



CADERNO
MULTIDISCIPLINAR
INNOVE

DEPRESSÃO



APRESENTAÇÃO

AGRADECIMENTOS

Que características comportamentais e emocionais uma pessoa em estado de depressão apresenta? Uma criança pode apresentar esse quadro? Que áreas da vida são prejudicadas? Que fatores estão envolvidos no desenvolvimento e manutenção da depressão? Que alternativas temos para intervir nesses casos?

Sem dúvida, essas são questões importantes presentes no meio acadêmico, profissional e na comunidade em geral. A alta incidência de diagnósticos de depressão nos mais diversos contextos faz o tema ganhar relevância para pesquisas e intervenções. Na quarta edição do **Caderno Multidisciplinar Inove** buscamos apresentar aspectos que contribuem para a compreensão desse tema.

Você encontrará nas páginas que se seguem aspectos sobre avaliação e intervenção com adultos e crianças em estado de depressão, considerando as contribuições da psicologia, psiquiatria e nutrição para o tratamento desse transtorno. Você encontrará também considerações sobre o impacto dessa desordem no mundo do trabalho e como pesquisas com animais podem contribuir para a compreensão da depressão. Em entrevista exclusiva, **Hélio Guilhardi** (ITCR Campinas) fala sobre as condições que podem levar ao desenvolvimento de um quadro depressivo e alguns aspectos que precisam ser observados para que as intervenções sejam bem sucedidas.

Esperamos, mais uma vez, que esse seja um material útil para informar e aperfeiçoar práticas profissionais.

Boa leitura!

EQUIPE 
INSTITUTO inove
Análise do Comportamento e Saúde

DEPRESSÃO

Nossos agradecimentos a cada um que contribuiu para esta edição do Caderno Multidisciplinar Inove.

Annie Wielewicki

annie@institutoinove.com.br

Clay Brites

drclayneuroped@yahoo.com.br

Fabiane Moraes

fabiane@institutoinove.com.br

Gessynger Moraes Silva;

Marcelo Tadeu Marin

mtadeum@yahoo.com.br

Hélio José Guilhardi

www.terapiaporcontingencias.com.br

Jéssica Pezenti

jessicapezzenti@hotmail.com

Naiara Costa

naiara@institutoinove.com.br

Rafael T. de Sousa

rafaeltdesousa@usp.br

Tháisa Carvalho

thaisa@institutoinove.com.br

editorial



Annie Wielewicki



Fabiane Moraes



Naiara Costa



Cíntia Barbizan



Luciano Carneiro



Eduardo Carvalho Neto

CADERNO
MULTIDISCIPLINAR
INOVE

1



Modelos Animais de Depressão

Gessynger Morais Silva* ; **Marcelo Tadeu Marin, PhD.****

*Biomédico e pesquisador em neurociências; **Professor e pesquisador de neurofisiologia e comportamento animal. Instituto de Ciências Biomédicas, Universidade Federal de Uberlândia/MG

O progresso no entendimento das bases neurais e o desenvolvimento de novos tratamentos para a depressão dependem em grande parte de experimentos realizados em animais, em especial dos chamados modelos animais de depressão.

A depressão é um transtorno bastante complexo e difícil de ser replicado na sua totalidade em animais de laboratório. Apesar disso, vários dos sinais característicos desse transtorno podem ser observados em animais, como os roedores. Os principais sintomas da depressão em humanos são a anedonia (redução da capacidade de sentir prazer por atividades naturalmente prazerosas), o estado de humor depressivo, irritabilidade, desordens de concentração, de sono e de alimentação, ideias suicidas e sentimentos de desamparo, culpa e inutilidade. Esses sintomas são vivenciados cronicamente pelos indivíduos deprimidos, interferindo nas tarefas diárias e interações sociais (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR), 2000).

Qualquer modelo animal para o estudo da depressão deve satisfazer alguns requisitos mínimos, propostos inicialmente por McKinney e Bunney (1969): ter sintomatologia razoavelmente semelhante à doença humana, possuir alterações comportamentais objetivamente mensuráveis e reversíveis por tratamentos semelhantes aos utilizados em humanos e ser passível de reprodução em diferentes laboratórios.

O uso de animais no estudo da depressão envolve metodologias para o desenvolvimento do estado depressivo e experimentos para avaliação

dos seus níveis nestes mesmos animais. Em geral, os métodos de desenvolvimento da depressão tentam simular o pouco do que se conhece da etiologia da doença em humanos e os experimentos de avaliação da depressão analisam fenótipos característicos, que se assemelham aos sintomas encontrados nos pacientes que sofrem desse transtorno.

O paradigma mais usado mundialmente para medida dos comportamentos relacionados à depressão em roedores é o teste do Nado Forçado (TNF). Proposto inicialmente por Porsolt em 1977 (Porsolt, Bertin & Jalfre, 1977), se baseia no desamparo comportamental vivenciado por animais expostos a uma situação aversiva e inescapável. Ao serem expostos a um recipiente inescapável e com grande volume de água, os roedores adotam, após certo tempo, uma postura de imobilidade, característica do desamparo comportamental. Simultaneamente à imobilidade, outros comportamentos podem ser analisados, como a natação (movimento horizontal de fuga) e a escalada (movimento vertical de fuga). Este teste se mostrou sensível ao efeito de diversos fármacos importantes e largamente empregados clinicamente e tem sido muito importante na identificação de substâncias com potencial antidepressivo. Além disso, a facilidade de realização e a reprodutibilidade do mesmo o torna bastante popular entre os pesquisadores.

O Teste de suspensão pela cauda também se baseia em medidas relacionadas ao desamparo comportamental em animais ao serem expostos a



uma situação inescapável. Durante o procedimento, os camundongos são suspensos e presos pela cauda durante um período limitado de tempo, no qual o tempo de imobilidade é medido (Steru et al., 1985). Apesar de sua simplicidade, baixo custo e alta reprodutibilidade, não se tornou tão popular quanto o TNF devido a impossibilidade de empregá-lo em ratos e em algumas linhagens de camundongos.

Outro sinal presente em indivíduos deprimidos que pode ser mensurado em modelos animais é a anedonia. Por meio da análise da preferência por soluções adocicadas, pode-se comparar o nível de anedonia entre diferentes animais. A autoestimulação intracraniana também oferece medidas confiáveis da motivação dos animais acerca de atividades prazerosas. Por meio de eletrodos conectados nas vias neuronais de recompensa, pode-se avaliar a sensibilidade destas a descargas elétricas, dando indícios da atividade neuronal da região.

Alterações a nível celular ou endócrino do sistema nervoso central também podem ser utilizadas para avaliação dos níveis de depressão em um modelo animal. Por exemplo, o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HPA), crucial na resposta do organismo frente a estímulos aversivos, pode ter sua atividade alterada em indivíduos deprimidos. De fato, alterações na homeostase do eixo HPA são uns dos sinais mais consistentes entre pacientes com depressão maior (Fountoulakis et al., 2008).

