

PANORAMA ATUAL DA DEPRESSÃO: PREVALÊNCIA, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Bruno Gustavo Barros

Centro Universitário Cesmac

bruno.barros@cesmac.edu.br

RESUMO

O presente trabalho trata-se de um artigo teórico com o objetivo de pesquisar a eficácia da Psicoterapia Psicodinâmica (PP) à Psicoterapia Cognitivo Comportamental (PCC), consideradas as duas abordagens mais populares e mais eficazes no tratamento da depressão (DP) em adultos, e se há diferenças significativas na melhora dos indivíduos ao utilizarem qualquer dos tratamentos. O estudo justifica-se devido as últimas estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) apontando um aumento na incidência do diagnóstico de mais de 18%, entre 2005 e 2015. Além disto, a DP pode ser compreendida como o mais alto fator de risco para o comportamento suicida, ao atingir em torno de 800 mil casos ao ano.

Palavras-Chave: depressão; psicoterapia psicodinâmica; psicoterapia cognitivo-comportamental.

ABSTRACT

The present work is a theoretical article with the objective of investigating the efficacy of Psychodynamic Psychotherapy (PP) to Cognitive Behavioral Psychotherapy (CCP), considered the two most popular and effective approaches in the treatment of depression in adults, and whether there are significant differences in the improvement of individuals when using any of the treatments. The study is justified by the latest estimates by the World Health Organization (WHO) pointing to an increase in the incidence of diagnosis of more than 18% between 2005 and 2015. In addition, PD can be understood as the highest risk factor for suicidal behavior, reaching about 800 thousand cases a year.

Keywords: depression; psychodynamic psychotherapy; cognitive-behavioral psychotherapy.

A Organização Panamericana da Saúde (OPAS) refere que a Depressão (DP) é a principal causa de problemas de saúde e de incapacidade na população mundial, pois afeta a saúde de mais de 300 milhões de pessoas no mundo, sendo considerada um problema de saúde pública (STOPA et. al., 2015; OPAS, 2018). As últimas estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) apontam que houve um aumento na incidência do diagnóstico de mais de 18%, entre 2005 e 2015. Além disto, a DP pode ser compreendida como o mais alto fator de risco para o comportamento suicida, ao atingir em torno de 800 mil casos ao ano. Estima-se que será a segunda maior causa de doenças no mundo em 2020, perdendo apenas para as doenças do coração e passará a ser a primeira até 2030 (Who, 2017).

A DP se caracteriza pela “presença de humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo” (APA, 2014, p. 155). É definida também como um estado de rebaixamento do humor, com perda de energia por parte do indivíduo e diminuição em sua capacidade de sentir prazer (APA, 2014).

O Código Internacional de Doenças (CID-10) categoriza a DP dentre os “Transtornos do Humor” e a define como um estado de rebaixamento do humor, com perda de energia por parte do indivíduo e diminuição em sua capacidade de sentir prazer. Nesse caso o sujeito experimentará também dificuldades com relação a si mesmo, uma vez que é bastante frequente que o indivíduo apresente significativa diminuição da estima e da confiança pessoal (OMS, 1993). Nesta categorização, contemplam-se: 1) episódio depressivo (F32); 2) transtorno depressivo recorrente (F33), e 3) transtorno de humor afetivo persistente (F34). Para realizar o diagnóstico de episódio depressivo (F 32), a DP deve estar presente na maior parte do dia e da semana, e deve ser grave o bastante para causar comprometimento clinicamente significativo. Já no transtorno depressivo recorrente (F33), há uma maior frequência de episódios depressivos, todavia, não deve ocorrer entre eles nenhum episódio maníaco, considerando-se aceitável somente os casos de hipomania. Pode ser classificado de acordo com a intensidade em leve, moderado, grave com ou sem sintomas psicóticos, em remissão, e, por fim, sem especificação (OMS, 1993). O CID-10 ainda prevê o transtorno de humor persistente (F34), definido a partir de um quadro crônico depressivo geralmente de intensidade leve, mas duradoura. Começa no início da vida adulta e persiste por vários anos (OMS, 1993). Os sintomas depressivos mais comuns, tais como a diminuição da autoestima, fadabilidade aumentada, dificuldade em tomar decisões ou se concentrar, mau humor crônico, irritabilidade e sentimento de desesperança. “Os sintomas devem estar presentes de forma ininterrupta por, pelo menos, dois anos” (Dalgarrondo, 2018. p.311).

