

SAÚDE MENTAL

Desafios da Prevenção, Diagnóstico, Tratamento
e Cuidado na Sociedade Moderna

Edição XXVII

Capítulo 15

TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR: AVALIAÇÃO PSICODINÂMICA, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

ANDRÉ LUÍS VARELA BAUMGARTNER¹
EDUARDA DOS SANTOS FUCK¹
ISABELA MODZELESKI PETRY¹
ISADORA HAMMERSCHMITT IMMICH¹
JÚLIA BARBIERI ORTIZ¹
JÚLIA DOS SANTOS FUCK¹
KAUÃ PEREIRA DIONIZIO¹
LETÍCIA MARIA SCHMIDT MENEGHETTI¹
LUISA ZIMMERMANN DE SOUZA¹
MARIA CLARA DAGRAVA SOARES BRITO¹
MARIA CLARA MARCHIORI MAFRA¹
NICOLE MOREIRA DE SOUZA¹
RAFAEL FERNANDES PAIANO²
SARAH RAYZA CORRÊA¹
SOPHIA THOMASSEN¹

¹Discente - Graduação em Medicina na Universidade do Vale do Itajaí.

²Docente – Médico Formado pela Universidade do Vale do Itajaí.

Palavras-Chaves: Depressão; Psicodinâmica; Tratamento.

INTRODUÇÃO

O Transtorno Depressivo Maior (TDM) é uma das condições psiquiátricas mais prevalentes na população mundial e apresenta etiologia multifatorial e ainda não totalmente esclarecida, podendo ser desencadeado por eventos traumáticos, condições neurológicas ou endócrinas, uso de substâncias ou fatores genéticos, (VILLANUEVA, 2013). O quadro clínico é marcado por um estado prolongado de humor deprimido ou pela perda de interesse e prazer em atividades diárias, acompanhado de diversas alterações cognitivas, emocionais e físicas.

De acordo com o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5), o diagnóstico de TDM exige a presença de pelo menos cinco sintomas durante um período mínimo de duas semanas, incluindo humor deprimido, anedonia, alterações no apetite ou peso, distúrbios do sono, fadiga ou baixa energia, sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva, dificuldades de concentração e pensamentos recorrentes sobre morte ou suicídio (APA, 2022).

O reconhecimento precoce e o manejo adequado do TDM através de psicoterapia, farmacoterapia e intervenções complementares são essenciais para melhorar o prognóstico e a qualidade de vida dos pacientes (GABBARD, 2022).

Portanto, esse capítulo tem como objetivo analisar o transtorno depressivo maior (TDM) a partir de uma perspectiva psicodinâmica, abordando seus aspectos diagnósticos e terapêuticos. Busca-se compreender como fatores inconscientes, experiências emocionais precoces e conflitos internos contribuem para o desenvolvimento e a manutenção do quadro depressivo. Além disso, o texto propõe-se a discutir os critérios diagnósticos atuais e a revisar as prin-

cipais formas de tratamento, ressaltando a importância de uma abordagem clínica ampla, multidisciplinar e individualizada.

MÉTODO

Foi realizada revisão narrativa a partir de diretrizes da Associação Brasileira de Psiquiatria, um estudo clínico comparativo do transtorno depressivo maior: avaliação psicodinâmica, diagnóstico e tratamento.

Foram incluídos trabalhos de 2009-2025, em inglês e português, indexados no PubMed, *SpringerLink*, SciELO e *BMC Medicine*. As literaturas

Diagnóstico psicanalítico: entendendo a estrutura da personalidade no processo clínico, Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais, Psiquiatria Psicodinâmica na Prática Clínica também foram incluídas.

Após os critérios de seleção: estudos do tipo revisão, meta-análise, artigos originais e diretrizes, os artigos foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados. Os critérios de exclusão foram artigos que não abordavam diretamente a proposta estudada, artigos duplicados, disponibilizados na forma de resumo, não atendiam aos demais critérios de inclusão. Logo, os resultados foram apresentados de forma descritiva, divididos em categorias temáticas abordando: epidemiologia, manifestações clínicas, psicodinâmica, diagnóstico e tratamento.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Epidemiologia e Fatores de Risco

O TDM é atualmente uma das principais causas de incapacidade no mundo, com prevalência elevada e impacto significativo sobre a qualidade de vida e os sistemas de saúde. De acordo com estimativas globais recentes, publicadas no *Lancet Psychiatry* e no *Journal of Affective Disorders*, cerca de 5% da população adulta mundial apresenta TDM a cada ano. As

taxas de depressão tendem a ser mais elevadas entre mulheres e adultos jovens, com picos de início entre a adolescência e o início da vida adulta. Entre idosos, uma meta-análise recente identificou prevalência global de 13,3%, com maiores índices no sexo feminino (QIN *et al.*, 2021), enquanto entre adolescentes, estudos apontam prevalência de TDM em torno de 8% (LIU *et al.*, 2021).

No Brasil, dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019 indicaram que cerca de 9,9% dos brasileiros relataram diagnóstico médico de depressão em algum momento da vida, o que corresponde a mais de 16 milhões de adultos. As maiores prevalências foram observadas em mulheres, moradores de áreas urbanas e indivíduos com menor escolaridade (FERREIRA *et al.*, 2022; CASTRO *et al.*, 2023). Estudos anteriores, como a PNS de 2013, já haviam identificado prevalência de 9,7% de “algum grau de depressão” e 3,9% de “depressão maior” na população adulta, reforçando que o transtorno é um problema de saúde pública de grande magnitude (SOUZA *et al.*, 2017).

Em relação às tendências temporais, a carga global do TDM aumentou consideravelmente nas últimas décadas. Análises do *Global Burden of Disease* (GBD) demonstram que, entre 1990 e 2021, o número absoluto de casos de TDM cresceu mais de 50%, especialmente entre jovens de 10 a 24 anos (LIU *et al.*, 2024). Embora as taxas padronizadas por idade tenham se mantido relativamente estáveis, o aumento populacional e o envelhecimento contribuíram para o crescimento expressivo do número total de pessoas afetadas (WANG *et al.*, 2024). Fatores contextuais, como as mudanças socioeconômicas e a pandemia de COVID-19, também exerceram papel importante nesse aumento, ampliando o risco de episódios depressivos em diversos grupos vulneráveis.