Os testes descritos acima são úteis para avaliação do efeito de tratamentos sobre sinais relacionados à depressão em animais. Assim, eles não são propriamente modelos animais desse transtorno. Para a indução de alterações relacionadas à depressão em animais, algumas estratégias podem ser tomadas para modelar tal transtorno no animal. Elas podem envolver a exposição dos animais a estímulos estressores, tanto na vida adulta como durante a infância, lesões de

regiões cerebrais ou manipulações genéticas e farmacológicas (Deussing, 2006).

O estresse é tido como um dos principais fatores no desencadeamento da depressão em humanos susceptíveis. Diversos modelos animais de depressão foram desenvolvidos baseados na exposição aguda ou crônica ao estresse. Nesses modelos, os animais apresentam sinais relacionados à depressão, que podem ser objetivamente medidos pelas técnicas citadas anteriormente e respondem ao tratamento com antidepressivos. O modelo do desamparo aprendido, apesar de suas restrições éticas, é um dos modelos que mais incorpora a etiologia da depressão e suas predisposições individuais. Quando expostos a choques incontroláveis e inevitáveis nas patas, os animais desenvolvem sinais características da depressão, que melhoram com o tratamento à base de antidepressivos. Entretanto, esses efeitos são passageiros, ou seja, permanecem apenas por alguns dias, e somente alguns animais desenvolvem os sinais de desamparo.

A exposição crônica ao estresse moderado, de maneira imprevisível, leva ao aparecimento de alterações comportamentais, neuroendócrinas e neuroquímicas duradouras, parecidas com as alterações observadas em pacientes deprimidos. Envolve a exposição dos animais por longos períodos de tempo a fatores como isolamento, privação de água ou alimento, alterações do ciclo claro-escuro, caixa-moradia molhada, entre outros. Semelhante ao que acontece durante o tratamento em humanos, somente o tratamento crônico com antidepressivos tem efeito na melhora dos sinais relacionados à depressão em animais expostos ao estresse crônico moderado.

O estresse social é um fator ao qual praticamente todos os mamíferos estão expostos



naturalmente e de forma crônica. Humanos que sofrem episódios de derrota social (brigas familiares, perda de emprego, isolamento social) apresentam aumento dos sintomas de depressão. Esse papel chave do estresse social na depressão incentivou o desenvolvimento de experimentos envolvendo o conflito social em animais. O principal modelo de derrota social em ratos e camundongos é o paradigma intruso/residente. Nele, um animal, denominado intruso, é exposto à gaiola de outro animal agressivo e dominante, o residente, podendo ou não ocorrer contato físico. Após a exposição crônica aos residentes, os animais intrusos apresentam importantes alterações fisiológicas e comportamentais, exibindo sinais como anedonia, desamparo comportamental, problemas cardiovasculares e aumento do volume das glândulas adrenais (indício de hiperatividade do eixo HPA).

A infância é um período crítico para o desenvolvimento do sistema nervoso como um todo. Inúmeras conexões sinápticas são feitas e desfeitas, acarretando alterações de longo prazo. O estresse de separação materna é um dos modelos empregados para análise dos efeitos do estresse durante a infância no desenvolvimento de doenças psiquiátricas, inclusive a depressão. Por exemplo, a separação dos filhotes da mãe por algumas horas nos primeiros dias de vida leva a aumento dos comportamentos relacionados à ansiedade e depressão, além de causar uma hiperresponsividade do eixo HPA, que perduram até a idade adulta.

Os modelos animais envolvendo lesões se baseiam no pressuposto de que a depressão é causada por déficits na regulação de diversos sistemas neuronais. A destruição do bulbo olfatório em roedores causa alterações no eixo límbico-hipotalâmico, conseqüentemente, alterações comportamentais, neuroendócrinas e neuroquímicas semelhantes às encontradas em pacientes deprimidos. Além disso, esses animais

respondem apenas ao tratamento crônico com antidepressivos, assim como os pacientes deprimidos.

Apesar da identificação de diversos fatores que influenciam o aparecimento de depressão, nem todas as pessoas que são expostas a estes fatores desenvolvem o transtorno. E o mesmo ocorre com animais. Como já citado, nem todos os animais submetidos ao procedimento de choque nas patas (desamparo aprendido) desenvolvem sinais de desamparo comportamental e depressão. Esses dados demonstram a importância da carga genética na formação da doença. O desenvolvimento de modelos animais de depressão baseados na manipulação gênica permitem o desenvolvimento de modelos mais próximos da realidade encontrada na prática clínica.

O desenvolvimento de linhagens mais responsivas aos testes de análise da depressão pode ser feita por meio de cruzamentos entre indivíduos mais susceptíveis. O mapeamento genético destas linhagens fornece informações importantes de genes-chaves na etiologia da depressão, auxiliando no desenvolvimento de tratamentos e no entendimento da patologia. A criação de animais geneticamente modificados com base nessas alterações permite ainda a associação entre o fenótipo visualizado e a alteração genética existente.

A escolha do modelo animal para estudo da depressão depende muito dos objetivos do estudo. Cada modelo possui suas vantagens e limitações. Associar diferentes modelos permite que se reduzam as limitações inerentes de cada metodologia e aumente a aplicabilidade dos resultados à realidade humana. Apesar das limitações, os modelos animais ainda são indispensáveis ao desenvolvimento de tratamentos e elucidação de mecanismos neuronais envolvidos na depressão.



Aspectos relevantes sobre a Depressão

Naiara Costa

Psicóloga Clínica (Instituto InnoVe | SEST/SENAT). Especialista em Terapia por Contingências de Reforçamento.

A Depressão se tornou um importante problema de saúde pública ao alcançar estatísticas alarmantes em todo o mundo, inclusive no Brasil. Segundo a Organização Mundial de Saúde, o Brasil é o país com a maior prevalência do quadro no último ano, com acometimento de 10,8% da população.

Cada vez mais, a Depressão vem sendo concebida e tratada como uma desordem multideterminada. Pesquisas apontam que a Depressão pode ser o transtorno que mais afetará a população quando comparada a outros problemas de saúde como câncer e doenças cardíacas, justificando a relevância do estudo, pesquisas e planos de intervenção junto a profissionais de diferentes especialidades.

Na literatura médica, a Depressão é um termo técnico que designa uma “Síndrome de desordem afetiva” ou “Síndrome do humor depressivo”. O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, em sua quarta edição (DSM IV), classifica a Depressão dentro dos Transtornos do Humor e baseia sua classificação de acordo com o número e a frequência dos sintomas. Entre esses estão: feições deprimidas ou tristes, redução do interesse em realizar as atividades, alterações no apetite e no sono, agitação ou ansiedade, fadiga ou perda de energia, passividade, autodepreciação, atenção para eventos negativos, abuso de substâncias, problemas de relacionamento, entre outros.