Ainda para o diagnóstico do Transtorno Depressivo, o DSM-V (APA, 2014) trata do diagnóstico de DP em uma grande categoria denominada de transtornos depressivos, a qual é formada por uma série de diagnósticos, a saber: transtorno depressivo maior, transtorno depressivo persistente, transtorno disruptivo da desregulação do humor, transtorno disfórico pré-menstrual, transtorno depressivo

induzido por substância ou medicamento, transtorno depressivo devido à outra condição médica e transtorno depressivo não especificado (APA, 2014).

Quanto à prevalência do diagnóstico no mundo, a OMS (Who, 2017) refere que é de 4,4%. O que preocupa é observar que de 2005 até 2015 a prevalência no mundo aumentou em 18,4%. No Brasil mais de 11 mil pessoas sofriam de DP no ano de 2015, o que correspondia a 5,8% de toda a população do país. Assim é possível constatar que a DP no Brasil apresenta índices superiores à média de prevalência no mundo.

Ao estratificar o índice mundial de prevalência de DP por gênero encontra-se que o sexo feminino apresenta valores mais elevados quando comparado ao sexo masculino. A faixa etária dos 20 aos 24 anos já evidencia um aumento significativo de prevalência quando comparado a faixa anterior. É possível observar também que a partir da faixa etária dos 20 anos a prevalência segue aumentando até chegar ao seu ápice, que ocorre dos 60 aos 64 anos (Who, 2017).

Além de diagnosticar a DP através do CID-10 e do DSM-V utilizam-se instrumentos psicométricos e, no contexto da DP se destacam as escalas de autoavaliação, por conseguirem examinar sentimentos subjetivos e de autopercepção, que são os sintomas chave desta patologia. Tanto no cenário internacional, como no Brasil, foram validadas, para a população geral e clínica, escalas que avaliam sintomas depressivos. Dentre as mais conhecidas e usadas no meio clínico e de pesquisa sobre a DP, estão a Escala de Depressão de Hamilton (HAMILTON, 1960) e o Inventário Beck de Depressão (BECK, 1961). A escolha dos itens que compõem uma escala deve estar refletindo o construto que se pretende medir, neste caso específico, a DP. Assim a maioria das escalas de autoavaliação da DP constrói seus itens nos sintomas mais característicos deste transtorno (URBINA, 2007).

A Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton (HAM-D), criada por Max Hamilton e colaboradores, foi construída em 1960 para ser utilizada, exclusivamente, em pacientes previamente diagnosticados com transtorno afetivo do tipo depressivo. Em função da organização e da escolha de seus itens, eles servem para identificar a gravidade dos sintomas depressivos, e não apenas sua existência. A versão original inglesa é composta por 21 itens e investiga como o paciente tem se sentido nos últimos sete dias, incluindo o dia da aplicação. O escore total é obtido pela soma dos valores (graus) atribuídos em todos os 21 itens da escala. Na prática clínica, escores

acima de 25 pontos são considerados quadros de depressão grave; escores entre 18 e 24 pontos moderado; e escores entre 7 e 17 pontos, leve.

