

DIAGNÓSTICO E INTENSIDADE DA DEPRESSÃO



Mariana Esteves Paranhos

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS – Brasil

Blanca Guevara Werlang

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS – Brasil



Resumo

Este artigo desenvolve uma revisão da literatura sobre os critérios que integram o diagnóstico de depressão e a intensidade de seus sintomas. Discute-se que é relevante e importante realizar uma análise detalhada das respostas dos indivíduos em instrumentos que fornecem um escore quantitativo. Utilizaram-se para essa discussão, casos ilustrativos de respostas de adolescentes ao Inventário de Depressão de Beck–II (BDI–II), em função do alto valor que esse instrumento possui no meio clínico e de pesquisa. É possível concluir que diferentes níveis de intensidade de depressão podem ser melhor compreendidos a partir de um exame qualitativo de cada um dos itens da escala que representam a constelação da depressão. Quando bem estudados e observados, esses itens podem ser indicadores subclínicos importantes que podem levar ao entendimento de uma dificuldade mais grave que o sujeito possa estar apresentando.

Palavras-chave: Depressão; Diagnóstico; Intensidade; Inventário de Depressão de Beck–II.

Introdução

Desde a sua origem, o indivíduo depara-se com sentimentos de desesperança, apatia, indiferença, ausência de perspectiva e prazer; aspectos esses que podem estruturar uma depressão. A tentativa de compreensão da depressão data, então, da Antiguidade, desde as mais antigas civilizações, podendo ser entendida como um elemento da própria natureza humana e que, muitas vezes, impulsiona o indivíduo, inclusive em seu processo criativo, atribuindo, assim, um ar mais poético ao sofrimento. Por outro lado, a depressão pode ser resultado de um desequilíbrio do organismo, que deve ser tratado. Já na época de Hipócrates,

este citava, em sua teoria sobre os quatro humores (sangre, fleugma, bilis amarela, bilis negra), que a alteração quantitativa e qualitativa da bÍlis negra, principalmente pelo excesso, produzia um quadro melancÓlico caracterizado pelo medo e pela tristeza. O tratamento consistiria em expulsar do organismo esse excesso por meio de purgativos (PERES, 2006; FACÓ, 2008). Com o passar dos anos, muitas outras teorias vieram, sinais e sintomas foram agrupados, e a depressão deixou de ser um simples sintoma, tornando-se uma entidade nosológica. Nessa evolução, Facó (2008) lembra que os antidepressivos surgem na década de 50, ainda que muito timidamente e sem noção da proporção que a afecção ligada à tristeza ocuparia.

Porém, séculos se passaram e nenhum avanço científico ou tecnológico tem possibilitado erradicar os componentes que estruturam o fenômeno depressivo. Pelo contrário, a palavra depressão é dominante no vocabulário cotidiano. As alterações de humor e os quadros depressivos, como são chamados hoje, têm sido amplamente estudados nas últimas décadas, pela sua alta prevalência na população geral e, conforme evidências, estão entre as doenças mais comuns e prejudiciais, despendendo altos custos sociais, caracterizando um problema de saúde pública (MARTIN & COHEN, 2000; BAHLS & BAHLS, 2002; BAHLS, 2004; BOTEGA, FURLANETTO & FRÁGUAS, 2006).

Já se fala na depressão como o mal do século XXI, tornando-se uma maneira de caracterizar o homem contemporâneo (PERES, 2006). Nesse sentido, Hornstein (2006) compara a depressão às pestes de outras décadas, como a tuberculose ou a peste bubônica. Usar como argumento o conceito de peste é colocar simbolicamente a depressão no patamar de uma grave doença que contagia e produz muitas vítimas. Sem dúvida, reparando-se nos altos índices da depressão, o conceito de peste pode-se aplicar. A prevalência na população geral para transtornos depressivos tem alcançado números entre 4% e 10%, sendo observada uma maior incidência em mulheres, variando de 10% a 25%, enquanto nos homens a porcentagem é de 5% a 12% (BAHLS & BAHLS, 2002; ZAVASCHI et al., 2002; DELL'AGLIO & HUTZ, 2004). Outro dado importante, referido por Botega et al. (2006), é que uma a cada 20 pessoas é atingida por um episódio depressivo moderado ou grave durante o curso da vida; em torno de cada 50 casos diagnosticados com a patologia, um necessita de internação, e 15% dos deprimidos graves cometem suicídio.

