapêuticas mais humanas, contextualizadas e efetivas.

O Transtorno Depressivo Maior apresenta caráter frequentemente crônico e recorrente, impactando diretamente a qualidade de vida, a funcionalidade e as

relações sociais dos indivíduos. O prognóstico da condição está intimamente relacionado à adesão ao tratamento, de modo que intervenções mais precoces e integrais ampliam as chances de recuperação e reduzem o risco de prejuízos duradouros. Entretanto, o estigma, a limitação de acesso aos serviços de saúde e a subvalorização dos sintomas contribuem para que muitas pessoas convivam com o sofrimento psíquico por longos períodos sem receber o cuidado adequado. Soma-se a isso o fato de que o transtorno envolve diversas alterações psicofisiológicas, como distúrbios do sono, alterações do apetite, fadiga e diminuição da capacidade de pensar ou se concentrar, o que corrobora prejuízos em diferentes instâncias cognitivas, como funções executivas, memória de trabalho e flexibilidade cognitiva.

Estudos recentes realizados em 204 países e territórios indicam que a prevalência global e a carga do Transtorno Depressivo Maior aumentaram em 27,6% no ano de 2020, em decorrência da pandemia de COVID-19. Atualmente, o TDM é responsável por 4,3% dos anos de vida ajustados por incapacidade (DALYs), configurando-se como a condição mais incapacitante em escala global. Caso essa tendência se mantenha, estima-se que o transtorno se torne a principal causa de morbidade mundial até 2030 (Revista Brasileira de Medicina de Excelência, 2024). Nesse contexto, torna-se imprescindível destacar o papel de diferentes áreas da saúde,

para além da Psicologia e de suas subáreas, no manejo do Transtorno Depressivo Maior, uma vez que seus impactos se estendem a múltiplas dimensões da vivência psicossocial. Destacam-se, nesse sentido, a Psiquiatria, a Nutrição e a Educação Física como campos fundamentais para a estruturação de um processo de intervenção e tratamento de caráter multidisciplinar.

Sob a perspectiva da Psicologia, em especial da Psicologia Cognitivo-Comportamental, o modelo cognitivo da depressão, desenvolvido principalmente por Aaron Beck, enfatiza a presença de padrões de pensamento disfuncionais, como generalizações negativas, visões distorcidas de si mesmo, do mundo e do futuro, além de comportamentos de evitação e retraimento social. Esses elementos contribuem para a manutenção do quadro depressivo, mas também constituem pontos centrais para a intervenção clínica. Embora a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) seja

amplamente reconhecida por sua eficácia, outras abordagens, como a Terapia Interpessoal, a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) e a Psicoterapia Psicodinâmica, também se mostram relevantes, a depender das necessidades específicas de cada paciente. Além disso, intervenções complementares, como a prática regular de atividade física, a regulação do sono, o fortalecimento do suporte social, a psicoeducação e, em determinados casos, o uso de psicofármacos, devem ser consideradas como parte de um plano terapêutico abrangente e individualizado.

Assim, a perspectiva adotada para a escrita deste capítulo propõe-se a discutir o Transtorno Depressivo Maior não apenas como um diagnóstico clínico, mas como um fenômeno humano complexo, atravessado por dimensões históricas, sociais, biológicas e subjetivas, exigindo da Psicologia uma escuta atenta, crítica e eticamente comprometida com o sofrimento contemporâneo.

COMORBIDADES ASSOCIADAS AO TDM

O Transtorno Depressivo Maior (TDM) frequentemente se apresenta associado a diversas comorbidades psiquiátricas e clínicas, o que agrava de forma significativa seu prognóstico. Estima-se que uma parcela expressiva dos indivíduos diagnosticados com TDM preencha critérios para ao menos um outro transtorno mental ao longo da vida, com

destaque para os transtornos de ansiedade e os transtornos relacionados ao uso de substâncias (Arnaud *et al.*, 2022). Além dessas condições, há evidências consistentes de associação com transtornos alimentares e transtornos de personalidade, o que evidencia a natureza complexa e multifatorial da depressão

(Hambleton *et al.*, 2022; Voytenko, Street e Vanorman, 2024).

A presença dessas comorbidades está correlacionada a início mais precoce do transtorno, maior gravidade sintomatológica, aumento do risco de suicídio, recuperação sintomática e funcional mais lenta, além de pior resposta aos tratamentos farmacológicos e psicossociais (Voytenko, Street e Vanorman, 2024; Berk *et al.*, 2023). Entre as comorbidades psiquiátricas, a ansiedade destaca-se tanto pela elevada prevalência quanto pelo impacto clínico no curso do Transtorno Depressivo Maior (Arnaud *et al.*, 2022).

Diante dessa sobreposição frequente, o DSM-5 introduziu um especificador de ansiedade para episódios depressivos, considerando sua associação com maior morbidade, maior número de episódios depressivos ao longo da vida, prejuízo funcional mais acentuado e maior resistência ao tratamento. O uso de substâncias também merece atenção especial, uma vez que agentes como álcool, ansiolíticos, anfetaminas, cocaína e alucinógenos podem precipitar quadros depressivos ou simular episódios depressivos autônomos, os quais, em muitos

casos, tendem a se resolver com a descontinuação da substância em até 30 dias.

Para além das comorbidades psiquiátricas, a literatura descreve uma associação robusta entre o Transtorno Depressivo Maior e doenças clínicas crônicas, como diabetes *mellitus*, doenças cardíacas, disfunções endócrinas, especialmente as tireoidianas, distúrbios neurológicos e condições inflamatórias ou autoimunes (Berk *et al.*, 2023). Essas condições podem influenciar diretamente o humor por mecanismos orgânicos, como lesões cerebrais ou alterações hormonais, ou por vias fisiológicas mediadas pelo estresse, a exemplo da ativação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HPA) e da liberação de citocinas pró-inflamatórias.

A coexistência de uma condição médica crônica com o Transtorno Depressivo Maior tende a comprometer a adesão ao tratamento, aumentar a morbimortalidade e piorar a qualidade de vida dos pacientes. Em contrapartida, o próprio estado depressivo pode agravar essas condições clínicas, estabelecendo um ciclo de retroalimentação patológica que compromete o prognóstico em ambas as direções.

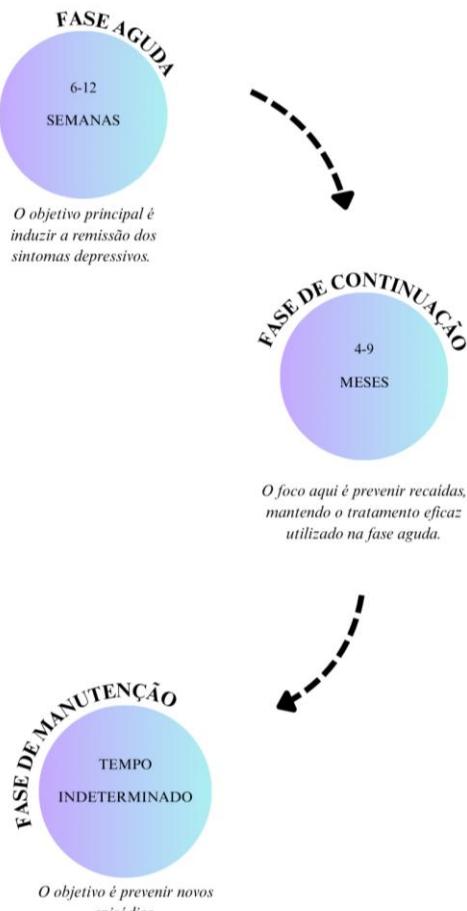
INTERVENÇÕES

A Associação Americana de Psiquiatria (APA) organiza o tratamento do Transtorno Depressivo Maior (TDM) em três

fases principais: fase aguda, fase de continuação e fase de manutenção. Essa divisão em fases tem como objetivo facilitar a

identificação do estado clínico do paciente, orientar as condutas terapêuticas, promover o alívio dos sintomas e prevenir recaídas e recorrências. A seguir, apresenta-se uma caracterização dessas fases, associada a um recurso visual, com o intuito de aprofundar a compreensão acerca do manejo clínico do Transtorno Depressivo Maior (Figura 01).

- **Fase Aguda:** O objetivo central é induzir a remissão dos sintomas depressivos. Essa fase geralmente tem duração entre 6 e 12 semanas. Durante esse período, torna-se fundamental o monitoramento sistemático da resposta ao tratamento, bem como o ajuste das intervenções terapêuticas sempre que necessário;
- **Fase de Continuação:** Após a obtenção da remissão, inicia-se a fase de continuação, cuja duração recomendada varia de 4 a 9 meses. O foco principal dessa etapa é a prevenção de recaídas, por meio da manutenção do tratamento que se mostrou eficaz na fase aguda. Destaca-se a importância de manter a mesma dosagem dos antidepressivos e de considerar a psicoterapia como estratégia complementar para consolidar os ganhos terapêuticos alcançados;
- **Fase de Manutenção:** Indicada especialmente para pacientes com histórico de múltiplos episódios depressivos ou com fatores de risco elevados para recorrência. Nessa fase, o tratamento é mantido por períodos prolongados, podendo se estender por anos, com o objetivo de prevenir novos episódios depressivos. Recomenda-se a continuidade das intervenções que se mostraram eficazes nas fases anteriores, com ajustes graduais na frequência das consultas de acordo com a estabilidade clínica do paciente;

Figura 01 - Fases de Tratamento do Transtorno Depressivo Maior.

Fonte: Autoral (2025).

Sob essa ótica, é importante destacar a existência de uma percepção e expectativa coletiva de uma evolução linear e unidirecional do quadro clínico. No entanto, a natureza do Transtorno Depressivo Maior é dinâmica e, como parte do universo psíquico, encontra-se constantemente sujeita à influência do ambiente. Dessa forma, mudanças no contexto social, econômico e político do indivíduo exercem impacto direto sobre a resposta ao tratamento.

Assim como a própria condição psicológica, as técnicas de intervenção mais comumente utilizadas para o manejo dos

sintomas do fenômeno também apresentam caráter dinâmico, demandando constante reavaliação e adaptação. Nesse sentido, o papel do psicólogo configura-se como multifacetado, envolvendo tanto a intervenção direta sobre cognições, emoções e comportamentos quanto a articulação interdisciplinar com o psiquiatra e outros profissionais da saúde, especialmente em situações de maior risco clínico.

Essa articulação torna-se fundamental para o manejo medicamentoso, o acompanhamento da evolução do quadro e a tomada de decisões em contextos de crise,

como a necessidade de hospitalização ou de intervenções emergenciais. Dessa forma, o psicólogo atua como elo entre o paciente, a família e a equipe multiprofissional, assegurando que o tratamento ocorra de

maneira segura, contínua e integrada. A seguir, serão detalhados alguns dos principais artifícios que compõem o aparato interventivo da atuação psicológica.

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e a Neuropsicologia constituem campos epistemologicamente compatíveis, voltados à investigação das interações entre processos cognitivos e comportamentais. A Neuropsicologia fundamenta-se em correlações anátomo-clínicas para fins de avaliação funcional e reabilitação cognitiva, destacando, juntamente com a TCC, a relevância da identificação de déficits cognitivos como instrumento para a compreensão das expressões clínicas dos transtornos psiquiátricos (Fuentes; Malloy-Diniz; Camargo; Cosenza, 2014; Beck, 2014).

No escopo da TCC, comprehende-se que os processos cognitivos moldam diretamente as emoções e os comportamentos do indivíduo, de modo que este tende a interpretar a si próprio, os outros e o futuro sob uma perspectiva negativista, o que compromete a atribuição de significados adaptativos e a geração de pensamentos funcionais e positivos (Beck, 2014). A TCC foi originalmente formulada por Aaron Beck na década de 1960, a partir da observação clínica de pacientes depressivos cujas queixas não se confirmavam

segundo hipóteses psicanalíticas clássicas. Beck identificou a presença recorrente de padrões cognitivos distorcidos, tais como pensamentos automáticos negativos, crenças centrais disfuncionais e interpretações tendenciosas da realidade. A partir dessas observações, concebeu um modelo estruturado de intervenção psicoterapêutica orientado para o presente, com foco na identificação, avaliação e reestruturação de cognições distorcidas. Essa abordagem passou a incorporar também princípios do condicionamento operante e clássico, compondo o modelo integrativo da TCC tal como é compreendido atualmente (Beck, 2013; Fagundes, 2021).

No tratamento do Transtorno Depressivo Maior (TDM), a TCC mostra-se particularmente eficaz por abordar diretamente os sistemas de pensamento negativos que mantêm os sintomas depressivos, como sentimentos de inutilidade, desesperança e autodepreciação. A técnica baseia-se na conceitualização individualizada do paciente, permitindo intervenções específicas fundamentadas em suas crenças e esquemas

cognitivos. Estratégias como psicoeducação, questionamento socrático, ativação comportamental, reestruturação cognitiva e análise funcional compõem o arsenal terapêutico da TCC, possibilitando uma atuação consistente tanto sobre os sintomas quanto sobre os padrões de funcionamento que sustentam o quadro depressivo (Fagundes, 2021; Carneiro; Dobson, 2016).

Além disso, estudos em neuroimagem corroboram a eficácia da TCC ao demonstrarem que, após algumas sessões de intervenção, pacientes com TDM apresentam modificações funcionais em regiões cerebrais relacionadas à regulação emocional, como o Côrrix Pré-Frontal Dorsolateral e o Côrrix Cingulado Anterior, concomitantemente à redução da hiperatividade da amígdala, estrutura límbica implicada na reatividade emocional negativa (Pantazatos, 2020). Esses achados reforçam o entendimento de que a TCC, ao promover reestruturação cognitiva e mudanças comportamentais, também induz processos de neuroplasticidade adaptativa compatíveis com melhora sintomática e funcional.

O processo de avaliação psicológica e diagnóstico constitui uma etapa essencial para o planejamento terapêutico e a definição das estratégias de intervenção. A avaliação é conduzida de forma multimétodo, envolvendo entrevistas clínicas e semi-estruturadas, observação clínica sistemática e aplicação de

instrumentos psicométricos padronizados. As entrevistas semi-estruturadas, como a *Structured Clinical Interview for DSM Disorders* (SCID), permitem identificar sintomas, comorbidades e fatores contextuais relevantes. A observação clínica possibilita analisar o comportamento verbal e não verbal, bem como a congruência afetiva e o nível de engajamento do paciente. Os instrumentos psicométricos, como o *Beck Depression Inventory* (BDI) e a *Hamilton Depression Rating Scale* (HAM-D), auxiliam na quantificação da gravidade dos sintomas e no monitoramento da resposta ao tratamento (Powell *et al.*, 2008; Beck, 2014). A integração dessas técnicas favorece uma formulação diagnóstica mais precisa e uma compreensão abrangente do funcionamento emocional e cognitivo do indivíduo.

A psicoeducação direcionada ao paciente constitui um eixo transversal em todas as fases do tratamento. Seu objetivo é ampliar a compreensão do indivíduo acerca da depressão, de seus gatilhos e dos padrões de pensamento disfuncionais, bem como fortalecer sua autonomia no manejo das emoções. Esse processo envolve a discussão sobre sintomas, fatores de risco, estratégias de enfrentamento e a importância da adesão terapêutica. No âmbito familiar, a psicoeducação fornece subsídios para o reconhecimento de sinais de agravamento e para a intervenção precoce, reduzindo comportamentos críticos ou superprotetores

que podem perpetuar o ciclo depressivo (Beck, 2014).

Por fim, a aliança terapêutica constitui um elemento central no tratamento do Transtorno Depressivo Maior, pois representa a base sobre a qual se sustentam as mudanças cognitivas, emocionais e comportamentais. Sua construção envolve escuta ativa, empatia, acolhimento e validação emocional, permitindo que o paciente se sinta compreendido e seguro para expressar seu sofrimento. A confiança e a transparência fortalecem o vínculo terapêutico, favorecendo

o engajamento no processo e a adesão ao tratamento. Na perspectiva cognitivo-comportamental, essa relação é concebida como um contrato colaborativo, no qual terapeuta e paciente compartilham metas e responsabilidades, transformando o vínculo em um agente terapêutico ativo. Assim, a aliança terapêutica não se configura apenas como suporte relacional, mas como um instrumento fundamental de cuidado, capaz de potencializar a eficácia das intervenções psicológicas e promover uma recuperação mais consistente e duradoura (Beck, 2014; Powell *et al.*, 2008).

PSICODINÂMICA

A abordagem psicodinâmica é uma vertente da psicoterapia fundamentada na compreensão dos processos psíquicos inconscientes e de sua influência sobre o comportamento, as emoções e os pensamentos conscientes. Essa abordagem enfatiza a relevância das experiências infantis, dos conflitos internos e dos mecanismos de defesa psíquicos utilizados pelo indivíduo para lidar com angústias e impulsos conflitantes. A terapia psicodinâmica tem como objetivo tornar conscientes esses conteúdos reprimidos, possibilitando a ressignificação das experiências vividas e promovendo mudanças psíquicas mais duradouras.

Seu surgimento remonta às formulações de Sigmund Freud, no final do

século XIX, a partir da psicanálise, sendo posteriormente desenvolvida por outros teóricos que refinaram seus conceitos e técnicas, mantendo, contudo, o foco no inconsciente, nas relações objetais e nos fenômenos transferenciais.

No contexto do manejo do Transtorno Depressivo Maior (TDM), a terapia psicodinâmica breve tem demonstrado eficácia significativa. Essa modalidade de intervenção pode favorecer a redução dos sintomas depressivos ao auxiliar o paciente na compreensão dos significados inconscientes de suas emoções e comportamentos depressivos, frequentemente associados a experiências de perda, sentimentos de inferioridade e conflitos psíquicos não elaborados no passado. Além

disso, a psicoterapia psicodinâmica contribui para o fortalecimento do self, favorecendo o desenvolvimento de recursos psíquicos mais adaptativos.

Estudos clínicos indicam que essa abordagem pode apresentar eficácia

TERAPIA INTERPESSOAL

A Terapia Interpessoal (TIP) é uma abordagem psicoterapêutica desenvolvida na década de 1970 por Gerald Klerman e Myrna Weissman, com o objetivo específico de tratar o Transtorno Depressivo Maior (TDM) (Lucas, 2012). Desde sua origem, a TIP foi concebida como uma modalidade de intervenção breve e focal, estruturada inicialmente para ser aplicada ao longo de doze a dezesseis sessões. Seu desenvolvimento foi influenciado por teorias relevantes da psicologia e da psiquiatria, como a psicanálise interpessoal de Harry Stack Sullivan, os estudos de Freud sobre o luto, a teoria do apego de John Bowlby e os modelos biopsicossociais de Adolf Meyer.

