

**DEPRESSÃO: A “METAMORFOSE” DO COMPORTAMENTO****DEPRESSION: THE “METAMORPHOSIS” OF BEHAVIOUR****DEPRESIÓN: “METAMORFOSE” DEL COMPORTAMIENTO**Enzo Guardia Drago¹, Josefa Maria Dias da Silva Fernandes²

e54403

<https://doi.org/10.70187/recisatec.v5i4.403>

PUBLICADO: 12/2025

RESUMO

Esta revisão bibliográfica examina as alterações comportamentais associadas à depressão, bem como as principais teorias que buscam explicar sua etiologia e manifestação clínica. O estudo discute a interação entre fatores ambientais, psicológicos e biológicos, destacando a heterogeneidade dos quadros depressivos e seus impactos no funcionamento emocional, social e neurocognitivo. São apresentadas e contrastadas as abordagens evolucionistas adaptacionista e não adaptacionista, com ênfase em seus modelos explicativos. A população idosa é analisada como grupo de maior vulnerabilidade, dadas suas particularidades clínicas e maior prevalência de sintomas depressivos. Por fim, o trabalho ressalta a necessidade de estratégias terapêuticas eficazes e integradas, considerando o aumento dos casos graves e a forte associação entre depressão e comportamento suicida.

PALAVRAS-CHAVE: Depressão. Comportamento. Distúrbios mentais. Revisão bibliográfica.**ABSTRACT**

This literature review examines the behavioral changes associated with depression, as well as the main theories that seek to explain its etiology and clinical manifestation. The study discusses the interaction between environmental, psychological, and biological factors, highlighting the heterogeneity of depressive disorders and their impacts on emotional, social, and neurocognitive functioning. Adaptive and non-adaptational evolutionary approaches are presented and contrasted, with emphasis on their explanatory models. The elderly population is analyzed as a group with greater vulnerability, given its clinical particularities and higher prevalence of depressive symptoms. Finally, the work emphasizes the need for effective and integrated therapeutic strategies, considering the increase in severe cases and the strong association between depression and suicidal behavior.

KEYWORDS: Depression. Behavior. Mental disorders. Literature review.**RESUMEN**

Esta revisión bibliográfica examina los cambios conductuales asociados a la depresión, así como las principales teorías que buscan explicar su etiología y manifestación clínica. El estudio analiza la interacción entre factores ambientales, psicológicos y biológicos, destacando la heterogeneidad de los trastornos depresivos y su impacto en el funcionamiento emocional, social y neurocognitivo. Se presentan y contrastan enfoques evolutivos adaptativos y no adaptativos, con énfasis en sus modelos explicativos. Se analiza a la población adulta mayor como un grupo con mayor vulnerabilidad, dadas sus particularidades clínicas y la mayor prevalencia de síntomas depresivos. Finalmente, el trabajo enfatiza la necesidad de estrategias terapéuticas efectivas e integradas, considerando el aumento de casos graves y la fuerte asociación entre depresión y conducta suicida.

PALABRAS CLAVE: Depresión. Conducta. Trastornos mentales. Revisión bibliográfica.¹ União das Faculdades dos Grandes Lagos- São José do Rio Preto. Aluno 8º período.² União das Faculdades dos Grandes Lagos- São José do Rio Preto. Docente da universidade.



INTRODUÇÃO

Este estudo se propõe a observar indivíduos que sofrem de depressão, e através disso, ver os impactos que o distúrbio influencia nos comportamentos dos indivíduos, sejam eles tanto nas mudanças de humor, como nas relações sociais, o que afeta de forma extremamente significativa não só o funcionamento físico dos pacientes, como também o psíquico. Dessa forma, os estudos sobre a depressão também crescem, possibilitando compreender melhor a sua manifestação, seus sintomas e os tratamentos mais eficazes.

O objetivo deste trabalho também é mostrar a população idosa como uma das mais afetadas, atualmente, pela depressão, apontando ainda os fatores avançados desse distúrbio, a ideação suicida e, muitas vezes, a realização do suicídio. E, para concluir, este trabalho termina com uma breve ponderação sobre a necessidade de encontrar métodos de tratamento eficazes, na tentativa de minimizar a problemática.

1 DISCUSSÃO

Os indivíduos com depressão, inúmeras vezes, irão apresentar anedonia, que nada mais é do que a redução do prazer, como um dos principais sintomas de alteração do humor desse distúrbio¹. Além disso, o impacto nos papéis sociais e as funções neurocognitivas são extremamente afetados conforme sua prevalência², sendo também o principal fator para as mortes por suicídio³. Inúmeros fatores podem contribuir para causar a depressão, como por exemplo os ambientais, psicológicos e genéticos, e dentro de todos eles, as experiências pessoais de cada ser concubitam de forma única ao distúrbio. Dessa forma, um mesmo evento que levou um indivíduo a depressão, pode não levar o outro.