Embora esses sintomas sejam os mais frequentemente apontados pela psiquiatria atual, para estudiosos e clínicos que privilegiam o modelo de seleção de comportamento por consequências, proposto por Skinner, a Depressão é analisada como produto de relações contingenciais. O analista do comportamento não entende a depressão como uma

doença, mas como um repertório comportamental que deve ser compreendido por meio da análise funcional.

Sendo assim, a característica mais clara de estados depressivos seria a perda ou a escassez de estímulos reforçadores, acompanhado do aumento de comportamentos de fuga/esquiva, como queixas, choros e irritabilidade (Ferster, 1973).

A Psicóloga clínica do Instituto InnoVe, Fabiane Moraes, explica que sentimentos e comportamentos como tristeza, angústia, desânimo, isolamento social, choro e apatia podem ser desencadeados por diversos fatores, tanto biológicos (doenças orgânicas, disfunções hormonais, uso de medicamentos, álcool ou drogas) quanto ambientais (eventos estressantes continuamente presentes no cotidiano de um indivíduo, perdas afetivas significativas, etc).

As alterações orgânicas têm sido relacionadas com o quadro depressivo, após pesquisas identificarem que a sensibilidade a estímulos reforçadores é mediada por neurotransmissores (noradrenalina, serotonina, dopamina, entre outros). Assim, a identificação das disfunções biológicas é útil ao permitir que intervenções desta ordem sejam realizadas.

São exemplos disto, as intervenções medicamentosas e nutricionais. A primeira, quando justificadas por avaliação e diagnóstico psiquiátrico, envolve uso consistente de psicotrópicos que atuam por meio da modulação de neurotransmissores, contribuindo para mudança do quadro. Já a segunda, implica em planos alimentares que contemplem a



absorção de nutrientes específicos.

A nutricionista Mary Laine Diniz, também do Instituto InnoVe, afirma que ingestão diária de algumas vitaminas e minerais proporciona fontes de triptofano, um aminoácido essencial e indispensável para o bom funcionamento do organismo, bem como a produção de niacina (vitB3) e serotonina, substâncias capazes de dar ao cérebro sensação de bem-estar, reduzir a sensação de dor, diminuir o apetite, melhorar o sono e a sensação de saciedade.

Considerando componentes ambientais para a instalação e manutenção da Depressão, no processo psicoterápico as queixas são trabalhadas por meio do manejo das contingências de reforçamento que produzem os sentimentos e comportamentos ditos depressivos.

Fabiane Moraes relata que o papel do terapeuta em termos gerais é tentar identificar e analisar quais contingências (eventos cotidianos que antecedem e que consequenciam comportamentos) estariam mantendo os comportamentos depressivos apresentados pelo indivíduo e, assim, alterá-las, a partir de atividades que aumentariam a probabilidade do contato com reforçadores positivos do ambiente.

Entrar em contato com reforçadores positivos podem envolver o engajamento em atividades pré-estabelecidas, condições para a resolução de problemas e enfrentamentos, desenvolvimento de padrões de interação social mais adequado. A escassez de reforço social também é bastante significativa e relevante para o surgimento e manutenção dos comportamentos depressivos, uma vez que geralmente pessoas depressivas não dispõem de habilidades sociais.

Fabiane Moraes também pontua a necessidade do terapeuta propor ações de forma mais lenta e progressiva, para que a probabilidade de não adesão e frustração do cliente seja menor, já que o mesmo se encontra em condições muitas vezes bastante deficitárias em relação ao convívio social,

cuidado pessoal e atividades em geral.

As considerações descritas no presente texto não esgotam as variáveis envolvidas na instalação, manutenção e resolução do quadro depressivo. Entretanto apontam as principais vertentes trabalhadas diante deste contexto. Intervenções psicoterápicas, medicamentosas e alimentares fazem parte de caminhos eficazes e seguros que, combinados, auxiliam o indivíduo deprimido a se comportar de forma a construir condições que reestabeleçam sua qualidade de vida.



No INSTITUTO INNOVE...

Nossa **Missão** é prestar atendimento visando bem estar psicológico e físico aos clientes, respeitando os preceitos éticos e promovendo qualidade de vida. Além disso, formar e informar a comunidade de forma a promover melhorias pessoais e sociais.

Nossa **Visão** é ser referência em Londrina e região no tocante aos atendimentos clínicos e à formação complementar na área da saúde e educação.

Nossos **Valores** são: Inovação em práticas na área da saúde; comunicação clara e precisa; gerenciamento em equipe; relacionamento com clientes baseado em respeito, responsabilidade e dedicação; comprometimento social; e, transparência nas ações.



Avaliação e Intervenção Psicofarmacológica na Depressão

Rafael T. de Sousa

Médico Psiquiatra pela Faculdade de Medicina da USP, Coordenador Científico do Programa de Transtornos de Humor, LIM27. Instituto de Psiquiatria (IPq) do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo.

A depressão maior é um transtorno que acomete cerca de 6% da população das grandes metrópoles e é 2 vezes mais prevalente em mulheres do que em homens (Kessler et al., 2003). Diversos fatores vitais, psico-sociais e biológicos estão associados ao desencadeamento dos quadros depressivos maiores.

Entre os fatores biológicos, cumpre destacar o desequilíbrio de fatores neurotróficos como o *brain-derived neurotrophic factor* (BDNF), o *vascular endothelial growth factor* (VEGF) e o fator de crescimento IGF-1 (Kupfer et al, 2012). Além disso, cada vez mais se nota a influência de fatores inflamatórios associados à depressão, como as interleucina-1beta, a interleucina-6 e o fator de necrose tumoral-alfa (Kupfer et al., 2012). A depressão maior ainda está associada à desregulação do eixo hipotálamo-pituitário-adrenocortical (Kupfer et al., 2012).

Todas estas alterações biológicas correspondem a uma constelação de sintomas que constitui a depressão maior. Além da tristeza e desânimo, pode se apresentar com diminuição de concentração, lentificação ou agitação, alterações do sono e apetite, perda de energia, sentimentos de culpa e pensamentos de morte ou ideação suicida (APA, 1994).

Devido à gama de sintomas que podem estar presentes, faz-se necessário excluir causas clínicas para as queixas. Doenças da tireoide, deficiências nutricionais (p. ex., pelagra, deficiência de vitamina B12 e de folato) e efeitos colaterais de medicações (beta-bloqueadores, corticóides, pílulas de progestágeno) podem ser responsáveis em parte ou integralmente pelo quadro clínico observado.

Os sintomas depressivos não estão presente somente nos quadros de depressão maior, mas podem acompanhar diversos quadros psiquiátricos. Os mais importantes são a esquizofrenia, a distímia e o transtorno bipolar.