Apesar dessas influências psicodinâmicas, a TIP diferencia-se por não centrar sua atenção no inconsciente ou na história pregressa do indivíduo, mas nas relações interpessoais atuais como determinantes do sofrimento psíquico (Lucas, 2012). Sua premissa fundamental é que os sintomas depressivos surgem e se mantêm dentro de um contexto relacional e que a

comparável a outras modalidades terapêuticas, como a Terapia Cognitivo-Comportamental, especialmente quando o objetivo é a elaboração profunda de conflitos emocionais e de padrões relacionais disfuncionais.

intervenção terapêutica, ao atuar diretamente sobre esse contexto, pode promover alívio sintomático e prevenir recaídas (Lucas, 2012). A abordagem não busca elucidar as causas profundas da depressão, mas trabalhar de forma direta com os problemas interpessoais que a acompanham ou antecedem.

Esses problemas são organizados em quatro áreas principais de intervenção: o luto, relacionado à perda de uma pessoa significativa; a transição de papéis, que envolve dificuldades frente a mudanças importantes da vida, como aposentadoria ou divórcio; as disputas interpessoais, caracterizadas por conflitos recorrentes em relações significativas; e os déficits interpessoais, associados ao isolamento social e às dificuldades de estabelecer e manter vínculos (Lucas, 2012).

O processo terapêutico na TIP é estruturado em três fases. Na fase inicial, o terapeuta realiza o diagnóstico, identifica a área-problema predominante e oferece psicoeducação sobre o transtorno. A fase intermediária é centrada na intervenção direta

sobre a área identificada, utilizando estratégias como análise da comunicação, clarificação, role-playing, encorajamento da expressão emocional e reestruturação das expectativas interpessoais. A fase final tem como foco a consolidação dos ganhos terapêuticos, a promoção da autonomia do paciente e a prevenção de recaídas, podendo ser estendida por meio da TIP de manutenção, com sessões realizadas em intervalos mensais.

Embora tenha sido originalmente elaborada para o tratamento do Transtorno Depressivo Maior, a eficácia da TIP favorece sua adaptação a outros quadros clínicos, como transtornos alimentares, transtorno de estresse pós-traumático, transtorno de personalidade borderline e depressão associada à esquizofrenia, além de sua aplicação em populações específicas, como adolescentes e idosos. Sua estrutura clara, base empírica consistente e aplicabilidade prática

contribuíram para que se tornasse uma das psicoterapias mais bem avaliadas no manejo da depressão, sendo frequentemente recomendada como alternativa ou complemento à farmacoterapia, especialmente em contextos que demandam intervenções breves, de baixo custo e com elevado potencial de adesão.

Assim, a Terapia Interpessoal configura-se como uma estratégia clínica eficaz, pragmática e humanizada no tratamento da depressão, mantendo sua relevância terapêutica mesmo após mais de cinco décadas de prática e investigação empírica. Sua proposta de intervir diretamente nas relações interpessoais, compreendidas como espaços centrais para o surgimento e a resolução do sofrimento emocional, consolida-a como uma intervenção de destaque na psicoterapia contemporânea voltada ao Transtorno Depressivo Maior.

TERAPIA DE ACEITAÇÃO E COMPROMISSO

A Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), integrante da chamada terceira onda das terapias comportamentais, surgiu na década de 1980 e fundamenta-se na Teoria das Molduras Relacionais, um modelo de linguagem e cognição derivado da análise do comportamento. Seu principal objetivo é promover a flexibilidade psicológica, auxiliando o indivíduo a aceitar pensamentos e

emoções dolorosas enquanto se engaja em ações alinhadas aos seus valores pessoais.

No tratamento do Transtorno Depressivo Maior (TDM), a ACT busca reduzir a evitação experiencial e incentivar a aceitação dos estados internos negativos, sem a tentativa de eliminá-los, mas favorecendo o desenvolvimento de uma relação mais funcional com essas experiências (Hübner,

2012). Evidências recentes indicam que a ACT pode apresentar eficácia comparável às terapias cognitivas tradicionais no manejo do TDM, com vantagens adicionais relacionadas à prevenção de recaídas e à melhora da qualidade de vida.

Um corpo crescente de estudos empíricos demonstra que, assim como a Ativação Comportamental (BA), a ACT promove reduções significativas dos sintomas depressivos e melhora o funcionamento global dos pacientes (Gordilho *et al.*, 2025). Ambas as abordagens compartilham a ênfase na mudança comportamental e na ampliação de repertórios de engajamento com a vida. No entanto, a ACT introduz um componente

adicional de aceitação e compromisso com valores pessoais, o que a torna especialmente relevante em casos de depressão resistente ao tratamento (Gordilho *et al.*, 2025).

Dessa forma, a ACT consolida-se como uma alternativa contemporânea e empiricamente validada às terapias cognitivas tradicionais, oferecendo uma perspectiva mais contextual e humanizada para o tratamento da depressão. Ao integrar aceitação, valores e ação comprometida, amplia o escopo da intervenção comportamental, direcionando o cuidado não apenas à redução dos sintomas, mas também à promoção de vitalidade, sentido e engajamento com a vida (Hübner, 2012; Gordilho *et al.*, 2025).

FARMACOLÓGICA

O tratamento farmacológico constitui um dos pilares centrais no manejo do Transtorno Depressivo Maior (TDM), especialmente nos quadros de gravidade moderada a grave. Considerando a natureza complexa e multifatorial do transtorno, que envolve componentes neurobiológicos, genéticos, psicológicos e sociais, torna-se indispensável a adoção de uma abordagem terapêutica multimodal, na qual a farmacoterapia ocupa posição de destaque (Silva; Costa, 2025).

Os antidepressivos, como os Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS) e os Inibidores da Recaptação de Serotonina e

Noradrenalina (IRSN), apresentam eficácia comprovada na redução dos sintomas depressivos e na melhora do funcionamento global dos pacientes, atuando diretamente na regulação dos sistemas neurotransmissores e na correção de desequilíbrios neuroquímicos associados ao TDM (Cipriani *et al.*, 2020; Zhang *et al.*, 2022). Os avanços recentes da psicofarmacologia ampliaram significativamente as opções terapêuticas disponíveis, possibilitando escolhas mais individualizadas com base no perfil clínico do paciente, em respostas prévias ao tratamento e na tolerabilidade aos efeitos adversos (Canuso *et al.*, 2020; Stahl *et al.*, 2023).

Apesar de sua relevância, a farmacoterapia apresenta limitações importantes. A resposta aos antidepressivos é variável entre os indivíduos, e a latência para o início dos efeitos terapêuticos, geralmente entre duas e quatro semanas, pode dificultar a adesão ao tratamento (Santos *et al.*, 2021; Silva; Costa, 2025). Além disso, a ocorrência de efeitos adversos, como disfunções sexuais, ganho ponderal e sintomas gastrointestinais, pode comprometer a continuidade do uso medicamentoso (Barros *et al.*, 2022).

Diante disso, o tratamento farmacológico deve ser cuidadosamente monitorado e ajustado ao longo do tempo, sendo recomendável, sempre que possível, sua associação a intervenções psicossociais, especialmente à psicoterapia, de modo a potencializar os efeitos terapêuticos e promover maior adesão (Silva; Costa, 2025). O uso racional e criterioso dos psicofármacos é

fundamental, exigindo avaliação cuidadosa da gravidade dos sintomas, da presença de comorbidades e do histórico clínico do paciente, a fim de evitar a medicalização excessiva de quadros leves ou transitórios (Ferreira; Melo, 2018; Peixoto *et al.*, 2021).

A personalização do tratamento, aliada ao monitoramento contínuo e ao estabelecimento de uma relação terapêutica sólida entre profissional e paciente, constitui fator decisivo para a eficácia e a segurança da farmacoterapia (Moura, 2022). Em situações específicas, como nos casos de depressão resistente ao tratamento, podem ser indicadas combinações medicamentosas ou estratégias de potencialização, incluindo o uso de estabilizadores de humor ou antipsicóticos atípicos, conforme avaliação clínica individualizada (Nelson *et al.*, 2020; Durgan *et al.*, 2023; Riesenbergs *et al.*, 2023).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

O diagnóstico preciso do Transtorno Depressivo Maior exige uma avaliação criteriosa para diferenciá-lo de outras condições com apresentação clínica semelhante. Um dos principais desafios na prática clínica consiste em distinguir um episódio depressivo de reações emocionais esperadas frente a situações de perda ou adversidade, como o luto. Embora o luto possa gerar sofrimento intenso e sintomas similares aos do TDM, como tristeza profunda, insônia,

perda de apetite e falta de motivação, ele não configura, por si só, um transtorno depressivo. A última edição do DSM, o DSM-5-TR, atualizou esse critério, abolindo a exigência de uma duração mínima de seis meses para o diagnóstico de depressão após perdas significativas. Assim, a presença de sintomas depressivos persistentes por mais de duas semanas, mesmo em contextos de luto, pode justificar o diagnóstico de TDM, desde que os

sintomas comprometam o funcionamento global do indivíduo.

Outro aspecto crítico do diagnóstico diferencial envolve a distinção entre depressão unipolar e depressão bipolar. É comum que pacientes com Transtorno Bipolar se apresentem inicialmente com episódios depressivos, o que pode levar a um diagnóstico incorreto de TDM. Essa diferenciação é de extrema relevância, pois a abordagem terapêutica difere substancialmente entre os dois quadros. A depressão bipolar tende a ser mais grave, crônica, resistente ao tratamento e

frequentemente associada a maior risco de suicídio. A ausência de sintomas maníacos ou hipomaníacos prévios pode dificultar o reconhecimento do transtorno bipolar, tornando essencial a investigação minuciosa da história clínica e familiar, bem como o acompanhamento longitudinal do paciente. Identificar corretamente o transtorno bipolar desde os primeiros episódios depressivos pode prevenir agravamentos clínicos decorrentes do uso inadequado de antidepressivos em monoterapia, que podem induzir à virada maníaca ou à ciclagem rápida.

CONCLUSÃO

O Transtorno Depressivo Maior, como explorado ao longo deste capítulo, está longe de ser um fenômeno redutível a uma lista de sintomas ou a um desequilíbrio neuroquímico isolado. Trata-se de uma condição multifacetada, profundamente atravessada por dimensões históricas, culturais, sociais, subjetivas e biológicas. Sua trajetória, desde as concepções arcaicas de melancolia até os atuais critérios diagnósticos, revela não apenas avanços no conhecimento científico, mas também mudanças na forma como a sociedade comprehende e legitima o sofrimento psíquico. A depressão não é apenas um transtorno individual, mas também um espelho das contradições do mundo em que vivemos. Suas raízes podem ser buscadas tanto nas estruturas íntimas da psique quanto nas estruturas concretas da vida social.

A experiência depressiva revela, com potência, as lacunas de uma sociedade que frequentemente negligencia o cuidado, o vínculo, a escuta e o tempo. Em tempos em que produtividade, performance e otimismo compulsório são exigências cotidianas, adoecer torna-se, paradoxalmente, também uma forma de resistência, como um grito silencioso contra a desumanização das relações e a aceleração da existência.

Nesse sentido, a atuação da Psicologia, em articulação com outras áreas do saber e da saúde, exige mais do que o domínio técnico. Requer sensibilidade ética, crítica e clínica para reconhecer, acolher e intervir no sofrimento psíquico em sua complexidade. A escuta atenta, o respeito à singularidade e o compromisso com a dignidade do sujeito são,

aqui, tão fundamentais quanto os protocolos de tratamento e as diretrizes diagnósticas.

Por fim, compreender a depressão em sua totalidade é também reconhecer que cada história de sofrimento carrega em si uma

possibilidade de reconstrução. E que, na travessia entre o desamparo e o cuidado, entre o silêncio e a palavra, reside a chance de reinscrever o sofrimento em novos sentidos, mais humanos, mais possíveis, mais vivos.

REFERÊNCIAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR.** 5. ed., texto rev. Porto Alegre: Artmed, 2023.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Practice guidelines for major depressive disorder. In: THASE, M. E. (ed.). **The American Psychiatric Association Publishing Textbook of Mood Disorders.** Arlington, VA: American Psychiatric Association Publishing, 2022. Cap. 28.
- ARNAUD, A. M. et al. Impact of major depressive disorder on comorbidities: a systematic literature review. **The Journal of clinical psychiatry**, v. 83, n. 6, p. 43390, 2022.
- BECK, A. T. et al. **Terapia cognitiva da depressão.** Artmed Editora, 2025.
- BECK, J. S. **Terapia cognitivo-comportamental.** Artmed Editora, 2013.
- BERK, M.I et al. Comorbidity between major depressive disorder and physical diseases: a comprehensive review of epidemiology, mechanisms and management. **World psychiatry**, v. 22, n. 3, p. 366-387, 2023.
- FOUCAULT, M.. **História da loucura na Idade Clássica.** 10. ed. São Paulo: Perspectiva, 2014.
- FUENTES, D. et al. **Neuropsicologia-: Teoria e Prática.** Artmed Editora, 2014.
- GARCIA, E. L.; CAMPOS, Julia de Andrade; BACHERINI, Julia de Barros; BICALHO, Ruan Júnior Lopes. Abordagem terapêutica do transtorno depressivo maior: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Medicina de Excelência**, São José dos Pinhais, v. 2, n. 5, p. 727–737, 2024.
- GORDILHO, D. R. P. et al. A eficácia da ativação comportamental e a terapia de aceitação e compromisso no tratamento da depressão. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 27, n. 2, p. 1–15, 2025.
- HAMBLETON, A. et al. Psychiatric and medical comorbidities of eating disorders: findings from a rapid review of the literature. **Journal of eating disorders**, v. 10, n. 1, p. 132, 2022.
- HEGEL, G. W. F.. **Enciclopédia das ciências filosóficas em compêndio.** Tradução de Paulo Meneses. § 408, nota. São Paulo: Loyola, 2008.
- HÜBNER, M. M. Terapia de aceitação e compromisso: fundamentos, evidências e aplicações. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 8, n. 1, p. 28–36, 2012.
- LEMOS, P.. **Terapia psicodinâmica breve: contribuições para o tratamento do transtorno depressivo maior.** 2020.
- LUCAS, C. O.. Psicoterapia interpessoal no tratamento da perturbação depressiva maior. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 24, p. 217-226, 2012.
- PANTAZATOS, S. P. et al. Depression-related anterior cingulate prefrontal resting state connectivity normalizes following cognitive behavioral therapy. **European Psychiatry**, v. 63, n. 1, p. e37, 2020.
- POWELL, Vania Bitencourt et al. Terapia cognitivo-comportamental da depressão. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 30, p. s73-s80, 2008.
- SILVA, C. H. S.; COSTA, P. M.. Transtorno depressivo maior: estratégias farmacoterapêuticas contemporâneas e a atuação do farmacêutico no monitoramento clínico. **Ciências da Saúde: Abordagens Interdisciplinares e Inovações Científicas**, v. 2, p. 212–228, 2025.
- VOYTENKO, V. L.; STREET, P.; VANORMAN, B. T. Psychiatric comorbidities in treatment-resistant depression: Insights from a second-opinion consultation case series. **Psychiatry Research Case Reports**, v. 3, n. 1, p. 100205, 2024.
- YI, C. et al. A nomogram based on a three-gene signature derived from a prognostic, pathway-based competing endogenous RNA network for gastric cancer. **World Journal of Clinical Cases**, v. 9, n. 31, p. 9350–9370, 2021.

Capítulo 19

SAÚDE BUCAL E TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR: ENTRE O ACOLHIMENTO CLÍNICO E A PROMOÇÃO DO BEM-ESTAR

Capítulo 19: Saúde Bucal e Transtorno Depressivo Maior: Entre o Acolhimento Clínico e a Promoção do Bem-Estar. Em: Neurociência do Transtorno Depressivo Maior - Uma Imersão Nos Processos Neurobiológicos e no Cuidado Multidisciplinar. Editora Humanize, 2026. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.18500937>

Caio Victor Barros Gonçalves da Silva

Mestrando em Ciências Biológicas na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

Alexandre Antônio de Lima Junior

Discente do Curso de Biomedicina pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

Leandro Ferreira Frade Soares

Mestrando em Engenharia Biomédica na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

Laís Ruanita Leopoldina Galvão

Mestrando em Ciências Biológicas na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

Maria Clara Machado Alonso de Araújo

Discente do Curso de Psicologia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

Narayani Maria Serafim Barbosa Lopes

Discente do Curso de Ciência Política pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

Paloma Maria da Silva

Doutora em Ciências Biológicas na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

INTRODUÇÃO

A saúde bucal é parte indissociável da saúde integral do ser humano, envolvendo funções biológicas, estéticas e sociais que exercem influência direta sobre a qualidade de vida. O equilíbrio da cavidade oral garante a mastigação, a deglutição e a fonação, mas também participa da constituição da imagem corporal e do estabelecimento de vínculos sociais. O comprometimento desses elementos

repercute em dimensões físicas e psicossociais que não podem ser negligenciadas. No contexto do Transtorno Depressivo Maior (TDM), essa relação torna-se particularmente relevante, uma vez que os sintomas depressivos estão associados à perda de motivação para o autocuidado, à redução das práticas preventivas e ao aumento da vulnerabilidade a doenças bucais.

O TDM, por sua vez, não apenas contribui para a deterioração da saúde bucal, como também é influenciado pelas manifestações orais. O desconforto funcional, a dor e as alterações estéticas decorrentes de agravos bucais podem intensificar os sintomas depressivos, configurando um ciclo bidirecional entre depressão e adoecimento

oral. Dessa forma, investigar os impactos do TDM sobre a saúde bucal e compreender como o cuidado odontológico pode promover bem-estar constituem tarefas essenciais tanto para os profissionais da saúde quanto para o desenvolvimento de políticas públicas mais integradas e inclusivas.

IMPACTOS DO TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR NA HIGIENE BUCAL

O Transtorno Depressivo Maior (TDM) compromete diretamente os hábitos de higiene oral, repercutindo negativamente na qualidade de vida do paciente. A redução da motivação, característica do quadro depressivo, reflete-se na menor frequência de escovação, no abandono do uso do fio dental e na dificuldade de manter a regularidade das consultas odontológicas. Esse padrão de descuido favorece o acúmulo de biofilme e acelera o surgimento de inflamações gengivais, bem como de cáries de evolução rápida (Barbosa *et al.*, 2018).

Além do impacto sobre os hábitos básicos de higiene, observa-se a negligência com próteses e dispositivos odontológicos. Pacientes usuários de próteses removíveis apresentam taxas mais elevadas de estomatite protética em decorrência da higienização inadequada. Esse quadro compromete a mucosa oral, gera dor e interfere negativamente na função mastigatória. Em

indivíduos com aparelhos ortodônticos, a falta de cuidado potencializa a retenção de biofilme e a desmineralização do esmalte, ampliando a complexidade clínica do tratamento (Torales; Barrios; González, 2017).