Quanto à etiologia do TDM, é considerada multifatorial e resulta da interação entre fatores genéticos, epigenéticos, neurobiológicos, psicológicos e sociais. Estudos de gêmeos e análises genômicas recentes sugerem herdabilidade moderada do transtorno, o que indica que fatores ambientais exercem influência significativa sobre sua manifestação (CUI *et al.*, 2021). Polimorfismos genéticos de pequeno efeito, quando combinados, aumentam a vulnerabilidade individual, e mecanismos epigenéticos, como alterações na metilação do DNA, podem mediar a resposta ao estresse em indivíduos predispostos. Entre os fatores neurobiológicos, destacam-se as disfunções nos sistemas serotoninérgico, dopaminérgico e noradrenérgico, a hiperatividade do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal e a presença de processos inflamatórios sistêmicos e neuroinflamatórios, que contribuem para alterações estruturais e funcionais em áreas cerebrais relacionadas à regulação do humor, como o córtex pré-frontal e a amígdala (CUI *et al.*, 2021).

No âmbito social e ambiental, há forte associação entre TDM e condições socioeconômicas desfavoráveis, incluindo pobreza, desemprego, baixa escolaridade, instabilidade habitacional e isolamento social (MENEZES *et al.*, 2020). Eventos adversos precoces, como abuso infantil, negligência e violência doméstica, são fatores de risco estabelecidos e, quando associados à ausência de suporte social, potencializam a vulnerabilidade à depressão. No contexto brasileiro, esses determinantes sociais explicam parte da desigualdade observada na distribuição da doença: indivíduos com escolaridade inferior a 11 anos apresentam risco 33% maior de depressão em comparação àqueles com ensino superior completo (FERREIRA *et al.*, 2022).

Manifestações clínicas

A depressão é um transtorno de humor caracterizado por diversas alterações e sintomas. Os sintomas afetivos e de humor ocupam o núcleo central do quadro depressivo. Assim, a pessoa costuma apresentar tristeza persistente e sentimento de melancolia durante a maior parte do tempo. É comum irritabilidade aumentada, choro fácil e frequente, bem como a apatia. Observa-se importante redução da energia vital e da motivação, refletida em desânimo e hipobulia. A anedonia também pode estar presente, ou seja, a incapacidade de sentir prazer em atividades antes consideradas prazerosas. O paciente tende a permanecer isolado e inativo, muitas vezes permanecendo deitado por longos períodos, em ambientes escuros e evitando contato com outras pessoas. (DALGALARRONDO, 2019).

Além disso, a depressão compromete profundamente a autoestima e a percepção do próprio valor. O paciente sente-se insuficiente, incapaz e indigno, expressando sentimentos de vergonha e autodepreciação. Há tendência de interpretar seus fracassos como falhas pessoais, alimentando um ciclo de culpa e inferioridade. As funções cognitivas também podem ser afetadas, com déficits de atenção e concentração, lentificação do pensamento e dificuldade em tomar decisões. A memória costuma estar prejudicada de forma secundária à desatenção. Em paralelo, podem surgir sintomas psicóticos congruentes com o humor, como delírios de culpa, ruína, miséria ou hipocondria, em que o indivíduo acredita ter cometido erros imperdoáveis ou estar condenado à falência e à punição. Além dos delírios, são possíveis alucinações auditivas com conteúdo depreciativos, ilusões visuais e, ocasionalmente, ideação paranoide (DALGALARRONDO, 2019).

Apresentações clínicas

Transtorno depressivo recorrente: Episódio de depressão e transtorno depressivo ma-

ior recorrente, podem estar presentes sintomas depressivos (humor deprimido, anedonia, fadigabilidade, diminuição da concentração e da autoestima, ideias de culpa e de inutilidade, distúrbios do sono e do apetite), os quais devem persistir por pelo menos duas semanas e não mais que dois anos de forma ininterrupta (DALGALARRONDO, 2019).

Transtorno depressivo persistente: No transtorno depressivo persistente, alguns pacientes desenvolvem depressão crônica, de duração mínima de dois anos ininterruptos; geralmente, o quadro tem início na adolescência ou no começo da fase adulta, podendo variar de intensidade leve a moderada ou grave. Em adultos, os sintomas devem estar presentes de forma contínua por, no mínimo, dois anos, enquanto em crianças e adolescentes devem persistir por pelo menos um ano (DALGALARRONDO, 2019).

Depressão atípica: É um subtipo de episódio depressivo que pode ocorrer tanto no transtorno depressivo maior (unipolar) quanto no transtorno bipolar, apresentando intensidade variável, de leve a grave. Diferencia-se de outras formas de depressão principalmente pela reatividade do humor aumentada, ou seja, o indivíduo demonstra melhora significativa do humor diante de acontecimentos positivos e piora diante de eventos negativos. Além disso, ele deve apresentar pelo menos dois desses sintomas: ganho de peso ou aumento do apetite, hipersonia, sensação de peso nos membros, sensibilidade exacerbada à rejeição interpessoal, que se manifesta por reações intensas a indícios mínimos de rejeição ou crítica (DALGALARRONDO, 2019).

Depressão psicótica ou depressão com sintomas psicóticos: É considerada muito grave, caracterizada pela presença simultânea de sintomas depressivos intensos e sintomas psicóticos, como delírios e/ou alucinações. Os de-

lírrios mais comuns envolvem culpa excessiva, ruína, hipocondria ou negação de órgãos. Já as alucinações geralmente apresentam conteúdo depressivo e autodepreciativo, como vozes de autocrítica. Também podem surgir alucinações de punição, nas quais o paciente acredita merecer sofrimento ou morte. Quando os sintomas psicóticos têm conteúdo compatível com o humor depressivo, são chamados de psicóticos humor-congruentes. Caso apresentem conteúdo incongruente, são denominados psicóticos humor-incongruentes (DALGALARRONDO, 2019).

Depressão ansiosa: Na depressão ansiosa ou agitada e transtorno misto de depressão e ansiedade o paciente apresenta angústia intensa associada aos sintomas depressivos, sente-se nervoso, tenso e incapaz de permanecer quieto, frequentemente insone, irritado e agitado, andando de um lado para outro de forma desesperada. Pode também ter dificuldade de concentração devido à preocupação excessiva, além de medo de que algo grave ocorra e sensação de perda de controle sobre si mesmo. Essa forma de depressão está associada a maior risco de suicídio (DALGALARRONDO, 2019).

Depressão como transtorno disfórico pré-menstrual: É uma forma grave de depressão relacionada à síndrome pré-menstrual, que ocorre na semana final antes da menstruação, repetindo-se na maioria dos ciclos menstruais. Apresenta-se com pelo menos um sintoma intenso de humor, como tristeza marcante, ansiedade acentuada, irritabilidade intensa, oscilações de humor ao longo do dia ou sensação de estar à beira de explodir (DALGALARRONDO, 2019).

Depressão unipolar ou depressão bipolar: Quando um quadro depressivo ocorre pela primeira vez na vida, surge a questão de determinar se esse episódio é o início de um trans-

torno depressivo recorrente, denominado depressão unipolar ou se representa o início de um transtorno bipolar (TB), com possibilidade de episódios futuros de mania ou hipomania, caracterizando a depressão bipolar (DALGALARRONDO, 2019).

Avaliação psicodinâmica no TDM

A abordagem psicodinâmica relacionada ao transtorno depressivo maior representa uma maneira de entender a forma como os muitos processos mentais acontecem, sobretudo de forma inconsciente, por meio da compreensão do sofrimento humano e do funcionamento mental. Desse modo, a influência na forma como os indivíduos se relacionam com o externo depende da interpretação dos embates externos, das vivências passadas e dos relacionamentos mais relevantes, mesmo quando não há um pleno entendimento disso pelo indivíduo. Isso significa que o terapeuta psicodinâmico não apenas elimina, mas tenta assimilar de maneira completa o sentido emocional e simbólico dos sintomas (GABBARD, 2022; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2022).

Nesse cenário, diferentes técnicas são utilizadas durante uma avaliação psicodinâmica, como a associação livre, que permite a fala sem censuras, e a atenção flutuante, em que o terapeuta ouve de maneira ampla, sem priorizar uma única circunstância, mas percebendo o conjunto de sentimentos e de narrativas associadas. Esses componentes possibilitam a identificação de temas recorrentes, defesas e padrões psíquicos que demonstram como o aspecto emocional é organizado pelo paciente. Em suma, a escuta psicodinâmica ultrapassa a forma racional para entender como o inconsciente se manifesta nas palavras, relações e nas emoções com o terapeuta, permitindo acessar o inconsciente e as suas expressões (GABBARD, 2022;

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2022).

Ademais, os padrões de vínculo demonstram a forma como os indivíduos costumam se envolver emocionalmente com os outros, uma vez que são formados desde o período infantil. Esses padrões resultam das primeiras experiências com os seus cuidadores e influenciam as relações na vida adulta. As interações precoces educam a criança sobre o que esperar dos outros e moldam a forma como vivenciam a confiança e a proximidade. Assim, é necessário observar esses padrões, já que o paciente tende a repetir as formas de vínculo que desenvolveu no passado na relação com o terapeuta – fenômeno conhecido como repetição relacional. Assimilar essa conexão favorece o entendimento do profissional sobre as formas como o paciente se relaciona consigo mesmo e com os outros, o que oferece uma visão ampliada das razões de seu sofrimento (GABBARD, 2022; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2022).

Durante o processo de escuta psicodinâmica, dois processos revelam-se centrais e evidenciam questões profundas sobre as relações afetivas vivenciadas pelo paciente. O primeiro, conhecido como transferência, significa a projeção de sentimentos e de expectativas sobre o terapeuta, que se originam de figuras importantes do passado do paciente. Já o segundo, conhecido como contratransferência, refere-se ao terapeuta, mais especificamente as respostas emocionais frente a essas projeções. Nesse contexto, para um desenvolvimento saudável da aliança terapêutica e para garantir o sucesso no tratamento, é necessário manejar os fenômenos de transferência e contratransferência de modo apropriado e satisfatório. Além disso, a boa aliança terapêutica associada às intervenções psicodinâmicas resulta em aspectos positivos para os pacientes com ansiedade e depressão devido

à integração entre o entendimento transferencial e a proposta de cuidado (GABBARD, 2022; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2022; CANMAT, 2023).

Assim, a relevância clínica da avaliação psicodinâmica permite interpretar o paciente de modo profundo e geral. Ela busca compreender o sentido emocional do sofrimento, os conflitos e os diferentes tipos de defesa utilizados para lidar com a aflição, que orientam a elaboração do caso e a técnica terapêutica, de forma a aumentar a adesão e o acerto terapêutico, resultando em uma base sólida para um tratamento empático e científico (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2022; CANMAT, 2023; GABBARD, 2022).

Mecanismos psicodinâmicos no TDM

A avaliação psicodinâmica no transtorno depressivo maior apropria-se da identificação e investigação dos mecanismos de defesa, sobretudo quanto à significância da melancolia, desamparo, dependência, repressão, projeção e responsabilidade dentro da psicopatologia de cada caso. Trata-se de uma abordagem pautada na análise dos conflitos inconscientes, distorções da psique e relações objetais internas. Pela avaliação psicodinâmica, entende-se que as manifestações clínicas decorrem de conflitos inconscientes na busca pela expressão, verbal e não verbal, diante de movimentos de repressão e/ou sobreposição, em sua maioria (GABBARD, 2022).

A transparência no comportamento de pacientes com TDM evidencia, em primeira imagem, a desesperança, decorrente de dores psíquicas geradas pelas vivências e experiências nas quais as emoções dolorosas foram predominantes e não elaboradas posteriormente (ANTONELLI *et al.*, 2021). Nesse sentido, utiliza-se o termo “anestesiados”, em algumas análises

ses, aos indivíduos que diante do quadro depressivo optam pela aceitação do uso de antidepressivos de modo ativo, ao contrário de elaborar tais dores e lidar com seus conflitos internos, tornando-se passivos diante do próprio tratamento. Embora o tratamento medicamentoso seja necessário, de acordo com a gravidade após avaliação psiquiátrica de cada caso, a combinação de psicoterapia e farmacoterapia é cada vez mais utilizada na psiquiatria, de modo a focar na melhora dos sintomas sem obscurecer e/ou prejudicar todo o processo de elaboração mental por meio da verbalização na psicoterapia (ANTONELLI *et al.*, 2021; GABBARD, 2022).