O Inventário de Depressão de Beck (BDI) é uma escala de autoavaliação amplamente reconhecida e utilizada no mundo, em função dos seus elevados níveis de fidedignidade e validade (BECK, 1961). Foi originalmente desenvolvida por Beck e colaboradores em 1961, primeiramente para o uso em pacientes psiquiátricos. Posteriormente, seu uso foi ampliado para pesquisa e passou a ser considerada um dos melhores instrumentos para medir sintomas de DP, mostrando-se também muito eficaz para o uso na população geral. Foi validada no Brasil por Cunha (2001). Em 1996, Beck, Steer e Brow desenvolveram uma revisão substancial do BDI, o que resultou em uma segunda edição do Inventário de Depressão de Beck (BDI-II), com o objetivo de conseguir uma maior aderência aos critérios diagnósticos para episódios de depressão maior, segundo o DSM-IV (APA, 1994). O BDI-II foi também validado no Brasil por Cunha (2001) e é constituído por 21 itens, cada um com quatro alternativas com graus crescentes de gravidade da DP. Nas instruções o sujeito pode assinalar duas alternativas e prevalecerá a alternativa com o escore maior. O escore total é a soma dos escores dos itens individuais, permitindo assim a classificação do nível de intensidade de depressão. A aplicação dura em média de 5 a 10 minutos, podendo ser coletiva ou individual, oral ou autoadministrada, além disso, pode ser aplicada em indivíduos entre 17 a 80 anos de idade (CUNHA, 2001). Através dele, é possível classificar a DP em mínima, leve, moderada e grave, de acordo com a pontuação total obtida pelo paciente. Os escores podem chegar até 63 pontos, sendo de 0 a 13 pontos, indicador de depressão em grau mínimo; de 14 a 19, grau leve; de 20 a 28, moderado e, por fim, 29 a 63, grave.

Os tratamentos mais utilizados para a DP são a Psicoterapia Psicodinâmica (PP) e a Psicoterapia Cognitivo Comportamental (PCC), considerados atualmente as duas abordagens mais populares e mais eficazes no tratamento da DP (Goldstone, 2017). Para compreender as particularidades da PP, é fundamental entender seu surgimento e seu contexto histórico. A psicanálise se tornou voz influente na virada do século XIX, com a finalização de “A interpretação dos sonhos” em 1900 por Freud, obra que apresentou a psicanálise ao mundo. Porém, com as mudanças no cenário mundial ao longo das décadas, e com a necessidade da atualização teórica da obra frente às inovações do novo século, surgiu especialmente na França, debates e discussões acerca da eficácia de tratamentos de longa duração, principalmente da

psicanálise enquanto método terapêutico e de pesquisa (MACHADO, DE SOUSA, RODRIGUES, 2017).

Soma-se a isto que no século XVIII houve a fuga de psicanalistas europeus para a América, como refugiados do nazismo, assim a psicanálise passou também a influenciar a ciência psicológica nos Estados Unidos. Foi neste contexto que se deu o surgimento da PP, como resultado da interação de psicanalistas com psicólogos americanos, numa tentativa de adequar a psicanálise as necessidades de uma diversidade de pacientes americanos, principalmente na busca de um tratamento que apresentasse eficácia, mas com tempo de duração e frequência de sessões menores (Eisold, 2005; Wallerstein, 2005).

Os pesquisadores passaram a enfatizar a necessidade de alinhamento entre a pesquisa e a prática clínica, na busca de evidências empíricas sobre a eficácia dos procedimentos utilizados nos processos psicoterápicos (Da Rocha et al., 2015). A partir destes apelos uma série de ensaios clínicos randomizados foram realizados com uso de psicotrópicos (Castro et al, 2009) e com a PCC (Beck, 1963; 1964; O'neal et al., 2014; Goldstone, 2017) e poucos sobre PP (Wallerstein, 2005; O'neal et al., 2014; Goldstone, 2017).

A PP é uma abordagem terapêutica baseada no trabalho com o inconsciente e no uso da transferência, tem foco nas relações interpessoais atuais e passadas e nos conflitos intrapsíquicos (Knekt et al., 2008). Como intervenção utiliza a confrontação, o esclarecimento e a interpretação, bem como a construção da aliança terapêutica. Ela pode ocorrer de forma breve, para tanto deve ter um foco definido, como o trabalho de Malan e Sifneos (1990). Pode ocorrer também a longo prazo, como no modelo desenvolvido por Gabbard (1998).