A Organização Mundial da Saúde aponta que problemas tradicionais, como doenças infecciosas e de má nutrição, alocadas entre as principais necessidades de saúde da população,

vão certamente ser substituídas por doenças como a depressão. Dados fornecidos pela Disability Adjusted Life Years (medida obtida pela soma dos anos de vida perdidos pela mortalidade prematura na população e dos anos perdidos de vida por incapacidade) identificaram a depressão maior, em 2002, em quarto lugar como causa geradora de sobrecarga, prevendo que, em 2020, ocupe o segundo lugar, perdendo apenas para doenças cardíacas isquêmicas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

Esses dados, por si só, já seriam suficientes para alertar para a gravidade e importância dessa enfermidade na população geral, mas ainda se deve acrescentar o fato de o curso da doença ser recorrente e, na maioria das vezes, crônico (BAHLS, 2002; BAHLS & BAHLS, 2002; GAUER et al., 2003). Metade das pessoas que apresentam um episódio depressivo irão desenvolver um segundo; e dessas, 70% a 80% tendem a apresentar um terceiro, indicando que o número de episódios anteriores é um importante fator de risco para o desenvolvimento de novos episódios. Quanto à cronicidade da doença, as taxas são de 12% e 20% para deprimidos, variando a recuperação apenas em torno de 26% dos casos (BOTEGA et al., 2006).

Apesar de a depressão ser hoje um dos principais temas de pesquisa, diante de cifras tão altas e assustadoras, o sentimento é de que algo ainda falta para a compreensão desse quadro psicopatológico. A depressão intriga, desde os tempos mais remotos, e convida, mais uma vez, a interrogar sua origem, impelindo a entender melhor os diagnósticos, as etiologias e os tratamentos de que se dispõem hoje. Mesmo que já se tenha discutido muito a respeito desse mal desde a época de Hipócrates, parece claro que ainda se tem um longo caminho a percorrer para se tomar as rédeas desse flagelo humano. Como bem menciona Facó (2008), conceituar a depressão não é tarefa simples. Ao mesmo tempo em que pode se referir a um conjunto de sinais e sintomas, formando uma constelação patológica, também pode corresponder a um simples sentimento normal e comum ou tratar-se de uma manifestação, assim como a dor e a angústia, que podem estar presentes em vários outros quadros clínicos, sem necessariamente configurar uma classe de psicopatologia. A ambiguidade do termo também atravessa os séculos, e os dados epidemiológicos evidenciam sua proliferação.

Portanto, o objetivo deste artigo é, através de uma revisão da literatura (localizada através de livros-textos e nas bases de dados MEDLINE, PubMed, LILACS e SciELO), expor os critérios que compõem o diagnóstico da depressão e discutir sobre seus níveis de intensidade, assim como dos sintomas envolvidos nesse quadro psicopatológico. O alvo é

debater a respeito de sinais subclínicos, que se não bem compreendidos e não prestada a devida atenção ao sujeito, podem levar a problemáticas mais graves. Com o intuito de ilustrar como se pode melhor avaliar esses indicadores subclínicos, se utilizam aqui exemplos de respostas de adolescentes em que foi aplicado o Inventário de Depressão de Beck–II (BDI–II). Os exemplos expostos fazem parte de um projeto maior de pesquisa desenvolvido após aprovação do Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Especificamente sobre o BDI–II, cabe lembrar que é um instrumento que tem a finalidade de medir a intensidade da depressão para pacientes psiquiátricos e pessoas da população em geral. Foi desenvolvido por Beck, Steer e Brown (1996), possui 21 itens, e para cada um deles há quatro (com escore variando de 0-3) afirmativas de resposta (com exceção dos itens 16 e 18, em que existem sete afirmativas, sem, contudo, variar o escore), entre as quais o sujeito escolhe a mais aplicável a si mesmo para descrever como esteve se sentindo nas duas últimas semanas, incluindo o dia de hoje. Esses itens dizem respeito a níveis de gravidade crescentes de depressão, e o escore total é resultado da soma dos itens individuais, podendo alcançar o máximo de 63 pontos. A pontuação final é classificada em níveis: mínimo, leve, moderado e grave, indicando assim a intensidade da depressão.