A esquizofrenia comporta sintomas psicóticos (de quebra com a realidade) e por vezes tem presente sintomas depressivos. A distímia é uma forma de depressão menor que se caracteriza por humor depressivo crônico (por ao menos 2 anos), mas com intensidade inferior à da depressão maior. O transtorno bipolar se caracteriza pela alternância por períodos de mania (ou hipomania) com períodos depressivos. Nos períodos de mania (ou hipomania) há euforia ou irritabilidade, associados à loquacidade, aumento de atividades, distraibilidade, sensação de ideias correndo, auto-confiança aumentada, diminuição de necessidade de sono e atuações de risco (por exemplo, envolvimento sexual ou dirigir imprudentemente de maneira distinta do comportamento habitual do indivíduo). Portanto, em face de sintomas depressivos, faz-se necessário uma avaliação psiquiátrica e clínica para fazer corretamente o diagnóstico que guiará a abordagem do transtorno.

Entre as diversas formas comprovadamente eficazes de se abordar a depressão estão a psicoterapia e o tratamento farmacológico. Em quadros leves ou moderados, a intervenção farmacológica pode ser usada, mas não é obrigatória. Em quadros depressivos graves, sempre está indicado o tratamento farmacológico, se possível em conjunto com a psicoterapia (Parikh et al., 2009).



Há diversas medicações eficazes para o tratamento da depressão maior. As medicações mais utilizadas são os inibidores seletivos de recaptção de serotonina (ISRS). Fazem parte da classe dos ISRS a fluoxetina, a sertralina, a paroxetina, a fluvoxamina, o citalopram e o escitalopram. Além dos ISRS, são bastante utilizadas as medicações de ação dual, que atuam não só na serotonina, mas também na noradrenalina, como a duloxetina, a venlafaxina e a mirtazapina.

Os antidepressivos tricíclicos (clomipramina, imipramina, amitriptilina e nortriptilina) também são muito eficazes, mas menos utilizados pelo psiquiatra devido aos efeitos colaterais que causam (boca seca, obstipação, hipotensão postural e ganho de peso). Por causa de os anti-depressivos terem eficácia semelhante, a escolha da medicação se baseia normalmente em fatores como incidência de efeitos colaterais, preço da medicação, interações com outros medicamentos e resposta prévia a algum dado medicamento.

O tratamento medicamentoso tem a finalidade de diminuir os sintomas agudamente (tratamento agudo), mas também deve ser usado depois de os sintomas cessarem (tratamento de manutenção) (Patten et al., 2009). O tratamento de manutenção, feito comumente por 6-12 meses é importante, pois diminui a chance de recaídas com a suspensão da medicação (Kupfer et al., 2012)

Portanto, sendo a depressão maior um transtorno associado a fatores psico-sociais e biológicos, sua avaliação inclui investigação psiquiátrica e clínica, a fim de identificar as melhores vias de intervenção. A psicoterapia e o tratamento medicamentoso são relatados pela literatura como caminhos eficazes quando utilizados em conjunto. .

Já conhece
nossas áreas de
atuação ?

Psicologia

Psicopedagogia

Neuropsicologia

Nutrição

Fonoaudiologia

Conheça mais em
www.institutoinove.com.br





2 ANOS de Instituto InnoVe

comemoração em grande estilo!



INSTITUTO innoVe
Análise do Comportamento e Saúde

APOIO:



**SENTIMENTOS DE AUTOESTIMA, AUTOCONFIANÇA E
RESPONSABILIDADE NA PERSPECTIVA DA TCR**

Hélio Guilhardi

09.08
19H - 21H30
PUC-PR



Psicólogo, Mestre em Psicologia Experimental pela USP. Diretor do Instituto de Terapia por Contingências de Reforçamento (ITCR), criador e coordenador de Curso de Especialização em Psicologia Clínica - área de Terapia Comportamental.



R\$55 ALUNOS PUC
R\$60 ESTUDANTES
R\$70 PROFISSIONAIS

*Inscrições e informações : (43) 3328-0001 - Instituto InnoVe
Caio (9611 1051) - Puc | Cristhiane (99383946) - Pitágoras
Raissa (96784478) - Uel | Karen (84525294) - Unifil*





Instituto InnoVe entrevista HELIO J. GUILHARDI*: Depressão segundo a Terapia por Contingências de Reforçamento

*Mestre em Psicologia Experimental pela USP, Psicólogo Clínico e Diretor do Instituto de Terapia por Contingências de Reforçamento (ITCR - Campinas). Coordenador de Curso de Especialização em Psicologia Clínica.

Por Annie Wielewicki e Cíntia Barbizan

Quais são os comportamentos tipicamente definidos como depressão e os seus efeitos no dia a dia do indivíduo?

Nos casos mais graves, essencialmente, ocorre um declínio na emissão de comportamentos que operam no ambiente: a pessoa se afasta do ambiente social, se mantém alheia aos familiares, pode abandonar completamente o trabalho e atividades de sua responsabilidade, reduzindo drasticamente sua eficiência e comprometimento com as tarefas, as coisas e atividades que lhe eram gratificantes perdem tal significado e não são mais importantes, ocorre apatia afetiva em geral, desinteresse sexual, diminuição de apetite, restrições nas atividades físicas, mesmo as mais básicas, como andar etc. Por outro lado, há concomitantemente fortes sentimentos de sofrimento e persistentes pensamentos sobre incertezas sobre o futuro, dúvidas sobre o significado da vida, pensamentos recorrentes de morte como meio de libertação do estado atual insuportável, planos de levar adiante procedimentos que conduzem à morte. Sentimentos de impotência diante do enorme “fardo” que é a vida estão presentes; indiferença pela sua própria continuidade também é muito intensa. Riscos de suicídio são altos e não devem ser desdenhados, nem minimizados. A crença popular de que “quem diz que vai se matar não se mata” não tem generalidade (há, é verdade, casos em que assim é, mas...) e não deve ser considerada com seriedade.

Em quadro mais amenos, as mudanças comportamentais e afetivas, bem como os pensamentos alinhavados acima, ocorrem numa

intensidade menor e, por esta razão, podem passar despercebidos pelas pessoas que convivem com o indivíduo depressivo. O critério mais relevante e confiável neste caso são os sentimentos de desgosto, de falta de perspectiva e de sentido para a vida, a percepção de que o mundo está descolorido e opaco etc. Os pensamentos sobre o existir, nestes casos, não devem ser considerados uma forma filosófica ou conceitual de compreender a vida – o que poderia ser até construtivo e estimulante –, mas uma perda de sintonia com o existir e sempre acompanhados de muito sofrimento. No início deste quadro, a pessoa pode se tornar mais agressiva, o que induz aqueles que a cercam a excluir a hipótese de que se trata de manifestação preliminar de um quadro depressivo.

Quais contingências contribuem para o quadro de depressão?

O primeiro passo do psicoterapeuta é certificar-se de que o cliente com queixa de depressão submeteu-se a uma avaliação médica, de preferência com um clínico geral ou psiquiatra, a fim de eliminar causas orgânicas que possam explicar o quadro depressivo. Depois de haver uma certificação confiável de que os fatores orgânicos foram identificados (e, neste caso, iniciado o tratamento) ou descartados, é que se deve avançar para uma análise dos determinantes comportamentais e ambientais da depressão. É desejável que os processos médicos e psicológicos caminhem juntos



em harmoniosa interação, sempre que fatores médicos tenham sido reconhecidos ou suspeitados.