Já a Psicoterapia Cognitivo-Comportamental (PCC) parte da premissa de que pensamentos disfuncionais e desregulares geram comportamentos disfuncionais e desregulares, enquanto pensamentos funcionais geram comportamentos funcionais (O'neal,

Jackson e Mcdermott, 2014). Vale salientar que comportamentos e cognições mal adaptativas e disfuncionais não são absolutas em juízo de valor, sendo “negativas” apenas de acordo com contextos específicos (Bahls & Navolar, 2003). A partir do significado atribuído a acontecimentos da vida do indivíduo, ele constrói valores e

sentimentos ao relacionar-se com este evento, e comporta-se de acordo com os valores construídos (Bahls & Navolar, 2003). Estas “respostas” (comportamentos) e cognições (ideias) são derivadas de diversos aspectos da vida do indivíduo e construtos aos quais ele teve acesso ao longo da vida, considerando aspectos culturais, sociais e particulares da vida de cada indivíduo. Estes construtos chamados estruturas cognitivas fazem parte de organizações cognitivas, que tem características consideradas mais perenes quando comparadas com os processos cognitivos, que são crenças consideradas passageiras (Bahls & Navolar, 2003).

O objeto de estudo principal da teoria cognitivo comportamental; de onde provém a PCC; é o ato de se atribuir significado a algo. Assume que a forma como o indivíduo percebe um evento afeta diretamente o modo como ele age sobre aquela situação (O’neall; Jackson; Mcdermott, 2014). O indivíduo constrói – com suporte da cultura, sociedade, aspectos biológicos e suas experiências –, suas relações com o mundo à sua volta e gera comportamentos a partir delas (Powel *et. al.* 2008).

Sob a ótica da PCC, a DP costuma desenvolver-se a partir de vários conjuntos de crenças disfuncionais, a partir de dois aspectos: a tríade cognitiva, que consiste em (1) uma visão negativa de si; (2) visão negativa do mundo sob seus diversos aspectos (social, profissional, etc.); e a visão negativa do futuro, vinculada diretamente a um sentimento de desesperança, que, em casos severos do quadro, pode relacionar-se com ideações suicidas (Powel *et. al.* 2008); o segundo aspecto é a distorção cognitiva. Ele consiste em um processamento de informações e percepções distorcidas do mundo ao redor, tendem a ver o mundo de modo inflexível, generalista e extremo, que costuma gerar erros de julgamento sobre seu próprio desempenho em situações externas (Powel *et. al.* 2008). O indivíduo compreende a si mesmo com menos valia (personalização), costuma selecionar evidências relacionadas a um mau desempenho de determinada função (abstração seletiva), conclui a partir de evidências escassas sua incapacidade de resolução de tarefas (inferência arbitrária), e costuma acreditar, sem base em evidências, que os eventos que lhe ocorreram uma vez acontecerão outras vezes (supergeneralização) (Powel *et. al.* 2008). Estas crenças tendem a levar o indivíduo à comportamentos disfuncionais, que podem gerar um fracasso, alimentando o ciclo patológico.

A partir deste pressuposto, a PCC tem como objetivo principal perceber crenças, normalmente relativas à determinada patologia que podem, em determinado

contexto ou a partir de determinado “gatilho” social gerar comportamentos considerados mal adaptativos ou disfuncionais, descrevendo estes processos de modo contínuo e estrutural, identificando seu lugar na vida do indivíduo e fornecer estratégias para lidar com estas crenças (Bahls; Navolar, 2003).