Breve Revisão dos Aspectos que Envolvem o Diagnóstico da Depressão

O diagnóstico de doenças mentais não acompanha a lógica e objetividade que outros diagnósticos possuem. O que permite diferenciar uma doença de outra, conforme o modelo da medicina moderna, é a identificação de um sinal patognomônico. No caso das afecções psicopatológicas, a maioria não possui um sinal biológico que seja único para cada uma delas (FACÓ, 2008). Fazendo uma distinção entre o diagnóstico em medicina geral e em psiquiatria, de acordo com o mesmo autor, esse último sempre “dependerá da avaliação subjetiva do profissional de saúde mental, não dispondo de exames específicos para garantir, com pequena margem de erro, um diagnóstico diferencial” (p. 77). Com os transtornos depressivos não é diferente, pois a subjetividade do examinador sempre está presente. O bom clínico deve saber reconhecer, no discurso do paciente, os sinais de depressão, assim como seus sintomas, para assim realizar o encaminhamento adequado e, até mesmo, atuar de forma preventiva. Contudo, o que na realidade acontece é que a depressão ainda é subdiagnosticada e subtratada (FLECK et al., 2003).

A disseminação dos transtornos de humor entre a população é de conhecimento geral, assim como é notório que o diagnóstico e o tratamento para essa patologia ainda não são realizados adequadamente ou, simplesmente, não acontecem (GAUER et al., 2003; BOTEGA et al., 2006). A maioria das pessoas que apresentam quadros depressivos não procuram atendimento de saúde e, quando o fazem, buscam auxílio não especializado. Além disso, segundo Menezes e Nascimento (2000), algumas pessoas que são consideradas como casos novos de depressão podem, na verdade, estar apresentando uma recaída. Ainda, para esses autores, episódios passados da doença podem ser esquecidos, especialmente por pacientes com sintomatologia moderada, episódios pouco recorrentes ou que não receberam tratamento.

Tais “erros” de diagnósticos também estão ligados ao fato de que as manifestações do transtorno se dão, muitas vezes, por queixas físicas múltiplas e dores no corpo, bem como pela associação de depressão a outras patologias não psiquiátricas, como cardiopatia, diabetes, hipertensão (GAUER et al., 2003). Além disso, deve-se considerar que sentimentos de tristeza, desânimo, angústia fazem parte da vida de qualquer pessoa. Esses sentimentos podem se apresentar frente a situações de perda, fracassos, desapontamentos, entre outras adversidades comuns da vida; por isso, o quadro psicopatológico pode permanecer mascarado, por serem sentimentos corriqueiros da vida (DEL PORTO, 2000; PERES, 2006). O mais grave é que, conforme dados citados por Fleck et al. (2003), diagnósticos não são realizados também por falta de preparo por parte de profissionais da saúde, descrença desses no sucesso do tratamento ou, ainda, pela atenção apenas às manifestações físicas.

Conforme a Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial da Saúde (OMS, 1993) e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-IV-TR (2002), os principais sintomas da depressão são: humor deprimido na maior parte do tempo e perda de interesse ou prazer por quase todas as atividades. Esses sintomas devem estar presentes praticamente todos os dias, por um período de mais de duas semanas, devendo o indivíduo apresentar também sintomas adicionais, tais como: alterações no apetite ou peso, sono e atividade psicomotora; fadiga; sentimentos de desvalia ou culpa; energia reduzida; irritabilidade; dificuldade para pensar, concentrar-se ou tomar decisões; pensamentos recorrentes sobre morte ou ideação suicida, planos ou tentativas de suicídio. O DSM-IV-TR (2002) inclui, no grupo dos transtornos depressivos, o Transtorno Depressivo Maior, o Transtorno Distímico e o Transtorno Depressivo sem outra Especificação.

Observando os critérios para o diagnóstico da depressão, esses se mostram, em princípio, muito bem definidos, mas sabe-se que vêm acompanhados de vários fatores subjetivos, como crises situacionais e do desenvolvimento normal do ser humano, e que, pelo fato de os sintomas serem evolutivos, podem se tornar mais frequentes e intensos em determinadas fases da vida. O grande desafio se centra no diagnóstico precoce, na intervenção preventiva de pessoas que apresentam sinais subclínicos de depressão, sem, contudo, apresentar ainda todos os critérios diagnósticos para o transtorno. Mais desafiador, ainda, é poder identificar quem realmente apresenta um potencial para o desenvolvimento da doença e quem pode estar passando apenas por um período de crise, mas que possui recursos para dar conta da problemática. Como então diferenciar um quadro de problemas subclínicos que podem vir a se tornar um transtorno depressivo, conforme descrito pelos manuais diagnósticos, de um quadro de uma tristeza profunda, mas que a pessoa possui recursos internos e externos para evoluir para uma melhora espontânea?