Por isso, continua sendo um tema de estudo de alta relevância, principalmente devido às consequências psicossociais. Em estudos recentes, na psicologia, observou-se um crescente interesse pela compreensão dos mecanismos evolutivos das emoções.

Ciente disso, a depressão vem recebendo muita atenção de uma frente da psicologia que se baseia na famosa teoria da evolução por seleção natural de Charles Darwin, conhecida pelo nome de evolucionista. Essa perspectiva baseia-se em três premissas para entender o ser humano: há uma natureza universal que prioriza os mecanismos psicológicos em detrimento dos comportamentos; os mecanismos psicológicos são adaptações resultantes da seleção natural; a estrutura desenvolvida da mente humana é apropriada para a vida de caçadores coletores⁴.

Assim, “a psicologia evolucionista interpreta o comportamento manifesto como produto de mecanismos psicológicos selecionados ao longo da evolução humana e, portanto, moldado ao ambiente de adaptabilidade evolutiva (AAE)⁴.” Dado que essas condições foram predominantes ao longo da evolução humana e as condições modernas são muito recentes para atuarem como pressão



seletiva, pressupõe-se que o comportamento manifesto nem sempre é adaptativo às condições modernas⁵. De tal modo, ao tratar de determinada temática, a partir da abordagem evolucionista do comportamento humano, busca-se compreender a função adaptativa e o processo de seleção dos mecanismos psicológicos, que regulam o desenvolvimento de certas estratégias comportamentais⁶. O tratamento da depressão requer conhecimento das necessidades e vulnerabilidades do ser humano⁷. Pensando nisso, é importante apresentar as duas abordagens evolucionistas da depressão: a adaptacionista, na qual a depressão seria fruto da adaptação do ser humano ao meio em que ele vive, e a não adaptacionista, a qual se caracteriza por apresentar disfunção de características adaptacionistas.

1.1 ABORDAGEM ADAPTACIONISTA

“Uma abordagem adaptacionista para estudar a depressão é a da teoria da competição social, que compreende o estado depressivo como algo que evoluiu em relação à competição social, como uma estratégia perdedora involuntária e inconsciente, permitindo ao indivíduo aceitar a derrota. Isto é, a capacidade de apresentar estados depressivos teria evoluído como um mecanismo para inibir o conflito. Ao longo do processo evolutivo, aqueles que conseguiram se tornar depressivos apresentaram maiores chances de sobrevivência em relação aos que não tinham essa capacidade, pois insistir no conflito poderia levar à morte ou a sérios prejuízos. Nesse sentido, o gatilho para a depressão seria a percepção da impossibilidade de vencer o conflito”⁸. Assim, infere-se que um aspecto essencial da depressão seria a perda de interesse ou a diminuição da importância conferida aos compromissos que, antes, eram considerados expressivos.

Outra perspectiva seria a hipótese da barganha social que, para Hagen⁹, poderia ser traduzida da seguinte maneira: “as circunstâncias sociais perigosas causam pressão seletiva para a evolução”. A depressão clínica, por exemplo, pode ser uma dessas estratégias de barganha, a fim de que outros membros do grupo forneçam assistência ao deprimido. Dessa forma, “a depressão não deve ser causada simplesmente por perdas, falhas e outros custos sociais, mas também por circunstâncias nas quais os indivíduos não poderiam aliviar unilateralmente esses custos”¹⁰. Aproveitando a depressão pós-parto como ponto de partida, Hagen¹¹ declara que as mães, que notam pouco apoio paterno ou social, podem levar o parceiro a investir mais em função da depressão. A hipótese foi testada¹² em 240 mães e pais com um filho, relatando suas próprias experiências. Os resultados mostram que os níveis de depressão pós parto de uma pessoa do casal estão fortemente associados a um maior investimento na educação dos filhos, conforme relatado pelo outro parceiro.

Watson e Andrews¹³ propõem a hipótese da navegação social como modelo explicativo da depressão. Segundo essa hipótese, a depressão teria duas funções: resolver problemas sociais complexos e alcançar apoio social de companhias próximas. Isso poderia ocorrer a partir da falta de investimento de energia do depressivo, para poupá-la, redirecionando-a para a “ruminação” e o “apoio social”. A “ruminação” refere-se a pensamentos intensos e resistentes à distração¹⁴. Com base nessa hipótese, ao estar envolvido tão densamente com os pensamentos depressivos, o paciente focaria



justamente em pensar em uma forma de resolver a causa base de seus pensamentos depressivos, portanto, o distúrbio acabaria sendo considerado um mecanismo de defesa.