As contingências de reforçamento responsáveis por um quadro depressivo podem ter origem remota e vêm se mantendo até o presente, ou motivação recente, como no caso de um evento adverso brusco e de significado aversivo intenso: morte de um ente querido, perda de emprego, danos físicos (tais como cegueira, paralisia dos membros, diagnóstico de doenças graves) ou perdas mais amplas decorrentes de algum cataclismo etc.

Quando se fala de determinação remota, há que ser analisada a história de contingências de reforçamento (alguns falam em história de vida) que marcou o desenvolvimento da pessoa. Privação de afeto, oportunidades restritas para desenvolvimento comportamental e excesso de punição, incluindo quaisquer formas de condições aversivas severas, produzem déficits nos sentimentos de autoestima e de autoconfiança; sentimentos intensos de insegurança e de desamparo; déficits de repertórios comportamentais de enfrentamento e de manejo de conflitos etc. Todas estas condições tornam a pessoa frágil diante dos desafios do dia a dia. Assim se desenvolve uma pessoa cronicamente depressiva. A vida é difícil e, para lidar com ela com serenidade e eficiência, são essenciais equilíbrio afetivo e comportamentos funcionais qualificados.

Os infortúnios traumáticos, por sua vez, interrompem abruptamente as fontes de motivação, de gratificação, de referências para a pessoa se comportar. Privada de consequências sociais e naturais de gratificação e de conforto, bem como alijada de fontes que estimulam a comportar-se e a atuar no seu ambiente cotidiano, a pessoa tem sentimentos de desamparo, de não ter a quem recorrer, de sentir-se perdida e só ou incapacitada para sobreviver às novas exigências de uma realidade para a qual se sente amputada

comportamental e afetivamente. Assim se instala um quadro de depressão episódica.

Em geral, quais procedimentos podem ser utilizados para produzir melhoras no quadro depressivo?

O primeiro passo é tomar a decisão, com um médico, sobre a necessidade ou não do uso de medicamentos. (Em caso de dúvida, a prudência deve ser em favor da pessoa em depressão).

Tanto a pessoa que está sofrendo de depressão como seus familiares devem entender que depressão é um estado grave – que pode ser, em muitos casos, considerado como uma doença orgânica – e que merece muitos cuidados imediatos. Depressão não é desânimo, nem é falta de “força de vontade”, nem falta de determinação. Conselhos tais como: “Você precisa reagir”; “Você não pode se entregar”; “Você precisa ter ânimo”; “Você deveria sair, dar uma volta, se distrair...” etc. são inócuos, pois não surtem efeitos práticos e contribuem para agravar mais os sentimentos de baixa autoestima. *Devem ser irrestritamente evitados.*

A pessoa deve ser acolhida, deve-se aceitar – no início – que se mantenha “recolhida”, não deve ser deixada sozinha, embora deva ser respeitado seu desejo de manter-se quieta. Uma boa fórmula pode ser visualizada pela imagem de uma pessoa a sós, acompanhada. Ou seja, alguém por perto faz um trabalho manual, lê um livro... em silêncio, enquanto se mantém ao lado ou próxima do depressivo!

É necessário um acompanhamento profissional. O psicoterapeuta é, em geral, uma pessoa preparada para lidar com pessoas depressivas. Cabe a ele avaliar as origens do quadro



depressivo e iniciar o longo processo de recuperação dos déficits comportamentais e afetivos, assim como lhe compete reorganizar o ambiente físico, social e familiar, visando ao objetivo de reinstalar padrões comportamentais e sentimentos saudáveis ou modelar novos repertórios afetivo-comportamentais. Cada caso exigirá uma condução particular e apropriada para a pessoa que está sendo cuidada.

Os procedimentos devem ser amenos e graduais. O processo é longo, de evolução lenta, com avanços e retrocessos, mas possível e eficaz. Técnicas de modelagem de comportamento e de manejo de controle de estímulos ambientais que evocam comportamentos (fading in e fading out) são básicas e apropriadas. Há necessidade de ampliar a sensibilidade da pessoa a reforços naturais. Responder de forma limitada aos eventos reforçadores que estão disponíveis no ambiente físico e social é déficit de repertório comportamental e, como tal, pode ser desenvolvido.

A pessoa, usando uma análise conceitual, precisa aprender a produzir reforços positivos e responder a eles com sensibilidade refinada (reagir plenamente à visão de um jardim florido pode ser um exemplo de sensibilidade refinada); precisa ser tolerante e equilibrada quando exposta a condições de extinção e de punições brandas: contingências aversivas são inevitáveis, mas, por outro lado, são temporárias e podem ser substituídas por contingências reforçadoras positivas; precisa saber se esquivar de contingências de reforçamento aversivas intensas; precisa desenvolver tolerância à frustração, melhorar autoestima e aumentar sentimentos de autoconfiança. Nada é fácil, nada é rápido, mas tudo isso é factível.

 **Baseado em sua experiência clínica, existem características pessoais e/ou profissionais (como: sexo, idade, tipo e horas de**

trabalho) que consistentemente se apresentam em indivíduos com esse quadro clínico?

A depressão comportamental (uso esse termo para distinguir da depressão com etiologia eminentemente orgânica: tumor, lesão cerebral, doenças hormonais etc.) é produto de contingências de reforçamento deficientes ou adversas. Pode-se concluir que resulta de histórias de vida aversivas (excesso de punições, de frustrações, de exigências descabidas, de regras disfuncionais etc.) e de ambientes pobres em estimulação (pessoas abandonadas ou rejeitadas, privadas de afeto, que se desenvolveram em ambientes desestruturados e inconsistentes etc.). Como tal, qualquer pessoa pode ser vítima dessas condições, independentemente de sexo, idade etc. A maneira como ela se comporta, como conduz sua vida, como se diverte ou se priva de lazer, o quanto trabalha e com que grau de satisfação ou de frustração o faz, como mantém sua vida afetiva etc., tudo isso tem a ver com a depressão: pode aumentar ou diminuir a probabilidade de uma pessoa se tornar depressiva. No entanto, todos esses padrões comportamentais e afetivos se manifestam presentemente como produtos da história de contingências de reforçamento de cada um. Assim sendo, o que produz um quadro depressivo é a rede de contingências de reforçamento a que a pessoa foi ou está sendo exposta.

Poderia encerrar com uma frase conceitual: uma pessoa não sofre de depressão; sofre de contingências de reforçamento aversivas e de contingências de reforçamento deficitárias. A depressão é produto doloroso de tais contingências de reforçamento. É sobre estas que se deve focar o tratamento.





Relações entre a depressão e o trabalho

Tháisa Mara de Carvalho

Psicóloga Clínica e Organizacional no Instituto InnoVe, graduada em Psicologia pela UEL e pós-graduanda em Análise do Comportamento Aplicada pela UNIFIL

Recentemente, a Organização Mundial da Saúde publicou dados assustadores sobre o avanço no número de quadros depressivos na população mundial. Segundo suas pesquisas, mais de 350 milhões de pessoas tem depressão, o que caracteriza 1 em cada 20 pessoas da população mundial. Os dados são ainda mais relevantes quando uma projeção da OMS prevê que em 2030 a depressão será a “doença” mais comum do mundo. (Jornada Mundial de Saúde Mental, 2012).