O diagnóstico para os diferentes quadros de depressão é essencialmente clínico, mas muitas são as tentativas de se sistematizar o diagnóstico. Em 2000, por exemplo, a Associação Médica Brasileira (AMB), em conjunto com o Conselho Federal de Medicina (CFM), iniciou um Projeto de Diretrizes para várias doenças e seus tratamentos, com o intuito de auxiliar o médico em sua conduta, através da reunião de informações baseadas nas últimas evidências científicas disponíveis. Dentro desse projeto, encontram-se, também, diretrizes para diagnóstico e tratamento da depressão (AMB, 2000; FLECK et al., 2003). Esse documento, além de conter informações sobre dados epidemiológicos do transtorno, indica, também, os principais achados quanto ao uso de medicação e ao tratamento psicológico para a depressão em diferentes níveis. A identificação da intensidade dos sintomas faz parte do diagnóstico e se encontra presente nos sistemas classificatórios, como, por exemplo, no DSM-IV-TR.

Os esforços em reconhecer a intensidade da depressão e quantificar impressões clínicas também são constantes. As escalas de avaliação, conforme Bahls (2004), através da identificação de sintomas, determinação de sua intensidade e duração, surgem com a proposta de qualificação e quantificação dos sintomas. Conforme o mesmo autor, essas escalas iniciaram nas áreas da Psiquiatria e Psicologia, na mesma linha dos códigos internacionais de diagnóstico, e se propõem a auxiliar no reconhecimento de problemas subclínicos que não chegam a atingir os critérios necessários para o diagnóstico formal, mas que podem evoluir

para o desenvolvimento de transtornos depressivos graves, bem como ajudam a definir níveis de psicopatologias em diferentes quadros clínicos.

Instrumento de Medida da Intensidade da Depressão: Compreensão Além do Escore Final

Com o desenvolvimento implacável da psicofarmacoterapia, na década de 50, e a promessa de cura pela suspensão dos sintomas, como bem lembram Calil e Pires (1998), houve uma necessidade de avaliar a eficácia dessas propostas de tratamento. Com isso, nas últimas décadas, houve um número crescente de instrumentos psicométricos e, dentre os vários métodos de avaliação, as escalas de autoavaliação alcançaram destaque em se tratando da depressão, por conseguirem examinar sentimentos subjetivos e de autopercepção, sintomas-chave nessa patologia e que não são tão fáceis de identificar apenas em entrevistas clínicas. Também se destacam por serem bastante econômicas quanto ao fator tempo. A propagação dessas escalas se deu tão intensamente como o aumento da depressão. Tanto no cenário internacional como no Brasil foram validadas, para a população geral e clínica, escalas que avaliam sintomas depressivos. Dentre as mais conhecidas e usadas no meio clínico e de pesquisa estão a Escala de Depressão de Hamilton, a Escala de Depressão de Montgomery-Asberg e o Inventário de Depressão de Beck.

A escolha dos itens que compõem uma escala deve estar refletindo o construto que se pretende medir, neste caso específico a depressão. De acordo com Urbina (2007, p. 213), “os itens de um teste são as unidades que o compõem e os meios pelos quais as amostras de comportamento dos testandos são coletadas”. A maioria das escalas de autoavaliação da depressão baseia seus itens nos sintomas já consagrados desse transtorno. O Inventário de Depressão de Beck (BDI), por exemplo, está calcado nos sintomas diagnósticos da depressão, definidos pelo DSM (BECK et al., 1996), buscando refletir as diferentes dimensões do fenômeno.

Especificamente sobre o Inventário de Depressão de Beck, na sua última versão conhecida como BDI-II, é possível afirmar que se trata de uma medida sintomática de depressão, composta por itens descritivos de atitudes e sintomas com escores variando entre 0 e 3, correspondentes a níveis de gravidade crescente. A soma dos escores dos itens fornece um escore total que corresponde à intensidade da depressão mensurada a partir de um gradiente de gravidade, variando entre os níveis mínimo, leve, moderado e grave. Intensidade

se refere ao que se manifesta com força, energia; diz respeito a uma medida de variação de determinada característica. A conclusão final é: quanto mais intensos os sintomas, mais severa ou grave é a manifestação da depressão.

De acordo com o DSM-IV-TR (2002), o nível de intensidade leve corresponde ao indivíduo que apresenta poucos sintomas ou nenhum, além dos contemplados para a realização do diagnóstico, interferindo esses sintomas muito pouco no funcionamento social ou ocupacional. Já no nível moderado, mais sintomas estão presentes e o prejuízo funcional se encontra entre “leve” e “grave”. Quanto ao especificador grave, o manual descreve como a situação em que muitos sintomas, ademais dos exigidos para o diagnóstico, estão presentes; ou esses sintomas identificados são por si só graves, ou ainda existe um prejuízo social e ocupacional demasiado em função da sintomatologia.