Andrews e Thomson, em 2009¹⁵, também formularam a hipótese da ruminação analítica (ARH), na qual a depressão é vista como uma resposta ao estresse, desencadeada por problemas analiticamente complexos cuja função de resolução é realizada por meio da “ruminação”. Nessa suposição, a “ruminação” começa com a análise das causas dos problemas (*causal analysis*), seguindo-se para a resolução de problemas (análise de resolução de problemas). O enfrentamento da questão resulta na redução dos sintomas depressivos¹⁶. Esses sintomas levam as pessoas a reduzir a busca por outras metas, concentrando energia e foco na análise e solução do problema que desencadeou a depressão¹⁷.

Essa hipótese se assemelha à de navegação social, mas com uma diferença significativa: o indivíduo deprimido foca somente em pensamentos de resolução de problemas, não em tentar chamar a atenção da sociedade para obter ajuda. Contudo, um ponto pode refutar a hipótese: nem todos os pacientes deprimidos realmente investigam a causa de sua depressão em busca de respostas.

1.2 NÃO ADAPTACIONISTA

Segundo a abordagem não adaptacionista, a depressão pode ser vista como uma desregulação, contribuindo para um pessimismo generalizado, diminuição da autoestima e da iniciativa¹⁸. Posteriormente, em um estudo de Keller e Nesse¹⁹, eles levantaram a hipótese da congruência entre a situação e o sintoma, na tentativa de compreender por que o humor deprimido poderia ser adotado como resposta para certos desafios da adaptação. Conforme os autores, os diversos sintomas da depressão surgem em resposta a diversas circunstâncias, contribuindo para encarar os desafios de cada um em suas situações específicas. Por exemplo, reações emocionais ligadas à tristeza ou à dor podem surgir devido à perda de recursos importantes para a adaptação. A fim de investigar essa hipótese, foi criada uma escala chamada Escala de Sintomas Depressivos (DSS). Os achados revelaram que sentimentos de fadiga, pessimismo, culpa e ruminação surgiam a partir de tentativas frustradas, enquanto o choro, a tristeza e a busca por apoio social se manifestavam após perdas de natureza social. Dessa forma, entendemos que essa hipótese não considera a depressão como um mecanismo de adaptação, mas como uma forma de regular o esforço humano em relação a situações que representam um desperdício de energia e que poderiam causar danos ao indivíduo, considerando experiências anteriores.

Outra abordagem é a das diferenças individuais, em que, para compreender por que algumas pessoas desenvolvem depressão enquanto outras não, Nettle²⁰ sugere que a evolução gerou uma distribuição contínua de reatividade emocional na população. A reatividade emocional refere-se à sensibilidade que os indivíduos têm em relação a estímulos internos e externos que influenciam seu humor. As disparidades nessa reatividade teriam sido favorecidas pela seleção natural, considerando a diversidade da adaptação ao ambiente emocional (AAE). Essa variação teria sido benéfica, permitindo que os indivíduos se ajustassem e respondessem de maneira mais eficaz ao complexo e



dinâmico ambiente social humano. Assim, aqueles mais suscetíveis à depressão estariam posicionados no limite superior dessa distribuição populacional.

Pensando nisso, convém ressaltar que os idosos compõem uma parcela da população que sofre com a depressão. Isso ocorre devido ao avanço da tecnologia e à expectativa de vida da população mundial, que vem aumentando gradativamente. Uma análise da prevalência de depressão em pessoas da comunidade com mais de 55 anos mostrou médias de taxas de 1,8% para depressão grave, 9,8% para depressão leve e 13,5% para sintomas depressivos clinicamente significativos. Isso destaca a relevância clínica dos episódios de menor gravidade e intensidade em idosos²¹. Os índices de depressão maior e menor em idosos oscilam entre 5% em cuidados primários e 15 a 25% em instituições de longa permanência para idosos. Mais de 70% dos pacientes internados expressam tristeza e depressão, em um grau que interfere em suas atividades cotidianas²².