Outro aspecto relevante refere-se à relação entre depressão, higiene oral deficiente e edentulismo. Estudos populacionais indicam que indivíduos com TDM apresentam maior prevalência de perda dentária, resultado tanto da progressão de cáries e da doença periodontal quanto do tratamento tardio. A ausência dentária compromete as funções mastigatórias, altera a fonética e prejudica a estética facial, aspectos que repercutem diretamente na autopercepção de saúde e na autoestima (Cademartori *et al.*, 2018).

A farmacoterapia antidepressiva também exerce influência significativa sobre a saúde bucal. A xerostomia induzida por antidepressivos tricíclicos e por inibidores seletivos da recaptação de serotonina

compromete a função protetora da saliva, aumentando o risco de lesões cariosas, halitose persistente e candidíase oral. Esse efeito colateral, associado à negligência da higiene, configura um cenário de risco ampliado para o desenvolvimento de agravos bucais (Ouanounou; Ng, 2019).

O bruxismo, frequentemente observado em pacientes com TDM,

potencializa a deterioração da saúde oral. O hábito de ranger ou apertar os dentes favorece o desgaste do esmalte, fraturas coronárias e o surgimento de dores orofaciais, demandando acompanhamento clínico contínuo. Esse quadro evidencia como o TDM repercute simultaneamente em aspectos comportamentais e funcionais da saúde bucal (Karimi *et al.*, 2025).

MANIFESTAÇÕES ORAIS ASSOCIADAS AO TDM

O Transtorno Depressivo Maior (TDM) está associado a uma variedade de manifestações orais que devem ser observadas e tratadas pelo cirurgião-dentista. Entre essas manifestações, destaca-se a periodontite, considerada uma das complicações mais frequentes. Em pacientes deprimidos, observa-se uma evolução acelerada da doença periodontal, com maior destruição do ligamento periodontal e perda óssea alveolar. Esse agravamento pode estar relacionado tanto à negligência do autocuidado quanto a alterações imunológicas, que aumentam a suscetibilidade a respostas inflamatórias exacerbadas (Saxsena *et al.*, 2024).

As cáries dentárias também apresentam prevalência superior em indivíduos com TDM. A combinação entre higiene oral deficiente, dieta rica em carboidratos simples e xerostomia induzida por medicamentos favorece o desenvolvimento de lesões cariosas

extensas, frequentemente tratadas apenas em estágios avançados. Esse padrão aumenta a necessidade de intervenções odontológicas invasivas e compromete a preservação da dentição ao longo do tempo (Jurassic *et al.*, 2019).

O edentulismo representa um dos desfechos mais graves da falta de cuidado odontológico em pacientes com TDM. A perda dentária, além de comprometer a função mastigatória e a estética facial, afeta diretamente a autoestima e a qualidade de vida. Esse processo reflete tanto o descuido prolongado com a saúde bucal quanto às dificuldades em manter tratamentos odontológicos adequados e contínuos (Kisely *et al.*, 2015).

A xerostomia, efeito colateral comum da farmacoterapia antidepressiva, favorece o surgimento de halitose, disfagia e infecções fúngicas. Nesse contexto, a candidíase oral

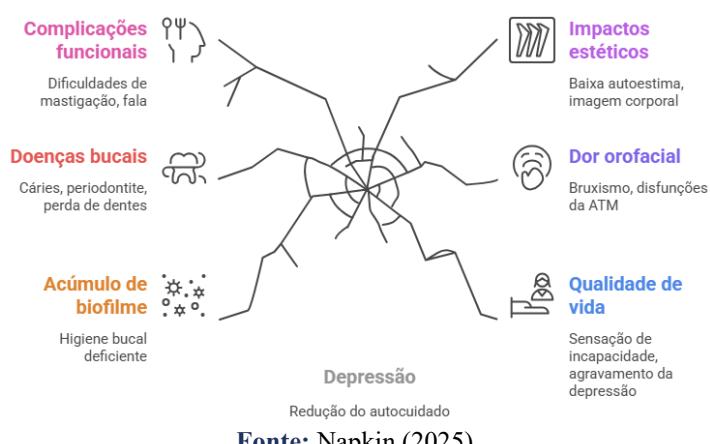
configura-se como uma complicação recorrente, caracterizada por dor, sensação de ardência e alterações do paladar, impactando negativamente o conforto e a função oral do paciente (Cockburn *et al.*, 2017).

O bruxismo, presente em parcela significativa dos pacientes com TDM, provoca desgaste dentário, fraturas de esmalte e distúrbios da articulação temporomandibular. Além de comprometer a integridade dos

dentes, esse quadro amplia o sofrimento do paciente devido à dor orofacial crônica e à cefaléia tensional associada (Molek *et al.*, 2022).

Essas manifestações demonstram que o TDM repercute de forma multifatorial sobre a saúde bucal, exigindo acompanhamento odontológico contínuo e a adoção de protocolos preventivos específicos voltados a essa população (Figura 01).

Figura 01 - Efeitos da Depressão sobre a Saúde Bucal: Aspectos Funcionais, Estéticos e Psicossociais.
A Depressão Afeta a Saúde Bucal



Fonte: Napkin (2025).

IMPACTOS FUNCIONAIS DA SAÚDE BUCAL EM PACIENTES COM TDM

As repercussões funcionais da saúde bucal em pacientes com Transtorno Depressivo Maior (TDM) são múltiplas e extrapolam os limites da cavidade oral, afetando diretamente o estado geral de saúde. A mastigação prejudicada interfere nos processos digestivos e na absorção de nutrientes, resultando, com frequência, em dietas pobres em fibras e proteínas. Essa

limitação, quando associada às alterações do apetite características da depressão, gera risco aumentado de deficiências nutricionais e de agravos metabólicos. A literatura aponta que indivíduos deprimidos com edentulismo tendem a consumir maior quantidade de alimentos processados, de fácil mastigação, em detrimento de frutas e vegetais frescos (Kunrath; Silva, 2021).

O impacto funcional também se manifesta no processo de deglutição. A xerostomia induzida pelo uso de antidepressivos dificulta a ingestão alimentar, aumentando a sensação de desconforto e levando, em alguns casos, à perda de peso não intencional. Essa alteração compromete o prazer associado à alimentação e contribui para sentimentos de frustração, reduzindo ainda mais a qualidade de vida desses indivíduos (Marx *et al.*, 2023).

No campo da comunicação, a ausência dentária compromete a fonação, prejudicando a articulação adequada de fonemas. Essa limitação interfere negativamente na interação social e no desempenho profissional, favorecendo o isolamento. Pacientes com TDM frequentemente relatam insegurança ao

falar em público, evidenciando que a perda funcional da fala possui repercussões tanto biológicas quanto sociais (Matsuyama *et al.*, 2021).

Somado a esses fatores, a dor orofacial crônica compromete a realização de atividades diárias simples, reduz a produtividade e interfere na qualidade do sono. Esse conjunto de limitações funcionais evidencia a necessidade de estratégias odontológicas que priorizem, para além da estética, a reabilitação funcional como eixo central da promoção da saúde integral (Lavigne; Sessle, 2016). Esses aspectos demonstram que o TDM repercute de forma ampla sobre a saúde bucal, abrangendo dimensões clínicas, funcionais e psicossociais, as quais podem ser sintetizadas (Quadro 01).

Quadro 01 – Principais repercussões do Transtorno Depressivo Maior (TDM) sobre a saúde bucal.

Categoría	Descrição	Repercussões Clínicas
Higiene Bucal Deficiente	Redução da escovação, abandono do fio dental, negligência com próteses.	Acúmulo de biofilme, gengivite, progressão de cáries.
Doenças Dentárias	Avanço de cáries e doença periodontal.	Perda dentária, necessidade de tratamentos invasivos.
Xerostomia	Efeito colateral de antidepressivos.	Halitose, disfagia, candidíase, maior risco de cáries rampantes.
Bruxismo	Associado à depressão e ao estresse.	Desgaste dentário, fraturas, dor orofacial, TDM.
Complicações Funcionais	Limitações mastigatórias, dificuldades de deglutição e fonação.	Déficits nutricionais, prejuízo na comunicação, fadiga.
Impactos Estéticos	Alterações visíveis nos dentes e no sorriso.	Baixa autoestima, retraimento social, dificuldades em interações sociais.
Dor Orotelial	Desencadeada por bruxismo e TDM.	Dor crônica, cefaleia, distúrbios do sono.
Qualidade de Vida	Efeitos acumulados das condições orais em pacientes com TDM.	Isolamento social, agravamento dos sintomas depressivos.

Fonte: Autoral (2025).

ESTÉTICA DENTÁRIA E ESTIGMA SOCIAL EM INDIVÍDUOS COM DEPRESSÃO

A estética bucal constitui um elemento central na construção da imagem do indivíduo e da autoestima. Alterações como manchas, fraturas e perdas dentárias reduzem a confiança para sorrir, falar e interagir socialmente. Em indivíduos com Transtorno Depressivo Maior (TDM), essa condição tende a amplificar sentimentos de inadequação, vergonha e retraimento social. Estudos indicam que a autopercepção negativa da saúde bucal está fortemente associada à intensificação dos sintomas depressivos (Karimi *et al.*, 2025).

Esse impacto estético também se estende a esferas mais amplas da vida social, como o mercado de trabalho. A aparência bucal comprometida pode ser interpretada como sinal de descuido ou falta de higiene, reduzindo oportunidades de empregabilidade.

Esse processo de exclusão social e econômica contribui para a manutenção da vulnerabilidade de indivíduos com TDM, reforçando desigualdades estruturais e perpetuando o ciclo de adoecimento (Moore; Keat, 2020).

O estigma social relacionado às alterações bucais é frequentemente agravado pela própria condição depressiva. Pacientes relatam receio do julgamento por parte de profissionais de saúde e de terceiros, o que diminui a motivação para buscar tratamento odontológico. Esse cenário evidencia que a estética bucal não deve ser compreendida como um aspecto secundário, mas como parte integrante da saúde, sendo indissociável do bem-estar psicológico e social (Lin *et al.*, 2016).

DOR OROFACIAL E QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES DEPRESSIVOS

A dor orofacial configura-se como uma das manifestações mais debilitantes em indivíduos com Transtorno Depressivo Maior (TDM). Bruxismo, disfunções temporomandibulares e desgastes dentários estão entre as principais causas de dor crônica nessa população. Esse quadro compromete atividades rotineiras como mastigar, falar e dormir, interferindo de forma significativa na qualidade de vida (Emodi-Perlman *et al.*, 2020).

A dor persistente tende a intensificar a irritabilidade, a fadiga e os sentimentos de desesperança, contribuindo para o agravamento dos sintomas depressivos. Pacientes com dor orofacial frequentemente relatam maior dificuldade na manutenção do sono, o que potencializa a fadiga diurna e os prejuízos na atenção e na concentração. Esse cenário evidencia a interdependência entre saúde bucal, sono e saúde mental, ressaltando

o caráter sistêmico do adoecimento (Lassmann *et al.*, 2022).

Do ponto de vista clínico, o manejo da dor orofacial demanda estratégias integradas de cuidado. Recursos como o uso de placas oclusais, intervenções fisioterapêuticas e técnicas de relaxamento são amplamente empregados para reduzir a sobrecarga muscular e proteger as estruturas dentárias.

Entretanto, a adesão a essas práticas tende a ser menor em pacientes com TDM, em razão da redução da motivação e do engajamento terapêutico. Tal aspecto reforça a necessidade de um acompanhamento multiprofissional, envolvendo cirurgiões-dentistas, psicólogos e fisioterapeutas, de modo a favorecer a adesão ao tratamento e a melhora global da qualidade de vida (Berk *et al.*, 2023).

BARREIRAS E DESAFIOS NO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO

O atendimento odontológico de pacientes com Transtorno Depressivo Maior (TDM) é marcado por barreiras de natureza emocional, econômica e organizacional. O medo e a ansiedade relacionados ao consultório odontológico são mais frequentes em indivíduos deprimidos, levando ao adiamento das consultas e à busca por atendimento apenas em situações emergenciais (Todorava *et al.*, 2023).

As barreiras financeiras também desempenham papel relevante nesse contexto. Pacientes com TDM apresentam maior prevalência de desemprego e menor renda, o que restringe o acesso a tratamentos odontológicos especializados. Em muitos casos, a saúde bucal é considerada uma prioridade secundária, o que favorece a progressão de agravos bucais para estágios mais complexos e onerosos, tanto do ponto de

vista clínico quanto econômico (Slack-Smith *et al.*, 2017).

No plano organizacional, a ausência de integração efetiva entre os serviços de saúde bucal e de saúde mental limita as ações preventivas. Protocolos de atendimento raramente contemplam o rastreamento odontológico em consultas médicas ou psicológicas, dificultando o diagnóstico precoce de alterações bucais em pacientes com TDM. Além disso, a formação limitada de cirurgiões-dentistas para o manejo de pacientes com transtornos psiquiátricos contribui para a ampliação da exclusão desse grupo social dos serviços odontológicos (Seo *et al.*, 2024).

Esses desafios evidenciam a necessidade de políticas públicas e estratégias socio-organizacionais que fortaleçam a integração multiprofissional, ampliem a

cobertura dos serviços odontológicos e promovam a redução das desigualdades no acesso ao cuidado em saúde, especialmente

entre populações em situação de maior vulnerabilidade psicossocial (Khairunnisa *et al.*, 2024).

ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO HUMANIZADO

A humanização do atendimento odontológico constitui elemento essencial para ampliar a adesão de pacientes com Transtorno Depressivo Maior. Estratégias como consultas mais curtas e frequentes, uso de linguagem acessível e criação de ambientes acolhedores contribuem para a redução da ansiedade e para o estímulo ao retorno aos serviços odontológicos (Alanazi *et al.*, 2025).

A anamnese detalhada deve contemplar o histórico medicamentoso e os aspectos psicossociais do paciente, permitindo a identificação de riscos específicos, como xerostomia, disfagia e bruxismo. A adoção de condutas clínicas simples, como a prescrição de saliva artificial e o reforço do uso de flúor, mostra-se eficaz na proteção contra complicações decorrentes do uso de

antidepressivos (Alcázar-Hernández; Pecci-Lloret; Guerrero-Gironés, 2024).

O vínculo terapêutico estabelecido entre o cirurgião-dentista e o paciente representa um fator decisivo para a continuidade do cuidado. O respeito às limitações emocionais, aliado à escuta ativa e ao acolhimento, favorece a construção da confiança e contribui para a redução do estigma, aspectos fundamentais para a adesão ao tratamento. Ademais, destaca-se a importância da formação continuada dos cirurgiões-dentistas, a qual deve contemplar conteúdos relacionados à saúde mental, ampliando a sensibilidade dos profissionais frente às demandas dessa população (McCleary *et al.*, 2020).

ADESÃO A TRATAMENTOS ODONTOLÓGICOS EM PACIENTES COM TDM

A adesão de pacientes com Transtorno Depressivo Maior aos tratamentos odontológicos apresenta taxas inferiores quando comparada à população geral. Muitos indivíduos iniciam terapias restauradoras ou periodontais, mas interrompem o tratamento

antes de sua conclusão, o que compromete significativamente os resultados clínicos. Esse padrão de abandono está relacionado à perda de motivação característica do transtorno, às barreiras financeiras e à percepção de que a saúde bucal não constitui uma prioridade no

contexto do adoecimento psíquico (Stepović *et al.*, 2020).

A interrupção precoce do tratamento eleva o risco de complicações e reduz a efetividade das intervenções odontológicas. Estratégias como o agendamento de consultas mais frequentes, o estabelecimento de metas terapêuticas intermediárias e o uso de reforço positivo podem contribuir para a melhoria da adesão. Além disso, a atuação conjunta de psicólogos e assistentes sociais em equipes

odontológicas favorece a manutenção do engajamento do paciente, auxiliando na redução das taxas de evasão (Trivedi, 2020).

A compreensão da adesão ao tratamento como um processo gradual, dependente de adaptação clínica e de suporte emocional contínuo, mostra-se fundamental para que o cuidado em saúde bucal seja efetivo e sustentável em pacientes com Transtorno Depressivo Maior (Vannachavee *et al.*, 2016).

A ODONTOLOGIA NO CONTEXTO INTERDISCIPLINAR DA SAÚDE MENTAL

A odontologia deve integrar as equipes multiprofissionais de saúde mental, contribuindo para a detecção precoce e o tratamento de complicações orais em pacientes com Transtorno Depressivo Maior (TDM). O cirurgião-dentista desempenha papel estratégico ao identificar sinais de negligência do autocuidado, como periodontite avançada e edentulismo, que podem indicar agravamento do quadro depressivo (Santos *et al.*, 2025).

A integração multiprofissional favorece a elaboração de planos terapêuticos conjuntos, que associam ações de prevenção odontológica, acompanhamento psicológico e manejo farmacológico. Essa articulação

fortalece a adesão do paciente ao tratamento e amplia a eficácia do cuidado oferecido. Além disso, contribui para a redução de custos no sistema de saúde pública, uma vez que intervenções preventivas apresentam menor ônus financeiro quando comparadas às reabilitações realizadas em estágios avançados da doença (Busch, 2020).

Esse contexto reforça a necessidade de políticas organizacionais que incorporem a odontologia aos programas de saúde mental, assegurando que a saúde bucal seja reconhecida e tratada como parte indissociável da saúde integral do indivíduo (Bulgarelli *et al.*, 2021).

RELAÇÃO ENTRE SAÚDE BUCAL E BEM-ESTAR MENTAL

A saúde bucal exerce influência direta sobre o bem-estar psicológico. A dor orofacial, a halitose e a ausência dentária comprometem a autoestima, limitam a interação social e favorecem o isolamento, intensificando os sintomas depressivos (Cross, 2025).

Por outro lado, a reabilitação oral está associada a melhorias significativas na autopercepção de saúde. Pacientes submetidos a implantes ou próteses relatam aumento da confiança e maior engajamento em atividades

sociais. Estudos longitudinais confirmam que a restauração da saúde bucal contribui para a redução dos sintomas depressivos e para a melhora da qualidade de vida (Coltro *et al.*, 2022).

O caráter bidirecional dessa relação evidencia que o cuidado odontológico não deve ser compreendido apenas como tratamento localizado, mas como parte de uma estratégia ampliada de promoção da saúde mental (Joury *et al.*, 2023).