De acordo com essa compreensão, pode-se inferir que no BDI-II quem se encontra no extremo moderado ou grave do *continuum* deveria receber uma atenção maior, pois estaria apresentando maior quantidade de sinais subclínicos para a depressão; assim se poderia resolver o desafio de intervir de forma preventiva. Porém, aqui se estabelece uma problemática: o que está realmente em jogo em cada um dos níveis do gradiente de gravidade? Será que uma pessoa que pontue um escore que determina uma intensidade grave de depressão se tornará um sujeito de maior preocupação quando comparado a outro que alcance uma classificação de intensidade de depressão moderada? Duas pessoas que apresentam um escore moderado ou grave delineiam o mesmo risco para o desenvolvimento ou a inclusão numa categoria nosológica de depressão? Com o que realmente os clínicos devem se preocupar: com o escore final obtido no inventário ou com a informação fornecida pelo conteúdo específico de cada item do instrumento?

Cabe destacar que definir e diagnosticar um quadro de depressão é diferente de medir a intensidade de sintomas. Sobre o assunto, Gibbons, Clark e Kupfer (1993) referem que esses dois objetivos são usados, muitas vezes, como intercambiáveis por clínicos e pesquisadores, e que a diferenciação entre os dois é imprescindível para evitar equívocos. O primeiro objetivo busca determinar quais pacientes apresentam ou não diagnóstico de depressão, normalmente usando uma entrevista estruturada junto com critérios-diagnósticos definidos (DSM-IV). Já no segundo caso, o objetivo é ordenar pacientes num gradiente de gravidade da depressão, normalmente usando entrevistas estruturadas mais curtas ou escalas de autoaplicação, como o Inventário de Depressão de Beck.

Os critérios usados para medir a intensidade da depressão podem diferir bastante dos critérios utilizados para diagnosticá-la; isso não significa que um ou outro esteja errado, ou seja, mais ou menos eficaz, cada um está certo dentro da sua realidade. O que parece indispensável para os autores é não esquecer que as escalas e os inventários medem manifestações sintomáticas em princípio situacionais.

Analisar o conteúdo dos itens apontados pelo examinado que apresenta um escore de intensidade mínima, leve, moderada ou grave para a depressão é o que se entende que deve ser valorizado pelo clínico. Beck et al. (1996), no manual do Inventário de Depressão de Beck–II (BDI–II), fazem um alerta para que o instrumento em questão preveja apenas uma estimativa da intensidade geral da depressão e que, por isso, seja clinicamente importante ficar atento ao conteúdo dos itens específicos. Uma análise posterior de quais itens do instrumento foram pontuados e qual a pontuação atribuída em cada um deles podem fornecer indicativos de uma problemática mais preocupante do que simplesmente a interpretação final do escore do Inventário. Os autores acrescentam, ainda, a necessidade de uma particular atenção aos itens que avaliam ideação suicida e pessimismo, que integram o diagnóstico de depressão e podem ser preditivos de um potencial para o suicídio. Assim, qualquer pontuação diferente de 0 para o item 2 (pessimismo) e o item 9 (pensamentos ou desejos suicidas) no BDI–II deve ser muito bem analisada, uma vez que esses dois sintomas, se associados a qualquer nível de depressão, principalmente ao moderado ou ao grave, podem constituir risco para uma conduta suicida (Beck et al., 1996a; BECK, STEER & GRISHAM, 2000; WERLANG, BORGES & FENSTERSEIFER, 2005).

A título de ilustração, destaca-se um caso de uma adolescente, de 13 anos, que atingiu o escore 29 no BDI–II, correspondente a um nível de intensidade grave de depressão. No conjunto de respostas da adolescente, além de identificar-se um determinado padrão sintomático, observa-se o registro da alternativa 2, para o item que avalia pessimismo, e da alternativa 3, para o item que diz respeito à presença de ideias suicidas. Frente a essa situação, há indicativos preocupantes e suficientes para dar uma atenção especial ao caso, através de uma investigação mais detalhada, junto à adolescente e seus pais ou responsáveis.