Alguns escritores argumentam que os padrões de manifestação dos sintomas depressivos em idosos diferem consideravelmente dos observados em grupos mais jovens²³. Pacientes idosos com depressão geralmente relatam mais sintomas físicos e cognitivos do que emocionais²⁴, supostamente ligados a condições clínicas²⁵. Geralmente, a detecção de sintomas depressivos é ocultada por sintomas somáticos, seja pela própria somatização do distúrbio ou pelo agravamento de sintomas de comorbidades clínicas já existentes²⁶. Acredita-se que existam diversos processos etiológicos que podem levar ao surgimento de sintomas depressivos em idosos, seja de forma precoce ou tardia. Assim, a depressão de início precoce parece ser mais influenciada por fatores genéticos e psicológicos²⁷, enquanto as de início tardio parecem ser conduzidas por doenças adquiridas²⁸. No entanto, de início precoce ou tardio, uma vez instalada, não há diferença na manifestação dos sintomas depressivos²⁹.

Ao compararmos os sintomas de depressão em idosos com os de jovens adultos, é possível notar que, na população idosa, os sintomas de ansiedade, nervosismo, irritabilidade e comportamentos inadequados são mais evidentes³⁰. Ademais, queixas de cansaço são bastante frequentes, contudo, podem estar ligadas a outras condições clínicas comuns para essa idade.

Entre os pacientes que apresentam sintomas depressivos, existe uma quantidade considerável de pessoas que apresentam queixas como mudanças no sono e no apetite, falta de concentração e redução da energia. Essas queixas, mesmo não atendendo aos critérios diagnósticos, nem mesmo para depressão leve, têm um impacto significativo na qualidade de vida dos pacientes³¹.

A avaliação da existência de distúrbios depressivos é feita com base em sinais e sintomas clínicos, sem considerar marcadores biológicos ou outras mudanças mensuráveis objetivamente. Contudo, as combinações dos sintomas clínicos mencionados anteriormente não estão incluídas nos critérios diagnósticos para os transtornos depressivos do "Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais"³² ou da "Classificação Internacional de Doenças 10" (ICD-10)³³. Portanto, as descobertas de grandes variações nas taxas de prevalência de transtornos depressivos em idosos são justificáveis, uma vez que diversos psiquiatras podem atribuir diferentes diagnósticos clínicos a um



mesmo grupo de pessoas, seja devido às variações nos critérios diagnósticos ou nas diversas maneiras de coletar informações dos indivíduos³⁴.

Em estágios mais avançados da depressão, ocorre a ideação ou a tentativa de suicídio. Portanto, devemos estar cientes desse aspecto na pessoa que sofre desse distúrbio. Aliás, é importante destacar que violência, negligência, comportamento arriscado, isolamento social, impulsividade e autolesão são características presentes em diversas espécies animais, contudo, o suicídio é o único comportamento que é intrínseco à espécie humana. Logo, a pessoa que tem pensamentos suicidas, evidentemente, não está bem de saúde.

Uma das maiores limitações nos estudos sobre suicídio é a definição precisa do comportamento suicida e a falta de uma classificação ou nomenclatura unificada³⁵. O Centro de Estudos de Prevenção ao Suicídio, do Instituto Nacional de Saúde Mental (NIMH), em 1972, propôs três categorias de comportamento suicida: suicídio consumado, tentativas de suicídio e pensamento suicida³⁶. O'Carroll³⁷ aprimorou essas definições, denominando-as "suicide-related behaviour". Este seria dividido em duas subcategorias: "instrumental behaviour", comportamento autolesivo com outro objetivo que não a letalidade, como, por exemplo, chamar a atenção, levando a três resultados possíveis: sem lesões, com lesões ou morte. Outra categoria seriam os "atos suicidas", ações realizadas com o propósito explícito ou implícito de se suicidar.

Se o ato suicida resultar em morte, é tratado como suicídio total. Se a pessoa sobreviver, seja com ou sem ferimentos, isso é considerado tentativa de suicídio. A principal diferença entre essas categorias reside na intenção do ato. No entanto, na prática clínica, a questão não é resolvida, pois os pacientes alteram o discurso sobre a intenção, a fim de negá-la, por preconceito ou para encurtar a permanência no hospital.