Entre os aspectos psicodinâmicos mais comuns observados no TDM encontra-se a angústia como símbolo linguístico de sintomas psicopatológicos relacionados ao nervosismo e neuroses, fruto de mecanismos como a negação e a repressão, principalmente. Quando originada da repressão, a angústia pode ser analisada por meio de conflitos internos não resolvidos que foram suprimidos para proteção do ego contra as dores psíquicas ocasionadas por traumas, perdas e lutos. Tal angústia reprimida não elimina a dor psíquica tampouco a elabora, e na tentativa de proteção do ego expressa-se em sentidos de culpa, desvalia e autodepreciação. A longo prazo, a permanência destes e outros sintomas leva a uma exaustão emocional tão profunda em que a sensação de esgotamento apoia-se na desistência do processo de superação da dor. Em grande parte dos casos, a ideação suicida tem seus primórdios nesta desistência (DALGALARRONDO, 2019; GABBARD, 2022).

Outra manifestação psicodinâmica encontrada é a irritabilidade, a qual em termos de aparecimento no TDM, decorre de conflitos inconscientes um pouco mais complexos, quando

comparada a angústia. Em maioria, a própria irritabilidade pode derivar-se e/ou expressar-se como uma projeção da angústia, sobrecarga emocional e tensão reprimida. Tal irritabilidade manifesta-se, pela projeção, devido à reatividade a impulsos internos que não são aceitos pelo indivíduo, e, na tentativa de não identificar-se com a própria dor psíquica, a projeta para fora da consciência em um alvo próximo (DALGALARRONDO, 2019). Como exemplo, Freud relaciona na obra *Luto e Melancolia* (1917), a irritabilidade como um estado substituto a expressão da tristeza, em que a raiva dirigida ao objeto é tão introjetada e infiltrada, que pela tensão constante e intolerância, o indivíduo tomado por uma irritação pode até perder o verdadeiro objeto de ódio, ao qual essa raiva foi originalmente direcionada. Nisso, não há mais um alvo a ser atingido, e a irritabilidade constante incorpora-se ao humor de tal forma que na avaliação psicodinâmica, em prática, observa-se no paciente um desamparo e perda de controle muito bem transparecidos (GABBARD, 2022).

A ideação suicida no TDM, comumente presente em casos mais graves, deve ser avaliada com a finalidade de distinguir o sentido da contemplação do ato suicida, embora as motivações sejam variadas e por vezes obscuras. O indivíduo pode encontrar no suicídio uma forma de vingança pelo sofrimento vivenciado, uma chance de encontrar um familiar falecido, uma fantasia para o fim de seu sofrimento, entre outros sentidos atribuídos que oscilam entre o desejo de matar, de ser morto e de morrer (GABBARD, 2022). A compreensão por trás da ideação é fundamental para o manejo, visto que o suicídio caracteriza-se, em termos psicanalíticos, como um conflito intrapsíquico entre as pulsões de vida e de morte, tratando-se de um estado mental complexo dotado de representações simbólicas em que o ato de ponderar e an-

tecipar acontecimentos decorrentes do ato muitas vezes encontra-se danificado no paciente (CHENIAUX, 2020).

Um grande alerta clínico para ideação suicida é a percepção pelo psiquiatra, analista ou terapeuta, do ideal suicida demonstrado, majoritariamente de forma verbal pelo paciente. Neste ideal, o indivíduo habitualmente verbaliza o suicídio ou ato suicida de forma idealizada, ou seja, como um meio positivo, e por vezes passível de realização, de anular com dor psíquica, hipervalorizando simbolicamente a morte como “aliada”. Esta “boa visão do suicídio” é uma ideação egossintônica, quando o indivíduo aceita o ideal e transparece a desistência da luta contra o impulso da morte, caracterizando o morrer como uma defesa simbólica contra seu sofrimento (GABBARD, 2022).

Nesse sentido, a Avaliação Psicodinâmica (APD) exerce uma influência crucial no tratamento da depressão ao transcender o simples diagnóstico de sintomas, focando em "conhecer a pessoa com a doença". Ela funciona como um guia, ajudando o clínico a traçar o "mapa interno" do paciente para determinar a abordagem terapêutica mais eficaz (GABBARD, 2022; RIBEIRO *et al*, 2018).

Através da APD, o clínico avalia a capacidade do paciente de lidar com sentimentos intensos, o que está diretamente ligado à "força do ego" e à capacidade de introspecção (ou disposição psicológica). Pacientes com maior fragilidade psicológica ou em crise grave podem não tolerar a análise profunda (intervenções expressivas) e se beneficiam mais de uma abordagem de apoio, que visa reforçar suas defesas e a aliança terapêutica. Em contraste, pacientes com maior capacidade de tolerância à frustração podem se beneficiar de intervenções interpretativas, que buscam a compreensão dos conflitos inconscientes (GABBARD, 2022; RIBEIRO *et al*, 2018).

Ainda, a APD é vital para o manejo da medicação (farmacoterapia dinâmica). Quando a depressão requer tratamento combinado, a avaliação ajuda a entender os significados inconscientes que o paciente atribui ao medicamento, o que pode levar à resistência ou à não adesão e efeito. O medicamento pode ser visto como uma ameaça à independência, uma submissão a figuras parentais controladoras, ou até mesmo uma falha empática do médico. Ao integrar a perspectiva dinâmica, o psiquiatra pode abordar essas preocupações de forma colaborativa e empática, melhorando a adesão ao tratamento e o resultado. A aliança terapêutica, um conceito psicodinâmico, demonstrou ter um efeito significativo no resultado clínico, mesmo quando o tratamento principal é a farmacoterapia (GABBARD, 2022; RIBEIRO *et al*, 2018).

Diagnóstico do TDM

O diagnóstico do TDM requer uma avaliação clínica ampla e minuciosa, conduzida sob uma perspectiva integrativa que contemple dimensões sintomatológicas, funcionais, temporais e contextuais. Essa compreensão deve ser articulada aos critérios operacionais propostos pelo *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fifth Edition, Text Revision* (DSM-5-TR), cujos critérios incluem a presença de cinco ou mais sintomas depressivos durante um período mínimo de duas semanas, devendo incluir humor deprimido ou anedonia. Esses sintomas devem representar uma mudança significativa em relação ao funcionamento habitual e produzir sofrimento clinicamente relevante ou prejuízo funcional em esferas pessoais, sociais ou ocupacionais. O manual orienta que sejam excluídos sintomas atribuíveis ao uso de substâncias, a condições médicas gerais (como hipotireoidismo ou doenças neurológicas) ou a reações de luto esperadas.

Ademais, as diretrizes da NICE (2022), WHO (2023) e CANMAT (2023) convergem na recomendação de que o diagnóstico do TDM seja fundamentado na integração entre entrevista clínica empática, critérios padronizados e avaliação do risco suicida. Também sugerem o uso de instrumentos estruturados, como o *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9), a *Hamilton Depression Rating Scale* (HAM-D) e a *Structured Clinical Interview for DSM-5* (SCID-5), para mensurar a gravidade dos sintomas e monitorar a resposta terapêutica, sem substituir o julgamento clínico do psiquiatra.

No que tange à diagnóstico diferencial, a diferenciação entre TDM e Transtorno Bipolar (TB) é particularmente crucial. O TB envolve episódios de humor elevado, energia aumentada e comportamento expansivo, enquanto o TDM manifesta lentificação psicomotora e perda global do interesse vital. O reconhecimento dessa distinção é essencial para o manejo clínico, pois o uso isolado de antidepressivos em pacientes bipolares pode precipitar mania ou hipomania (KAPLAN & SADOCK, 2017). Outros diagnósticos diferenciais incluem o Transtorno Depressivo Persistente (Distímia) – humor deprimido leve e contínuo por dois anos ou mais –, o Transtorno de Adaptação com Humor Deprimido, desencadeado por eventos estressores identificáveis, e o luto fisiológico, que, ao contrário do TDM, preserva a autoestima e alterna momentos de tristeza com lembranças positivas, sem culpa excessiva (APA, 2022).

O TDM apresenta grande heterogeneidade clínica, podendo assumir formas atípicas – marcadas por hipersonia, hiperfagia e sensibilidade à rejeição –, mais comuns em adolescentes e adultos jovens (APA, 2022; KAPLAN & SADOCK, 2017). Em idosos, pode mimetizar déficits cognitivos, configurando a pseudodemência depressiva, na qual a lentificação psíquica e

as falhas de memória simulam quadros demenciais (DALGALARRONDO, 2019). Já em crianças e adolescentes, a irritabilidade tende a predominar sobre a tristeza, levando ao subdiagnóstico ou a interpretações equivocadas de conduta (APA, 2022).

Fatores culturais e de gênero também influenciam a expressão da depressão. Em culturas que valorizam o autocontrole emocional, o sofrimento tende a manifestar-se por sintomas somáticos, como dores difusas, fadiga e mal-estar corporal. Dalgalarrondo (2019) descreve esse fenômeno como o “idioma corporal do sofrimento”, mais comum em contextos coletivistas, enquanto o DSM-5 reconhece que, em muitas culturas, os sintomas físicos são o principal canal de expressão do mal-estar psíquico (APA, 2022; WHO, 2023).

Tratamento do TDM

O transtorno depressivo maior pode ser tratado com diversas modalidades como a abordagem integrada, tratamento farmacológico, psicoterapia e intervenções psicodinâmicas, relação terapêutica, MEV e suporte social. O tratamento combinado, incluindo medicamentos e psicoterapia, demonstrou ser mais eficaz do que qualquer um desses tratamentos isoladamente. Em um ensaio clínico, as taxas de resposta de pacientes que receberam uma combinação de psicoterapia interpessoal e farmacoterapia foram maiores do que receber apenas de farmacoterapia. (SCHRAMM, 2007). Assim, ensaios nos EUA e na Europa (VITTENGL JR, 2009) apoiam a eficácia da terapia cognitiva para alcançar a remissão completa e reduzir o risco de recorrência. E a importância da adesão e comprometimento com a melhora do quadro.

Psicoterapia

Na terapia cognitivo-comportamental o terapeuta, de forma ativa, foca no impacto que os

pensamentos disfuncionais atuais de um paciente têm no comportamento atual e no funcionamento futuro, visa avaliar, desafiar e modificar as crenças disfuncionais de um paciente (CUIJPERS, 2019). Dentre as metas do tratamento e sua obtenibilidade, destaca-se a redução de sintomas, que em alguns casos pode ser atingida através de terapias de curto prazo, metas definidas pelos pacientes, que geram um bom impacto no insight e mudança comportamental, contudo, a pesquisa sistemática é limitada. Apesar da redução de sintomas ser um dos pilares da psicoterapia por melhorar a qualidade de vida, vertentes como a psicoterapia psicodinâmica valoriza mais a mudança intrapsíquica. As terapias podem tomar diversas formas, sendo elas individuais ou em grupo, além de modalidades como terapia cognitivo comportamental (útil na maioria dos distúrbios), terapia focada em trauma e psicoterapia interpessoal são opções válidas para pacientes com TDM (CUIJPERS, 2019).

Tratamento farmacológico

O tratamento farmacológico do transtorno depressivo maior (TDM) representa um dos pilares da terapêutica moderna em psiquiatria, com contínuos avanços baseados em evidências que aprimoram a eficácia e a segurança das intervenções. De acordo com as Diretrizes Canadenses para o Manejo de Transtornos de Humor e Ansiedade (CANMAT, 2023), há atualmente 31 antidepressivos disponíveis, sendo 17 classificados como de primeira linha por apresentarem resultados robustos em ensaios clínicos randomizados controlados por placebo.

Entre os fármacos de primeira linha, incluem-se os inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRSs), como sertralina, escitalopram, fluoxetina, paroxetina e citalopram, e os inibidores da recaptação de serotonina e noradrenalina (IRSNs), como venlafaxina, des-

venlafaxina e duloxetine. Outras opções eficazes são bupropiona, mirtazapina e vortioxetina. Apesar de eficácia semelhante entre as classes, há diferenças importantes quanto à tolerabilidade e ao perfil de efeitos adversos. Recomenda-se iniciar o tratamento com doses baixas, ajustando-as gradualmente conforme a resposta clínica e a tolerância individual (CANMAT, 2023).

As diretrizes enfatizam a importância da combinação entre farmacoterapia e psicoterapia, que se mostra superior à utilização isolada de qualquer uma dessas modalidades, tanto no tratamento agudo quanto na prevenção de recaídas, sendo que a combinação de tratamento psicológico com farmacoterapia é mais eficaz do que qualquer um deles isoladamente (CANMAT, 2023). A manutenção do tratamento antidepressivo após a remissão dos sintomas é fundamental, sendo recomendado o uso contínuo da medicação por 6 a 12 meses, podendo se estender por dois anos ou mais em casos recorrentes ou com fatores de risco aumentados (CANMAT, 2023).

A avaliação de resposta deve ocorrer geralmente entre quatro e oito semanas após o início da medicação. Em caso de resposta insuficiente, orienta-se a reavaliação diagnóstica, a verificação da adesão e a otimização da dose antes de modificar o regime terapêutico. Persistindo a ausência de melhora, pode-se optar por trocar o antidepressivo ou associar medicações adjuvantes, incluindo antipsicóticos atípicos, lítio ou moduladores dopaminérgicos (CANMAT, 2023).

A combinação de antidepressivos tem se mostrado uma alternativa promissora. Segundo Henssler *et al.* (2022), em metanálise com 6.751 pacientes, a combinação de um inibidor da recaptação de monoaminas com um antagonista dos receptores α_2 -adrenérgicos pré-sinápticos apresentou resultados superiores a outras

combinações, ressaltando que a taxa de resposta foi significativamente maior quando comparada à monoterapia. Os autores destacam que a combinação de antidepressivos não esteve associada a maior número de interrupções do tratamento, sugerindo perfil de segurança semelhante ao da monoterapia

(HENSSLER *et al.*, 2022), o que reforça a viabilidade clínica dessa abordagem, especialmente em casos graves ou resistentes.

Em situações de depressão resistente ao tratamento (TRD), definida como “resposta inadequada a pelo menos dois antidepressivos de dose e duração apropriadas” (KAJUMBA *et al.*, 2024), o manejo torna-se mais complexo. Segundo Kajumba *et al.* (2024), cerca de 66% dos pacientes não alcançam remissão com antidepressivos convencionais, exigindo estratégias multimodais e personalizadas. A potencialização com aripiprazol ou bupropiona, e o uso de cetamina e esketamina, emergem como alternativas eficazes. A cetamina apresenta mecanismos de ação antidepressiva mediados pela modulação sináptica rápida, o que representa uma abordagem inovadora frente à lentidão dos antidepressivos convencionais (KAJUMBA *et al.*, 2024).

Kishi *et al.* (2023) reforçam que a fase de manutenção é essencial para a prevenção de recaídas, apontando que a taxa de recaída em seis meses foi significativamente menor para diversos antidepressivos em comparação ao placebo, incluindo amitriptilina, citalopram, desvenlafaxina, duloxetine, fluoxetina, mirtazapina, paroxetina, sertralina, venlafaxina e vortioxetina. As drogas desvenlafaxina, paroxetina, venlafaxina e vortioxetina mostraram melhor equilíbrio entre eficácia e tolerabilidade.

Por fim, a literatura recente tem destacado o papel inovador da cetamina e de seu enantiômero ativo esketamina no tratamento de depressão resistente. Kim *et al.* (2024) explicam que a

cetamina produz efeitos antidepressivos dentro de algumas horas, em contraste com as semanas necessárias para os antidepressivos tradicionais. Esse efeito rápido decorre do bloqueio dos receptores NMDA, levando à ativação dos receptores AMPA e à liberação de BDNF, o que induz plasticidade sináptica e restauração de circuitos neurais entre o hipocampo e o córtex pré-frontal. Segundo os autores, a cetamina induz mudanças moleculares e sinápticas distintas, que engajam circuitos neurais específicos para produzir ação antidepressiva” (KIM *et al.*, 2024).

Em síntese, o tratamento farmacológico da depressão deve seguir um modelo individualizado e progressivo, iniciando-se com antidepressivos de primeira linha, progredindo para estratégias combinadas ou de potencialização quando necessário e considerando terapias inovadoras como a cetamina para casos resistentes. A adesão, o monitoramento contínuo e a integração com psicoterapia permanecem fundamentais para garantir eficácia sustentada, redução de recaídas e melhora global da qualidade de vida.

Mudanças de estilo de vida e suporte social

As Medidas de Estilo de Vida (MEV) ganham destaque por representarem fatores modificáveis essenciais na patogênese e no manejo do TDM. Os pilares fundamentais dessas MEV, amplamente revisados na literatura, incluem a dieta, o exercício físico e a qualidade do sono, os quais demonstram um papel significativo no desenvolvimento, progressão e tratamento dessa condição debilitante (SARRIS *et al.*, 2014; LOPRESTI *et al.*, 2013).

A relevância das MEV reside na sua capacidade de modular as vias biológicas desreguladas que caracterizam a depressão. Fatores como a dieta, o sono e o exercício exercem um papel

mediador crucial em sistemas fisiológicos complexos. Estes sistemas englobam os processos de neurotransmissores, as vias imuno-inflamatórias, as perturbações do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HPA), o estresse oxidativo, os sistemas de defesa antioxidante, a neuroprogressão e as alterações mitocondriais. É importante ressaltar que a relação entre esses fatores de estilo de vida e o TDM é bidirecional, sugerindo que tanto a depressão pode afetar as escolhas de vida quanto às escolhas de vida podem influenciar a saúde mental. Além desses três pilares centrais, a MEV também abarca a interação social, o uso de técnicas de meditação baseadas em *mindfulness*, e a redução de substâncias recreativas como nicotina, drogas e álcool (LOPRESTI *et al.*, 2013; SARRIS *et al.*, 2014).

A abordagem integrada da "Medicina do Estilo de Vida" (MEV) propõe umnexo entre a promoção da saúde pública e o tratamento clínico, aplicando princípios ambientais, comportamentais e psicológicos para otimizar o bem-estar físico e mental. Considerando a complexidade da depressão e o fato de que os tratamentos atuais são insuficientes para abordar todo o ônus global da doença, o reconhecimento da modificação do estilo de vida como uma parte rotineira do tratamento e dos esforços preventivos é crucial. Embora os dados suportam que elementos individuais das MEV sejam modificadores da saúde mental, há uma necessidade crítica de pesquisas mais rigorosas que abordam a aplicação a longo prazo da MEV e, sobretudo, que explorem a modificação envolvendo múltiplos elementos de estilo de vida simultaneamente (LOPRESTI *et al.*, 2013; SARRIS *et al.*, 2014; OPIE *et al.*, 2017).

Já o Suporte Social é um fator psicossocial crucial que influencia diretamente o TDM e a Qualidade de Vida (QOL) dos pacientes. Estudos realizados com pacientes internados com TDM indicam uma associação significativa e

negativa entre os sintomas de depressão e o suporte social percebido geral. Especificamente, o suporte percebido da família, amigos e de uma pessoa significativa mostrou-se inversamente associado à sintomatologia depressiva. Essa relevância clínica é reforçada por achados de que a gravidade da depressão (HAMD-17) tem uma correlação negativa com as escalas de avaliação de suporte social (SSRS). Adicionalmente, o suporte social desempenha um papel mediador essencial; em um modelo de predição em cadeia, o suporte social, juntamente com o estresse percebido (PSS-10), mediou a relação entre a gravidade da depressão e a qualidade de vida dos pacientes (QOL-6). O engajamento em interações sociais e o suporte fornecido auxiliam na redução do impacto negativo dos sintomas depressivos na QOL e podem efetivamente reduzir a carga psicológica, promovendo o bem-estar geral. Tais resultados argumentam fortemente pela inclusão do suporte social como um componente de intervenção essencial na prática clínica direcionada a pacientes com depressão (ZHANG *et al.*, 2025; SHIH *et al.*, 2020).

Resistências ao tratamento

O manejo do TDM é persistentemente dificultado pela resistência terapêutica, um problema evidenciado pela estimativa de que os tratamentos atuais abordam apenas cerca de um terço do ônus global da doença. Essa lacuna clínica impulsiona a busca por intervenções complementares que possam modular as vias desreguladas associadas à depressão e, consequentemente, reduzir a resistência. Dentro desse espectro, as MEV, que englobam dieta, sono e exercício, e as terapias físicas não invasivas, como a Fotobiomodulação (PBM), surgem como alternativas promissoras). Contudo, o sucesso dessas abordagens está intrinsecamente ligado à adesão do paciente. No campo das

MEV, a dificuldade de adesão é amplificada pela relação bidirecional entre o estilo de vida e o TDM, onde a própria depressão pode minar a motivação e a capacidade de engajamento em comportamentos saudáveis, prejudicando a resposta terapêutica (LOPRESTI *et al.*, 2013; OPIE *et al.*, 2017; SEOK *et al.*, 2025).

Tanto nas intervenções comportamentais quanto nas físicas, a eficácia está diretamente associada à adesão contínua. No caso das MEV, especificamente as modificações dietéticas recomendadas para a prevenção da depressão, o efeito protetor é derivado do "efeito cumulativo e sinérgico dos nutrientes" inerentes a padrões alimentares integrais, e não de componentes isolados. Isso exige uma adesão consistente e de longo prazo a padrões complexos. Similarmente, nas terapias físicas, a adesão ao protocolo é um moderador crucial dos resultados clínicos. Na PBM, por exemplo, a meta-análise revelou que uma duração de tratamento mais longa se associava a "maiores benefícios terapêuticos", indicando que a adesão do paciente ao cronograma estabelecido é vital. Para maximizar a resposta e superar a resistência ao TDM, é fundamental não apenas desenvolver modalidades eficazes, mas também otimizar os protocolos de tratamento (como a otimização modalidade-específica na PBM) de modo a facilitar a adesão e permitir o efeito terapêutico completo (SEOK *et al.*, 2025; OPIE *et al.*, 2017).

CONCLUSÃO

O presente capítulo abordou o TDM sob uma perspectiva ampliada, destacando sua elevada prevalência, impacto funcional e complexidade clínica, que resultam da interação entre fatores neurobiológicos, psicossociais e psicodinâmicos. A partir da revisão realizada, constatou-se que o TDM constitui um importante desafio de saúde pública global, repercutindo

negativamente na qualidade de vida, nas relações interpessoais e no desempenho ocupacional dos indivíduos acometidos. Além disso, sua etiologia multifatorial e suas manifestações heterogêneas reforçam a necessidade de uma abordagem diagnóstica criteriosa e integrativa, que considere tanto os critérios objetivos quanto a compreensão subjetiva do sofrimento psíquico do paciente.

No campo terapêutico, observou-se que o manejo do TDM deve ser centrado na individualização do cuidado, podendo incluir intervenções farmacológicas, psicoterapias estruturadas, técnicas psicodinâmicas, terapias biológicas e medidas de estilo de vida, com forte recomendação para tratamento combinado, dada sua superioridade em termos de resposta clínica e prevenção de recaídas. A adesão terapêutica, o fortalecimento da aliança terapêutica e o suporte social constituem elementos essenciais para o sucesso do tratamento e mitigação da cronicidade do quadro depressivo. Quanto à psicodinâmica do transtorno, reforça-se seu papel complementar no entendimento das motivações inconscientes, das defesas psíquicas e dos padrões relacionais que permeiam o adoecimento e a resposta terapêutica. Tal integração conceitual possibilita uma prática clínica mais humanizada, que reconhece, além da sintomatologia, o significado singular do sofrimento emocional de cada paciente.

Entretanto, apesar dos avanços diagnósticos e terapêuticos, persistem lacunas importantes, especialmente no tocante à resistência ao tratamento, às recaídas recorrentes e às variabilidades culturais, etárias e de gênero na expressão sintomática. Portanto, evidencia-se a necessidade de novos estudos terapêuticos – como terapias neuromoduladoras e intervenções baseadas em estilo de vida, além da necessidade de

aprofundar o conhecimento acerca dos determinantes psicossociais e psicodinâmicos envolvidos no TDM.

Assim, conclui-se que o manejo do Transtorno Depressivo Maior deve ser fundamentado em uma visão biopsicossocial e interdisciplinar,

garantindo diagnóstico preciso, cuidado continuado e abordagem terapêutica personalizada, com o objetivo de reduzir o sofrimento, restaurar a funcionalidade e promover recuperação integral do indivíduo em seu contexto de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: *DSM-5-TR*. 5. ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2022.

ANTONELLI, C *et al.* A subjetividade e o psicofármaco. *Mental (PePsic)*, v. 15, n. 27, 2021. DOI: 10.5935/1679-4427.v15n27.00042.

CANADIAN NETWORK FOR MOOD AND ANXIETY TREATMENTS (CANMAT). 2023 Clinical Guidelines for the Management of Major Depressive Disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, v. 68, n. 6, p. 409–436, 2023. DOI: 10.1177/07067437231163716.