EDUCAÇÃO ODONTOLÓGICA E FORMAÇÃO PROFISSIONAL

A formação em Odontologia precisa incluir componentes curriculares voltados à saúde mental. A ausência de preparo específico contribui para condutas inadequadas e reforça o estigma direcionado a pacientes com Transtorno Depressivo Maior (TDM). Disciplinas e estágios supervisionados que abordam a interface entre saúde bucal e transtornos mentais capacitam os profissionais para atuar de forma sensível, ética e tecnicamente competente (Culmer *et al.*, 2025).

A educação continuada deve ser incentivada como ferramenta permanente de atualização profissional. Cursos e treinamentos em saúde mental aplicada à Odontologia possibilitam que os cirurgiões-dentistas desenvolvam competências para lidar com situações clínicas complexas, oferecendo um cuidado humanizado, individualizado e ajustado às necessidades do paciente deprimido (Lévesque; Levine; Bedos, 2015).

PERSPECTIVAS PARA POLÍTICAS PÚBLICAS E EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL

A inclusão da saúde bucal em programas de saúde mental é fundamental para reduzir desigualdades e ampliar o acesso ao cuidado. Protocolos que prevejam o rastreamento odontológico em consultas médicas e psicológicas possibilitam o diagnóstico precoce e a prevenção de complicações (Stepović *et al.*, 2020).

A educação em saúde também desempenha papel estratégico. Campanhas públicas que incentivem hábitos de higiene oral e a valorização das consultas preventivas

devem ser adaptadas à realidade de pacientes com Transtorno Depressivo Maior (TDM). Essas ações reduzem a incidência de cáries, periodontite e edentulismo, fortalecendo o autocuidado (Bafageeh; Loux, 2025).

Além disso, políticas públicas devem contemplar a capacitação de profissionais de saúde para o manejo interdisciplinar, promovendo a integração entre saúde bucal e saúde mental. Essa abordagem amplia a qualidade do cuidado e favorece a promoção da saúde integral (Abdul *et al.*, 2024).

CONCLUSÃO

O Transtorno Depressivo Maior impacta de forma significativa a saúde bucal, resultando em maior prevalência de cáries, periodontite, edentulismo e manifestações clínicas associadas ao uso de psicofármacos. Esses agravos comprometem a função oral, afetam a estética e repercutem negativamente na autoestima e na qualidade de vida dos indivíduos acometidos.

O enfrentamento desse cenário requer a adoção de práticas odontológicas

humanizadas, a capacitação de profissionais para o manejo de pacientes com Transtorno Depressivo Maior e a implementação de políticas públicas que integrem saúde bucal e saúde mental. A odontologia, quando articulada de maneira interdisciplinar, contribui não apenas para a preservação da saúde oral, mas também para a promoção do bem-estar integral, configurando-se como componente essencial da qualidade de vida de pessoas com TDM.

REFERÊNCIAS:

- ABDUL, S. et al. Mental health management in healthcare organizations: Challenges and strategies-a review. **International Medical Science Research Journal**, v. 4, n. 5, p. 585-605, 2024.
- ALANAZI, M. M.. Techniques to Overcome Fear of Dentists and Improve Patient Comfort by Means of Innovations and Technology. **Saudi Journal of Medicine and Public Health**, v. 2, n. 1, p. 12-20, 2025.
- ALCÁZAR-HERNÁNDEZ, J. M.; PECCI-LLORET, M. R.; GUERRERO-GIRONÉS, J.. Oral Manifestations in Patients in Treatment with Antidepressants: A Systematic Review. **Journal of Clinical Medicine**, v. 13, n. 22, p. 6945, 2024.
- BAFAGEEH, F.; LOUX, T. Depression Symptoms Linked to Multiple Oral Health Outcomes in US Adults. **JDR Clinical & Translational Research**, v. 10, n. 1, p. 64-73, 2025.
- BARBOSA, A. C. S. et al. Association between symptoms of depression and oral health conditions. **Special Care in Dentistry**, v. 38, n. 2, p. 65-72, 2018.
- BERK, M. et al. Comorbidity between major depressive disorder and physical diseases: a comprehensive review of epidemiology, mechanisms and management. **World Psychiatry**, v. 22, n. 3, p. 366-387, 2023.
- BULGARELLI, A. et al. Dental Issues And Depressive Symptoms In Institutionalized Older Adults. **Innovation in Aging**, v. 5, n. Supplement_1, p. 857-857, 2021.
- BUSCH, F. N. Integrating Psychotherapy and Psychopharmacology in the Treatment of Major Depressive Disorder. **Psychiatric Times**, v. 37, n. 1, 2020.
- CADEMARTORI, M. G. et al. Is depression associated with oral health outcomes in adults and elders? A systematic review and meta-analysis. **Clinical oral investigations**, v. 22, n. 8, p. 2685-2702, 2018.
- COCKBURN, N. et al. Oral health impacts of medications used to treat mental illness. **Journal of affective disorders**, v. 223, p. 184-193, 2017.
- COLTRO, M. P. L. et al. Long-term impact of implant-supported oral rehabilitation on quality of life: a 5 years prospective study. **Australian Dental Journal**, v. 67, n. 2, p. 172-177, 2022.
- CROSS, L.. Is depression influenced by oral health?. **Evidence-Based Dentistry**, v. 26, n. 1, p. 57-58, 2025.
- CULMER, N. P. et al. Mental health curricula in predoctoral dental school programs: A content analysis. **Journal of Dental Education**, v. 89, n. 4, p. 485-492, 2025.
- EMODI-PERLMAN, A. et al. Temporomandibular disorders and bruxism outbreak as a possible factor of orofacial pain worsening during the COVID-19 pandemic—concomitant research in two countries. **Journal of clinical medicine**, v. 9, n. 10, p. 3250, 2020.
- JOURY, E. et al. Mental disorders and oral diseases: future research directions. **Journal of Dental Research**, v. 102, n. 1, p. 5-12, 2023.
- JURASIC, M. M. et al. Caries prevalence and associations with medications and medical comorbidities. **Journal of Public Health Dentistry**, v. 79, n. 1, p. 34-43, 2019.
- KARIMI, P. et al. The impact of oral health on depression: A systematic review. **Special Care in Dentistry**, v. 45, n. 1, p. e13079, 2025.
- KHAIRUNNISA, Z. et al. Mental and Oral Health: A Dual Frontier in Healthcare Integration and Prevention. **Cureus**, v. 16, n. 12, 2024.
- KISELY, S. et al. A systematic review and meta-analysis of the association between poor oral health and severe mental illness. **Psychosomatic medicine**, v. 77, n. 1, p. 83-92, 2015.

KUNRATH, I.; SILVA, A. E. R.. Oral health and depressive symptoms among older adults: longitudinal study. **Aging & mental health**, v. 25, n. 12, p. 2265-2271, 2021.

LASSMANN, L. et al. Gut bless your pain—roles of the gut microbiota, sleep, and melatonin in chronic orofacial pain and depression. **Biomedicines**, v. 10, n. 7, p. 1528, 2022.

LAVIGNE, G. J.; SESSLE, B. J. The neurobiology of orofacial pain and sleep and their interactions. **Journal of Dental Research**, v. 95, n. 10, p. 1109-1116, 2016.

LÉVESQUE, M. C.; LEVINE, A.; BEDOS, C.. Ideological roadblocks to humanizing dentistry, an evaluative case study of a continuing education course on social determinants of health. **International journal for equity in health**, v. 14, n. 1, p. 41, 2015.

LIN, F. et al. Psychosocial impact of dental esthetics regulates motivation to seek orthodontic treatment. **American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics**, v. 150, n. 3, p. 476-482, 2016.

MARX, W. et al. Major depressive disorder. **Nature Reviews Disease Primers**, v. 9, n. 1, p. 44, 2023.

MATSUYAMA, Y. et al. Causal effect of tooth loss on depression: evidence from a population-wide natural experiment in the USA. **Epidemiology and psychiatric sciences**, v. 30, p. e38, 2021.

MCCLEARY, E. E. et al. Oral health professionals knowledge, attitudes and practices toward patients with depression. **American Dental Hygienists' Association**, v. 94, n. 5, p. 6-13, 2020.

MOLEK, M. et al. Xerostomia and hyposalivation in association with oral candidiasis: a systematic review and meta-analysis. **Evidence-based dentistry**, p. 1-7, 2022.

MOORE, D.; KEAT, R.. Does dental appearance impact on employability in adults? A scoping review of quantitative and qualitative evidence. **British Dental Journal**, p. 1-6, 2020.

OUANOUNOU, A.; NG, K.. Medical management, orofacial findings, and dental care for the client with major depressive disorder. **Canadian Journal of Dental Hygiene**, v. 53, n. 3, p. 172, 2019.

SANTOS, G. M. F. et al. Oral Pathologies Related to Major Mental Disorders: An Integrative Review. **Journal of Advances in Medicine and Medical Research**, v. 37, n. 6, p. 77-90, 2025.

SAXSENA, A. et al. Association between Major Depressive Disorder and Oral Health—A Systematic Review. **Journal of Indian Association of Public Health Dentistry**, v. 22, n. 3, p. 227-235, 2024.

SEO, J. et al. Oral health care strategy for psychiatric patients. **Psychiatric Annals**, v. 54, n. 8, p. e240-e245, 2024.

SLACK-SMITH, L. et al. Barriers and enablers for oral health care for people affected by mental health disorders. **Australian dental journal**, v. 62, n. 1, p. 6-13, 2017.

STEPOVIĆ, M. et al. Barriers affecting the oral health of people diagnosed with depression: A systematic review. **Slovenian Journal of Public Health**, v. 59, n. 4, p. 273, 2020.

TODOROVA, E.. Anxiety and fear: a barrier to accessing and accepting dental care. In: **Varna Medical Forum**. 2023. p. 196-201.

TORALES, J.; BARRIOS, I.; GONZÁLEZ, I.. Oral and dental health issues in people with mental disorders. **Medwave**, v. 17, n. 08, 2017.

TRIVEDI, M. H. How can measurement-based care help improve treatment outcomes for major depressive disorder in primary care. **J Clin Psychiatry**, v. 81, n. 2, p. UT17042BR2C, 2020.

VANNACHAVEE, U. et al. The effect of a drug adherence enhancement program on the drug adherence behaviors of patients with major depressive disorder in Thailand: a randomized clinical trial. **Archives of psychiatric nursing**, v. 30, n. 3, p. 322-328, 2016.

Capítulo 20

O IMPACTO DA ATIVIDADE FÍSICA NA PREVENÇÃO E NO TRATAMENTO COMPLEMENTAR DA DEPRESSÃO

Capítulo 20: O Impacto da Atividade Física na Prevenção e no Tratamento Complementar da Depressão. Em: Neurociência do Transtorno Depressivo Maior - Uma Imersão Nos Processos Neurobiológicos e no Cuidado Multidisciplinar. Editora Humanize, 2026. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.18500941>

Caio Victor Barros Gonçalves da Silva

Mestrando em Ciências Biológicas na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

Alexandre Antônio de Lima Junior

Discente do Curso de Biomedicina pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

Maria Clara Machado Alonso de Araújo

Discente do Curso de Psicologia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

Ana Lívia Fernandes dos Santos

Doutoranda em Ciências Biológicas na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

João Guilherme Euzébio Souza

Discente do Curso de Biomedicina pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

Narayani Maria Serafim Barbosa Lopes

Discente do Curso de Ciência Política pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

Paloma Maria da Silva

Doutora em Ciências Biológicas na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

INTRODUÇÃO

A Educação Física é uma área do conhecimento que ultrapassa o campo do esporte e da aptidão física, alcançando dimensões relacionadas à saúde integral e à qualidade de vida. Ao longo das últimas décadas, diferentes estudos têm consolidado a relação positiva entre a prática regular de atividade física e a saúde mental, demonstrando que o movimento humano,

quando estruturado e orientado, pode atuar como fator protetivo e terapêutico frente a transtornos como a depressão e a ansiedade. Essa compreensão ampliada ressignifica a Educação Física como uma ferramenta estratégica para a promoção da saúde coletiva, especialmente em contextos de adoecimento mental.

O Transtorno Depressivo Maior (TDM), caracterizado por humor deprimido persistente, perda de interesse em atividades, fadiga e alterações cognitivas, figura como um dos maiores desafios de saúde pública em escala global. Nesse cenário, a Educação Física emerge não apenas como complemento às intervenções médicas e psicológicas, mas como um campo essencial para o

fortalecimento da autonomia, da autoestima e da capacidade funcional dos indivíduos. Assim, compreender os mecanismos, as estratégias e os desafios relacionados à prática de atividade física como estímulo ao bem-estar torna-se imprescindível para a integração de políticas públicas e programas comunitários voltados à saúde mental.

EDUCAÇÃO FÍSICA E PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL

A prática regular de atividade física tem sido reconhecida como um dos recursos não farmacológicos mais eficazes no enfrentamento de sintomas depressivos. Exercícios aeróbicos, como caminhada, corrida e ciclismo, apresentam efeitos consistentes na redução do humor deprimido, no aumento dos níveis de energia e na melhora da qualidade do sono (Mata *et al.*, 2012). Esses benefícios ocorrem tanto em populações clínicas quanto em indivíduos saudáveis, o que demonstra o caráter universal da atividade física como promotora da saúde mental (Rebar *et al.*, 2015).

Além dos exercícios aeróbicos, modalidades de fortalecimento muscular e práticas de corpo e mente, como ioga e pilates, também apresentam resultados significativos na promoção do bem-estar psicológico (Noetel *et al.*, 2024). Tais práticas contribuem para a redução da ansiedade, para o aumento da percepção corporal e para o desenvolvimento

de estratégias de autorregulação emocional (Saedd; Antonacci; Bloch, 2010). A integração da Educação Física às rotinas diárias, portanto, transcende o cuidado corporal e assume papel ativo na manutenção da saúde mental (Schuch; Vancampfort, 2021).

Outro aspecto relevante refere-se à percepção de autoeficácia promovida pelo exercício físico. A capacidade de cumprir metas corporais, ainda que pequenas, gera sentimentos de competência e controle, que contrastam com a sensação de impotência característica do Transtorno Depressivo Maior (TDM) (Silveira *et al.*, 2013). Esse processo contribui para o aumento da motivação intrínseca e para o fortalecimento do enfrentamento das dificuldades emocionais. Assim, o movimento configura-se não apenas como uma prática biológica, mas também como um recurso psicossocial de enfrentamento (Eyre; Papps; Baune, 2013).

Nesse sentido, a Educação Física deve ser compreendida como parte constitutiva do cuidado integral, especialmente em sistemas de saúde e em ambientes escolares (Kang *et al.*, 2015). Ao promover a prática regular de atividade física, incentiva-se não apenas a

prevenção de agravos físicos, mas também a criação de espaços de convivência e suporte emocional, fundamentais para o equilíbrio psicológico e para a promoção da saúde mental (Mata *et al.*, 2012).

MECANISMOS PSICOBIOLÓGICOS DA ATIVIDADE FÍSICA NA DEPRESSÃO

Os mecanismos que explicam os efeitos antidepressivos da atividade física envolvem dimensões neurobiológicas, fisiológicas e psicológicas (Liu *et al.*, 2017). Um dos principais mecanismos está relacionado à regulação da plasticidade neural (Gulyaeva *et al.*, 2019). Estudos indicam que a atividade física aumenta a disponibilidade do Fator Neurotrófico Derivado do Cérebro (BDNF), proteína essencial para o crescimento e a sobrevivência neuronal. O aumento dos níveis de BDNF em pacientes com depressão está associado à melhora da memória, da aprendizagem e da regulação emocional (Zarza-Rebolledo *et al.*, 2024).

Outro mecanismo diz respeito à regulação dos neurotransmissores, pois a prática regular de atividade física favorece a liberação de serotonina, dopamina e noradrenalina, substâncias associadas ao humor, à motivação e ao prazer (Portugal *et al.*, 2013). Essa regulação neuroquímica é semelhante àquela promovida por alguns antidepressivos, o que contribui para explicar

a eficácia da atividade física como intervenção complementar ou até preventiva no manejo do Transtorno Depressivo Maior (Kandola *et al.*, 2019).

O exercício físico também reduz a resposta fisiológica ao estresse. Indivíduos fisicamente ativos apresentam níveis mais baixos de cortisol, hormônio associado ao estresse crônico, que, quando elevado, contribui para o desenvolvimento e a manutenção da depressão. A regulação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal por meio do exercício fortalece a resiliência frente ao estresse cotidiano (Chen *et al.*, 2017).

Além dos efeitos biológicos, destacam-se mecanismos psicossociais relevantes, uma vez que a prática de exercícios favorece a distração de pensamentos ruminativos, melhora a autoestima e amplia o senso de pertencimento quando realizada em grupo (Lubans *et al.*, 2016). Esses aspectos reforçam o caráter multifatorial da atividade física no tratamento e na prevenção da depressão, tornando a Educação Física um componente

indispensável em programas de saúde mental (Mikkelsen *et al.*, 2017). Os efeitos da atividade física sobre a saúde mental podem

ser agrupados em dimensões biológicas, funcionais e psicossociais (Quadro 01).

Quadro 01 – Principais efeitos da atividade física no enfrentamento do Transtorno Depressivo Maior.

Dimensão	Descrição	Impactos Clínicos e Psicossociais
Biológicos	Regulação de neurotransmissores (serotonina, dopamina, noradrenalina), aumento do BDNF e redução do cortisol.	Melhora do humor, maior plasticidade neuronal, menor resposta ao estresse e maior resiliência emocional.
Funcionais	Melhora do sono, aumento da energia, fortalecimento muscular e cardiorrespiratório, manutenção da cognição.	Maior disposição para atividades diárias, autonomia funcional, preservação da memória e da atenção.
Psicossociais	Elevação da autoestima, fortalecimento da autoeficácia, ampliação das interações sociais e inclusão em grupos.	Redução do isolamento, maior senso de pertencimento, confiança e engajamento em rotinas saudáveis.

Fonte: Autoral (2025).

ESPORTE E INCLUSÃO SOCIAL COMO ESTRATÉGIA DE BEM-ESTAR

A prática esportiva coletiva exerce impacto significativo sobre a saúde mental ao promover integração social e fortalecimento de vínculos. O sentimento de pertencimento a um grupo e o desenvolvimento de habilidades sociais reduzem a solidão e aumentam o apoio social percebido, fatores reconhecidamente protetivos frente à depressão (Muratbayevich, 2024). O esporte, portanto, ultrapassa o desempenho físico e consolida-se como espaço de convivência, solidariedade e construção identitária.

A inclusão em práticas esportivas também contribui para a redução do estigma associado aos transtornos mentais. Ao participar de atividades coletivas, indivíduos com Transtorno Depressivo Maior experienciam aceitação e apoio, em contraste com a exclusão social frequentemente relatada.