Em 2002, o Instituto de Medicina dos EUA posicionou-se, definindo as tentativas de suicídio como atos autolesivos com alguma intenção de morrer, cuja intencionalidade pode ser deduzida por meio da letalidade do ato ou pelas declarações feitas pelo indivíduo, antes ou depois do ato³⁸. Caracteriza-se a intenção suicida pela intensidade com que o indivíduo deseja encerrar sua existência. Ela é avaliada por intermédio da Suicide Intent Scale, que avalia o propósito da tentativa, planejamento, percepção da fatalidade, prevenção da descoberta do planejamento suicida e arranjos pós-morte, como testamento ou compra de seguro de vida³⁹. Por outro lado, a ideação suicida se refere a pensamentos que abrangem desde o anseio até a forma de cometer suicídio. A ideação suicida apresenta várias dimensões, incluindo desde a presença de um planejamento suicida até os métodos para realizá-lo, e várias intensidades, desde pensamentos de morte ocasionais até ruminações obsessivas sobre a própria morte⁴⁰. Tendo em vista a conduta suicida como uma sequência de eventos cognitivos e comportamentais, há alguns modelos registrados desse tipo de comportamento.

Entre eles, está o modelo estresse-diátese, no qual o comportamento suicida surge da interação entre os fatores de estresse (episódios de humor, psicose e eventos vitais) que interagem com uma diátese (ou características) intrínseca ao paciente. Essa hipótese inclui um elemento de impulsividade/agressividade (elevados níveis de impulsividade, agressividade e hostilidade) e um



elemento pessimista (elevados níveis de desesperança e depressão subjetiva). A influência dos fatores de estresse nessa diátese poderia levar a pensamentos suicidas e tentativas de suicídio. Esse modelo foi o primeiro a considerar outros elementos, além do próprio transtorno mental.

Outro modelo é o Cry of Pain (CoP), desenvolvido para pacientes bipolares⁴¹, cujo ato suicida seria uma tentativa de fugir de uma dor psicológica insuportável⁴², uma reação a um fator de estresse que provocaria no indivíduo um conjunto de sensações como: sentimento de derrota, incapacidade de escapar, inviabilidade de recuperação. Essas três sensações desencadeariam um roteiro mental de solidão⁴³, iniciando o comportamento suicida. O processamento de informações viciado, esquemas de memória negativos e dificuldades na resolução de problemas⁴⁴ poderiam intensificar essas sensações, aumentando, assim, o risco de comportamento autodestrutivo.

Também existe o SAMS, Modelo de Avaliação Esquemática para Suicídio, criado para pacientes esquizofrênicos e fundamentado no CoP, cuja proposta baseia-se na existência de dois sistemas de avaliação que podem levar a comportamento suicida: "autoavaliação" e "avaliação de situação". A autoavaliação refere-se à habilidade do indivíduo em gerir emoções, problemas e procurar apoio social. Enquanto a avaliação situacional se refere à percepção subjetiva dos fatores de estresse, tais como "derrotas" ou "sem alternativas"⁴⁵.

Por fim, há o Modelo do Bipolar Suicida (BSM) proposto, em 2013, por Mahli e seus colaboradores, fundamentado no CoP e no SAMS. Nele, sugere-se um método de avaliação que, diante de um fator de estresse, procura uma reação emocional e comportamental. Esse método de avaliação considera relevante o self do indivíduo. Em pacientes com transtorno bipolar, esse método de avaliação está sujeito às influências típicas do distúrbio, que incluem aspectos emocionais (sintomas subsindrômicos, descontrole emocional) e cognitivos (impulsividade, negativismo, problemas de memória e aprendizado, dificuldades de enfrentamento). Quando confrontado com um estresse, esse sistema de avaliação suscetível a essas influências poderia fazer a pessoa se sentir desamparada e sem opções, acionando o "script de suicídio". Isto é, há uma ideação de suicídio que facilita a compreensão da morte e afeta seus pensamentos e atitudes em relação ao comportamento suicida, podendo resultar em suicídio.

A partir dessa apresentação, é essencial destacar a relação dos comportamentos suicidas com os transtornos de humor. Na maioria dos estudos clínicos, observa-se que entre 30% e 40% dos pacientes com transtorno depressivo maior (TDM) e 50% dos pacientes com transtorno bipolar (TB) experimentam tentativas de suicídio ao longo da vida. Sokero⁴⁶, em uma pesquisa com 269 pacientes com DM recrutados da população geral, observou que 64 pacientes (32%) da amostra já tinham cometido tentativas de suicídio anteriormente. Valtonen⁴⁷, em um estudo retrospectivo com 191 pacientes bipolares, 90 com TB tipo I e 101 com TB tipo II, observou que 85 pacientes (45%) tentaram cometer suicídio ao longo da vida.