Sabendo que a desesperança é um componente central da depressão (BECK et al., 1974; BECK et al., 2000; KIRKCALDY et al., 2006), itens relacionados, de alguma forma, a esse construto devem ser de importante atenção em todas as faixas etárias e, em especial, na adolescência, principalmente se vinculada a escores moderados e graves. No período da

adolescência, tais sinais podem estar mascarados pelos conflitos que são esperados nessa faixa etária, por isso o cuidado voltado para esses sinais. O intuito é verificar se tais sintomas estão presentes, de forma transitória, por algo exclusivo do momento em que o adolescente respondeu ao instrumento ou se esses sintomas têm acompanhado o jovem durante todos os dias e estão aliados a outras dificuldades.

Nesse sentido, uma investigação mais detalhada foi realizada com um adolescente, de 14 anos, que alcançou a pontuação 32 no BDI-II, escore que corresponde a uma intensidade grave de depressão. Ao analisar, mais detalhadamente, as respostas ao instrumento, notam-se pontuações altas para itens relacionados à desesperança. No BDI-II, quanto mais alta a pontuação atribuída ao item, mais problemática é a situação em que a pessoa se encontra em relação ao que está sendo perguntado. No caso desse adolescente, os itens que chamaram a atenção, com as respectivas pontuações entre parêntesis, foram tristeza (3), fracasso passado (2), sentimentos de culpa (1), autoestima (3), autocrítica (2), pensamentos e desejos suicidas (3), desvalorização (3).

Outros sinais também podem ser indicativos de que algo importante está acontecendo e que não pode ser confundido como uma simples reação a determinado fato ou crise evolutiva das diferentes fases da vida. Beck et al. (1996) indicam que alguns pacientes suicidas, por exemplo, não expressam propriamente a ideação suicida, mas podem apontar para importantes dificuldades para comer e dormir. Nesse caso, para os autores, o examinador deve realizar uma verificação posterior de tendências depressivas e suicidas encobertas em queixas de desempenho e somáticas. Verifica-se essa necessidade no caso de outro adolescente, de 14 anos, que obteve o escore total de 25, indicativo de uma intensidade de sintomas de depressão moderada. Nas suas respostas, percebe-se que suas pontuações se centram nos itens mais relacionados a sintomas somáticos: choro (2), agitação (2), falta de energia (2), alteração no padrão do sono (3a), irritabilidade (2), alteração de apetite (3b) e cansaço ou fadiga (3). O restante dos itens da escala, nesse caso, ficou com pontuações entre 0 e 1. Pensando no que foi descrito pelos autores, as pontuações desses itens refletem que algo não vai bem com esse adolescente; cabe, então, a investigação do que essa mudança de comportamento está representando.

Sem dúvida, qualquer pessoa que esteja apresentando um nível de severidade moderado ou grave merece uma atenção maior. A intenção é que se possa olhar para além do número final que o instrumento gera e se esteja atento a possibilidades de identificar situações

mais graves que outras, ou seja, casos em que uma intervenção rápida se faz iminente, assim como se investigue quais os sintomas característicos de determinado sujeito para a depressão.

Por outro lado, os escores leves também não podem ser minimizados. Fleck et al. (2003) entendem que devem ser valorizados resultados de avaliações em que surgiram indícios de depressão leve. Mesmo que todos os critérios necessários para o diagnóstico de depressão não estejam presentes, deve ser avaliado o risco para episódios depressivos futuros. Do mesmo modo, a presença do indicador de intensidade leve, em uma escala autoaplicável de depressão, não quer dizer que os itens pontuados devam ser descartados ou pouco valorizados. Como já referido, alguns itens são de especial importância e, se marcados, devem ser investigados, mesmo em um escore leve. Essa preocupação fica evidente ao se analisar as respostas ao BDI-II de um adolescente, de 15 anos, que obteve um escore total de 18 pontos, correspondente a um nível de intensidade leve. Contudo, os itens da escala pontuados com seus respectivos níveis de gravidade foram os seguintes: pessimismo (3), fracasso passado (2), sentimentos de culpa (3), autoestima (2), autocrítica (1), pensamentos e desejos suicidas (3), choro (3) e perda de interesse (1).

Quando se escolhe um escore único para medir a intensidade da depressão, é necessário ter presente o que esse escore realmente representa. No caso da depressão, que é um fenômeno multidimensional, de acordo com Gibbons et al. (1993), não se pode esquecer o que representa cada uma dessas dimensões. Um exemplo é o de considerar apenas um escore moderado em uma escala que engloba questões de todas as dimensões que envolvem o fenômeno, não sabendo ou nem mesmo buscando saber em qual(is) dimensão(ões) esse sujeito realmente tem algum comprometimento, se existe alguma dimensão que apresente um índice alto e qual o risco que esse dado representa. Em alguns casos, pode ser bastante significativa a informação que o escore total fornece, mas, em outros, isso não é suficiente para compreender e ajudar o sujeito em avaliação.