A prática regular fortalece a autoconfiança, reduz o isolamento e amplia a motivação para a manutenção de rotinas saudáveis (Smith; Merwin, 2021).

Do ponto de vista pedagógico, a Educação Física escolar pode configurar-se como espaço privilegiado para a inclusão. Programas que priorizam práticas cooperativas, em detrimento de modelos exclusivamente competitivos, favorecem a construção de ambientes mais acolhedores e contribuem para o desenvolvimento de habilidades socioemocionais. Essa abordagem mostra-se especialmente relevante na adolescência, período crítico para o surgimento e a intensificação de sintomas depressivos (Penny *et al.*, 2018).

Por fim, a prática esportiva pode ser articulada a políticas de lazer e saúde pública,

por meio da utilização de espaços comunitários para a oferta de atividades gratuitas ou de baixo custo. Essa democratização do acesso amplia a participação social, reduz

desigualdades e fortalece o papel do esporte como instrumento de promoção do bem-estar coletivo e da saúde mental (Smith *et al.*, 2016).

IMPACTO DA ATIVIDADE FÍSICA EM DIFERENTES CICLOS DA VIDA

Os benefícios da atividade física são observados em diferentes grupos etários e variam de acordo com as necessidades e características específicas de cada fase do ciclo de vida. Em crianças e adolescentes, a prática regular de exercícios está associada ao desenvolvimento da resiliência emocional e à redução de sintomas depressivos iniciais. A participação em esportes escolares contribui para o fortalecimento da autoestima e para a construção de redes de apoio social (Kulbat *et al.*, 2023).

Na vida adulta, a atividade física atua tanto como fator de prevenção quanto como recurso terapêutico adjunto no manejo da depressão. Estudos indicam que adultos fisicamente ativos apresentam menor prevalência de sintomas depressivos e maior capacidade de enfrentamento de situações estressantes. A prática regular contribui para a manutenção do equilíbrio emocional, especialmente em contextos marcados por

elevadas demandas profissionais e pessoais (Sieniawska; Sieniawska; Proszowska, 2024).

Em idosos, a atividade física assume papel ainda mais relevante. A prática de exercícios favorece a manutenção da autonomia funcional, reduz o risco de quedas e promove a socialização. A combinação de benefícios físicos e psicossociais contribui para a diminuição dos sintomas depressivos em populações idosas, que frequentemente vivenciam perdas afetivas, isolamento social e limitações funcionais (Zhang *et al.*, 2021).

Essa perspectiva ao longo do ciclo vital reforça a necessidade de programas de Educação Física adaptados às especificidades de cada faixa etária, garantindo que crianças, adultos e idosos possam usufruir, de forma equitativa, dos benefícios da atividade física para a promoção da saúde mental e da qualidade de vida (White *et al.*, 2017).

CRIAÇÃO DE PROGRAMAS DE ATIVIDADES FÍSICAS ESTRUTURADAS

A criação de programas de atividades físicas estruturadas constitui uma estratégia central no enfrentamento da depressão, pois possibilita que a prática seja realizada de forma sistemática, segura e orientada. Programas comunitários, escolares e clínicos apresentam evidências consistentes de efetividade na redução de sintomas depressivos e na promoção do bem-estar. Para que sejam eficazes, esses programas devem contemplar aspectos como frequência, intensidade e tipo de atividade, respeitando as condições individuais e os contextos sociais dos participantes (Webster, 2015).

Um dos elementos mais relevantes desses programas é a regularidade. A prática consistente, mesmo em intensidades moderadas, apresenta efeitos cumulativos sobre a saúde mental. Caminhadas supervisionadas, aulas coletivas de ginástica e atividades aeróbicas em grupo são exemplos de iniciativas que demonstram resultados positivos em curto e médio prazo. A estruturação de horários fixos e a criação de rotinas contribuem para o enfrentamento da apatia característica do Transtorno Depressivo Maior, favorecendo a adesão ao tratamento (Ashdown-Franks; Sabiston; Stubbs, 2019).

Outro aspecto fundamental é a adaptação às necessidades específicas de cada população. Programas voltados para idosos,

por exemplo, devem priorizar atividades de baixo impacto, exercícios de equilíbrio e fortalecimento muscular, enquanto iniciativas direcionadas a adolescentes podem focar modalidades coletivas que estimulem a socialização. Essa adequação aumenta o engajamento e a satisfação dos participantes, reduzindo o risco de evasão (Bailey *et al.*, 2018).

Além dos contextos clínico e comunitário, as instituições escolares desempenham papel estratégico na promoção da saúde mental. A inserção de atividades físicas no currículo escolar, associada a metodologias ativas e cooperativas, favorece a construção precoce de hábitos saudáveis que atuam como fatores de proteção contra o desenvolvimento da depressão. Nesse sentido, a Educação Física escolar deve ser compreendida não apenas como disciplina curricular, mas também como uma importante ferramenta de saúde pública (Kulbat *et al.*, 2023).

Por fim, a sustentabilidade desses programas depende da articulação entre políticas públicas, financiamento adequado e capacitação profissional. O planejamento em longo prazo deve incluir estratégias de monitoramento de indicadores de progresso e avaliação de impacto, assegurando que os investimentos em atividade física se traduzam

em benefícios concretos para a saúde mental da população (Stubbs *et al.*, 2018).

EDUCAÇÃO FÍSICA COMO PREVENÇÃO EM SAÚDE MENTAL

A atividade física atua como um importante potencializador e fator preventivo contra a depressão. Evidências apontam que indivíduos fisicamente ativos apresentam menor risco de desenvolver o Transtorno Depressivo Maior (TDM), o que reforça a necessidade de estratégias preventivas no âmbito da Educação Física. Esse efeito protetivo ocorre tanto por meio de mecanismos neurobiológicos, como a regulação dos neurotransmissores, quanto por aspectos psicossociais, como o fortalecimento da autoestima e das redes de apoio social (Sieniawska; Sieniawska; Proszowaska, 2024).

A prática regular de exercícios aeróbicos, de resistência e de atividades de corpo e mente está associada à redução do risco de depressão em diferentes grupos populacionais. Essa diversidade de modalidades possibilita que as ações preventivas sejam adaptadas a distintos contextos, desde comunidades de baixa renda até ambientes corporativos. A inclusão de práticas acessíveis e de baixo custo mostra-se essencial para ampliar o alcance das estratégias de prevenção (Schuch; Vancampfort, 2021).

Outro aspecto relevante da prevenção refere-se à atuação indireta da atividade física sobre fatores de risco associados ao adoecimento mental. O exercício contribui para a melhora da qualidade do sono, para o controle do estresse e para a redução de doenças crônicas, como diabetes e hipertensão, que frequentemente coexistem com quadros depressivos. Dessa forma, a atividade física não apenas previne a depressão de maneira direta, mas também reduz condições associadas que aumentam a vulnerabilidade ao sofrimento psíquico (Kandola *et al.*, 2019).

A Educação Física escolar configura-se como um espaço privilegiado para a prevenção, pois alcança crianças e adolescentes em uma fase crítica do desenvolvimento emocional. Programas escolares que valorizam o movimento como ferramenta de inclusão, cooperação e convivência contribuem para a formação de jovens mais resilientes e menos suscetíveis à depressão. Essa atuação precoce reduz a sobrecarga dos sistemas de saúde e amplia o potencial de promoção do bem-estar em longo prazo (Muratbayevich, 2024).

Por fim, a prevenção em saúde mental por meio da Educação Física deve ser compreendida como um investimento em saúde pública. Campanhas de conscientização, incentivos à prática esportiva e a criação de

espaços de lazer acessíveis constituem medidas fundamentais para consolidar o exercício físico como um ator relevante na prevenção do Transtorno Depressivo Maior (White *et al.*, 2017).

BENEFÍCIOS FUNCIONAIS E COGNITIVOS DA ATIVIDADE FÍSICA

A atividade física atua fortemente associada a benefícios emocionais, ao mesmo tempo em que promove melhorias funcionais e cognitivas que contribuem para o bem-estar. Estudos demonstram que o exercício regular melhora a qualidade do sono, reduzindo a insônia e favorecendo um descanso reparador, essencial para a regulação do humor. Esse efeito é especialmente relevante em pacientes deprimidos, que frequentemente apresentam distúrbios do sono (Webster, 2015).

Do ponto de vista cognitivo, a prática de atividade física favorece o aumento da atenção, da memória e da velocidade de processamento. Esses efeitos estão associados à liberação de neurotransmissores e ao aumento do Fator Neurotrófico Derivado do Cérebro (BDNF), que estimula a plasticidade neuronal. Assim, o exercício contribui não apenas para a saúde mental, mas também para a preservação de funções cognitivas essenciais à vida cotidiana (Zarza-Rebolledo *et al.*, 2024).

Outro benefício relevante refere-se ao fortalecimento da autoestima e da autoeficácia.

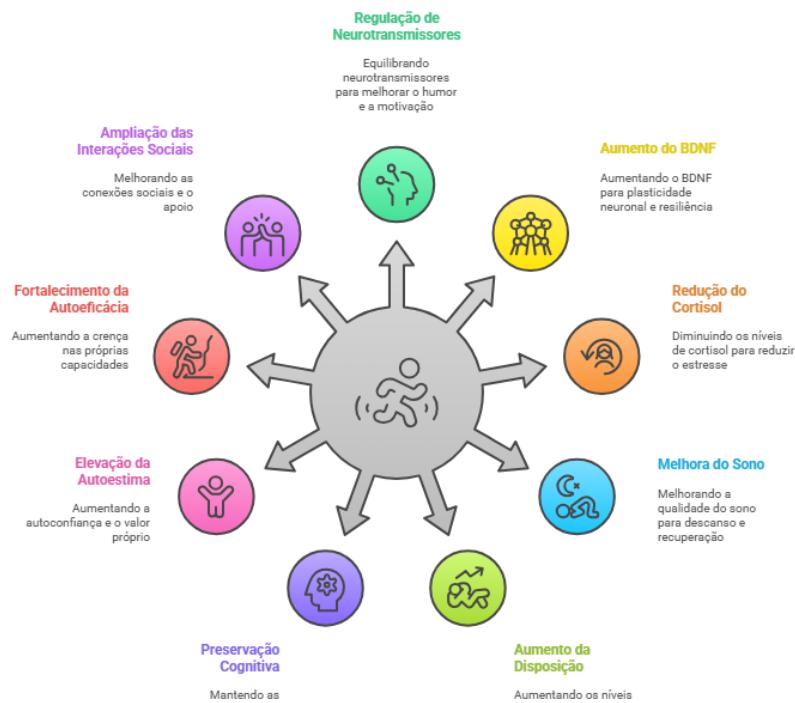
O cumprimento de metas físicas, mesmo que pequenas, gera sensação de competência e controle, contrastando com a sensação de impotência característica da depressão. Esse processo aumenta a motivação para o enfrentamento de desafios, ampliando a capacidade de lidar com dificuldades emocionais e sociais (Mcfarland; Inglehart, 2010).

A atividade física também impacta positivamente a funcionalidade corporal. O fortalecimento muscular, a melhora da capacidade cardiorrespiratória e a manutenção da flexibilidade reduzem o risco de doenças crônicas e aumentam a autonomia funcional, especialmente em idosos. Essa autonomia relaciona-se diretamente à qualidade de vida, pois possibilita a realização de atividades cotidianas com maior independência (Zhang *et al.*, 2021).

Por fim, os benefícios funcionais e cognitivos da atividade física evidenciam que a Educação Física deve ser compreendida como uma área estratégica na promoção da

saúde integral. Sua atuação não se limita à prevenção de doenças, mas também contribui para a formação de indivíduos mais resilientes, saudáveis e capazes de enfrentar os desafios do cotidiano (Blanchet; Chikhi; Maltais, 2018).

Figura 01 – Benefícios da atividade física na saúde mental de indivíduos com Transtorno Depressivo Maior.



Fonte: Napkin (2025).

DESAFIOS E BARREIRAS PARA IMPLEMENTAÇÃO DE PROGRAMAS

Apesar dos benefícios amplamente reconhecidos, a implementação de programas de atividade física enfrenta desafios significativos. Barreiras socioeconômicas, como a falta de recursos financeiros, a ausência de infraestrutura adequada e a desigualdade no acesso a espaços de lazer, limitam a prática regular, especialmente em populações vulneráveis. Esses obstáculos reduzem o alcance das intervenções e

comprometem a equidade em saúde (Ashdown-Franks; Sabiston; Stubbs, 2019).

As barreiras culturais também devem ser consideradas. Em algumas comunidades, a prática de exercícios ainda é percebida como uma atividade secundária ou restrita a grupos específicos, como atletas. Essa concepção reduz a adesão da população em geral e limita o impacto das ações de promoção da saúde. Além disso, questões de gênero influenciam o

acesso e a participação, uma vez que mulheres, em determinados contextos socioculturais, enfrentam maiores dificuldades para participar de atividades físicas em espaços públicos (Busch *et al.*, 2016).

Outro desafio relevante refere-se à adesão a longo prazo. Muitos indivíduos iniciam programas de atividade física, mas desistem antes de consolidar seus benefícios. Entre os fatores associados a esse abandono, destacam-se a dimensão psicossocial do indivíduo ao longo das diferentes fases da vida, a disponibilidade de espaços adequados para a prática de atividades físicas, as limitações financeiras que podem estar atreladas a determinadas modalidades, bem como a falta de motivação e a ausência de acompanhamento profissional. Estratégias que incluem suporte psicológico e fortalecimento do apoio social podem contribuir para a superação dessa barreira (Kulbat *et al.*, 2023).

A ausência de políticas públicas consistentes também se configura como fator limitador. Em muitos países, a atividade física ainda não se encontra plenamente integrada às estratégias de promoção da saúde mental, o que resulta em investimentos insuficientes em infraestrutura, capacitação profissional e campanhas de conscientização. Esse cenário dificulta que os benefícios da Educação Física alcancem a população de forma ampla e equitativa (Schuch; Vancampfort, 2021).

Superar esses desafios exige uma abordagem intersetorial que envolva governos, escolas, instituições de saúde e comunidades. Somente por meio de políticas integradas e sustentáveis será possível transformar a atividade física em um recurso acessível e efetivo para a promoção da saúde mental (Gerber *et al.*, 2016).

PERSPECTIVAS PARA POLÍTICAS PÚBLICAS E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A formulação de políticas públicas voltadas à promoção da saúde mental por meio da atividade física é fundamental para consolidar a Educação Física como estratégia de saúde coletiva. Diferentes estudos destacam que intervenções comunitárias, escolares e em instituições de saúde que integram o exercício físico aos programas de saúde mental apresentam resultados consistentes na redução

da incidência e da gravidade da depressão. No entanto, ainda persistem lacunas na implementação de políticas sistemáticas que garantam a universalidade do acesso a essas práticas (Ashdown-Franks; Sabiston; Stubbs, 2019).

A Educação Física precisa ser trabalhada e desenvolvida nos currículos

escolares a partir de uma perspectiva que extrapolam o enfoque exclusivamente esportivo, contemplando práticas voltadas à saúde mental, à cooperação e à inclusão. Programas que incentivam o movimento como instrumento de autocuidado e bem-estar psicológico podem atuar de forma preventiva, reduzindo a ocorrência de sintomas depressivos desde a infância. Essa abordagem demanda investimentos na formação docente e na infraestrutura escolar, de modo que a atividade física seja, de fato, inclusiva e eficaz (Muratbayevich, 2024).

No âmbito comunitário, as políticas públicas devem priorizar a criação de espaços acessíveis e seguros para a prática de atividades físicas. Academias ao ar livre, praças esportivas e programas gratuitos de lazer configuram-se como instrumentos democráticos de promoção da saúde. Esses espaços precisam ser acompanhados por campanhas educativas que reforcem a importância da atividade física como recurso

preventivo e terapêutico frente ao Transtorno Depressivo Maior (Kulbat *et al.*, 2023).

Outro aspecto relevante refere-se à capacitação de profissionais de saúde para integrar a atividade física às práticas de cuidado em saúde mental. Médicos, psicólogos e profissionais de Educação Física devem ser incentivados a atuar de forma articulada, adotando abordagens interdisciplinares. Essa integração favorece a prescrição de exercícios como parte de protocolos clínicos e amplia a adesão dos pacientes aos tratamentos propostos (Webster, 2015).

Nesse sentido, políticas públicas eficazes devem contemplar a avaliação contínua dos programas implementados, assegurando o monitoramento dos resultados e a adaptação das estratégias às necessidades locais. Essa perspectiva evidencia a importância da pesquisa científica aplicada, capaz de orientar gestores na tomada de decisões e de consolidar a Educação Física como eixo central nas ações de promoção da saúde mental (Smith *et al.*, 2016).

CONCLUSÃO

A Educação Física configura-se como uma ferramenta estratégica no estímulo ao bem-estar e na promoção da saúde mental, atuando tanto na prevenção quanto como tratamento complementar do Transtorno Depressivo Maior. A prática regular de

atividade física associa-se à redução de sintomas depressivos, à regulação de mecanismos psicobiológicos, à melhora da autoestima e ao fortalecimento das relações sociais, evidenciando sua relevância em

diferentes fases do ciclo vital e em múltiplos contextos de atuação.

A consolidação desses benefícios depende, entretanto, da superação de barreiras socioeconômicas, culturais e institucionais que ainda limitam a adesão a programas estruturados de atividade física. Nesse sentido, a integração da Educação Física às políticas

públicas e aos serviços de saúde mental mostra-se indispensável para ampliar o acesso, promover a equidade e potencializar os resultados das intervenções. Reconhecer a Educação Física como componente essencial do cuidado integral significa avançar na construção de uma sociedade mais saudável, ativa e resiliente.

REFERÊNCIAS:

- ASHDOWN-FRANKS, G.; SABISTON, C. M.; STUBBS, B.. The evidence for physical activity in the management of major mental illnesses: A concise overview to inform busy clinicians' practice and guide policy. **Current opinion in psychiatry**, v. 32, n. 5, p. 375-380, 2019.
- BAILEY, A. P. et al. Treating depression with physical activity in adolescents and young adults: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. **Psychological medicine**, v. 48, n. 7, p. 1068-1083, 2018.
- BLANCHET, S.; CHIKHI, S.; MALTAIS, D.. The benefits of physical activities on cognitive and mental health in healthy and pathological aging. **Geriatrie et psychologie neuropsychiatrie du vieillissement**, v. 16, n. 2, p. 197-205, 2018.
- BUSCH, A.M. et al. Preferences for exercise as a treatment for depression. **Mental health and physical activity**, v. 10, p. 68-72, 2016.
- CHEN, C. et al. The exercise-glucocorticoid paradox: How exercise is beneficial to cognition, mood, and the brain while increasing glucocorticoid levels. **Frontiers in neuroendocrinology**, v. 44, p. 83-102, 2017.
- EYRE, H. A.; PAPPS, E.; BAUNE, B. T. Treating depression and depression-like behavior with physical activity: an immune perspective. **Frontiers in psychiatry**, v. 4, p. 3, 2013.
- GERBER, M. et al. Exercise is medicine for patients with major depressive disorders: but only if the “pill” is taken!. **Neuropsychiatric Disease and Treatment**, p. 1977-1981, 2016.
- GULTYAEVA, V. V. et al. Exercise for depression treatment. Physiological mechanisms. **Zhurnal nevrologii i psichiatrii imeni SS Korsakova**, v. 119, n. 7, p. 112-119, 2019.
- KANDOLA, A. et al. Physical activity and depression: Towards understanding the antidepressant mechanisms of physical activity. **Neuroscience & Biobehavioral Reviews**, v. 107, p. 525-539, 2019.
- KANG, H.-J. et al. Comorbidity of depression with physical disorders: research and clinical implications. **Chonnam medical journal**, v. 51, n. 1, p. 8-18, 2015.
- KULBAT, A. et al. Impact Of Physical Activity And Health Education On The Development Of Depression. **Journal of Education, Health and Sport**, v. 13, n. 4, p. 188-195, 2023.
- LIU, W. et al. The role of neural plasticity in depression: from hippocampus to prefrontal cortex. **Neural plasticity**, v. 2017, n. 1, p. 6871089, 2017.
- LUBANS, D. et al. Physical activity for cognitive and mental health in youth: a systematic review of mechanisms. **Pediatrics**, v. 138, n. 3, p. e20161642, 2016.
- MATA, J. et al. Walk on the bright side: physical activity and affect in major depressive disorder. **Journal of abnormal psychology**, v. 121, n. 2, p. 297, 2012.
- PORTEGAS, M. M. E. et al. Neuroscience of exercise: from neurobiology mechanisms to mental health. **Neuropsychobiology**, v. 68, n. 1, p. 1-14, 2013.
- MCFARLAND, M. L.; INGLEHART, Marita Rohr. Depression, self-efficacy, and oral health: an exploration. **Odontology**, v. 9, n. 4, p. 214-22, 2010.
- MIKKELSEN, K. et al. Exercise and mental health. **Maturitas**, v. 106, p. 48-56, 2017.
- MURATBAYEVICH, J. P.. Physical education and its impact on mental health. **International Journal of Pedagogics**, v. 4, n. 11, p. 220-224, 2024.
- NOETEL, M. et al. Effect of exercise for depression: systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials. **bmj**, v. 384, 2024.

PENNEY, D. et al. Re-theorising inclusion and reframing inclusive practice in physical education. **International Journal of Inclusive Education**, v. 22, n. 10, p. 1062-1077, 2018.

REBAR, A. L. et al. A meta-meta-analysis of the effect of physical activity on depression and anxiety in non-clinical adult populations. **Health psychology review**, v. 9, n. 3, p. 366-378, 2015.

SAEED, S. A.; ANTONACCI, D. J.; BLOCH, R. M. Exercise, yoga, and meditation for depressive and anxiety disorders. **American family physician**, v. 81, n. 8, p. 981-986, 2010.

SCHUCH, F. B.; VANCAMPFORT, D.. Physical activity, exercise, and mental disorders: it is time to move on. **Trends in psychiatry and psychotherapy**, v. 43, n. 3, p. 177-184, 2021.

SIENIAWSKA, D.; SIENIAWSKA, J.; PROSZOWSKA, P.. The impact of physical activity on depression treatment: a literature review. **Quality in Sport**, v. 16, p. 52858-52858, 2024.

SILVEIRA, H. et al. Physical exercise and clinically depressed patients: a systematic review and meta-analysis. **Neuropsychobiology**, v. 67, n. 2, p. 61-68, 2013.

SMITH, A. et al. A political spectator sport or policy priority? A review of sport, physical activity and public mental health policy. **International Journal of Sport Policy and Politics**, v. 8, n. 4, p. 593-607, 2016.

SMITH, P. J.; MERWIN, R. M. The role of exercise in management of mental health disorders: an integrative review. **Annual review of medicine**, v. 72, n. 1, p. 45-62, 2021.

STUBBS, B. et al. EPA guidance on physical activity as a treatment for severe mental illness: a meta-review of the evidence and Position Statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the International Organization of Physical Therapists in Mental Health (IOPTMH). **European Psychiatry**, v. 54, p. 124-144, 2018.

WEBSTER, L.. The effectiveness of physical activity as an intervention in the treatment of depression: A systematic review. **Journal of Applied Psychology and Social Science**, v. 1, n. 1, p. 28-40, 2015.

WHITE, R. L. et al. Domain-specific physical activity and mental health: a meta-analysis. **American journal of preventive medicine**, v. 52, n. 5, p. 653-666, 2017.

ZARZA-REBOLLO, J. A. et al. The relationship between BDNF and physical activity on depression. **Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry**, v. 134, p. 111033, 2024.

ZHANG, S. et al. Physical activity and depression in older adults: the knowns and unknowns. **Psychiatry research**, v. 297, p. 113738, 2021.

Capítulo 21

DEPRESSÃO PÓS-PARTO: IMPACTOS E CUIDADOS MULTIDISCIPLINARES

Capítulo 21: Depressão Pós-Parto: Impactos e Cuidados Multidisciplinares. Em: Neurociência do Transtorno Depressivo Maior - Uma Imersão Nos Processos Neurobiológicos e no Cuidado Multidisciplinar. Editora Humanize, 2026. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.18500945>

Enelic Fernanda dos Santos Barbosa

Discente do Curso de Fonoaudiologia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

Caio Victor Barros Gonçalves da Silva

Mestrando em Ciências Biológicas na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

Maria Clara Machado Alonso de Araújo

Discente do Curso de Psicologia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

Irvania Fidelis da Silva Aguiar

Doutoranda em Ciências Biológicas na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

INTRODUÇÃO

A saúde mental tem se consolidado como um pilar essencial para o bem-estar individual e coletivo, sendo reconhecida como um direito universal. Segundo a Organização Mundial da Saúde, a saúde mental é caracterizada como um estado de bem-estar no qual o indivíduo reconhece suas próprias habilidades, pode lidar com os estresses normais da vida, trabalhar de forma produtiva e contribuir para sua comunidade (OMS, 2022).

Nesse viés, os transtornos mentais constituem um dos maiores desafios para a estabilidade da saúde pública, uma vez que afetam de maneira significativa a qualidade de

vida e o bem-estar da população. Dentro desse espectro, destaca-se a Depressão Pós-Parto (DPP), que acomete mulheres no período gravídico-puerperal, geralmente nas primeiras semanas ou meses após o nascimento do bebê, sendo caracterizada por sintomas como tristeza persistente, irritabilidade, exaustão, privação do sono, sentimentos de culpa e, em casos mais graves, pensamentos suicidas (American Psychiatric Association, 2014).

Além disso, diversos fatores podem estar associados ao surgimento de sintomas da DPP, como ser jovem, não possuir parceiro, ter feito uso de tabaco antes da gravidez, consumir bebidas alcoólicas e apresentar histórico de

aborto. Em consonância, a vivência de violência durante a gestação, a realização de parto cesáreo, o histórico familiar de depressão e níveis mais baixos de escolaridade também se destacam como fatores relacionados ao desenvolvimento da Depressão Pós-Parto. Dessa maneira, a mulher com DPP necessita de cuidado profissional, suporte social e apoio familiar, para que o período gravídico-puerperal ocorra com maior tranquilidade e segurança (Almeida; Arrais, 2016).

De acordo com o Ministério da Saúde, os cuidados multidisciplinares na Depressão Pós-Parto são de extrema importância, considerando a complexidade dessa condição, que envolve dimensões biológicas, psicológicas e sociais. Nesse contexto, a atuação integrada de médicos, psicólogos, enfermeiros, entre outros profissionais da

saúde, favorece a oferta de suporte adequado tanto à mãe quanto ao bebê. Dessa forma, estratégias de cuidado que envolvem diferentes áreas do conhecimento mostram-se essenciais para a recuperação da mulher e para a promoção do desenvolvimento infantil (Brasil, 2006).

Portanto, diante da complexidade que envolve a Depressão Pós-Parto, investigar seus impactos e a importância dos cuidados multidisciplinares torna-se fundamental para garantir suporte efetivo às mães e às famílias. Considerando sua elevada prevalência e as múltiplas dimensões implicadas, faz-se necessário compreender os fatores de risco associados, as estratégias de diagnóstico e manejo adequados, bem como a relevância do apoio familiar e social no enfrentamento desse quadro.

FATORES DE RISCO E GATILHOS HORMONIAIS

A Depressão Pós-Parto é considerada uma condição multifatorial, uma vez que envolve a combinação de fatores de risco biológicos, obstétricos, sociais e psicológicos, podendo impactar de maneira significativa o ciclo gravídico-puerperal da mulher. Nesse ínterim, tais elementos atuam de forma cumulativa, ampliando a vulnerabilidade

materna quando presentes concomitantemente (Hartmann; Mendoza-Sassi; Cesar, 2020). Essa interação multifatorial evidencia que a experiência da maternidade é fortemente influenciada pelos determinantes sociais de saúde, para além das condições estritamente biológicas (Figura 01).

Figura 01 - Fluxograma dos fatores de risco associados à depressão pós-parto.

Fonte: Autoral (2025).

Os fatores de risco para a Depressão Pós-Parto são tradicionalmente organizados em três grandes categorias. A primeira está centrada na qualidade dos relacionamentos interpessoais da mulher, especialmente no vínculo estabelecido com o parceiro. A segunda envolve fatores relacionados à própria gestação, ao parto e às vivências estressantes associadas a esse período. Por fim, a terceira categoria está vinculada às condições socioeconômicas, como baixa escolaridade, desemprego, condições precárias de moradia e insegurança alimentar (Reading; Reynolds, 2001).

Nesse contexto, é fundamental ressaltar que a identificação de mulheres negras como grupo de maior vulnerabilidade à Depressão Pós-Parto não se relaciona a qualquer predisposição biológica, mas sim às desigualdades estruturais que incidem de forma desproporcional sobre essa população. Entre esses fatores destacam-se o racismo

institucional, o menor acesso a serviços de saúde de qualidade e a exposição contínua ao estresse crônico. Adicionalmente, a privação do sono no período pós-parto, mais frequente em contextos de vulnerabilidade social, pode interferir na resposta hormonal e agravar essa vulnerabilidade, intensificando os efeitos dessas desigualdades (Williams; Mohammed, 2009).

As alterações hormonais que ocorrem durante e após a gestação também configuram fatores relevantes para o desenvolvimento da DPP. Durante a gravidez, a mulher apresenta aumento nos níveis de estrogênio e progesterona, em função das adaptações fisiológicas necessárias à gestação, ao parto e à amamentação. Contudo, após o nascimento do bebê, ocorre uma queda abrupta desses hormônios, o que pode impactar negativamente o bem-estar emocional materno. Essa flutuação hormonal torna as mulheres mais suscetíveis ao desenvolvimento

da Depressão Pós-Parto (Avila; Rivera; Rivera, 2023).

Outro hormônio envolvido nesse processo é a prolactina, responsável pela produção do leite materno. Níveis elevados desse hormônio podem favorecer o vínculo entre mãe e filho, porém, quando há desequilíbrios em sua regulação, podem emergir sintomas de ansiedade e depressão. Ademais, a ocitocina, frequentemente denominada “hormônio do amor”, é liberada durante a amamentação e contribui para a redução dos níveis de estresse, desempenhando papel relevante na saúde mental materna e atuando como fator protetivo

frente ao risco de desenvolvimento da Depressão Pós-Parto (Schiller; Brody; Rubinow, 2015).

Diante do exposto, comprehende-se que a Depressão Pós-Parto resulta de uma interação complexa entre fatores de risco psicossociais e gatilhos hormonais. Reconhecer a articulação entre o contexto social da mulher e seus processos fisiológicos é fundamental para o diagnóstico precoce e para a construção de um cuidado integrado e holístico, capaz de promover uma melhor qualidade de vida no período gravídico-puerperal.

DIAGNÓSTICO E MANEJO PSICOLÓGICO E MÉDICO

O diagnóstico da Depressão Pós-Parto é essencialmente clínico, fundamentado na observação dos sintomas e na avaliação cuidadosa do contexto individual de cada paciente. Segundo o Ministério da Saúde, para a caracterização da DPP, os sintomas devem surgir até quatro semanas após o nascimento do bebê. Durante a avaliação clínica, o médico psiquiatra é o profissional habilitado para estabelecer o diagnóstico de Depressão Pós-Parto ou de outros transtornos mentais que apresentem manifestações clínicas semelhantes. Destaca-se que a identificação precoce da DPP é fundamental para a implementação de intervenções mais eficazes e para a redução de prejuízos à saúde materna e infantil (Ministério da Saúde, 2023).

Na atenção primária à saúde, podem ser utilizados instrumentos de rastreamento, como a Escala de Edimburgo de Depressão Pós-Parto (EPDS). Embora não possua caráter diagnóstico, a EPDS é considerada uma ferramenta válida e eficaz para a identificação precoce de casos suspeitos de DPP. Sua aplicação auxilia os profissionais de saúde no reconhecimento dos sinais iniciais da condição, favorecendo o encaminhamento oportuno e a adoção de estratégias de cuidado adequadas (Cox; Holden; Sagovsky, 1987).

O manejo psicológico da Depressão Pós-Parto envolve intervenções voltadas ao suporte emocional e ao desenvolvimento de estratégias para o enfrentamento das demandas

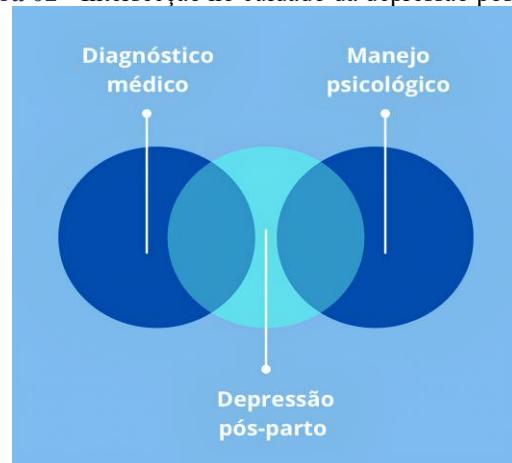
do período pós-parto. Nesse contexto, o Pré-Natal Psicológico (PNP) configura-se como uma prática complementar ao pré-natal tradicional, com foco na humanização do processo gestacional e na prevenção de desfechos psicológicos adversos. O PNP contribui para a redução de fatores de risco durante a gestação, diminuindo a probabilidade de desenvolvimento da Depressão Pós-Parto (Almeida; Arrais, 2016).

O tratamento médico da Depressão Pós-Parto deve ser individualizado, combinando o uso de medicamentos antidepressivos e a psicoterapia, conforme a gravidade do quadro clínico e as necessidades da paciente. O apoio da família, do parceiro ou parceira e da rede social próxima é elemento fundamental tanto para o tratamento quanto para a prevenção da DPP. Recomenda-se, sempre que possível, a participação de ambos os pais no processo terapêutico, fortalecendo o suporte emocional à mulher. Ademais, o

Sistema Único de Saúde (SUS) oferece atendimento integral e gratuito para a Depressão Pós-Parto, com acesso a profissionais especializados, como psiquiatras e psicólogos (Ministério da Saúde, 2023).

A abordagem da Depressão Pós-Parto deve ser necessariamente multidisciplinar, considerando a interação entre aspectos biológicos, psicológicos e sociais que influenciam a saúde da mulher no período pós-parto. É imprescindível que os profissionais envolvidos estejam capacitados para reconhecer sinais e sintomas da DPP, promovendo um cuidado humanizado e um suporte efetivo às mulheres. A integração de estratégias preventivas e de tratamentos adequados contribui para a redução de adversidades na saúde mental feminina e para a promoção do bem-estar materno-infantil (Figura 02) (Lobato; Moraes; Reichenheim, 2011).

Figura 02 - Intersecção no cuidado da depressão pós-parto.



Fonte: Autoral (2025).

ESTRATÉGIA DE SUPORTE FAMILIAR E SOCIAL

O suporte familiar desempenha papel fundamental na prevenção e no enfrentamento da Depressão Pós-Parto, uma vez que mulheres que recebem maior apoio emocional e prático de seus familiares apresentam menor risco de desenvolver sintomas da DPP no período gravídico-puerperal. Esse suporte atua como fator protetivo, promovendo segurança emocional e auxiliando nas múltiplas demandas que a maternidade impõe (Konradt et al., 2010).

A participação ativa do parceiro é especialmente relevante nesse contexto, visto que a presença e o envolvimento do companheiro nos cuidados maternos e com o recém-nascido contribuem para a construção de um ambiente menos estressante e mais saudável para todos os membros do núcleo familiar. Ademais, a inclusão dos parceiros nas consultas pré-natais e nas orientações voltadas à saúde mental favorece o acesso à informação sobre a Depressão Pós-Parto e facilita a identificação precoce de sinais e sintomas, possibilitando intervenções mais eficazes e oportunas (Coutinho; Saraiva, 2008).

As redes comunitárias também exercem papel importante no suporte emocional às mulheres no período pós-parto. Programas de apoio à maternidade, grupos de mães e iniciativas comunitárias favorecem a troca de experiências, o compartilhamento de vivências e o acolhimento emocional, contribuindo para o fortalecimento da autoestima materna. Essas redes funcionam como uma extensão do suporte familiar, complementando a rede de apoio materno-infantil e auxiliando na redução da incidência e da gravidade da Depressão Pós-Parto (Figura 03) (Marques, 2015).

Dessa forma, a incorporação de estratégias que envolvam a família e a comunidade potencializa um cuidado mais positivo e holístico às puérperas. A abordagem integrada entre esses agentes sociais permite considerar os múltiplos aspectos envolvidos no período pós-parto, oferecendo recursos efetivos para o enfrentamento dos desafios da maternidade e para a promoção da saúde mental materna.

Figura 03 - Tríade de suporte na depressão pós-parto.



Fonte: Autoral (2025).

CONCLUSÃO

Portanto, a depressão pós-parto representa um importante desafio para a saúde pública, uma vez que afeta não apenas a saúde mental da mulher, mas também o desenvolvimento infantil e o equilíbrio do contexto familiar como um todo. A compreensão desse fenômeno exige uma abordagem integrada e multidisciplinar, visto que envolve fatores biopsicossociais que atravessam todo o período pós-natal, com destaque para as fragilidades das redes de apoio, a idealização social da maternidade e as dificuldades no suporte conjugal.

Nesse sentido, os impactos da Depressão Pós-Parto podem se manifestar desde alterações no vínculo afetivo materno-infantil até o comprometimento das funções maternas, o que pode desencadear desdobramentos mais complexos no cuidado com o recém-nascido e na dinâmica familiar. Assim, o enfrentamento desse cenário requer,

além de uma prática clínica efetiva, a articulação entre família e sociedade, com o objetivo de promover um ambiente mais acolhedor, afetivo e sensível às necessidades da mulher no pós-parto.

Além disso, políticas públicas voltadas à promoção da saúde mental perinatal são fundamentais, incluindo a capacitação contínua dos profissionais de saúde, o fortalecimento das redes de atenção e a implementação de campanhas de conscientização social. Essas ações contribuem para a redução do estigma associado à DPP, favorecem o diagnóstico precoce e ampliam o acesso a serviços especializados. Tal articulação possibilita um cuidado que respeita a singularidade de cada mulher, fortalecendo sua autonomia, autoestima e protagonismo no processo de cuidado.

Em síntese, o enfrentamento da depressão pós-parto exige mais do que intervenções terapêuticas isoladas. Requer um compromisso sociofamiliar e institucional com a saúde emocional das mulheres e com a construção de uma sociedade que acolha, compreenda e apoie a maternidade em todas as

suas facetas, inclusive as mais desafiadoras. Nesse contexto, ações voltadas à promoção da dignidade, da equidade e do bem-estar coletivo devem ser efetivamente implementadas no âmbito da saúde pública, com a finalidade de humanizar os caminhos da maternidade.

REFERÊNCIAS:

- ALMEIDA, N. M. C.; ARRAIS, A. R.. O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 36, n. 4, p. 847-863, 2016.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- AVILA, W. S.; RIVERA, M. A. M.; RIVERA, I. R.. Depressão, Doença Cardiovascular e Sexo Feminino: Uma Tríade Subestimada. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 120, n. 7, p. e20220858, 2023.
- COUTINHO, M. P. L.; SARAIVA, E. R. A.. As representações sociais da depressão pós-parto elaboradas por mães puérperas. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 28, p. 244-259, 2008.
- COX, J. L.; HOLDEN, J. M.; SAGOVSKY, R.. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. **The British journal of psychiatry**, v. 150, n. 6, p. 782-786, 1987.
- HARTMANN, J. M.; MENDOZA-SASSI, R. A.; CESAR, J. A.. Depressão entre puérperas: prevalência e fatores associados. **Cadernos de saúde pública**, v. 33, p. e00094016, 2017.
- KONRADT, C. E. et al. Depressão pós-parto e percepção de suporte social durante a gestação. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 33, p. 76-79, 2011.
- LOBATO, G.; MORAES, C. L.; REICHENHEIM, M. I. E. Magnitude da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 11, p. 369-379, 2011.
- MARQUES, L. A.. **Apoio familiar às mulheres com sintomas de depressão pós-parto**. 2015. Dissertação de Mestrado.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Depressão pós-parto**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/depressao-pos-parto>. Acesso em: 21 abr. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Pré-Natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico**. 3. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Mental health: strengthening our response**. Genebra: OMS, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>. Acesso em: 21 abr. 2025.
- READING, R.; REYNOLDS, S.. Debt, social disadvantage and maternal depression. **Social science & medicine**, v. 53, n. 4, p. 441-453, 2001.
- SCHILLER, C. E.; MELTZER-BRODY, S.; RUBINOW, D. R.. The role of reproductive hormones in postpartum depression. **CNS spectrums**, v. 20, n. 1, p. 48-59, 2015.
- WILLIAMS, D. R.; MOHAMMED, S.. A. Discrimination and racial disparities in health: evidence and needed research. **Journal of behavioral medicine**, v. 32, n. 1, p. 20-47, 2009.

Capítulo 22

ENTRE O DIAGNÓSTICO E O RÓTULO: A NORMALIZAÇÃO DA DEPRESSÃO E SEU LUGAR NA SOCIEDADE

Capítulo 22: Entre o Diagnóstico e o Rótulo: A Normalização da Depressão e Seu Lugar na Sociedade. Em: Neurociência do Transtorno Depressivo Maior - Uma Imersão Nos Processos Neurobiológicos e no Cuidado Multidisciplinar. Editora Humanize, 2026. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.18500818>

Narayani Maria Serafim Barbosa Lopes

Discente do Curso de Ciência Política pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

Maria das Graças Vieira Lopes

Bacharel em Enfermagem pela Centro Universitário Universo (UNIVERSO);

Caio Victor Barros Gonçalves da Silva

Mestrando em Ciências Biológicas na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

Maria Clara Machado Alonso de Araújo

Discente do Curso de Psicologia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

Amanda Almeida Rodrigues e Silva

Mestranda em Psicologia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

Isvânia Maria Serafim da Silva Lopes

Docente do Departamento de Biofísica e Radiobiologia da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

INTRODUÇÃO: O QUE SIGNIFICA NORMALIZAR A DEPRESSÃO?

Nas últimas décadas, a saúde mental passou a ocupar um espaço central nas discussões acadêmicas, sociais e culturais. Um dos fenômenos que emergem dessa centralidade é o processo de “normalização” da depressão. No entanto, é necessário compreender que esse conceito comporta sentidos distintos, os quais impactam de forma significativa a maneira como o sofrimento

psíquico é interpretado e manejado na sociedade contemporânea.

De um lado, observa-se a normalização clínica da depressão, que implica o reconhecimento do transtorno como uma condição médica legítima, passível de diagnóstico, tratamento e acompanhamento profissional. Essa perspectiva é resultado dos avanços das ciências da mente e da saúde

mental, que consolidaram a depressão como um transtorno psicológico grave, associado a fatores biológicos, psicológicos e sociais (American Psychiatric Association, 2023). Nesse escopo, normalizar significa retirar o estigma, validar o sofrimento como real e assegurar o acesso aos cuidados adequados.

Por outro lado, verifica-se a crescente normalização social da depressão, fenômeno caracterizado por sua banalização como traço identitário ou marca cultural. Nesse contexto, sintomas depressivos passam a ser compreendidos como aspectos corriqueiros da experiência humana contemporânea ou até mesmo como estados esperados em determinados grupos sociais, especialmente entre os jovens (Haslam, 2016; Horwitz, 2020). O sofrimento psíquico, em tal cenário, desloca-se do campo clínico para o campo discursivo, performativo e, em algumas situações, para o da construção de pertencimentos coletivos.

A distinção entre normalização clínica e normalização social torna-se, portanto, fundamental. Quando a depressão é interpretada prioritariamente sob o viés da banalização social, corre-se o risco de

deslegitimar a gravidade do transtorno, dificultar o acesso a tratamentos adequados e reforçar formas sutis de preconceito. A compreensão da depressão apenas como uma “fase” ou como um “traço de personalidade” reduz a percepção de urgência do cuidado e pode contribuir para a sobreposição de discursos que mascaram o sofrimento psíquico real.

Ao longo deste capítulo, propõe-se analisar de que maneira essas duas formas de normalização se constituíram historicamente e quais são seus efeitos sobre o modo como a sociedade contemporânea comprehende e reage ao fenômeno da depressão. Para tanto, será traçado um percurso que parte do tratamento histórico das doenças mentais, passa pelas transformações científicas na interpretação do comportamento humano e alcança as dinâmicas atuais das redes sociais, do autodiagnóstico e da construção identitária em torno do sofrimento psíquico. Busca-se, assim, reconhecer a complexidade de se falar sobre saúde mental em uma sociedade que, ao mesmo tempo em que amplia o debate, corre o risco de esvaziá-lo por meio da banalização.

UM BREVE HISTÓRICO DO TRATAMENTO DAS DOENÇAS MENTAIS

Na Europa medieval e moderna, era comum que pessoas com doenças mentais fossem confinadas em instituições conhecidas

como hospitais gerais, espaços destinados também a mendigos, prostitutas e criminosos. Esses locais não tinham como finalidade a

cura, mas sim o controle social daqueles considerados “indesejáveis” (Foucault, 1978). A alienação mental era compreendida menos como enfermidade e mais como ruptura moral ou espiritual, o que legitimava práticas de segregação e exclusão.

No século XVIII, surgem movimentos de reforma, como o Tratamento Moral, proposto por Philippe Pinel, na França, e por William Tuke, na Inglaterra. Ambos defendiam uma abordagem mais humanizada, pautada no respeito à dignidade do indivíduo e na moderação das práticas coercitivas. Contudo, mesmo essas reformas carregavam uma dimensão disciplinar, uma vez que buscavam restaurar o “bom comportamento” e a conformidade às normas sociais vigentes (Shorter, 1997).

No Brasil, a lógica do isolamento também marcou o tratamento das doenças mentais ao longo do século XIX e no início do século XX. Os primeiros hospícios, como o Hospício Pedro II, fundado em 1852 no Rio de Janeiro, reproduziam o modelo europeu de exclusão e segregação (Venâncio, 1998). A internação, frequentemente, configurava-se como uma sentença por tempo indeterminado, associada a condições de tratamento precárias e à violação sistemática de direitos.

O desenvolvimento das ciências médicas e psicológicas nos séculos XIX e XX promoveu transformações profundas na compreensão dos transtornos mentais. A

psiquiatria consolidou-se como especialidade médica, com autores como Emil Kraepelin e Sigmund Freud propondo classificações e modelos teóricos para explicar os sintomas observados (Berrios, 1996). A partir da segunda metade do século XX, com a emergência da psicologia comportamental, cognitiva e humanista, os transtornos mentais passaram a ser compreendidos a partir de uma perspectiva multifatorial, integrando componentes biológicos, psicológicos e sociais. Nesse contexto, a saúde mental passou a ser reconhecida como dimensão indissociável da saúde geral, inclusive por organismos internacionais como a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2001; Scull, 2022).

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica, iniciada na década de 1980 e impulsionada pela luta antimanicomial, consolidou avanços significativos nesse campo. A criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e a proposta de desinstitucionalização buscaram romper com o modelo asilar, priorizando o cuidado em liberdade, a reinserção social e o respeito aos direitos humanos (Amarante, 1995).

Apesar dos avanços científicos e políticos, o estigma associado às doenças mentais persiste até a atualidade. Uma das razões para essa permanência reside na invisibilidade dos sintomas. Diferentemente das doenças orgânicas, cujos sinais são

tangíveis e facilmente verificáveis, os transtornos psíquicos manifestam-se predominantemente no plano subjetivo, o que dificulta seu reconhecimento social. Essa dificuldade de validação do sofrimento mental contribui para a marginalização dos indivíduos afetados, pois a ausência de sinais físicos evidentes gera desconfiança, reforça estigmas

e pode retardar a busca por tratamento adequado (Brohan et al., 2010; Rüsch, Angermeyer e Corrigan, 2018). Em muitos contextos, o diagnóstico de um transtorno mental ainda implica carregar o peso do preconceito, da culpabilização e da deslegitimação do sofrimento.

O CONTRASTE ENTRE TRANSTORNOS VISÍVEIS E SILENCIOSOS

Transtornos como a esquizofrenia, caracterizados por alterações perceptíveis no comportamento, como alucinações, delírios e comportamento desorganizado, despertaram rapidamente a atenção médica e social. A manifestação explícita do “desvio” em relação às normas comportamentais estabelecidas impunha uma intervenção que, muitas vezes, era pautada pelo isolamento e não pelo tratamento efetivo (Andreasen, 2001). O desenvolvimento das primeiras classificações psiquiátricas, como as propostas por Kraepelin no século XIX, priorizou justamente essas condições mais visíveis. Para Kraepelin, a demência precoce, atualmente denominada esquizofrenia, constituía uma entidade clínica bem definida, com sintomas detectáveis e curso previsível (Kraepelin, 1919). A visibilidade do comportamento considerado “anômalo” favoreceu a criação de categorias diagnósticas e impulsionou a busca por explicações etiológicas. No plano social, a

esquizofrenia e outros transtornos psicóticos passaram a ser rapidamente associados a estereótipos de periculosidade e descontrole, reforçando o imaginário da “loucura perigosa” (Angermeyer; Dietrich, 2006). Esse processo contribuiu para a legitimação de políticas de segregação e da internação compulsória.

Em contraste, a depressão manifesta-se, na maioria das vezes, de forma interna e silenciosa. A retração social, a diminuição do afeto, o sentimento de vazio e a desesperança não produzem necessariamente comportamentos disruptivos ou imediatamente visíveis. Frequentemente, o indivíduo deprimido cala-se, isola-se e mantém uma aparência de funcionamento preservado até que o sofrimento se torne insuportável. Essa natureza mais discreta da depressão dificultou, por longo período, seu reconhecimento como patologia distinta. A tristeza profunda, a apatia e o desânimo foram historicamente interpretados como traços de personalidade ou

como reações consideradas normais a circunstâncias da vida, como perdas e frustrações (Kendler, 2016; Fried, 2017). Ainda hoje, mesmo em contextos clínicos, a depressão pode passar despercebida, sobretudo em suas formas atípicas, nas quais sintomas como irritabilidade, cansaço persistente e dores físicas se sobrepõem à tristeza explicitamente verbalizada (Fava et al., 2010). A identificação da depressão exige, portanto, uma escuta qualificada e sensibilidade clínica para reconhecer manifestações menos evidentes do sofrimento psíquico.

A dificuldade de reconhecimento da depressão não se restringe ao âmbito pessoal ou social, estendendo-se também ao campo médico. Evidências indicam que uma parcela significativa dos casos de depressão atendidos na atenção primária à saúde não é diagnosticada corretamente (Mitchell et al., 2009). Essa subnotificação relaciona-se à variabilidade da apresentação sintomática e à persistência do estigma, presente tanto entre profissionais quanto entre pacientes. Paralelamente, observa-se a tendência à medicalização de estados emocionais considerados normais, fenômeno descrito como “psiquiatrização da vida cotidiana” (Conrad, 2007), que gera o risco de

diagnósticos excessivos. Esse movimento pode obscurecer situações em que o sofrimento psíquico é grave e demanda intervenção clínica especializada.

Além da dificuldade de detecção associada à natureza interna dos sintomas, transtornos silenciosos como a depressão podem ser confundidos com outras condições que compartilham sinais clínicos semelhantes. Um exemplo cada vez mais recorrente é a sobreposição de sintomas entre depressão e Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade em adultos. Ambos os quadros podem envolver desatenção, procrastinação, cansaço excessivo e redução da motivação, favorecendo diagnósticos equivocados ou incompletos. Essa confusão compromete de maneira significativa o percurso terapêutico, uma vez que cada transtorno exige estratégias específicas de cuidado e intervenção. A ausência de manifestações comportamentais explícitas, associada ao estigma e à simplificação das informações sobre saúde mental, favorece interpretações superficiais, tanto por parte dos profissionais quanto do próprio indivíduo, especialmente entre os jovens (Cortese et al., 2021; Shankman et al., 2018).

MUDANÇAS NO OLHAR CIENTÍFICO SOBRE O COMPORTAMENTO

O behaviorismo, consolidado nas primeiras décadas do século XX com autores como John B. Watson e, posteriormente, B. F. Skinner, representou uma verdadeira revolução metodológica nos estudos psicológicos ao propor que o objeto da psicologia deveria ser o comportamento observável e mensurável, e não estados internos considerados especulativos. Essa corrente introduziu uma abordagem rigorosa e experimental para o estudo do comportamento humano, contribuindo para a consolidação da psicologia como ciência empírica (Watson, 1913; Skinner, 1953).

Embora inicialmente voltado para respostas explícitas a estímulos externos, o behaviorismo abriu caminho para que sintomas menos evidentes fossem compreendidos dentro de cadeias complexas de condicionamento e aprendizagem. A partir da década de 1970, emergiram variantes teóricas e clínicas, como o behaviorismo radical e as terapias cognitivo-comportamentais, que ampliaram o escopo de análise ao incorporar processos internos, como pensamentos e sentimentos, sem abandonar o rigor metodológico (Beck, 1976). Nesse contexto, Aaron Beck, considerado o principal formulador da Terapia Cognitivo-Comportamental, teve papel decisivo na inclusão da depressão nos modelos científicos contemporâneos. Ao desenvolver a teoria cognitiva da depressão, baseada em esquemas cognitivos negativos, Beck propôs a chamada

triade cognitiva, composta por visões negativas de si mesmo, do mundo e do futuro. Essa formulação demonstrou que o sofrimento depressivo apresenta uma organização estruturada, passível de identificação clínica e de intervenção terapêutica dirigida (Beck, 1976).

Paralelamente, outras abordagens da psicologia contemporânea, como a psicologia humanista desenvolvida por Carl Rogers e Abraham Maslow, reforçaram a importância de compreender o indivíduo em sua totalidade e complexidade. Diferentemente de modelos centrados exclusivamente na patologia, essas correntes passaram a valorizar o contexto existencial, a subjetividade e as potencialidades humanas, destacando aspectos como autonomia, autorrealização e sentido de vida (Rogers, 1951; Maslow, 1968).

Uma das contribuições centrais da psicologia contemporânea foi o reconhecimento de que os sintomas psíquicos não emergem de forma isolada. Eles são profundamente condicionados por fatores contextuais, como experiências de vida, relações interpessoais e pressões sociais e culturais. Essa perspectiva é fundamental para compreender que a depressão pode se configurar tanto como resposta a estressores ambientais quanto como resultado de alterações neuroquímicas, ou ainda da interação entre esses fatores (Cuijpers et al., 2019; Borsboom, 2017). A psicopatologia

moderna, nesse sentido, enfatiza a necessidade de avaliar o sofrimento mental de maneira situada, considerando não apenas o indivíduo isoladamente, mas também seu entorno social e sua trajetória de vida.

O modelo biopsicossocial, proposto por George Engel em 1977, sintetiza essa mudança paradigmática ao afirmar que saúde e

doença resultam da interação dinâmica entre fatores biológicos, psicológicos e sociais. Essa formulação ampliou de forma decisiva a compreensão dos transtornos mentais, oferecendo uma base teórica integrada para o entendimento da depressão e de outras condições psicológicas complexas (Engel, 1977).

O CENÁRIO ATUAL: JUVENTUDE E SAÚDE MENTAL

A contemporaneidade assiste ao aumento expressivo dos transtornos mentais entre os jovens, especialmente nas manifestações de ansiedade e depressão. Com o advento das tecnologias digitais, a expansão das redes sociais e as transformações nos modelos de socialização, a relação entre juventude e saúde mental passou a adquirir camadas adicionais de complexidade. Dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) indicam que mais de 30% dos adolescentes brasileiros relataram ter se sentido tristes ou sem esperança de forma persistente nos doze meses anteriores à pesquisa (IBGE, 2019). Ademais, o suicídio, considerado uma das consequências mais extremas de transtornos como a depressão, tornou-se a principal causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos no país (Ministério da Saúde, 2021).