Em uma pesquisa envolvendo 100 pacientes internados com diagnóstico de depressão grave, Malone⁴⁸ notou que 51% deles realizaram tentativas de suicídio ao longo da vida. No que diz respeito ao suicídio total, pesquisas indicam que, nos pacientes com distúrbios de humor, entre 15% e 19%



acabam morrendo⁴⁹. Guze e Robins, em 1970⁵⁰, foram os primeiros a registrar de forma sistemática o risco de suicídio entre pacientes com transtorno maníaco-depressivo. Em 14 estudos prospectivos, dois estudos populacionais e um de família, observou-se uma média de suicídio de 15% entre os pacientes (as taxas variaram de 12% a 60%). Nesses pacientes depressivos, é indispensável analisar a questão dos pensamentos e atitudes disfuncionais que se manifestam ao longo de toda a convivência com essa condição, buscando compreender melhor as dificuldades que essas pessoas enfrentam, a fim de assegurar um tratamento eficaz.

Nesse sentido, apesar da eficiência dos remédios antidepressivos no tratamento, isoladamente eles não são suficientes, porque a depressão é uma doença multifatorial. Entretanto, a multifatorialidade do seu tratamento pode não trazer uma resposta imediata. A primeira prescrição pode levar vários meses para se estabilizar, gerando um grande estresse para o paciente e para a família⁵¹. Apesar da resposta ou remissão dos sintomas, podem permanecer sintomas residuais (subsindrômicos) que podem afetar o funcionamento psicossocial e aumentar a probabilidade de reincidência. Ao contrário dos critérios diagnósticos de depressão, não há uma sequência de sintomas que devem desaparecer ao longo do tratamento. Assim, pode-se encontrar pacientes que responderam ao tratamento com alívio de um dos seus sintomas, porém ainda existem sintomas que podem prejudicar a recuperação funcional.

Em cada 100 pacientes tratados, estima-se que 55 respondem ao primeiro tratamento e 30 atingem a remissão, ou seja, voltam ao seu estado normal e conseguem retomar suas atividades no mesmo ritmo⁵². Segundo outra meta-análise⁵³, 29% mostram recorrência no primeiro ano e 54% no segundo. A depressão crônica resulta em vários danos psicossociais. Por essa razão, terapias que combinam intervenções psicossociais apresentam resultados mais efetivos a longo prazo. Principalmente, porque fornecem ao paciente informações acerca de sua condição, tratamento e estratégias para lidar com suas oscilações de humor e possíveis recaídas⁵⁴. A busca por tratamentos eficazes para a depressão indica uma necessidade urgente.

1.3 A DIFERENÇA ENTRE DEPRESSÃO E MELANCOLIA CONFORME A PSICANÁLISE

É de suma importância compreender a diferença entre a depressão e a melancolia. Fédida⁵⁵, a partir de Freud, consegue distinguir, de forma mais precisa, a constituição e defesa do psiquismo. Em seu artigo “luto e melancolia”⁵⁵, Freud considera a depressão como luto, mudando a psique de forma significativa, sendo equivalente à melancolia. Contudo, em relação à melancolia, seria possível observar formas mais severas de inibição motora e afetiva, assimbolia, podendo ser classificada como um estado. Enquanto na depressão haveria quadros clínicos bem definidos de neurose ou similares, no qual o luto estaria presente. Ademais, poderia ser comparada com a neurose narcísica, pois o indivíduo tem um conflito intrapsíquico entre as instâncias do ego e do superego, deixando o sujeito com culpa.

Moreira⁵⁶, ao observar a evolução dos estudos freudianos, conseguiu demonstrar também mais uma questão importante em relação à depressão e à melancolia. Para ele, a indiferenciação entre as



duas traz problemas no estabelecimento da direção do tratamento. Na melancolia, o ser é acompanhado de uma anestesia sexual psíquica, na qual o indivíduo não apresenta desejo sexual, há uma desconstrução do eu e um conflito do eu com o superego. Enquanto na depressão, temos algo mais parecido com uma neurose de angústia⁵⁷, um conflito entre o eu e o ideal do eu, sempre ligada a um afeto, sintoma ou estado que envolve uma tristeza e desgosto. Contudo, apesar de as duas serem diferentes, podem caminhar juntas, visto que pode haver melancolia na depressão e depressão na melancolia. Dessa forma, sempre é importante conseguirmos diferenciar as duas em um diagnóstico.