No Brasil, os dados fornecidos pelo Ministério da Previdência Social também não são muito animadores e corroboram tais informações, indicando um crescimento no número de casos de afastamento e auxílio-doença por transtornos mentais e comportamentais, com destaque para os episódios depressivos e transtornos depressivos recorrentes.

No primeiro trimestre de 2013, 9% dos casos de benefícios concedidos por afastamento do trabalho segundo os códigos do CID-10 foram caracterizados como Transtornos Mentais e Comportamentais, dos quais 36% se enquadram em Episódio Depressivo ou Transtorno Depressivo Recorrente (Brasil, 2013).

Apesar de considerar a depressão como justificativa para o afastamento do trabalho e a concessão de auxílio-doença, a Legislação Brasileira (Brasil, 1999) não considera a depressão como doença profissional e do trabalho. O Decreto de Lei nº3048, de 6 de maio de 1999 traz uma lista de doenças ocupacionais, sendo que a depressão só é considerada doença ocupacional quando associada ao trabalho direto com produtos químicos. No

entanto, o trabalho, na maioria das vezes, é diretamente afetado pelos sintomas da depressão e, em muitos casos, também pode ser uma contingência importante para o estabelecimento do quadro depressivo.

Uma definição analítico-comportamental da depressão não considera tão relevante as topografias das respostas de um indivíduo deprimido, ou seja, os sintomas que ele apresenta, mas sim a função que tais comportamentos adquiriram para caracterizar o quadro depressivo.

Ferster (1977) tem uma definição que especifica de forma geral o padrão de comportamento depressivo como sendo: diminuição de comportamentos positivamente reforçados e aumento de comportamentos de fuga-esquiva de eventos possivelmente aversivos. Isso quer dizer que o indivíduo deprimido provavelmente deve ter sido exposto a condições de baixa frequência de reforços contingentes a comportamentos adequados e de elevada frequência de punição ou ameaça para uma ampla classe de outros comportamentos, levando a quadros de embotamento e pouca exposição social, atingindo negativamente várias áreas da vida do indivíduo, inclusive o trabalho.

Rebaixamento do humor (hipotímia), perda de interesse e prazer nas atividades cotidianas (anedonia), apatia ou agitação psicomotora, pensamentos negativos, redução do apetite, alteração do sono, diminuição de energia, pensamentos de morte e ideação suicida, são os sintomas listados no DSM IV (1995) como critérios para o diagnóstico da depressão, considerando



determinada frequência e intensidade.

É claro que diante de todos estes sintomas, a diminuição da produtividade e os efeitos negativos na qualidade do trabalho são iminentes. O indivíduo pode perder o interesse pela atividade desempenhada no trabalho, associá-lo as contingências aversivas, ter prejuízo no relacionamento com os colegas, perder o foco no trabalho à medida que tem pensamentos negativos, apresentar apatia, sonolência ou outros problemas de saúde em virtude das alterações de sono e apetite. Enfim, são inúmeras as consequências que a depressão pode trazer ao desempenho e ao relacionamento do funcionário com o trabalho.

Além destes efeitos na qualidade das atividades desempenhadas, a função do trabalho pode ser diferenciada: o trabalho que antes era fonte de sobrevivência, renda, amizade, prazer e dignidade começa a não produzir mais os mesmos reforçadores e passa a simbolizar incapacidade, inutilidade, incompetência diante das dificuldades (Cavalheiro, 2010).

Olhando por outro lado, também é perceptível que as contingências do trabalho podem aumentar a probabilidade de desenvolvimento de quadros depressivos, muitas vezes associados a crises de ansiedade e stress. Um ambiente cheio de cobranças, com poucos reforçadores e sobrecarga de trabalho, tensão e busca incessante por resultados, com possibilidade da perda do emprego associada ao mau desempenho ou com oportunidade de crescimento relacionado ao desempenho impecável, são alguns dos fatores que compõe uma contingência que favorece o desenvolvimento destes distúrbios do comportamento.

Neste sentido, fica mais fácil compreender a atenção que tem sido dada hoje à Gestão de Pessoas nas Organizações. As empresas precisam fornecer

um ambiente agradável e favorável ao bom desempenho, pensar na promoção de qualidade de vida dos funcionários, favorecer bons relacionamentos, consequenciar os comportamentos organizacionais de forma adequada e assertiva, se atentar para a saúde do trabalhador, proporcionar momentos de descontração e diversão de forma oportuna.

Assim, é cada vez mais reconhecida a importância da atuação do Psicólogo Organizacional, preocupado em promover a saúde do trabalhador junto à direção das empresas, atento aos funcionários e aos seus problemas, mas consciente de suas limitações indicando o tratamento clínico a profissionais competentes e criando alternativas para um trabalho produtivo e prazeroso. Desta forma, a promoção da saúde do trabalhador precisa ser vista como uma responsabilidade do empregador e também uma condição essencial para o bom desempenho e alcance de resultados almejados pelos gestores.



Quer saber

Envie suas dúvidas sobre esse e outros temas para

contato@institutoinova.com.br

Será um prazer respondê-lo!



Avaliação e Intervenção da Depressão Infantil

Clay Brites

Neuropediatra formado pela Santa Casa/SP. Mestrando em Ciências Médicas pela Unicamp, integrante do Laboratório de Distúrbios de Aprendizagem e Transtornos de Atenção - DISAPRE/Unicamp e membro da Direção Nacional da Abenepi.

Ainda é um tabu em nossa sociedade reconhecer nas crianças a possibilidade de estas virem a desenvolver transtornos mentais. No que tange a Depressão, este comportamento é ainda mais marcante e visível, como se este diagnóstico fosse exclusivo de idades maduras. Contudo, do mesmo modo que no adulto, a depressão tem sido descrita tanto na criança como no adolescente desde meados do século XVII, embora tenha sido somente reconhecida a partir dos anos 60. Nos anos 70, as evidências psicopatológicas passaram a colocar a Depressão Infantil num patamar significativo. Atualmente, com as pesquisas genéticas, neuroquímicas e de neuroimagem associadas aos constructos cognitivo-comportamentais e psicodinâmicos, a Depressão Infantil passa a ser reconhecida como doença e condição nociva ao desenvolvimento e ao prognóstico de qualidade de vida. Inúmeras publicações e pesquisas vêm mostrando que os transtornos de humor são herdáveis, levam a prejuízos acadêmicos e afetivos e podem resultar em desfechos trágicos como crises psicóticas, suicídio e predispor a doenças degenerativas e cardiovasculares.