Os estudos que comparam os resultados da PP com a PPC abordam, de forma geral, que a eficácia da PP para depressão não foi estudada de forma extensiva como a PCC, o que fez com que a PP perdesse espaço tanto como técnica psicoterápica quanto intervenção clínica (Drissen et al., 2017). Entretanto, estudos recentes de metanálise revelaram que a PP foi tão eficaz quanto a PPC para o tratamento da DP (Driessen et al, 2014; Gibbons et al, 2016; Goldstone, 2017). Alguns autores apontam que a PP é tão eficaz quanto a PCC no que diz respeito à redução dos sintomas depressivos (Driessen et al, 2014; Gibbons et al, 2016; Goldstone, 2017; O’neal et. al., 2015). Drissen et al., (2017) aprofundou estes achados e realizou o primeiro estudo que mostrou que a PP pode ser pelo tão eficaz quanto a PCC para DP em aspectos importantes do funcionamento do paciente que não somente a redução dos sintomas depressivos. Estes achados ampliam a base de evidências da PP para DP. Dentro desta perspectiva, igualar a PP com os resultados da PCC pode ser um avanço importante para o crescimento e aceitação da PP.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association - APA. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Artmed Editora.
- Andrade da Silva, G., & Otta, E. (2014). Revisão sistemática e meta-análise de estudos observacionais em Psicologia. *Revista Costarricense de Psicología*, 33(2).
- Bahls, S. C., & Navolar, A. B. B. (2004). Terapia cognitivo-comportamentais: conceitos e pressupostos teóricos. *Psico UTP online Revista Eletrônica de Psicologia*, Curitiba, (04).
- Barkham, M., Shapiro, D. A., Hardy, G. E., & Rees, A. (1999). Psychotherapy in two-plus-one sessions: Outcomes of a randomized controlled trial of cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal therapy for subsyndromal depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(2), 201.
- Bhattacharjee, S., Goldstone, L., Ip, Q., & Warholak, T. (2017). Depression treatment among adults with multiple sclerosis and depression in ambulatory care settings in the United States. *Multiple sclerosis international*.

- Castro, M., Kraychete, D., Daltro, C., Lopes, J., Menezes, R., & Oliveira, I. (2009). Comorbid anxiety and depression disorders in patients with chronic pain. *Arquivos de neuro-psiquiatria*, 67(4), 982-985.
- Daré, P. K., & Caponi, S. N. (2017). Cuidado ao indivíduo com depressão na atenção primária em saúde. *ECOS-Estudos Contemporâneos da Subjetividade*, 7(1), 12-24.
- Driessen, E., Van, H. L., Don, F. J., Peen, J., Kool, S., Westra, D., ... & Dekker, J. J. (2014). The efficacy of cognitive-behavioral therapy and psychodynamic therapy in the outpatient treatment of major depression: a randomized clinical trial. *FOCUS*, 12(3), 324-335.
- Elkin, I., Shea, M. T., Watkins, J. T., Imber, S. D., Sotsky, S. M., Collins, J. F., ... & Fiester, S. J. (1989). National Institute of Mental Health treatment of depression collaborative research program: General effectiveness of treatments. *Archives of general psychiatry*, 46(11), 971-982.
- Huber, D., Zimmermann, J., Henrich, G., & Klug, G. (2012). Comparison of cognitive-behaviour therapy with psychoanalytic and psychodynamic therapy for depressed patients—a three-year follow-up study. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 58(3), 299-316.
- Machado, L. V., de Sousa, F. A. B., & Rodrigues, A. (2017). Novo século, antigo mal-estar: uma história recente da psicanálise na França. *Revista Subjetividades*, 17(1), 55-67.
- Powell, V. B., Abreu, J. N. S., Oliveira, I. R. D., & Sudak, D. (2008). Terapia cognitivo-comportamental da depressão.
- Shapiro, D. A., Barkham, M., Rees, A., Hardy, G. E., Reynolds, S., & Startup, M. (1994). Effects of treatment duration and severity of depression on the effectiveness of cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal psychotherapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 62(3), 522.
- Sterne, J. A., Egger, M., & Moher, D. (2008). Addressing reporting biases. *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions: Cochrane book series*, 297-333.
- Stopa, S. R., Malta, D. C., Oliveira, M. M. D., Lopes, C. D. S., Menezes, P. R., & Kinoshita, R. T. (2015). Prevalência do autorrelato de depressão no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 18, 170-180.
- Urbina, J. T., Flores, J. M., García, M. S., Torres, L. B., & Torrubias, R. F. (2007). Depressive symptoms in the elderly. Prevalence and associated factors. *Gaceta sanitaria*, 21(1), 37-42.
- World Health Organization - WHO. (2017). Depression and other common mental disorders: global health estimates.