1.4 EVOLUÇÃO DE UM DEPRIMIDO SEGUNDO A PSICANÁLISE

Melanie Klein⁵⁸ postula que o indivíduo deprimido não possui bons objetos internos e não se sente seguro em seu próprio mundo interno, ao experimentar uma perda externa. A autora realiza essa reflexão a partir do desenvolvimento de um bebê, que possui um objeto inteiro e se relaciona com ele e dessa relação surgem novos sentimentos, tanto de falta como de desejo. E o modo como esse objeto se manifesta nas fantasias geradas pelo mesmo, podendo gerar até culpa. É como se a criança passasse por algo semelhante ao luto mediante um evento, capaz de modificar o desenvolvimento, obrigando o indivíduo a se adaptar. A negociação interna nesse momento exige do ser bons objetos internos, determinando, dessa maneira, o curso futuro da doença mental e a vulnerabilidade para depressão frente a outras perdas futuras.

Algo que vale ressaltar, pois não contribui para a melhora de nenhum indivíduo deprimido, é a complexa era social em que vivemos. O peso da sociedade sobre o indivíduo, no que diz respeito às abordagens políticas, espaciais, culturais, sociais e temporais, pode alterar as condições subjetivas de sua existência. Dessa forma, deixa o deprimido ainda mais afundado em seus problemas internos, enxergando-se como parte de um problema gerado pela própria sociedade, as quais a aparência baseia-se em momentos extremamente efêmeros e maquiados por conta do advento das redes sociais.

2 CONCLUSÃO

Com base nas abordagens apresentadas, adaptacionista e não adaptacionista, vale a observação de que, nas teorias evolucionistas, a depressão tornou-se uma espécie de “ferramenta” para angariar auxílio para a solução dos problemas de cada um, além de forçar o indivíduo a uma análise dos problemas responsáveis pela depressão se instalar. Além disso, a visão evolucionista indica possíveis alterações no ambiente, visando reduzir o sofrimento e a susceptibilidade à depressão⁵⁹. Conforme mencionado no começo deste estudo, a probabilidade de desenvolver depressão é intensificada pela pobreza, desemprego, acontecimentos da vida, enfermidades físicas e problemas relacionados ao consumo de álcool e droga⁶⁰. Enfrentar questões humanitárias, reduzir a desigualdade social, implementar políticas mais equitativas e alocar mais recursos nas políticas de combate ao uso de álcool e drogas podem resultar em proteção para aqueles que correm maior perigo.

Para finalizar, devido ao aumento de quadros depressivos e no número de tentativas de suicídio, bem como do próprio suicídio, há uma urgência de assegurar tratamento eficaz para os



pacientes. Uma das estratégias mais empregadas para a recuperação de pacientes depressivos é a combinação de medicamentos com acompanhamento psicológico, como a psicanálise, que estuda o indivíduo deprimido há décadas e consegue observar sua evolução, produzindo resultados preventivos contra a depressão de seja ela qual indivíduo for, adaptando todo o tratamento individual e direcionando para os pacientes, pois, como foi dito anteriormente, a depressão tende a se manifestar de forma diferente nas diversas faixas etárias, como por exemplo, nos idosos, que merecem demasiada atenção por justamente apresentarem uma clínica distinta da depressão observada em jovens.

REFERÊNCIAS

1. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5. ed. Washington: APA; 2014.
2. Sloman L, Gilbert P, Hasey, G. Evolution and depression. 2003.
3. World Health Organization. Depression and other common mental disorders. Geneva: WHO; 2017.
4. Cosmides L, Tooby J, Barkow JH. The adapted mind. New York: Oxford University Press, 1992.
5. Yamamoto, T. [Ano completo].
6. Izar M. Psicologia evolucionista. 2018. p. 1.
7. Gilbert P. Evolution and depression. 2006. p. 2.
8. Price J, Gardner R. [Ano completo]. 1995.
9. Hagen E. Evolutionary explanations for depression. 2003.
10. Hagen E. 2003. p. 105.
11. Hagen E. Depression as a bargaining strategy. 1999.
12. Hagen E. 2002.
13. Watson P, Andrews P. A strategy for understanding depression. 2002.
14. Bartosova J, et al. Rumination and social cognition. 2018. p. 1.
15. Andrews P, Thomson J. The role of rumination in depression. 2009.
16. Durisko M, Mulsant B, Andrews P. Depression and problem-solving. 2015.
17. Durisko M, Mulsant B, Andrews P. 2015.
18. Nesse R. Evolutionary psychology and depression. 2000.
19. Keller M, Nesse R. The evolutionary significance of depressive symptoms. 2006.
20. Nettle D. Personality and depression. 2004.



21. Beekman A, et al. Prevalence of depression in older adults. 1999.
22. Chachamovich E. et al. Depression and quality of life in elderly. 2008.
23. VanItallie C, Heok K, Ho L. Depression across ages. 2005; 2008.
24. Alexopoulos GS. et al. Depression in the elderly. 2004.
25. Dillon C, et al. Geriatric depression. 2011.
26. Gottfries CG, Bogner H, Dillon C. 1998; 2009; 2011.
27. Nubukpo P, et al. Late-life depression. 2005.
28. Baldwin R, Tomenson B, Van Den Berg et al. 1995; 2011.
29. Brodaty H, Bagulho L. 2001; 2002.
30. Gottfries, C. G. 1998.
31. Lyness J. et al. Depressive symptoms in primary care elderly. 1999.
32. American Psychiatric Association. DSM-IV. 2000.
33. World Health Organization. ICD-10. 2007.
34. Gazalle F, et al.; ANI, C. 2004 a,b; 2008.
35. Oquendo M, et al. Suicidal behavior definitions. 2003.
36. Beck A. et al. 1975; 1979.
37. O'Carroll P, et al. Suicide-related behavior. 1996.
38. Goldsmith S, et al. Suicide attempts assessment. 2002.
39. Beck A, et al. Suicide intent scale. 1974a.
40. Beck A, et al. 1988.
41. Williams J. Cry of Pain model. 2001.
42. Rasmussen K, et al. Suicidal behavior in bipolar patients. 2010.
43. Williams J, Pollock D. 2001.
44. Williams J, Pollock D, Johnson J, et al. 2008.
45. Johnson J, et al. SAMS and suicide assessment. 2008; 2010.
46. Sokero P, et al. Suicidal attempts in depression. 2003.
47. Valtonen H, et al. Bipolar suicide risk. 2005.
48. Malone K, et al. Inpatient depression and suicide attempts. 1995.
49. Miles D, Goodwin F, Jamison K. Suicide in mood disorders. 1977; 1990.



50. Guze S, Robins E. Manic-depressive suicide risk. 1970.
51. Gaynes B, et al.; KOENIG, H.; CHASE, G. 2008; 2009.
52. Israel J. Antidepressant treatment response. 2010.
53. Vittengl J, et al. 2007.
54. Friedman E, et al.; Koenig H, Chase G, Israel J. 2009; 2010.
55. Fédida P. Luto e melancolia. 2000; 2002.
56. Moreira D. Psicanálise e depressão. 2002.
57. Freud S. Luto e melancolia. 1895/1996c.
58. Klein M. Psicanálise da depressão. 1934.
59. Nettle D, Bateson P. Evolutionary psychology of mood disorders. 2012.
60. OMS. Depressão em idosos. 2017.
61. Barczak DS. Validação de escala para rastreamento de depressão em idosos: importância de um teste de aplicação rápida. São Paulo: USP; 2012. [Acesso em: 27 set. 2025]; Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5142/tde-19032012115042/publico/DanielSindelarBarczak.pdf>.
62. Nabuco de Abreu L. Avaliação do impacto da comorbidade com transtornos ansiosos no comportamento suicida em pacientes com transtornos de humor. São Paulo: USP; 2016. [Acesso em: 27 set. 2025]; Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5142/tde-20042016-160132/publico/LenaNabucodeAbreu.pdf>.
63. Carneiro AM. Pensamentos disfuncionais e comportamentos evitativos ao longo do episódio depressivo: um estudo longitudinal. São Paulo: USP, 2019. [Acesso em: 27 set. 2025]; Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5142/tde07052019142600/publico/AdrianaMunhozCarneiro.pdf>.
64. Zavalo Niscalco A. Avaliação de sistema nervoso simpático em pacientes deprimidos. São Paulo: USP, 2007. [Acesso em: 27 set. 2025]; Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5142/tde-02042007-120815/publico/andreiazavaloniscalco.pdf>.
65. Morihisa RS. Estudo de comorbidades psiquiátricas entre adolescentes com transtornos por uso de substâncias psicoativas atendidos em um hospital universitário. São Paulo: USP, 2007. [Acesso em: 27 set. 2025]; Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5142/tde-08012007-151912/publico/rogerioshigueomorihisa.pdf>.
66. Tavares ACS, Lima RFF, Tokumaru RS. Teorias evolucionistas da depressão: panorama e perspectivas. Psicol. USP. 2021;32. [Acesso em: 27 set. 2025]; Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pusp/a/7LkLBKymbFxQ8mK5DnjRDjM/?lang=pt>.
67. Monteiro KCC, Lage AMV. Depressão: uma ‘psicopatologia’ classificada nos manuais de psiquiatria. Psicol. cienc. prof. Mar 2007;27(1). [Acesso em: 27 set. 2025]; Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/WbghPgKbc5H6YVCvG77tSPf/?lang=pt>.