Assim, a Depressão é uma condição cujo diagnóstico precoce é fundamental e a intervenção multidisciplinar essencial na medida em que pode arrefecer todo o ciclo produtivo de vida ao se iniciar pela infância. Sua incidência pode variar: 1% na fase pré-escolar; 2% na fase escolar e 4,7% em adolescentes, segundo estudos norte-americanos.

Suspeitar e não desvalorizar os sintomas é o primeiro passo. Examinando-se a criança, nem sempre encontramos de modo fácil sintomas que

descrevam seu estado interno referindo-se somente à tristeza e solidão, além de que os termos que normalmente utilizamos para investigar seu sofrimento podem ser incompreendidos e de difícil identificação.

Mesmo assim, de modo geral, observam-se os seguintes sintomas: maior sensibilidade, choro fácil e irritabilidade. As expressões não verbais são mais evidentes que as verbais e é muito comum as mudanças de comportamento sem uma explicação plausível. Ansiedade, tristeza ou mesmo uma combinação destes afetos cursam com momentos breves destes quadros acima e muitas vezes não se vê prejuízo na capacidade cognitiva. Seu humor torna-se depressivo, triste, com perda do prazer ou da alegria de fazer o que gosta, com falta de reação, variação diurna do humor, culpa excessiva com autorreprovação e punição intensa, desinteresse e fadiga. Observa-se com frequência alterações do sono e da alimentação para mais ou para menos assim como sintomas de fobias/medos, desatenção, agitação psicomotora e fala incessante podendo até ser confundido com outras condições como o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). A avaliação deve abranger amplo conhecimento da dinâmica familiar, buscar a possibilidade de apresentar fatores de risco (história familiar, perda afetivas significativas, frustrações sociais ou acadêmicas crônicas, *bullying* na escola, presença de transtornos mentais de outra natureza



não-tratados, presença de institucionalização ou abandono afetivo e a investigação de possíveis causas orgânicas.

O diagnóstico da Depressão exige um processo que inclui pesquisar os sintomas, a história do humor e os antecedentes médicos e educacionais. A utilização de questionários estruturados para a entrevista auxiliam muito, como o Kiddle-SADS e o DISC IV, os quais reduzem os erros de omissão e podem ser utilizados para monitoramento da melhora clínica. O uso do IDC (Inventário de Depressão para Crianças) pode ser útil para avaliar a gravidade dos sintomas. Assim, o especialista em neurologia infantil e o psiquiatra podem ter o apoio de psicólogos especializados nesta varredura para consolidar seu diagnóstico, e também o já consagrado e importante DSM-V. Além dos pais, os professores tem um papel significativo na coleta de informações e reduzem o viés induzido pelo estresse dos pais, que podem valorizar somente sintomas externalizantes e pormenorizar os sintomas internalizantes (mais preocupantes).

Em relação ao tratamento, este se define de acordo com a idade e com a gravidade dos sintomas e deve levar em consideração aspectos familiares, escolares e se os prejuízos estão reduzindo a autonomia da criança no ambiente escolar. Estudos têm evidenciado que a abordagem terapêutica deve incluir farmacoterapia, intervenções cognitivo-comportamentais e manejos psicoeducacionais. A participação da família e da escola são muito importantes e a visão multidisciplinar deve ser o caminho norteador. O seguimento deve ser de médio a longo prazo e é relevante estimular a aderência da família em todas as etapas.

Como se vê, a busca pela excelência no diagnóstico e na abordagem terapêutica da Depressão Infantil é justificável e prioriza prevenir

prejuízos maiores para a qualidade de vida da criança e do adolescente acometido, os quais não podem ver todo o seu futuro seriamente comprometido por uma condição médica reconhecidamente tratável.

A sociedade e a família esperam esta consciência e nós, especialistas, temos que lutar para que estes conhecimentos se difundam por meio de políticas públicas e de veículos da imprensa no sentido de estimular a sua identificação o mais precoce possível.



Você já  nossa fan page?

ACESSE  / 

www.facebook.com/institutoinova

Fique por dentro de notícias, cursos, eventos, materiais de apoio e muito mais!



Reforçamento Diferencial de expressões faciais e de postura corporal: um breve recorte de intervenção sobre comportamentos depressivos

Annie Wielewicki

Psicóloga clínica no Instituto Inove, especialista em Saúde Mental e especializanda em Terapia por Contingências de Reforçamento. Professora Colaboradora do Depto de Psicologia Geral e Análise do Comportamento (UEL)

A expressão facial e postura corporal são comportamentos públicos que podem dar indicativos de condições privadas correlatas. Em um quadro de depressão, frequentemente se observa alta taxa de comportamentos de sofrimento, entre eles, reclamação, choro, irritabilidade e expressões corporais e faciais de tristeza (pálpebras e ombros caídos, contato visual escasso ou apenas intermitente e poucas mudanças na postura corporal e nas expressões faciais, entre outros).

Expressões faciais e corporais de abatimento e tristeza podem funcionar como estímulo discriminativo para que pessoas façam perguntas sobre condições corporais tais como: “como você está se sentindo?”, “você está bem?”, “aconteceu alguma coisa?”. Este tipo de interação pode aumentar contato social, o que pode funcionar como condição social reforçadora e colaborar para a manutenção dessa classe de comportamentos, principalmente se em outros contextos da vida da pessoa há escassez de reforçadores sociais (Cavalcante, 1997).

Sendo assim, a mudança na postura corporal e nas expressões faciais podem ser uma alternativa de intervir em contexto que mantenham comportamentos típicos de depressão. Alterando-se esses comportamentos tem-se aumentada a probabilidade de que interações mais saudáveis sejam desenvolvidas, como sugerido na tira a seguir:



No entanto, essa alteração não é simples. Guilhardi (2013) destaca que se o indivíduo apresenta repertório restrito e consegue atenção por meio de comportamentos indesejados, nesse caso expressões faciais de tristeza, serão estes mantidos pela eficácia em acessar reforçadores sociais. Os mesmos comportamentos podem também ser mantidos por reforçamento negativo, quando favorecem evitação de tarefas e evitação de exposição a contextos indesejados, ou ainda quando amenizam probabilidade de críticas.

Entretanto, a restrição de atividades e de acesso a contextos variados diminui também o acesso a fontes de reforçamento e, em geral, isso tende a manter ou aumentar a frequência e intensidade das classes de comportamento relacionadas à depressão (Cavalcante, 1997).

Portanto, o reforçamento diferencial de expressões faciais e postura corporal pode ser uma alternativa para a obtenção de reforçadores sociais



de maneira mais adequada.

A seguir, é apresentado breve recorte de um caso em que uma das estratégias de intervenção teve enfoque nas expressões faciais e postura corporal. Para O caso completo encontra-se descrito por Wielewicki e Grossi (2013).

Recorte de caso clínico

Cliente do sexo feminino, 35 anos de idade, casada, tinha dois filhos. Encaminhada para terapia por seu psiquiatra. Durante a história de vida da cliente, um de seus familiares estava doente e recebia cuidados constantes dos membros da família, o que pode ter afetado sua aprendizagem em relação a expressão de sentimentos, pois em contexto de adoecimento é mais provável expressões faciais de abatimento, tristeza, cansaço, podendo estas funcionar como modelo de aprendizagem para os membros da família.

É possível, ainda, que expressões de alegria pudessem ter sido punidas se identificadas como desrespeito com o indivíduo doente, falta de consideração. Dessa forma, sua história de aprendizagem relacionada à expressividade emocional indicaria maior probabilidade de emissão de relatos e apresentação de expressões faciais de tristeza.

Em sessão, havia maior frequência de relatos de doenças quando comparado a outros relatos e ainda estes eram acompanhados de sorriso, enquanto os relatos de alegria e saúde não alteravam sua expressão facial. Neste sentido, buscou-se valorizar qualquer alteração sutil na expressão facial da cliente, por meio da descrição desta alteração e relato do sentimento produzido na terapeuta. Aliado a isto, após ter coletado informações que permitissem compreensão geral de seus problemas e de sua vida,

buscou-se valorizar os relatos que estivessem desvinculados de contextos de doença, pelo uso de perguntas e sorrisos, e extinguir, em sessão, relatos de doença ou tristeza, mudando de assunto, interrompendo momentaneamente contato visual, fazendo perguntas que evocassem relatos incompatíveis.

Com isto, observou-se que a frequência e duração dos sorrisos relacionados a relatos de sentimentos positivos e contextos de saúde aumentaram e a frequência de sorrisos relacionados a contextos negativos diminuiu. Concomitantemente a isso, houve aumento na frequência de relatos com conteúdos incompatíveis com contexto de tristeza. Isto era importante, por ter sido considerada uma condição preliminar para desenvolvimento de interações sociais em contextos não relacionados à doença e assim, favorecer desenvolvimento de repertório alternativo de interação social, que provesse reforçadores sociais sem que isso se desse por meio de classes de comportamento relacionados à depressão.



Para refletir...

Ilustração de **Jéssica Pezenti** para esta edição do Caderno Multidisciplinar InnoVe





Modelos Animais de Depressão

Deussing, J. M. (2006). Animal models of depression. *Drug Discovery Today: Disease Models*, v. 3, n. 4, p. 375-83

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR). Arlington: VA. v.1.

Fountoulakis, K. N. et al. (2008). Revisiting the Dexamethasone Suppression Test in unipolar major depression: an exploratory study. *Annals of general psychiatry*, v. 7, p. 22.

Porsolt, R. D.; Bertin, A. & Jalfre, M. (1977). Behavioral despair in mice: a primary screening test for antidepressants. *Archives internationales de pharmacodynamie et de thérapie*, v. 229, n. 2, p. 327-36.

Steru, L. et al. (1985). The tail suspension test: A new method for screening antidepressants in mice. *Psychopharmacology*, v. 85, n. 3, p. 367-370.

Aspectos relevantes da depressão

Abreu, P.R. (2006). Terapia analítico-comportamental da depressão: uma antiga ou uma nova ciência aplicada? *Revista de Psiquiatria Clínica*. v.33, n.6. p. 322.

Beckert, M. (2002). Qualidade de vida: Prevenção à depressão. *Comportamento Humano: Tudo (ou quase tudo) que você gostaria de saber para viver melhor*. Santo André: ESETec.

Coelho, N.L.; Tourinho, E.Z. (2008). O conceito de ansiedade na análise do comportamento. *Psicologia, Reflexão e Crítica*. v. 21, n. 2, Porto Alegre.

Costa, E. A. (2009). *Manual de Fisiologia e Nutrição*. 4d. Vozes, Petropolis, R:

Doughert, M.J.; Hackbert, L. (2003). Uma explicação analítico-comportamental da depressão e o relato de um caso utilizando procedimentos baseados na aceitação. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*. v. 5, n. 2. São Paulo.

Gongora, M.A.N. (2003). Noção de Psicopatologia na Análise do Comportamento. Costa, E. C. e cols (orgs). *Primeiros Passos em Análise do Comportamento e Cognição*. SP. Santo André: ESETec, p. 93-109.



Leao, S.C.S; Gomes, M.C.R. (2007). *Manual de nutrição clínica para atendimento ambulatorial do adulto*. Nove. Ed. Petropolis, RJ: Vozes, 2009.

Silva, S.M.C. Mura, J.D.P. *Tratado de Alimentação, Nutrição e Dietoterapia*. São Paulo: Roca.

Avaliação e Intervenção Psicofarmacológica na Depressão

APA, A. P. A., (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Washington, DC, American Psychiatric Association.

Kessler, C.; P. Berglund, O.; Demler, R.; Jin D.; Koretz, K. R.; Merikangas, A. J.; Rush, E. E.; Walters, P. .S; Wang, N. C. S. (2003) . Replication The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R): *JAMA*, v. 289, p. 3095-105.

Kupfer, D. J. E; Frank, M. L.; Phillips (2012). Major depressive disorder: new clinical, neurobiological, and treatment perspectives: *Lancet*, v. 379, p. 1045-55.

Patten, S. B.; Kennedy, S. H.; Lam, R. W. (2009). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. I. Classification, burden and principles of management: *JAffect Disord*, v. 117 Suppl 1, p. S5-14.

Relações entre depressão e trabalho

Brasil. Ministério da Previdência Social. *Acompanhamento Mensal dos Benefícios Auxílios-Doença Previdenciários Concedidos segundo os Códigos da CID-10 - Janeiro a Março de 2013*. Disponível em: http://www.previdencia.gov.br/arquivos/office/1_130423-164304-812.pdf. Acesso em: 24 mai. 2013

Brasil. Decreto-Lei nº3048, de 6 de maio de 1999. *Aprova o regulamento da Previdência Social, e dá outras providências*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3048.htm. Acesso em: 24 mai, 2013.

Cavalheiro, G. (2010). Sentidos atribuídos ao trabalho por profissionais afastados do ambiente laboral em decorrência de depressão. *Dissertação* (Mestrado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Florianópolis.

American Psychiatric Association. (1995). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 4.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. xxv 830p.



Jornada Mundial de Saúde Mental, 10, 2012. Cabo Verde, *Comunicado de Imprensa da Representação da OMS*. Cabo Verde: Organização Mundial da Saúde, 2012.

Recorte de intervenção

Cavalcante, S.N. (1997) Notas sobre o fenômeno depressão a partir de uma perspectiva analítico-comportamental. *Psicologia Ciencia e Profissão*, 17 (2), 2-12.

Guilhardi, H. (2013). *Atenção sócio-afetiva e atenção social*. Disponível em <http://www.terapiaporcontingencias.com.br/txt/atencao.pdf>.

Wielewicky, A. & Grossi, R. (2013). Transtorno Afetivo Bipolar: Perspectiva Analítico-Comportamental sobre um caso clínico. In: Soares, M.R.Z & Mussi, S.V. (Orgs.). *Tratamento analítico-comportamental do transtorno afetivo bipolar*. São Paulo : Zagodoni, 86-99.