CASTRO, M.C. *et al.* Depression and associated factors among Brazilian adults: the 2019 national healthcare population-based study. *BMC Psychiatry*, v. 23, p. 333, 2023. DOI: 10.1186/s12888-023-05133-9.

CHENIAUX, Elie. *Manual de Psicopatologia*. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2020.

CUI, L. B. *et al.* Neurobiological mechanisms of major depressive disorder: from monoamines to inflammation and beyond. *Frontiers in Psychiatry*, v. 12, p. 659470, 2021. DOI: 10.3389/fpsy.2021.659470.

CUIJPERS, P. *et al.* Psychological treatment of depression in primary care: recent developments. *Current Psychiatry Reports*, v. 21, n. 12, p. 129, 2019. DOI: 10.1007/s11920-019-1117-x.

DALGALARRONDO, P. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

FERREIRA, C.H.J. *et al.* Prevalence of self-reported lifetime medical diagnosis of depression in Brazil: analysis of data from the 2019 Brazilian National Health Survey. *BMJ Open*, v. 12, e063160, 2022. DOI: 10.1136/bmjopen-2022-063160.

GABBARD, G.O. *Psiquiatria psicodinâmica na prática clínica*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2022.

HENSSLER, J. *et al.* Combining antidepressants vs antidepressant monotherapy for treatment of patients with acute depression: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, v. 79, n. 4, p. 300–312, 2022. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2021.4313.

HIDAKA, B.H. Depression as a disease of modernity: explanations for increasing prevalence. *Journal of Affective Disorders*, v. 140, n. 3, p. 205–214, nov. 2012. DOI: 10.1016/j.jad.2011.12.036.

KAJUMBA, M.M. *et al.* Treatment-resistant depression: molecular mechanisms and management. *Molecular Biomedicine*, v. 5, n. 1, p. 43, 17 out. 2024. DOI: 10.1186/s43556-024-00205-y.

KAPLAN, H.I. *et al.* *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

KIM, J.W. *et al.* Ketamine: mechanisms and relevance to treatment of depression. *Annual Review of Medicine*, v. 75, p. 129–143, 2024. DOI: 10.1146/annurev-med-051322-120608.

KISHI, T. *et al.* Antidepressants for the treatment of adults with major depressive disorder in the maintenance phase: a systematic review and network meta-analysis. *Molecular Psychiatry*, v. 28, n. 1, p. 402–409, 2023. DOI: 10.1038/s41380-022-01824-z.

LIU, Q. *et al.* Global, regional and national burdens of major depression disorders and its attributable risk factors in adolescents and young adults aged 10–24 years from 1990 to 2021. *The Lancet*, v. 404, p. 100–112, 2024.

LOPRESTI, A.L. *et al.* A review of lifestyle factors that contribute to important pathways associated with major depression: diet, sleep and exercise. *Journal of Affective Disorders*, v. 148, n. 1, p. 12–27, 15 maio 2013. DOI: 10.1016/j.jad.2013.01.014.

MENEZES, T.M.O. *et al.* Social determinants of depressive symptoms in community-dwelling older adults. *Revista de Saúde Pública*, v. 54, p. 35, 2020. DOI: 10.11606/s1518-8787.2020054001613.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). *Depression in adults: treatment and management (NG222)*. London: NICE, 2022.

OPIE, R.S. *et al.* Dietary recommendations for the prevention of depression. *Nutritional Neuroscience*, v. 20, n. 3, p. 161–171, abr. 2017. DOI: 10.1179/1476830515Y.0000000043.

QIN, X. *et al.* Prevalence of depression and its impact among the elderly: a systematic review and meta-analysis. *Aging & Mental Health*, v. 25, n. 11, p. 1907–1916, 2021. DOI: 10.1080/13607863.2020.1849025.

RIBEIRO, Â. *et al.* Depression and psychodynamic psychotherapy. *Brazilian Journal of Psychiatry*, v. 40, n. 1, p. 105–109, 2018. DOI: 10.1590/1516-4446-2016-2107.

SANTOMAURO, D.F. *et al.* Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry*, v. 8, n. 12, p. 1023–1034, 2021. DOI: 10.1016/S2215-0366(21)00384-7.

SARRIS, J. *et al.* Lifestyle medicine for depression. *BMC Psychiatry*, v. 14, p. 107, 10 abr. 2014. DOI: 10.1186/1471-244X-14-107. PMID: 24721040.

SCHRAMM, E. *et al.* An intensive treatment program of interpersonal psychotherapy plus pharmacotherapy for depressed inpatients: acute and long-term results. *American Journal of Psychiatry*, v. 164, p. 768–777, 2007. DOI: 10.1176/ajp.2007.164.5.768.

SEOK, J. *et al.* Effect of photobiomodulation intervention for depressive symptoms: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, v. 393, p. 120413, 14 out. 2025. DOI: 10.1016/j.jad.2025.120413.

SHIH, T.Y. *et al.* Perceived social support and depression symptoms in patients with major depressive disorder in Taiwan: An association study. *Archives of Psychiatric Nursing*, v. 34, n. 5, p. 384–390, out. 2020. DOI: 10.1016/j.apnu.2020.06.004.

SOUSA, A. L. *et al.* Depression and health behaviours in Brazilian adults – PNS 2013. *Revista de Saúde Pública*, v. 51, supl. 1, p. 8s, 2017. DOI: 10.1590/S01518-8787.201705100668.

VILLANUEVA, R. Neurobiology of major depressive disorder. *Neural Plasticity*, v. 2013, p. 873278, 2013. DOI: 10.1155/2013/873278.

VITTENGL, J.R. *et al.* Continuation-phase cognitive therapy’s effects on remission and recovery from depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v. 77, p. 367–371, 2009. DOI: 10.1037/a0015238.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) – Intervention Guide*. Geneva: WHO, 2023.

WU, Y. *et al.* Global, regional, and national temporal trend in burden of major depressive disorder from 1990 to 2019: an analysis of the Global Burden of Disease Study. *Journal of Affective Disorders*, v. 355, p. 180–189, 2024. DOI: 10.1016/j.jad.2024.01.018.

ZHANG, C. *et al.* The chain mediating role of social support and perceived stress on the relationship between depression severity and quality of life in patients with major depressive disorder. *Journal of Neural Transmission (Vienna)*, [S. l.], 16 out. 2025. DOI: 10.1007/s00702-025-03037-4..