Uma crítica que Gibbons et al. (1993) fazem a respeito das propriedades dimensionais das escalas é que elas devem ser explícitas e bem descritas. Se o fenômeno em avaliação é multidimensional, uma escala com uma cobertura conceitual boa deveria gerar escores unidimensionais para cada um de seus fatores; assim, o sujeito poderia ser caracterizado e comparado em cada um deles, e a real utilidade de cada um dos subtotais poderia ser comparada com o total.

Sobre a discussão do significado dos escores apresentados em escalas, a intensidade do fenômeno, no caso a depressão, Santor et al. (1995) referem que essa é medida como uma variável contínua na maioria dos instrumentos, atribuindo aos itens o mesmo peso. O problema que é gerado é que os itens possuem a mesma importância, não variando de acordo com a severidade que se está estudando. Por exemplo, no Inventário de Depressão de Beck–II (BDI–II), o item de ideação suicida terá o mesmo valor para sujeitos que obtêm um escore final grave e sujeitos que obtêm um escore final leve. Para os autores, as escalas deveriam, além de discriminar os indivíduos que estão em diferentes níveis, discriminar indivíduos dentro de um mesmo grau de severidade.

Sem dúvida, essas são críticas importantes a serem consideradas quando se está discutindo justamente a importância dos itens que compõem as escalas de depressão. A maioria das escalas de que se dispõe e que tem uma excelente aceitação por parte de clínicos e pesquisadores não contempla escores diferentes dentro do mesmo instrumento e tampouco propõe pesos diferentes para os itens de acordo com o grau de severidade a que se está dedicando atenção. Porém, isso não invalida o seu uso, inclusive do BDI–II, foco maior deste trabalho, para detectar a presença de sintomas depressivos em sujeitos da população geral e classificar pacientes quanto à intensidade da depressão. O cuidado na verificação da pontuação dos itens que representam as diferentes dimensões do fenômeno depressão também pode servir como uma avaliação a mais, além do escore final.

Considerações Finais

Muitos são os estudos e artigos publicados a respeito da depressão e do uso de escalas que avaliam intensidades de sintomas, mas pouco se fala da relação entre a intensidade da sintomatologia depressiva e o escore final alcançado nos instrumentos destinados a medir manifestações comportamentais da depressão. Esse olhar mais apurado para os dados que o instrumento fornece pode servir de base para uma ação clínica mais eficaz.

Se a depressão tem tomado proporções de uma epidemia, devem-se reunir todos os esforços para se atuar preventivamente e não só com estratégias de tratamento para o transtorno já instalado. Para poder trabalhar com prevenção, é necessário criar mecanismos adequados para uma identificação precoce de pessoas que possuem um potencial para desenvolver um transtorno depressivo. As escalas psicométricas de autoavaliação da intensidade de sintomas depressivos podem vir ao encontro dessa proposta, desde que os

profissionais que as utilizam estejam familiarizados com o instrumento escolhido, e o instrumento esteja devidamente padronizado e normatizado para a população a ser avaliada.

Diferentes níveis de intensidade de depressão podem ser mais bem compreendidos a partir de uma análise mais aprofundada de cada um dos itens da escala que representam a constelação da depressão. Quando bem examinados e observados, esses são indicadores subclínicos importantes que podem levar ao entendimento de uma dificuldade mais grave que o sujeito possa estar apresentando.

DIAGNOSIS AND INTENSITY OF DEPRESSION

Abstract

The purpose of this article is to provide a literature review about the criteria that make up the depression diagnosis and the intensity of its symptoms. It is in discussion that doing a more detailed analysis of the subject's answers in the instruments which give a quantitative score is important and very relevant. In the study, answers from adolescents to the Beck Depression Inventory-II were used to illustrate the discussion, because of the high value of this instrument in the clinical and in the research community. It is possible to conclude that different levels of depression intensity may have a better comprehension using a qualitative study of each of the scale items that represent the depression constellation. When well studied and observed these items may be important subclinical indicators that may bring a better understanding of some problem more severe that the subject may be dealing with.

Key words: Depression; Diagnosis; Intensity; Beck Depression Inventory–II

Referências

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. 4 ed. Texto Revisado. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. Projeto Diretrizes. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/index.php>. Acesso em: 25 de out. 2008.

BAHLS, S. C. Aspectos da depressão em crianças e adolescentes. *Jornal de pediatria*, v. 78, n. 5, p. 359-366, 2002a.