Entre os fatores frequentemente apontados como catalisadores do sofrimento psíquico juvenil, destacam-se o uso intensivo

das redes sociais e a hiperconectividade. Embora as plataformas digitais possam oferecer suporte social e oportunidades de expressão, o consumo excessivo dessas redes está associado a níveis mais elevados de ansiedade, depressão e insatisfação com a vida (Twenge; Campbell, 2018). A lógica que estrutura as redes sociais, fundamentada na exibição constante de performances de sucesso, felicidade e produtividade, estabelece padrões irreais de comparação, produzindo sentimentos de inadequação e fracasso, especialmente entre os usuários mais jovens. A busca contínua por validação por meio de curtidas, comentários e compartilhamentos contribui para a fragilização da autoestima e para o aumento de sintomas depressivos (Huang, 2017).

Outro elemento relevante diz respeito ao excesso de informação característico do ambiente digital. A exposição contínua a conteúdos muitas vezes contraditórios ou alarmistas favorece um estado de sobrecarga

cognitiva e emocional. A dificuldade em filtrar informações relevantes, associada à presença constante de notícias negativas e eventos traumáticos de alcance global, como pandemias, conflitos armados e crises ambientais, intensifica sentimentos de insegurança e desesperança (Rosen et al., 2013). Nesse sentido, o cenário digital atua simultaneamente como espaço de sociabilidade e de vulnerabilidade, oferecendo possibilidades de apoio, mas também ampliando riscos à saúde mental.

Em meio a essa ambiguidade, muitos jovens encontram nas redes sociais não apenas entretenimento ou informação, mas também espaços para expressar, e por vezes performar, seus sofrimentos emocionais, o que reforça a necessidade de uma leitura crítica e clínica sobre o impacto dessas dinâmicas na constituição subjetiva e no adoecimento psíquico juvenil.

AUTODIAGNÓSTICO E IDENTIDADE NAS REDES SOCIAIS

Nas redes sociais, é cada vez mais comum encontrar vídeos, postagens e testes informais sobre saúde mental, frequentemente apresentados em formatos acessíveis e emocionalmente apelativos. Listas de sintomas, *checklists* e vídeos do tipo “abaixe um dedo se você já sentiu...” tornaram-se populares, sobretudo entre adolescentes e jovens adultos. Esses conteúdos, embora possam ampliar a conscientização sobre questões relacionadas à saúde mental, apresentam riscos consideráveis. A simplificação excessiva de quadros clínicos complexos favorece interpretações equivocadas, promovendo confusão entre estados emocionais esperados da experiência humana e condições psicopatológicas propriamente ditas (Palfrey, 2016). Ademais,

ao se basearem em autorrelatos não mediados por avaliação profissional, esses materiais podem induzir a autodiagnósticos imprecisos, levando à autopercepção da doença mesmo na ausência de critérios clínicos estabelecidos. Indivíduos expostos repetidamente a informações sobre sintomas tendem a identificar-se mais facilmente com eles, fenômeno conhecido como “hipocondria digital” ou “cibercondria” (Starcevic; Berle, 2013). No campo da saúde mental, isso implica risco aumentado de sobreidentificação com transtornos como a depressão.

Dentre os efeitos relevantes observados nas redes sociais, particularmente no contexto brasileiro, é a circulação de memes e conteúdos depreciativos sobre espaços destinados ao atendimento, acolhimento e

tratamento de pessoas com sofrimento psíquico, em especial os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Essas postagens frequentemente ridicularizam ou tratam com ironia a função desses serviços, que constituem pilares da política pública de saúde mental e são fundamentais para o cuidado comunitário e para a desinstitucionalização. Tal desvalorização contribui para o reforço de estereótipos associados aos usuários dos CAPS e, simultaneamente, afasta potenciais usuários, sobretudo jovens, que passam a associar esses serviços a algo negativo ou motivo de vergonha.

Outro fenômeno que merece destaque é o uso do diagnóstico como rótulo identitário ou como símbolo de pertencimento a determinados grupos sociais. Para muitos jovens, especialmente aqueles que vivenciam sentimentos de alienação, solidão ou marginalização, a adoção de uma identidade baseada em um diagnóstico pode funcionar como estratégia de reconhecimento e de construção de comunidade (Goffman, 1988). Em plataformas como *TikTok*, Instagram e X, é frequente que usuários se apresentem por meio de descritores diagnósticos, como “ansioso”, “depressivo” ou “borderline”, incorporados às suas biografias virtuais. Essa prática, embora possa favorecer o estabelecimento de vínculos entre indivíduos com experiências semelhantes, também apresenta riscos importantes, sobretudo o de essencializar o sofrimento psíquico, reduzindo

a complexidade da identidade pessoal a uma categoria clínica.

Além disso, o uso do diagnóstico como marcador identitário pode, de forma inadvertida, desestimular a busca por tratamento, uma vez que o transtorno passa a ser percebido não como uma condição passível de cuidado e intervenção, mas como um elemento constitutivo do “ser” do indivíduo (Lewis et al., 2014; Robinson; Turk; Jilka, 2020; McGuire et al., 2022). A popularização do autodiagnóstico e da identidade diagnóstica possui implicações significativas para o cuidado em saúde mental. Primeiramente, pode contribuir para a banalização de transtornos graves, diluindo a percepção social da gravidade de condições como a depressão (Reupert et al., 2022; Zhu et al., 2023). Em segundo lugar, pode gerar resistência às intervenções clínicas, especialmente quando o diagnóstico é vivido como identidade fixa, e não como condição transitória e tratável. Por fim, observa-se o risco da performatividade do sofrimento: ao se tornarem conteúdos consumíveis nas redes sociais, os relatos de dor emocional podem ser moldados pela lógica do engajamento, da visibilidade e da validação social, mais do que pela expressão espontânea do sofrimento psíquico (Marwick; Boyd, 2011). Essa performatividade não invalida a existência do sofrimento real, mas introduz camadas adicionais de mediação que complexificam sua escuta, compreensão e reconhecimento clínico.

A BANALIZAÇÃO DOS TRANSTORNOS MENTAIS

O mercado cultural e as redes sociais rapidamente absorveram a temática da saúde mental, incorporando termos clínicos em campanhas publicitárias, slogans e produtos. Palavras como “ansioso”, “deprimido” ou “bipolar” passaram a circular em contextos dissociados de seus significados médicos, frequentemente associadas a variações normais de humor ou a situações de estresse cotidiano (Rose, 2019). Nas redes sociais, a viralização de conteúdos relacionados à saúde mental também contribuiu para a transformação de transtornos psíquicos em tendências ou modas identitárias. Vídeos e memes que romantizam a tristeza, exaltam comportamentos autodestrutivos ou tratam transtornos graves como peculiaridades individuais exemplificam como a lógica do consumo de conteúdo pode distorcer e esvaziar a experiência do sofrimento psíquico (Rimke, 2000). Embora tais movimentos possam, em alguns casos, favorecer identificação e validação para quem sofre, eles também apresentam o risco de reduzir quadros complexos a estereótipos simplificados, comprometendo a percepção social da necessidade de cuidados especializados.

A transformação do sofrimento em conteúdo, seja por meio de memes, vídeos curtos, frases de efeito ou mercadorias, produz efeitos ambíguos. Por um lado, pode contribuir

para a quebra de tabus e incentivar conversas sobre saúde mental em espaços anteriormente inacessíveis. Por outro, promove a espetacularização da dor, na qual o sofrimento é consumido como entretenimento ou como estratégia de autopromoção (Cederström; Spicer, 2015). Essa espetacularização apresenta implicações éticas relevantes. Ao converter experiências traumáticas em narrativas públicas moldadas para o consumo, há o risco de desresponsabilização do público em relação à seriedade do sofrimento alheio. A dor do outro passa a ser tratada como um espetáculo efêmero, passível de ser curtido, compartilhado ou ignorado conforme a lógica da atenção digital. Ademais, a exposição recorrente a conteúdos sobre sofrimento psíquico pode gerar dessensibilização, caracterizada pela diminuição da resposta empática, ou, paradoxalmente, a glamourização da dor, na qual o sofrimento mental é apresentado como sinal de profundidade emocional ou autenticidade subjetiva (McCosker, 2017).

O principal risco desse processo de banalização reside no esvaziamento da seriedade dos transtornos mentais. Quando depressão, ansiedade e outros quadros são tratados como fases comuns, traços de personalidade ou atributos desejáveis para a composição de uma identidade considerada

“complexa”, perde-se a capacidade de reconhecer a gravidade do sofrimento e a necessidade de tratamento adequado. Esse esvaziamento produz impactos tanto no nível individual quanto no coletivo. No plano individual, pode resultar em atraso na busca por ajuda profissional, na aceitação passiva de estados persistentes de sofrimento e na

resistência às intervenções terapêuticas. No plano coletivo, tende a fragilizar políticas públicas voltadas à saúde mental, ao diluir a percepção de urgência e a necessidade de investimento em recursos especializados (Kleinman, 2009; Fullagar, 2020; Banet-Weiser, 2021).

CONCLUSÃO: OLHAR CRÍTICO E EMPÁTICO

Falar sobre a normalização da depressão na sociedade contemporânea exige um exercício constante de equilíbrio entre dois movimentos aparentemente opostos, mas profundamente complementares, a crítica e a empatia. Ambos são fundamentais para compreender, de maneira responsável, os desafios colocados pela popularização do discurso sobre saúde mental. Por um lado, é necessário adotar um olhar crítico sobre a forma como a depressão é representada, compartilhada e apropriada nas diversas esferas sociais. A distinção entre a normalização clínica, que reconhece o transtorno como uma condição médica séria e tratável, e a normalização social, que pode banalizar ou performatizar o sofrimento, deve ser permanentemente reafirmada. Sem essa diferenciação, corre-se o risco de reduzir a depressão a uma moda ou a um traço identitário, obscurecendo sua complexidade clínica e social.

A crítica dirige-se, também, à espetacularização da dor nas redes sociais, à tendência ao autodiagnóstico superficial e à transformação de experiências de sofrimento em produtos culturais de consumo rápido. Questionar essas dinâmicas não significa negar a legitimidade do sofrimento dos indivíduos, mas afirmar a necessidade de abordagens mais responsáveis, cuidadosas e baseadas em evidências no trato com a saúde mental. Por outro lado, é igualmente imprescindível cultivar um olhar empático. Reconhecer a dor do outro, ainda que expressa de forma imperfeita ou mediada por dispositivos digitais, constitui um imperativo ético. Muitas vezes, os discursos performáticos ou os rótulos identitários emergem como tentativas, ainda que precárias, de busca por reconhecimento, acolhimento e pertencimento em um contexto marcado pela solidão e pela fragmentação das relações sociais.

A empatia exige que, mesmo diante das distorções e simplificações promovidas pela

cultura digital, não se perca de vista o sofrimento real que atravessa essas manifestações. Implica, ainda, valorizar as oportunidades que a ampliação da visibilidade do tema proporcionou, como a quebra de tabus, o aumento da procura por ajuda profissional e a expansão dos espaços de diálogo sobre saúde mental.

Portanto, falar sobre a normalização da depressão constitui um convite a transcender simplificações. Requer o compromisso de reconhecer a gravidade dos transtornos mentais, combater sua banalização e, simultaneamente, acolher com cuidado e respeito aqueles que, de múltiplas formas, buscam dar voz ao seu sofrimento. O desafio contemporâneo consiste em construir uma cultura da saúde mental que seja, ao mesmo tempo, informada, responsável e compassiva, capaz de reconhecer a dor sem transformá-la

em mercadoria e de valorizar o cuidado sem reforçar estigmas.

Essa discussão adquire contornos ainda mais urgentes quando se volta ao Transtorno Depressivo Maior (TDM). Em meio ao ruído de discursos superficiais, o TDM não se configura como um mal-estar difuso ou como fases difíceis da vida, mas como um processo que compromete a vitalidade, a funcionalidade e, em muitos casos, o próprio desejo de continuar existindo. Quando confundido com tristezas corriqueiras ou estetizado em narrativas midiáticas, o transtorno perde sua densidade clínica e seu caráter de urgência. É nesse ponto que o olhar crítico se alia ao cuidado, ao reconhecer, sem rodeios, o peso que o TDM impõe ao cotidiano de inúmeras pessoas e, ao mesmo tempo, ao não negar o direito dessas pessoas de existirem para além do diagnóstico.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, P. (Ed.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 1998.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR**. 5. ed., texto revisado. Porto Alegre: Artmed, 2023.
- ANDREASEN, N. C.. **Brave new brain: Conquering mental illness in the era of the genome**. Oxford University Press, 2004.
- ANGERMEYER, M. C.; DIETRICH, S.. Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 113, n. 3, p. 163-179, 2006.
- BANET-WEISER, S.. **Empowered: Popular feminism and popular misogyny**. Duke University Press, 2018.
- BECK, A. T.. **Cognitive therapy and the emotional disorders**. Penguin, 1979.
- BERRIOS, G. E. **The history of mental symptoms: Descriptive psychopathology since the nineteenth century**. Cambridge University Press, 1996.
- BORSBOOM, D.. A network theory of mental disorders. **World psychiatry**, v. 16, n. 1, p. 5-13, 2017.
- BROHAN, E. et al. Experiences of mental illness stigma, prejudice and discrimination: a review of measures. **BMC health services research**, v. 10, n. 1, p. 80, 2010.
- CEDERSTRÖM, C.; SPICER, A.. **The wellness syndrome**. John Wiley & Sons, 2015.
- CONRAD, P.. **The medicalization of society: On the transformation of human conditions into treatable disorders**. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2007.
- CUIJPERS, P.; KARYOTAKI, E.; REIJNDERS, M.; PURGATO, M.. Meta-analyses and mega-analyses of the effectiveness of cognitive behavior therapy for adult depression: Do they differ in their conclusions? **World Psychiatry**, v. 18, n. 3, p. 300-310, 2019.
- ENGEL, G. L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. **Science**, v. 196, n. 4286, p. 129-136, 1977.
- FAVA, M. et al. Emerging trends in the diagnosis and treatment of major depressive disorder. **CNS Spectrums**, v. 15, n. 9, p. 451-456, 2010.
- FOUCAULT, M.. **História da loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.
- FRIED, E. I. The 52 symptoms of major depression: Lack of content overlap among seven common depression scales. **Journal of affective disorders**, v. 208, p. 191-197, 2017.
- GOFFMAN, E.. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade. **Tradução: Mathias Lambert**, v. 4, 1988.
- HASLAM, N.. Concept creep: Psychology's expanding concepts of harm and pathology. **Psychological inquiry**, v. 27, n. 1, p. 1-17, 2016.
- HORWITZ, A. V. The DSM-5 and the continuing transformation of normal sadness into depressive disorder. **Emotion review**, v. 7, n. 3, p. 209-215, 2015.
- HUANG, C.. Time spent on social network sites and psychological well-being: A meta-analysis. **Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking**, v. 20, n. 6, p. 346-354, 2017.
- IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde Escolar (PeNSE)**. Rio de Janeiro: IBGE, 2019.

KENDLER, K. S. The phenomenology of major depression and the representativeness and nature of DSM criteria. **American Journal of Psychiatry**, v. 173, n. 8, p. 771-780, 2016.

KLEINMAN, A.. Global mental health: a failure of humanity. **The lancet**, v. 374, n. 9690, p. 603-604, 2009.

KRAEPELIN, E.. Dementia praecox and paraphrenia. **(No Title)**, 1971.

LEWIS, B. et al. Mad pride and neurodiversity: a dialogue. **Health**, v. 18, n. 2, p. 158-172, 2014.

MARWICK, A. E.; BOYD, D.. I tweet honestly, I tweet passionately: Twitter users, context collapse, and the imagined audience. **New media & society**, v. 13, n. 1, p. 114-133, 2011.

MASLOW, A. H. **Toward a psychology of being**. Simon and Schuster, 2013.

MCCOSKER, A.. Engaging mental health online: Insights from beyondblue's forum influencers. **New Media & Society**, v. 20, n. 12, p. 4748-4764, 2018.

MCGUIRE, A. B. et al. Self-diagnosis on social media: Implications for mental health care. **Current Opinion in Psychology**, v. 45, p. 101303, 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL). **Saúde mental e atenção psicossocial na atenção primária**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

PALFREY, J.; GASSER, U.. **Born digital: How children grow up in a digital age**. Basic Books, 2016.

RIMKE, H. M.. Governing citizens through self-help literature. **Cultural studies**, v. 14, n. 1, p. 61-78, 2000.

ROBINSON, P.; TURK, D.; JILKA, S.. Measuring attitudes towards mental health problems among young people: A systematic review. **Children and Youth Services Review**, v. 116, p. 105-219, 2020.

ROGERS, C. R. **Client-centered therapy: Its current practice, implications, and theory**. Boston: Houghton Mifflin, 1951.

ROSEN, L. D. et al. Is Facebook creating "iDisorders"? The link between clinical symptoms of psychiatric disorders and technology use, attitudes and anxiety. **Computers in human behavior**, v. 29, n. 3, p. 1243-1254, 2013.

ROSE, N.. **Our psychiatric future**. John Wiley & Sons, 2018.

RÜSCH, N.; ANGERMEYER, M. C.; CORRIGAN, P. W. Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. **European psychiatry**, v. 20, n. 8, p. 529-539, 2005.

SCULL, A.. **Desperate remedies: psychiatry's turbulent quest to cure mental illness**. Harvard University Press, 2022.

SHORTER, E.. A History of Psychiatry: From the Era of the Asylum to the Age of Prozac. **(No Title)**, 2009.

SKINNER, B. F.. **Science and human behavior**. Simon and Schuster, 1965.

STARCEVIC, V.; BERLE, D.. Cyberchondria: towards a better understanding of excessive health-related Internet use. **Expert review of neurotherapeutics**, v. 13, n. 2, p. 205-213, 2013.

TWENGE, J. M.; CAMPBELL, W. K.. Associations between screen time and lower psychological well-being among children and adolescents: Evidence from a population-based study. **Preventive medicine reports**, v. 12, p. 271-283, 2018.

VENÂNCIO, R. P.. **Hospício e sociedade: uma história social da psiquiatria no Brasil – 1830-1930**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.

WATSON, J. B. Psychology as the behaviorist views it. **Psychological review**, v. 20, n. 2, p. 158, 1913.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The world health report 2001: mental health – new understanding, new hope**. Geneva: WHO, 2001.