BAHLS, S. C.; BAHLS, F. R. C.. Depressão na adolescência: características clínicas. *Interação em Psicologia*, v. 6, n. 1, p. 49-57, 2002.

BAHLS, S. C. *A Depressão: em Crianças e Adolescentes e o seu Tratamento*. São Paulo: Lemos editorial, 2004.

BECK, A. T. et al. The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v. 42 n. 6, p.861-865, 1974.

BECK, A. T.; STEER, R. A.; BROWN, G. K. *Manual for Beck Depression Inventory – II*. San Antonio. TX: Psychological corporation, 1996

BECK, A.T.; STEER, R.A; GRISHAM, J.R. Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: a 20-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v. 68, n.3, p.371-377, 2000.

BOTEGA, N. J.; FURLANETTO, L.; FRÁGUAS, R. Jr. Depressão. In: BOTEGA, N. J. (Org.). *Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: Interconsulta e Emergência*. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 225-246.

CALIL, H. M.; PIRES, M. L. N. Aspectos gerais das escalas de avaliação de depressão. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 25, n. 5, set./out. 1998. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista>>. Acesso em: 10 jul. 2008.

DEL PORTO, J. A. Conceito de depressão e seus limites. In: LAFER, B. et al. (Org.). *Depressão no ciclo da vida*. Porto Alegre: Artmed, 2000. p. 20-28.

DELL'AGLIO, D. D.; HUTZ, C. S. Depressão e desempenho escolar em crianças e adolescentes institucionalizados. *Psicologia: reflexão e crítica*, v, 17 n, 3, p. 341-350, 2004.

FACÓ, M. L. *Um Mosaico da Depressão: dos Sujeitos Singulares aos Transtornos Universais*. São Paulo: Escuta, 2008.

FLECK, M. P. A. et al. Diretrizes da Associação Médica Brasileira para tratamento da depressão (versão integral). *Rev Bras Psiquiatr.*, v. 25 n. 2, p. 114-122, 2003.

GAUER, G. J. C. et al. Transtornos do humor. In: NETO, A. C.; GAUER J. C.; FURTADO, N. R. (Org.). *Psiquiatria para estudantes de medicina*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003. p. 386-406.

GIBBONS, R.D., CLARK, D. C.; KUPFER, D. J. Exactly what does the Hamilton Depression Rating Scale measure?. *J Psychiatr Res.*, v. 27 n. 3, p. 258-273, 1993.

HORNSTEIN, L. *Las depresiones: afectos y humores del vivir*. Buenos Aires: Paidós, 2006.

KIRKCALDY, B. D. et al. Risk factors for suicidal behavior in adolescence. *Minerva Pediátrica*, v. 58, n. 5, p. 443-450, 2006.

MARTIN, A.; COHEN, D. J. Adolescent depression: window of (missed?) opportunity. *Am J. Psychiatry*, v. 157 n. 10, p.1549- 51, 2000.

MENEZES, P. R.; NASCIMENTO, A. F. Epidemiologia da depressão em diversas fases da vida. In: LAFER, B. et al. (Org.). *Depressão no ciclo da vida*. Porto Alegre: Artmed, 2000. p.29-36.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

PERES, U. T. *Depressão e Melancolia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2006.

SANTOR, D. A. et al. Examining scale discriminability in the BDI-II and CES-D as a function of depressive severity. *Psychological Assessment*, v. 7, n. 2, p. 131-139, 1995

URBINA, S. *Fundamentos da testagem psicológica*. Porto Alegre: Artmed, 2007.

WERLANG B. S. G.; BORGES, V. R.; FENSTERSEIFER, L. Índícios de potencial suicida na adolescência. *Psicologia Revista São Paulo*, v. 14, n.1, p.41-57, 2005

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) *Revised Global Burden of Disease (GBD) 2002 Estimate*. Disponível em: <http://www.who.int/healthinfo/bodgbd2002revised/en/>. Acesso em: 06 de jul. 2008.

ZAVASCHI, M. L. S. et al. Associação entre trauma por perda na infância e depressão na vida adulta. *Revista Brasileira Psiquiatria*, v. 24 n. 4, p.189-95, 2002.

Data de recebimento: 27/10/2009.

Data de aceite: 06/01/2010.

Sobre os autores:

Mariana Esteves Paranhos é Psicóloga, Mestre em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Psicóloga do Hospital São Lucas da PUCRS.

Blanca Guevara Werlang é Psicóloga, Doutora em Ciências Médicas/Saúde Mental pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Professora Adjunta da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS).