

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS

MARIANE LOPEZ MOLINA

**SINTOMAS DEPRESSIVOS E GÊNERO: OBSERVANDO AS
DIFERENÇAS EM AMOSTRAS CLÍNICA E NÃO CLÍNICA DE
ADULTOS JOVENS**

PELOTAS,RS
2013

MARIANE LOPEZ MOLINA

SINTOMAS DEPRESSIVOS E GÊNERO: OBSERVANDO AS DIFERENÇAS EM
AMOSTRAS CLÍNICA E NÃO CLÍNICA DE ADULTOS JOVENS

BANCA EXAMINADORA

Presidente e Orientador Prof. Dr. Luciano Dias de Mattos Souza

1º Examinador Prof. Dr. Ricardo Azevedo da Silva

2º Examinador Prof. Dr. Alfredo Cardoso Lhullier

3º Examinador: Prof^a. Dra. Liliane da Costa Ores

Pelotas, 14 de Agosto de 2013.

SINTOMAS DEPRESSIVOS E GÊNERO: OBSERVANDO AS DIFERENÇAS EM
AMOSTRAS CLÍNICA E NÃO CLÍNICA DE ADULTOS JOVENS

Tese apresentada ao Programa de Pós
Graduação em Saúde e Comportamento
da Universidade Católica de Pelotas,
como requisito para obtenção do título de
Doutor em Saúde e Comportamento.

Orientador: Prof. Dr. Luciano Dias de
Mattos Souza.

PELOTAS,RS
2013

SUMÁRIO

| | | |
|-----------|-----------------------------|------------|
| 1 | AGRADECIMENTOS | 5 |
| 2. | RESUMO DA TESE | 7 |
| 3. | APRESENTAÇÃO | 9 |
| 4. | PARTE I | 12 |
| 4.1. | Projeto 1 | 12 |
| 4.1.1 | Anexos | 30 |
| 4.2 | Projeto 2 | 41 |
| 4.2.1 | Anexos | 57 |
| 5. | PARTE II | 79 |
| 5.1 | Modificações e experiências | 79 |
| 6. | PARTE III | 80 |
| 6.1 | Artigo 1 | 80 |
| 6.1.1 | Introdução | 82 |
| 6.1.2 | Método | 83 |
| 6.1.3 | Resultados | 86 |
| 6.1.4 | Discussão | 88 |
| 6.1.5 | Referências | 93 |
| 7. | PARTE IV | 102 |
| 7.1 | Artigo 2 | 102 |
| 7.1.1 | Introdução | 104 |
| 7.1.2 | Método | 106 |
| 7.1.3 | Resultados | 109 |
| 7.1.4 | Discussão | 111 |
| 7.1.5 | Referências | 114 |
| 8. | PARTE V | 121 |
| 8.1 | Considerações finais | 121 |

AGRADECIMENTOS

A cada vitória ou conquista em nossas vidas não estamos sozinhos, existem muitas pessoas que fazem parte e merecem ser lembradas e agradecidas. Por isso, agradeço:

A Deus por me dar saúde e forças para seguir em frente e tentar me tornar um ser humano melhor;

Aos meus pais Mário e Cleni, meu irmão Mário Filho, minha irmã do coração Flávia e ao meu marido Rodrigo que me apoiaram incondicionalmente em todos os momentos;

Ao meu orientador Luciano Dias de Mattos Souza por todo conhecimento, companheirismo, dedicação, apoio e confiança dedicados à mim;

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento da UCPel (PPGSC), em especial Ariadne e Flávia;

Agradecimentos são muitos e com certeza devo ter esquecido alguém, por isso à todos que de alguma forma fizeram parte deste trabalho e que torceram por mim, mais uma vez meu muito obrigada.

“Tudo posso naquele
que me fortalece.”
Filipenses 4:13

RESUMO

Introdução: A adolescência e a vida adulta jovem caracterizam-se por mudanças físicas, sociais e psíquicas. O que torna esta fase mais propensa ao desenvolvimento de transtornos psicopatológicos dentre eles a depressão.

Objetivo: Esta tese tem por objetivo avaliar a sintomatologia depressiva entre homens e mulheres em dois tipos de amostras: populacional e clínica, assim como, verificar o impacto do sexo do paciente no resultado de psicoterapias cognitivas breves.

Método: Trata-se de dois estudos com adultos jovens, um transversal de base populacional (18-24 anos) e um ensaio clínico randomizado (18-29 anos). No estudo transversal o Transtorno Depressivo Maior (TDM) foi avaliado através da Mini Internacional Neuropsychiatric Interview (MINI), enquanto que os sintomas depressivos através do Inventário de Depressão de Beck (BDI). No ensaio clínico o diagnóstico do TDM foi realizado através da Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-CV) e a sintomatologia depressiva foi avaliada através Hamilton Depression Scale (HAM-D). Os participantes foram randomizados entre duas intervenções breves de 7 sessões: Psicoterapia Cognitivo Comportamental (PCC) e Psicoterapia Cognitiva Narrativa (PCN). A HAM-D foi aplicada após dois modelos breves de psicoterapia cognitiva (7 sessões).

Resultados: Na amostra populacional, a proporção de mulheres (12,2%) com TDM foi maior do que em homens (5,3%). Os sintomas de depressão significativamente mais prevalentes em mulheres foram: tristeza, choro, dificuldade para tomar decisões e falta de energia, bem como, a auto-crítica, irritabilidade, alterações da auto-imagem, dificuldade de trabalho e perda de interesse em sexo. Tristeza e autocrítica foram significativamente mais severos em mulheres. Diferença de proporção semelhante foi observada na amostra clínica, com uma maior proporção de mulheres com depressão (n=95) quando comparadas aos homens (n=25). Dentre os 21 sintomas avaliados, apenas dois foram significativamente diferentes entre os gêneros: sintomas genitais (p=0,024) e de consciência (p=0,018). Quanto à remissão de sintomas de acordo com o modelo psicoterapêutico, a PCN parece ser mais eficaz entre as mulheres.

Conclusão: Em ambas as investigações foi possível observar que em adultos jovens, o transtorno depressivo maior é mais prevalente entre as mulheres com maior manifestação da sintomatologia depressiva e mais intensa em relação a sintomas específicos. A diferença nos resultados do tratamento apresentada na amostra estudada ficou restrita a uma menor redução dos sintomas depressivos entre homens que realizaram a PCN.

Palavras- chave: adultos jovens, depressão, sintomas depressivos, gênero, diferenças

APRESENTAÇÃO

Nas últimas décadas, estudos epidemiológicos sobre transtornos mentais têm crescido em quantidade, qualidade e relevância. Tais estudos proporcionam dados de ocorrência, fatores associados e curso da doença em diferentes populações e auxiliam na escolha de estratégias de prevenção e assistência à saúde mental de forma mais adequada à realidade da população investigada. Desta forma, os estudos com populações de adolescentes e adultos jovens crescem em importância, principalmente, quando o foco de contribuição do estudo recai na elaboração de estratégias que auxiliem o trabalho de saúde mental do sistema público de saúde. Tal etapa do ciclo vital tem se caracterizado como de maior incidência de transtornos mentais, dentre eles a depressão.

O interesse pelo tema depressão, especialmente sintomatologia depressiva em adultos jovens surgiu em comum acordo com o orientador, quando discutíamos temas de interesse para produção científica. Logo, por alguns motivos, veio à tornar-se minha tese de doutorado. Porém, em minha trajetória já havia participado de pesquisas na área dos transtornos de humor, especialmente na avaliação de pacientes. Pois venho investigando-o desde a graduação, com trabalho de conclusão de curso sobre depressão e qualidade de vida nesta faixa etária. Já no mestrado, seguindo o mesmo eixo temático, o tema dissertado também foi a depressão, porém, em indivíduos da atenção primária.

Assim, as presentes pesquisas que compõem esta tese fazem parte de estudos maiores estruturados por professores pesquisadores do programa de Pós-graduação em Saúde e Comportamento da Universidade Católica de Pelotas, de reconhecida importância na realização de estudos epidemiológicos, na qual tenho o prazer de estar inserida desde 2005 quando me propus a ser acadêmica voluntária .

Desta forma, este trabalho visa ressaltar a importância das diferenças existentes na sintomatologia depressiva entre homens e mulheres, adultos jovens, provenientes de dois tipos de amostras, populacional e clínica. E seu possível impacto no resultados dos processos psicoterapêuticos. Desta maneira, a presente tese se divide em:

A primeira parte é composta pelos dois projetos de pesquisa que originaram os artigos da presente tese. Em cada um destes projetos é apresentada uma breve introdução sobre o tema, os objetivos, a metodologia que inclui uma revisão de literatura sobre o tema e por fim os anexos contendo os instrumentos utilizados para coleta de dados.

Na segunda parte são apresentadas as modificações realizadas entre a elaboração e execução do projeto. Além disso, também são descritas as experiências vivenciadas em cada uma das investigações.

A terceira parte trata do primeiro artigo da Tese referente ao estudo transversal de base populacional em jovens de 18 a 24 anos, cujo objetivo foi comparar as prevalências de Transtorno Depressivo Maior (TDM) bem como, diferenciar a presença e severidade de sintomas depressivos entre homens e mulheres. Assim, buscou-se testar as hipóteses iniciais de que a prevalência de depressão, dentre a amostra total, seria duas vezes maior em mulheres quando comparadas aos homens. Além de que a tanto a sintomatologia depressiva quanto sua severidade seria menos prevalente no gênero masculino.

A quarta parte refere-se ao ensaio clínico randomizado, em adultos jovens com idades entre 18 e 29 anos. Como objetivo central nos propusemos a avaliar as diferenças na sintomatologia depressiva entre homens e mulheres de uma amostra clínica com transtorno depressivo maior. E ainda, verificar o impacto do sexo na remissão de sintomas depressivos após o processo psicoterapêutico, bem como, as diferenças na remissão da sintomatologia depressiva de acordo com o processo terapêutico entre os gêneros. Como hipótese esperávamos que a sintomatologia depressiva nos homens seria caracterizada por sintomas externos enquanto que as mulheres apresentariam sintomas ligados à condições internas. Ainda hipoteticamente, afirmamos que a remissão de sintomas depressivos seria maior entre o gênero feminino e quanto ao processo psicoterapêutico, a remissão de sintomas seria maior entre as mulheres tratadas com psicoterapia cognitiva narrativa.

Por fim, nas considerações finais, a autora visa relacionar as informações debatidas ao longo da tese com a perspectiva dimensional a qual os diagnósticos em saúde mental têm sido discutidos. Desta forma, espera-se que o TDM e as características próprias de cada gênero sejam consideradas na avaliação diagnóstica e estratégias terapêuticas para este transtorno.

PARTE I – PROJETOS 1 E 2

I. IDENTIFICAÇÃO

1.1. Título projeto 1: Transtorno depressivo maior em adultos jovens do gênero feminino e masculino

1.2. Mestranda: Mariane Ricardo Acosta Lopez Molina

1.3. Orientador: Prof. Dr. Luciano Dias de Mattos Souza

1.4. Instituição: Programa de Pós Graduação em Saúde e Comportamento - Universidade Católica de Pelotas (UCPel)

1.5. Linha de Pesquisa: Psicologia da Saúde

1.6. Data: 03/2011

II. DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA

2.1 Introdução / Justificativa

Dados epidemiológicos mostram que milhões de pessoas sofrem algum tipo de doença mental no mundo e que este número vem sofrendo um aumento progressivo, principalmente nos países em desenvolvimento^[1]. Os transtornos do humor são caracterizados por manifestações afetivas consideradas inadequadas em termos de intensidade, frequência e duração. Dessas manifestações, as mais comuns são os episódios depressivos, característicos dos transtornos depressivos^[2].

O Transtorno Depressivo Maior, comumente chamado de depressão, caracteriza-se por um período mínimo de duas semanas, durante as quais predomina um humor deprimido ou perda de interesse ou prazer por quase todas as atividades. O indivíduo também pode experimentar pelo menos quatro sintomas adicionais, dentre os quais: alteração no apetite ou peso, sono e atividade psicomotora; diminuição da energia; sentimentos de desvalia ou culpa; dificuldades para pensar, concentrar-se ou tomar decisões, ou pensamentos recorrentes sobre morte ou ideação suicida, planos ou tentativas de suicídio^[3, 4]. Além disso, o transtorno depressivo é acompanhado por sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, profissional ou outras áreas importantes da vida do indivíduo.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a depressão é a principal causa de incapacidade medida pelo Years Lived with Disability (YLDs) e foi o quarto principal contribuinte para a carga global de doença, em 2000. Até o ano 2020, a depressão é projetada para alcançar o 2º lugar no ranking do Disability Adjusted Life Years (DALYs). Atualmente, a depressão é a segunda causa de incapacidade na faixa etária de 15 a 44 anos^[5] e apontada como um importante problema de saúde global, causadora de impacto negativo sobre a vida dos indivíduos e de suas famílias, além de elevar a demanda dos serviços de saúde^[6-9].

A adolescência e a vida adulta jovem caracterizam-se por mudanças físicas, sociais e psíquicas. Sendo assim, esta fase se mostra propensa ao desenvolvimento de transtornos psicopatológicos como a depressão, ansiedade e alguns comportamentos de risco à saúde como uso de drogas e álcool^[10]. A prevalência de depressão na população geral ao longo da vida é de aproximadamente 19%^[11].

Quando se trata de adultos jovens, com idade superior à 18 anos esta prevalência é próxima, em torno de 18%^[11].

No que diz respeito às diferenças de depressão entre os gêneros, as mulheres são mais propensas que os homens a experimentar episódios depressivos, com prevalências ao longo da vida de 19,2% e 13,5%, respectivamente^[11]. Estudos sobre o assunto revelam que diferenças na ocorrência de depressão entre homens e mulheres são baseadas em fatores biológicos e hormonais, principalmente no que diz respeito à prevalência de depressão na adolescência^[12, 13]. Além disso, papéis sócio-culturais também podem influenciar na apresentação da sintomatologia e diagnóstico de transtornos depressivos^[13].

Portanto, o quadro clínico de depressão entre homens e mulheres pode se manifestar de formas diferentes. Até à data, as controvérsias ainda são mais comuns do que conclusões bem estabelecidas na literatura. Por isso, o objetivo deste estudo é comparar as prevalências de Transtorno Depressivo Maior (TDM) bem como, diferenciar a presença e severidade de sintomas depressivos entre homens e mulheres com idades entre 18 e 24 anos, moradores da zona urbana de Pelotas.

2.2 Objetivos

Geral

Avaliar as diferenças na sintomatologia depressiva entre homens e mulheres em amostra populacional de adultos jovens.

Específicos

- Comparar as prevalências de depressão entre o gênero masculino e feminino;
- Verificar as diferenças na severidade de sintomas entre homens e mulheres.

2.3 Hipóteses

- A prevalência de depressão, dentre a amostra total, será duas vezes maior em mulheres quando comparadas aos homens;

- Entre os jovens com transtorno depressivo maior, a sintomatologia depressiva será menos prevalente no gênero masculino;
- A sintomatologia depressiva se apresentará de maneira mais severa entre as mulheres.

III. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Estratégias de busca

Pubmed* - busca realizada por descritores até Julho de 2013.

- Depression – 73309
- Depression AND symptoms depressive- 28394
- Depression AND young adults – 2498
- Depression AND young adults AND gender – 1697

* Publicados nos últimos dez anos e pesquisa com humanos.

Scielo - busca realizada por descritores até Julho de 2013

- Depression – 3438
- Depression AND symptoms depressive - 468
- Depression AND young adults – 31
- Depression AND young adults AND gender – 4

Para enriquecer a busca, foram analisadas as referências dos artigos selecionados.

3.2 Corpo da revisão

A prevalência de depressão é cerca de duas vezes maior em mulheres do que quando comparadas aos homens. Esta diferença é de consenso na literatura e provavelmente esteja associada à fatores psicossociais e biológicos^[12, 14, 15]. Devido às transformações históricas ao longo dos anos, as mulheres têm se tornado cada vez mais responsáveis por contribuir financeiramente com a família, trabalhando fora de casa para gerar renda. Ao mesmo tempo, estes esforços financeiros combinados com a continuação de tarefas domésticas, levaram a uma sobrecarga de trabalho e responsabilidades. Como consequência, as mulheres tornaram-se mais expostas a eventos estressores e violência (abuso físico, sexual e verbal)^[13, 16, 17]. E tais fatores não foram encontrados exclusivamente na sociedade brasileira, mas também desempenham um papel importante na diferença de sintomas depressivos em 23 países Europeus. Assim como o maior número de eventos estressores também tem sido apontado como importante fator de risco para depressão nas mulheres^[18, 19].

No que se refere à sintomatologia depressiva, uma amostra de 1.052 jovens e adolescentes suecos mostrou que a auto-imagem negativa, tristeza, solidão, cansaço e queixas somáticas foram significativamente maiores entre as meninas do que entre meninos^[20]. Em outra população de adolescentes com idades entre 16 a 17 anos, Olsson et al. encontraram diferenças significativas entre os sexos para todos os sintomas depressivos medidos pelo BDI^[21]. Bennet, em amostra de jovens de 12 a 20 anos, constatou que a presença de alteração na auto-imagem, dificuldade para trabalhar e falta de energia foi maior entre as mulheres quando comparadas aos homens^[22]. Já os ataques de irritabilidade e raiva mostraram estar relacionados à depressão em homens^[23]. No entanto, é possível observar na literatura que a irritabilidade também se apresenta associada ao gênero feminino^[24].

Também foram encontradas evidências de que a idade pode desempenhar um papel relevante na expressão dos sintomas depressivos em ambos os sexos. Em estudo longitudinal, Kovacs et al observaram mudanças no padrão da sintomatologia depressiva feminina, na qual a predominância de sentimentos depressivos dá lugar a predominância de pensamentos depressivos. O mesmo estudo indicou um aumento de sintomas somáticos nos homens na transição da

infância para a vida adulta jovem ocasionando um possível aumento nos comportamentos desadaptativos^[25].

Dentre as possíveis diferenças nas manifestações depressivas entre homens e mulheres, no âmbito biológico, chamamos atenção para o funcionamento hormonal e suas conseqüências no gênero feminino. Alguns estudos longitudinais sobre o desenvolvimento da depressão sinalizaram um forte aumento na sintomatologia depressiva após menarca^[25, 26]. Também relataram forte associação da desregulação afetiva e vulnerabilidade à depressão com os períodos de flutuações hormonais (pré-menstrual, pós-parto e pós-menopausa)^[27, 28]. Segundo Li e Shen, evidências têm apontado para o fato de o estrogênio afetar o humor e a cognição, atuando não só no hipotálamo, mas também no hipocampo e cerebelo^[29]. Inclusive, em investigação recente, foi observado que níveis de flutuação do estrogênio como um fator de desencadeamento, em combinação com as variantes específicas neste gene interagindo com o estrogênio, podem estar envolvidos na etiologia do transtorno bipolar em mulheres^[30]. Já no que diz respeito aos períodos de flutuações hormonais, podemos destacar a Síndrome Pré-Menstrual. Em investigação recente na China, foi encontrada uma prevalência de 21% desta síndrome e entre os cinco sintomas mais relatados, a depressão foi o terceiro, presente em 68% das mulheres entrevistadas^[31]. Flutuações hormonais são associadas com o aumento de sintomas depressivos em mulheres e prevêm diferentes respostas ao estresse e como conseqüência acabam influenciando a expressão e função da psicopatologia^[32-34].

Na literatura há indícios de que a variabilidade semântica também pode contribuir para diferenças de gênero em relação à depressão. Em um estudo com adolescentes sobre as representações sociais da depressão, Aragão et al. observaram que as mulheres representam a depressão através da dor, tristeza, infelicidade e descrevem uma pessoa deprimida como alguém que está em crise. Por outro lado, os homens associam a depressão com raiva e descrevem a pessoa deprimida como solitária^[35].

Outra perspectiva de entendimento das manifestações depressivas em homens e mulheres surge a partir de evidências indicando que ambos os gêneros possuem uma organização defensiva diferente diante de situações estressoras^[36], assim como, estratégias de enfrentamento distintas^[37]. É possível que as defesas

direcionadas para o exterior, que externalizam os conflitos e os afetos caracterizam mais os homens, enquanto as defesas que envolvem uma modificação da realidade interna e que dirigem a agressividade para o interior são mais características femininas. Além de diferirem no uso de defesas particulares, é possível que as mesmas tenham implicações diferentes em homens e mulheres^[38].

Os fatores genéticos, hormonais e psicossociais relacionados às diferenças de gênero nos sintomas depressivos, talvez mais do que em outras doenças, ainda carecem de maior esclarecimento. Além disso, no que diz respeito ao uso de medicação, sabe-se que homens e mulheres respondem diferentemente até mesmo aos antidepressivos^[39].

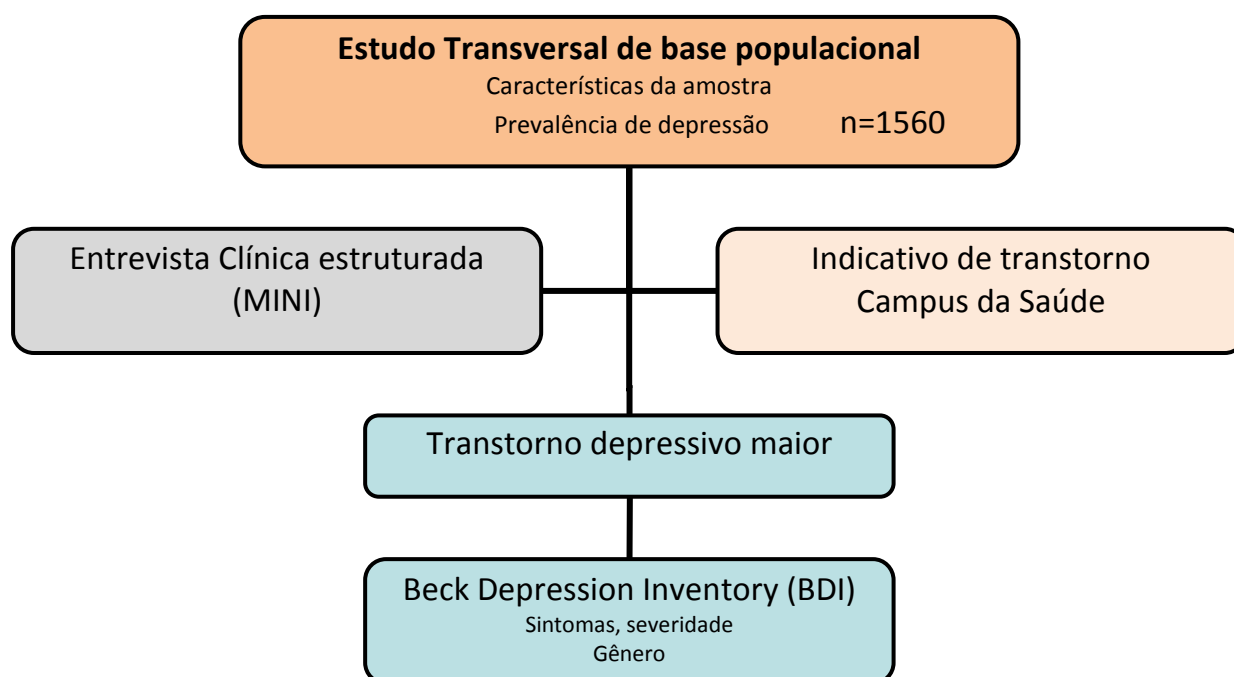
Por isso, são necessárias investigações sobre o tema para uma compreensão mais clara e ampla à respeito das diferenças de gênero e seu impacto no transtorno depressivo maior. Pois tais aspectos podem contribuir para a melhoria de métodos científicos e terapêuticos, inclusive no que diz respeito à capacidade diagnóstica e melhor adequação dos tratamentos oferecidos à população de adultos jovens.

IV. MÉTODO

4.1 Delineamento

Trata-se de um estudo transversal que faz parte de um estudo maior de base populacional, em adultos jovens, com idades entre 18 e 24 anos.

Figura 1: Logística do estudo



4.2 Amostra: tamanho e tipo

A amostra será composta por jovens com idades entre 18 e 24 anos. A seleção amostral será realizada tendo em vista uma população de 39.667 indivíduos na faixa etária alvo, utilizando os 448 setores censitários da cidade de Pelotas. Para esta população, o tamanho da amostra foi determinado de acordo com a prevalência do transtorno depressivo maior em mulheres de 12,2% e em homens de 5,3%, um intervalo de confiança de 95% e poder de 80%. Incluiu-se mais 30% do valor amostral para compensar as perdas e recusas chegando a um N esperado de 760 indivíduos. Mas como este projeto faz parte de um estudo maior, contará com um N esperado de 1560 jovens.

4.2.1 Critérios de inclusão

- Ter entre 18 e 24 anos de idade;
- Residir na zona urbana de Pelotas-RS;
- Aceitar participar do estudo e assinar ao termo de consentimento livre e

esclarecido;

4.2.2 Critérios de exclusão

- Indivíduos incapazes de responderem a entrevista diagnóstica, por problemas físicos ou cognitivos.

4.3 Instrumentos e variáveis

Características da amostra

Serão investigadas através de um questionário as variáveis: idade, sexo, estado civil, escolaridade, moradia, trabalho, religiosidade e auto-relato quanto à cor da pele ou etnia. A avaliação econômica dos participantes será realizada de duas maneiras: através da renda familiar declarada pelos entrevistados e da aplicação de uma escala de avaliação socioeconômica. Será utilizada a classificação da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP)^[40], que se baseia na acumulação de bens materiais e na escolaridade do chefe da família. Essa classificação enquadra as pessoas em classes (A,B, C, D, ou E), a partir dos escores alcançados. A letra “A” refere-se a classe socioeconômica mais alta e “E” a mais baixa.

Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)

O abuso de substâncias / dependência será avaliado através do Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)^[41]. Trata-se de um questionário estruturado, composto por oito perguntas sobre o uso de nove classes de substâncias psicoativas (tabaco, álcool, maconha, cocaína, estimulantes, sedativos, inalantes, alucinógenos e opiáceos). As frequências das substâncias em uso serão verificadas atualmente e nos três meses anteriores, além disso, os problemas relacionados ao uso, as preocupações sobre o uso por pessoas próximas ao usuário, comprometimento funcional, tentativas frustradas de parar ou reduzir o uso, o sentimento de compulsão e uso via injeção também serão avaliados. A variável abuso/dependência de substância será calculada a partir da soma dos escores relacionados a cada classe de drogas individual. Cada resposta corresponde a um escore, que varia de 0 a 4, sendo que a soma total pode variar de 0 a 20. Considera-se a faixa de escore de 0 a 3 como indicativa de uso ocasional, de

4 a 15 como indicativa de abuso e ≥ 16 como sugestiva de dependência. Este instrumento foi adaptado e validado para a população brasileira.

Inventário de Depressão de Beck (BDI)

Consiste em uma escala validada para a população brasileira por Cunha e cols. (2001)^[43], composta por 21 itens que avaliam a presença e intensidade de sintomas depressivos. Os itens referem-se a tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, autodepreciação, auto-acusações, idéias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática, diminuição de libido.

Mini Internacional Neuropsychiatric Interview (MINI)

Na visita domiciliar, será realizada esta entrevista diagnóstica padronizada breve, de curta duração (15 a 30 minutos), destinada a utilização na prática clínica e de pesquisa, e visa classificar os entrevistados de forma compatível com os critérios do DSM-IV e CID-10. Será possível averiguar além da presença do episódio depressivo maior, episódio (hipo)maníaco, transtorno de ansiedade generalizada, distímia, risco de suicídio, transtorno de pânico, agorafobia, fobia social, transtorno obsessivo-compulsivo, estresse pós-traumático, dependência/abuso de álcool, dependência/abuso de substâncias, síndrome psicótica, anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtorno da personalidade anti-social. A versão que utilizaremos será do MINI 5.0 em português que foi desenvolvida para a utilização em cuidados primários e em ensaios clínicos^[42].

O instrumento é constituído por módulos diagnósticos independentes com o objetivo de reduzir o tempo de entrevista. A aplicação é facilitada por estruturada em questões dicotômica. Em todas as seções diagnósticas (exceto a seção transtornos psicóticos), há uma ou duas questões de entrada que exploram critérios obrigatórios permitindo excluir o diagnóstico em caso de respostas negativas. Ainda como uma característica que a torna prática os algoritmos serão integrados à estrutura do questionário, permitindo estabelecer ou excluir os diagnósticos ao longo da entrevista.

4.4 Seleção e treinamento de pessoal

O treinamento consistirá na apresentação da equipe e explicação dos aspectos metodológicos e logísticos do estudo, assim como da leitura e discussão do questionário, manual do entrevistador e da entrevista diagnóstica padronizada. A equipe responsável pela identificação dos domicílios será orientada sobre a forma de proceder na chegada às residências, a importância de identificar-se, como solicitar permissão para realização da entrevista, o local da casa adequado para a mesma, modo de abordagem no domicílio, bem como os procedimentos éticos necessários para a investigação.

Os entrevistadores serão alunos da Universidade Católica de Pelotas, selecionados previamente pelos coordenados da investigação. Estes receberão treinamento da equipe de pesquisa com o objetivo de familiarização com os instrumentos e suas fases de aplicação.

4.5 Estudo-Piloto

Será realizado em dois setores que não forem sorteados para inclusão na pesquisa, com o objetivo de inserir aspectos práticos e vivenciais ao treinamento, bem como testar a logística do estudo e promover as modificações necessárias.

4.6 Coleta de dados

Após a realização do estudo-piloto e das devidas correções, uma equipe responsável pela identificação dos domicílios incluídos iniciará o processo de captação da amostra nos setores sorteados. A partir do ponto inicial e trajeto do setor, pré-estabelecido pelo IBGE, serão visitadas as residências com um pulo de dois domicílios, visando garantir uma maior aleatoriedade da amostra. Ao identificar os jovens, possíveis integrantes da amostra nos domicílios, os mesmos receberão uma explicação do estudo e, caso concordem em participar, será agendada a visita de um entrevistador treinado para aplicação dos instrumentos e entrevista diagnóstica. O entrevistador treinado colherá o consentimento informado e procederá a entrevista.

4.7 Controle de Qualidade

A fim de verificar a qualidade das entrevistas domiciliares ocorridas no estudo serão realizados contatos telefônicos com 30% da amostra e novas visitas a 10% dos participantes desta investigação.

4.8 Processamento e Análise dos Dados

Após a codificação dos instrumentos, o processamento dos dados será realizado através de dupla entrada no programa Epi-Info 6.04d^[44] com checagem automática no momento da digitação, além disso, será testado no mesmo software as inconsistências da digitação comparando as duas entradas de dados. Para o tratamento estatístico dos dados será utilizado o programa SPSS13, no qual a análise inicial terá como objetivo obter a prevalência de depressão, além de caracterizar a amostra do estudo. O teste não paramétrico de Fisher avaliará a presença de sintomas em cada gênero. Já para investigar a diferença na severidade de cada sintoma entre homens e mulheres será utilizado o teste Mann-Whitney U.

Por fim, na análise multivariada, será utilizada a técnica da regressão logística para avaliar as diferenças entre os sintomas para cada gênero, ajustado para possíveis fatores confundidores.

Serão consideradas significantes as associações com $p < 0,05$ e as medidas de efeito cujo intervalo de confiança não incluam a unidade.

4.9 Divulgação dos Resultados

Os resultados do estudo serão divulgados à comunidade científica através da produção de artigo sobre o tema, às autoridades de saúde da cidade através de relatórios descritivos, à população participante e comunidade em geral através da publicação dos resultados em meios de comunicação de massa.

4.10 Aspectos Éticos

Este tipo de estudo não apresentará riscos de acordo com as normas de pesquisa em saúde do Conselho Nacional de Saúde. O protocolo do estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UCPel, de acordo com a Portaria 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Todos participantes do estudo receberão informações quanto aos objetivos da pesquisa e assinarão o “Consentimento livre e esclarecido”. Além disso, os pacientes que apresentarem algum indicativo de transtorno mental através da MINI serão encaminhados para atendimento especializado no Campus da Saúde da UCPel.

4.11 Cronograma

| Atividades/ Períodos | 2007 | | | | | | | | | | | 2008 | | | | | | | | | | | 2009 | | |
|---|------|---|---|---|---|---|---|----|----|----|---|------|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|------|---|---|
| | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 1 | 2 | 3 |
| Revisão Bibliográfica | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Formação do Questionário | X | X | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Seleção e Treinamento dos Entrevistadores | | | X | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Estudo-piloto | | | | X | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Coleta de dados | | | | | | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | | | |
| Processamento dos dados | | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | X | X | X | X | | |
| Análise dos dados | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | X |
| Produção Científica | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | X | X |

4.12 Orçamento

| Despesas de Custeio | Quantidade | Valor Individual | Valor Total (R\$) |
|--|-------------------|-------------------------|--------------------------|
| Material de Consumo | | | |
| Deslocamento do entrevistador (vale-transporte) | 3120 | 1,85 | 5772,00 |
| Questionários aplicados nas entrevistas | 1560 | 2,00 | 3120,00 |
| | | Sub-total → | 8892,00 |
| Recursos Humanos | | | |
| Captação amostra (bateção setores) | 89 | 20,00 | 1780,00 |
| Entrevistas | 1560 | 8,00 | 12480,00 |
| | | Sub-total → | 14260,00 |
| Total (R\$) → | | | 23152,00 |

V. REFERÊNCIAS

1. Maragno, L., et al., *Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil*. Cad Saúde Pública, 2006. **22**(8): p. 1639-1648.
2. Vorcaro, C.M.R., E. Uchoa, and M.F. Lima-Costa, *Prevalência e características associadas à depressão: revisão de estudos epidemiológicos com base populacional*. j. bras. psiquiatri, 2002. **51**(3): p. 167-182.
3. Lopez, M., et al., *Depressão e qualidade de vida em jovens de 18 a 24 anos, Pelotas-RS*. Rev Psiquiatr Rio Gd Sul, 2011. **33**(2): p. 103-08.
4. Association, A.P., *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, ed. t.e. (DSM-IV). 1994, Washington (DC): APA.
5. World Health Organization [homepage internet]. Depression [update 2011 Jan. 06;cited 2013 Jul 10.Avaiable from: http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/
6. Fleck, M.P.d.A., et al., *Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde*. Rev Saúde Pública, 2002. **36**(4): p. 431-438.
7. Fleck, M.P.d.A., et al., *Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (versão integral)*. Rev Bras Psiquiatr, 2003. **25**(2): p. 114-122.
8. Hegadoren, K., et al., *The many faces of depression in primary care*. Texto contexto enferm, 2009. **18**(1): p. 155-64.
9. Valentini, W., et al., *Treinamento de clínicos para o diagnóstico e tratamento da depressão*. Rev Saúde Pública, 2004. **38**(4): p. 523-28.
10. Jansen, K., et al., *Transtornos mentais comuns e qualidade de vida em jovens: uma amostra populacional de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil*. Cad. Saúde Pública., 2011. **27**: p. 440-48.
11. Andrade, L., et al., *Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2002. **37**(7): p. 316-25.
12. Kessler, R.C., *Epidemiology of women and depression*. J Affect Disord, 2003. **74**(1): p. 5-13.

13. Justo, L.P. and H.M. Calil, *Depressão: o mesmo acometimento para homens e mulheres?* Rev Psiqu Clin 2006. **33**(2): p. 74-9.
14. Kuehner, C., *Gender differences in unipolar depression: an update of epidemiological findings and possible explanations.* Acta Psychiatr Scand, 2003. **108**(3): p. 163-74.
15. Keita, G.P., *Psychosocial and cultural contributions to depression in women: considerations for women midlife and beyond.* J Manag Care Pharm, 2007. **13**(9): p. 12-5.
16. Zanello, V. and R.M.C. Silva, *Saúde mental gênero e violência estrutural.* Rev Bioet, 2012. **20**(2): p. 67-79.
17. Bracke, P., W. Christiaens, and N. Wauterickx, *The pivotal role of women in informal care.* J Fam Issues, 2008. **29**(10): p. 1348-78.
18. Schilling, E.A., R.H. Aseltine, and S. Gore, *Adverse childhood experiences and mental health in young adults: a longitudinal survey.* BMC Public Health, 2007. **7**(30).
19. Schilling, E.A., R.H. Aseltine, and S. Gore, *The impact of cumulative childhood adversity on young adult mental health: measures, models, and interpretations.* SocSci Med, 2008. **66**(5): p. 1140-51.
20. Lundh, L.G., et al., *Depressive Symptoms and Deliberate Self-Harm in a Community Sample of Adolescents: A Prospective Study.* Depress Res Treat, 2011.
21. Olsson, G. and A.L. von Knorring, *Beck's Depression Inventory as a screening instrument for adolescent depression in L. Sweden: gender differences.* Acta Psychiatr Scand, 1997. **95**: p. 277-282.
22. Bennett, D.S., et al., *Gender differences in adolescent depression: Do symptoms differ for boys and girls?* Journal of Affective Disorders, 2005. **89**(1-3): p. 35-44.
23. Winkler, D., E. Pjrek, and S. Kasper, *Anger attacks in depression--evidence for a male depressive syndrome.* Psychother Psychosom, 2005. **74**(5): p. 303-7.
24. Perlis, R.H., et al., *Prevalence and clinical correlates of irritability in major depressive disorder: a preliminary report from the Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression study.* J Clin Psychiatry, 2005. **66**(2): p. 159-66.

25. Kovacs, M., D.S. Obrosky, and J. Sherrill, *Developmental changes in the phenomenology of depression in girls compared to boys from childhood on ward*. J AffectDisord, 2003. **74**(1): p. 33-48.
26. Dekker, M.C., et al., *Developmental trajectories of depressive symptoms from early childhood to late adolescence: gender differences and adult outcome*. J Child Psychol Psychiatry, 2007. **48**(7): p. 657-66.
27. Freeman, M.P., et al., *The impact of reproductive events on the course of bipolar disorder in women*. J Clin Psychiatry, 2002. **63**: p. 284-87.
28. Grigoriadis, S. and S.H. Kennedy, *Role of estrogen in the treatment of depression*. Am J Ther, 2002. **9**: p. 503-09.
29. Li, R. and Y. Shen, *Estrogen and brain: synthesis, function and diseases*. Front Biosc, 2005. **10**: p. 257-67.
30. Graae, L., R. Karlsson, and S. Paddock, *Significant Association of Estrogen Receptor Binding Site Variation with Bipolar Disorder in Females*. PLoS One, 2012. **7**(2).
31. Qiao, M., et al., *Prevalence of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in a population-based sample in China*. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 2012. **162**: p. 83-86.
32. Chopra, K.K., et al., *Sex differences in hormonal responses to a social stressor in chronic major depression*. Psychoneuroendocrinology 2009. **34**(8): p. 1235-41.
33. Ter Horst, G.J., et al., *Sex differences in stress responses: focus on ovarian hormones*. Physiol Behav, 2009. **97**(2): p. 239-49.
34. Solomon, M.B. and J.P. Herman, *Sex differences in psychopathology: of gonads, adrenals and mental illness*. Physiol Behav, 2009. **97**(2): p. 250-8.
35. Aragão, T.A., et al., *Uma perspectiva psicossocial da sintomatologia depressiva na adolescência*. Cien Saude Colet, 2009. **14**(2): p. 395-405.
36. Petraglia, J., et al., *Gender differences in self-reported defense mechanisms: a study using the new Defense Style Questionnaire-60*. Am J Psychother, 2009. **63**(1): p. 87-99.
37. Sontag, L.M. and J.A. Graber, *Coping with perceived peer stress: gender-specific and common path ways to symptoms of psychopathology*. Dev Psychol, 2010. **46**(6): p. 1605-20.

38. Cramer, P., ed. *The study of defense mechanisms: Gender implications. The psychodynamics of gender and gender role. Empirical studies in psychoanalytic theories* 2002, American Psychological Association: Washington, DC, US. 81-127.
39. Khan, A., et al., *Sex differences in antidepressants response in recent antidepressant clinical trials*. J Clin Psychopharmacol, 2005. **25**(4): p. 318-24.
40. ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, 2003. *Dados com base no Levantamento Sócio Econômico (IBOPE)*. [cited 2013 março]; Available from: <http://www.ibge.gov.br>.
41. Group, W.A.W., *The alcohol, Smoking and substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility*. 2002, Ali, R. L., Awwad, E., Babor, T., Bradley, F., Butau, T., Farrell, M., Vendetti, J. (2002). The alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST): development, reliability and feasibility. *Addiction*, 97, 1183-1194. p. 1183-94.
42. Amorim, P., *Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais*. Rev Bras Psiquiatr 2000. **22**(3): p. 106-15.
43. Cunha, J.A., *Manual da versão em português das escalas Beck*. 2001, São Paulo: Casa do Psicólogo.
44. Dean AG, D.J., Coulombier D, Brendel KA, Smith DC, Burton AH, Dicker RC, Sullivan K, Fagan RF, Arner TG, *Epi-Info version 6.04d A word processing database, and statistics program for epidemiology on microcomputers*. Center of disease control and prevention. 1994: Atlanta, Georgia, U.S.A.

ANEXOS

Anexo A – Termo de Consentimento

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
MESTRADO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O presente estudo está sendo realizado com *jovens de 18 a 24 anos* e tem como objetivo estudar *comportamentos de saúde* nesta faixa etária.

A coleta de informações está acontecendo desde novembro de 2007 e está prevista até novembro de 2009. Os jovens estão sendo entrevistados para se conhecer em que condições os mesmos vivem, seus comportamentos de risco à saúde e sobre como têm se sentido.

Está sendo oferecido tratamento na *Clínica Psicológica da UCPel* aos jovens que são diagnosticados com *depressão*. Em relação àqueles diagnosticados com outro quadro clínico, também estão sendo encaminhados para tratamento psicológico e/ou psiquiátrico no Campus da Saúde da Universidade.

A pesquisa justifica-se pela necessidade de prevenir a incidência de comportamentos que coloquem em risco a saúde dos jovens, assim como promover a melhora da sintomatologia depressiva. Os dados serão analisados, sem a perda de seu caráter confidencial.

Em caso de dúvidas sobre o estudo, maiores informações poderão ser obtidas com os coordenadores do projeto, através dos números 2128-8404 (mestrado); 8407.4349 (Liliane); 8125.4906 (Karen) ou 9983.7645 (Rodrigo).

O jovem é livre para abandonar o estudo em qualquer momento de seu desenvolvimento e sem prejuízos.

Eu, abaixo assinado, concordo em participar da pesquisa e estou ciente das informações referidas.

Nome do Entrevistado: _____

Nome do Responsável pela Entrevista: _____

Data: __ __ / __ __ / __ __

ASSINATURA DO ENTREVISTADO: _____

ASSINATURA DO ENTREVISTADOR: _____

Anexo B – Encaminhamento**ESTUDO SOBRE COMPORTAMENTOS DE SAÚDE EM JOVENS DE 18 A 24 ANOS
ENCAMINHAMENTO PSIQUIÁTRICO**

Pelotas, ____ de _____ de 200__.

Eu, _____, declaro ter recebido informações sobre os meus sintomas e por isso fui encaminhado (a) para atendimento psiquiátrico no Campus da Saúde da UCPel (antigo Hospital Psiquiátrico Olivé Leite), localizado na Av. Fernando Osório, nº. 1586.

Horários de atendimento: Terças e quintas-feiras, das 15 às 16 horas._____
Assinatura da Paciente_____
Assinatura do PesquisadorObservação:

Anexo C – Questionário

Setor: ___

Pessoa: ___

Casa/Edifício: _____

Bloco _____

Aptº. _____

1. Sexo do entrevistado:

- (1) feminino
(2) masculino

2. Qual é a tua data de nascimento? ___ / ___ / ___

3. A tua cor ou raça é? (LER AS OPÇÕES)

- (1) branca
(2) preta
(3) mulata
(4) amarela
(5) indígena

4. Tu estás estudando (ou estudaste) este ano?

- (0) não
(1) sim → Em que série tu estás? ___ série do ___ grau

SE NÃO:

5. Tu já estudaste na escola alguma vez?

- (0) não → PULE PARA A PERGUNTA 6
(1) sim → Até que série completaste (foste aprovado)? ___ série do ___ grau
(8) NSA

6. Alguma vez tu trabalhaste recebendo dinheiro ou alguma coisa em troca?

- (0) não → PULE PARA A PERGUNTA 7
(1) sim

a) Que idade tu tinhas na primeira vez em que trabalhaste? ___ anos

b) Nos últimos 12 meses, tu trabalhaste recebendo dinheiro ou alguma coisa em troca?

- (0) não
(1) sim
(8) NSA

c) Estás trabalhando atualmente? (0) não (1) sim (8) NSA

7. Na tua casa tem: (LER AS OPÇÕES)

| a) | Quantidade de itens | | | | |
|--|---------------------|---|---|---|--------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 ou + |
| Televisão em cores | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 ou + |
| Rádio | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 ou + |
| Banheiro | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 ou + |
| Automóvel | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 ou + |
| Empregada mensalista | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 ou + |
| Aspirador de pó | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 ou + |
| Máquina de lavar | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 ou + |
| Vídeo cassete e/ou DVD | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 ou + |
| Geladeira | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 ou + |
| Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 ou + |

b) Qual a escolaridade do chefe da família? (Chefe da família = pessoa de maior renda)

- (0) analfabeto / primário incompleto
(1) primário completo / ginásial incompleto
(2) ginásial completo / colegial incompleto
(3) colegial completo / superior incompleto
(5) superior completo

Primário = 1ª a 5ª série
Ginásial = 6ª a 8ª série
Colegial = 2º grau
Superior = graduação

8. Quais são as pessoas que moram na tua casa?

setor ___

casa _____

bl ___

ap _____

pessoa _____

sexo ___

dnasc ___ / ___ / ___

cpele ___

estano ___

serie ___

grau ___

estvez ___

nserie ___

ngraue ___

trabdin ___

idtrab ___

trab12 ___

trabatu ___

tv ___

radio ___

banh ___

aut ___

mens ___

aspir ___

maqlav ___

vidvd ___

gelad ___

freez ___

eschef ___

Pai: (0) não (1) sim
 Mãe: (0) não (1) sim
 Companheiro (a): (0) não (1) sim
 Irmãos (ãs): (0) não () sim, quantos? ____
 Filhos (as): (0) não () sim, quantos? ____
 Outras pessoas: (0) não () sim, quantos? ____

mpai ____
 mmae ____
 mcomp ____
 nirmaos ____
 nfilhos ____
 noutros ____

❖ **Agora vamos falar sobre religião.**

25. Atualmente, qual é a tua religião?

(00) não tem religião → PULE PARA A PERGUNTA 28

(01) católica (05) protestante

(02) evangélica (06) umbanda

(03) luterana (07) judaica

(04) espírita () outra. Qual? _____

religiao ____

SE SIM:

26. Com que frequência tu vais à missa, culto ou sessão na tua religião?

(0) todos os dias

(1) mais de uma vez por semana

(2) uma vez por semana

(3) uma vez por mês

(4) quando estou precisando

(5) nunca vou

(8) NSA

frequeli ____

27. Tu participas de algum grupo religioso?

(0) não

(1) sim

(8) NSA

grupeli ____

28. Tu achas que Deus te ajuda?

(0) não

(1) sim

deusaj ____

Esta parte do questionário deve ser respondida por ti. Alguns assuntos abordados aqui são bastante pessoais. Garantimos que as tuas respostas serão mantidas em sigilo. É importante que tu respondas com sinceridade todas as perguntas, marcando apenas a coluna da esquerda. **Agradecemos a tua colaboração.**

Por favor, não
marque nada
nesta coluna.



❖ Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler com cuidado cada grupo, faz um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira que tu tens te sentido na **última semana, incluindo hoje.**

01. (0) Não me sinto triste.

(1) Eu me sinto triste

(2) Estou triste o tempo todo e não consigo sair disto.

(3) Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.

bdi1 ____

02. (0) Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.

(1) Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.

(2) Acho que nada tenho a esperar.

(3) Acho o futuro sem esperança e tenho impressão de que as coisas não podem melhorar.

bdi2 ____

03. (0) Não me sinto um fracasso.

(1) Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.

- (2) Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.
(3) Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso. bdi3 __
04. (0) Tenho tanto prazer em tudo como antes.
(1) Não sinto mais prazer nas coisas como antes.
(2) Não encontro um prazer real em mais nada.
(3) Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo. bdi4 __
05. (0) Não me sinto especialmente culpado.
(1) Eu me sinto culpado grande parte do tempo.
(2) Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.
(3) Eu me sinto sempre culpado. bdi5 __
06. (0) Não acho que esteja sendo punido.
(1) Acho que posso ser punido.
(2) Creio que vou ser punido.
(3) Acho que estou sendo punido. bdi6 __
07. (0) Não me sinto decepcionado comigo.
(1) Estou decepcionado comigo mesmo.
(2) Estou enojado de mim.
(3) Eu me odeio. bdi7 __
08. (0) Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.
(1) Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros.
(2) Eu me culpo sempre por minhas falhas.
(3) Eu me culpo por tudo de mal que acontece. bdi8 __
09. (0) Não tenho quaisquer idéias de me matar.
(1) Tenho idéias de me matar, mas não as executaria.
(2) Gostaria de me matar.
(3) Eu me mataria se tivesse oportunidade. bdi9 __
10. (0) Não choro mais que o habitual.
(1) Choro mais agora do que costumava.
(2) Agora, choro o tempo todo.
(3) Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que queira. bdi10 __
11. (0) Não sou mais irritado agora do que já fui.
(1) Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava.
(2) Agora, me sinto irritado o tempo todo.
(3) Não me irrito mais por coisas que costumavam me irritar. bdi11 __
12. (0) Não perdi o interesse pelas outras pessoas.
(1) Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar.
(2) Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas.
(3) Perdi todo o interesse pelas outras pessoas. bdi12 __
13. (0) Tomo decisões tão bem quanto antes.
(1) Adio as tomadas de decisões mais do que costumava.
(2) Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes.
(3) Absolutamente não consigo mais tomar decisões. bdi13 __
14. (0) Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes.
(1) Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo.
(2) Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo.
(3) Acredito que pareço feio. bdi14 __
15. (0) Posso trabalhar tão bem quanto antes. bdi15 __

- (1) É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa.
 (2) Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa.
 (3) Não consigo mais fazer qualquer trabalho.
16. (0) Consigo dormir tão bem quanto antes.
 (1) Não durmo tão bem como costumava.
 (2) Acordo 1 a 2 horas mais cedo que o habitualmente e acho difícil voltar a dormir.
 (3) Acordo várias horas mais cedo que costumava e não consigo voltar a dormir.
17. (0) Não fico mais cansado que o habitual.
 (1) Fico cansado mais facilmente do que costumava.
 (2) Fico cansado em fazer qualquer coisa.
 (3) Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.
18. (0) O meu apetite não está pior do que o habitual.
 (1) Meu apetite não é tão bom como costumava ser.
 (2) Meu apetite é muito pior agora.
 (3) Absolutamente não tenho mais apetite.
19. (0) Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente.
 (1) Perdi mais do que 2 quilos e meio.
 (2) Perdi mais do que 5 quilos.
 (3) Perdi mais do que 7 quilos.
 Eu estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: () Sim () Não
20. (0) Não estou mais preocupado com minha saúde do que o habitual.
 (1) Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação.
 (2) Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa.
 (3) Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.
21. (0) Não notei nenhuma mudança no meu interesse por sexo.
 (1) Estou menos interessado por sexo do que costumava.
 (2) Estou muito menos interessado por sexo agora.
 (3) Perdi completamente o interesse por sexo.

NÃO PREENCHA NESTE LOCAL ⇒ Total = ___

❖ **Agora vamos falar sobre o uso de algumas substâncias.**

| 22 – Na tua vida, qual (is) dessas substâncias tu já usou? (SOMENTE USO NÃO-MÉDICO) | NÃO | SIM |
|---|-----|-----|
| a. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...) | 0 | 1 |
| b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermouths...) | 0 | 1 |
| c. Maconha (baseado, erva, haxixe...) | 0 | 1 |
| d. Cocaína (pó, branquinha, nuvem...) | 0 | 1 |
| d.1 crack (pedra) | 0 | 1 |
| e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...) | 0 | 1 |
| f. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...) | 0 | 1 |
| g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepam, lorax, dienpax, rohypnol). | 0 | 1 |
| h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...) | 0 | 1 |
| i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...) | 0 | 1 |
| j. Outras, Especificar: _____ | 0 | 1 |

| 23 – Durante os últimos três meses, com que frequência tu utilizou essa (s) substância (s) que mencionou? | Nunca | 1 ou 2 vezes | Mensalmente | Semanalmente | Diariamente ou quase todo dia | |
|--|--------------|---------------------|--------------------|---------------------|--------------------------------------|------------|
| a. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | freqc ___ |
| b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermouths...) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | freqd ___ |
| c. Maconha (baseado, erva, haxixe...) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | freqd1 ___ |
| d. Cocaína (pó, branquinha, nuvem...) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | freqe ___ |
| d.1 crack (pedra) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | freqf ___ |
| e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | freqg ___ |
| f. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | freqh ___ |
| g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepam, lorax, dienpax, rohypnol). | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | freqi ___ |
| h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | freqj ___ |
| i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| j. Outras, Especificar: _____ | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | |

| 24 – Durante os últimos três meses, com que frequência tiveste um forte desejo ou urgência em consumir a (s) substância (s)? (vezes quase todo dia) | Nunca | 1 ou 2 vezes | Mensalmente | Semanalmente | Diariamente ou quase todo dia | |
|--|--------------|---------------------|--------------------|---------------------|--------------------------------------|--------------|
| a. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | fordtja ___ |
| b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermouths...) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | fordtjb ___ |
| c. Maconha (baseado, erva, haxixe...) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | fordtjc ___ |
| d. Cocaína (pó, branquinha, nuvem...) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | fordtjd ___ |
| d.1 crack (pedra) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | fordtjd1 ___ |
| e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | fordtje ___ |
| f. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | fordtjf ___ |
| g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepam, lorax, dienpax, rohypnol). | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | fordtjg ___ |
| h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | fordtjh ___ |
| i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | fordtji ___ |
| j. Outras, Especificar: _____ | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | fordtjj ___ |

| 25 – Durante os três últimos meses, com que frequência o seu consumo de substância (s) resultou em problema de saúde, social, legal ou financeiro? | Nunca | 1 ou 2 vezes | Mensalmente | Semanalmente | Diariamente ou quase todo dia | |
|---|--------------|---------------------|--------------------|---------------------|--------------------------------------|--------------|
| a. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | probsaa ___ |
| b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermouths...) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | probsab ___ |
| c. Maconha (baseado, erva, haxixe...) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | probsac ___ |
| d. Cocaína (pó, branquinha, nuvem...) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | probsad ___ |
| d.1 crack (pedra) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | probsad1 ___ |
| e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | probsae ___ |
| f. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | probsaf ___ |
| g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepam, lorax, dienpax, rohypnol). | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | probsag ___ |
| h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | probsah ___ |
| i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | probsai ___ |
| j. Outras, Especificar: _____ | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | probsaj ___ |

| 26 – Durante os últimos três meses, com que frequência por causa do teu uso de substância (s) tu deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas por ti? | Nunca | 1 ou 2 vezes | Mensalmente | Semanalmente | Diariamente ou quase todo dia |
|---|--------------|---------------------|--------------------|---------------------|--------------------------------------|
| a. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermouths...) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| c. Maconha (baseado, erva, haxixe...) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| d. Cocaína (pó, branquinha, nuvem...) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| d.1 crack (pedra) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| f. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepam, lorax, dienpax, rohypnol). | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| j. Outras, Especificar: _____ | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

fazcoa ___
fazcoib ___
fazcoic ___
fazcoid ___
fazcoid1 ___
fazcoie ___
fazcoif ___
fazcoig ___
fazcoih ___
fazcoii ___
fazcoij ___

| 27 – Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com teu uso de substância (s)? | NÃO, nunca | SIM, mas não nos últimos 3 meses | SIM, nos últimos 3 meses |
|--|-------------------|---|---------------------------------|
| a. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...) | 0 | 1 | 2 |
| b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermouths...) | 0 | 1 | 2 |
| c. Maconha (baseado, erva, haxixe...) | 0 | 1 | 2 |
| d. Cocaína (pó, branquinha, nuvem...) | 0 | 1 | 2 |
| d.1 crack (pedra) | 0 | 1 | 2 |
| e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...) | 0 | 1 | 2 |
| f. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...) | 0 | 1 | 2 |
| g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepam, lorax, dienpax, rohypnol). | 0 | 1 | 2 |
| h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...) | 0 | 1 | 2 |
| i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...) | 0 | 1 | 2 |
| j. Outras, Especificar: _____ | 0 | 1 | 2 |

preoca ___
preocb ___
preocc ___
preocd ___
preocd1 ___
preoce ___
preocf ___
preocg ___
preoch ___
preoci ___
preocj ___

diparaa ___
diparab ___
diparac ___
diparad ___
diparad1 ___
diparae ___
diparaf ___
diparag ___
diparah ___
diparai ___
diparaj ___

| 28 – Alguma vez tu já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de substância(s)? | NÃO, nunca | SIM, mas não nos últimos 3 meses | SIM, nos últimos 3 meses |
|---|------------|----------------------------------|--------------------------|
| a. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...) | 0 | 1 | 2 |
| b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermouths...) | 0 | 1 | 2 |
| c. Maconha (baseado, erva, haxixe...) | 0 | 1 | 2 |
| d. Cocaína (pó, branquinha, nuvem...) | 0 | 1 | 2 |
| d.1 crack (pedra) | 0 | 1 | 2 |
| e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...) | 0 | 1 | 2 |
| f. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...) | 0 | 1 | 2 |
| g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepam, lorax, dienpax, rohypnol). | 0 | 1 | 2 |
| h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...) | 0 | 1 | 2 |
| i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...) | 0 | 1 | 2 |
| j. Outras, Especificar: _____ | 0 | 1 | 2 |

injeção ___

drog ___

drog1 ___

drog2 ___

drog3 ___

drog4 ___

drog5 ___

drog6 ___

drog7 ___

drog8 ___

drog9 ___

drog10 ___

| 29 – Alguma vez tu já usaste substância(s) por injeção? (Apenas uso não-médico) | NÃO, nunca | SIM, mas não nos últimos 3 meses | SIM, nos últimos 3 meses |
|---|------------|----------------------------------|--------------------------|
| | 0 | 1 | 2 |

30. Com que idade (em anos) tu experimentaste alguma substância (incluindo álcool e tabaco) pela primeira vez? ___ anos

31. Que droga tu experimentaste primeiro? (Numere as substâncias a seguir utilizando o número um para a primeira substância experimentada, dois para a segunda e assim por diante)

- () Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda)
- () Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermouths)
- () Maconha (baseado, erva, haxixe)
- () Cocaína (pó, branquinha, nuvem)
- () Crack (pedra)
- () Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites)
- () Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina)
- () Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepam, lorax, dienpax, rohypnol)
- () Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos)
- () Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína)

| |
|--|
| |
|--|

Anexo D – MINI (Módulo Episódio Depressivo Maior)

A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

| | | | |
|----|---|-----|-------|
| A1 | Nas duas últimas semanas, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), durante a maior parte do dia, quase todos os dias? | NÃO | SIM |
| A2 | Nas duas últimas semanas, teve, quase todo tempo, o sentimento de não ter mais gosto por nada, de ter perdido o interesse e o prazer pelas coisas que lhe agradam habitualmente? | NÃO | SIM |
| A3 | A1OU A2 SÃO COTADAS SIM ? | NÃO | SIM |
| | SE A3 = “NÃO”, PASSAR PARA A6 | | |
| A4 | Durante as duas últimas semanas, quando se sentia deprimido(a) / sem interesse pela maioria das coisas: | | |
| a | O seu apetite mudou de forma significativa, <u>ou</u> o seu peso aumentou ou diminuiu sem que o tenha desejado ? (variação de \pm 5% ao longo do mês, isto é, \pm 3,5 Kg, para uma pessoa de 65 Kg) COTAR SIM , SE RESPOSTA SIM NUM CASO OU NO OUTRO | NÃO | SIM 3 |
| b | Teve problemas de sono quase todas as noites (dificuldade em pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)? | NÃO | SIM 4 |
| c | Falou ou movimentou-se mais lentamente que de costume ou pelo contrário, sentiu-se agitado(a) e incapaz de ficar sentado quieto, quase todos os dias? | NÃO | SIM 5 |
| d | Sentiu-se a maior parte do tempo cansado(a), sem energia, quase todos os dias? | NÃO | SIM 6 |
| e | Sentiu-se sem valor ou culpado(a), quase todos os dias? | NÃO | SIM 7 |
| f | Teve dificuldade em concentrar-se ou em tomar decisões, quase todos os dias? | NÃO | SIM 8 |
| g | Teve, por várias vezes, pensamentos ruins como, por exemplo, pensar que seria melhor estar morto(a) ou pensar em fazer mal a si mesmo(a) ? | NÃO | SIM 9 |
| A5 | HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM A4 ? (ou 4 se A1 <u>OU</u> A2 = “NÃO”) | | |

A6 EXPLORAR EPISÓDIO DEPRESSIVO PASSADO

| | NÃO | SIM | |
|---|---|-----|----|
| | <i>EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL</i> | | |
| a Ao longo da sua vida, teve outros períodos de 2 semanas ou mais, em que se sentiu deprimido (a) ou sem interesse pela maioria das coisas e durante os quais teve os problemas dos quais falamos [SINTOMAS EXPLORADOS DE A4a à A4g]? | → NÃO | SIM | 10 |
| b Desta vez, antes de se sentir deprimido(a) e/ou sem interesse pela maioria das coisas, sentia-se bem desde há pelo menos dois meses? | NÃO | SIM | 11 |

A6b É COTADA SIM ?

| NÃO | SIM |
|---|-----|
| <i>EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR PASSADO</i> | |

I. IDENTIFICAÇÃO

1.1. Título projeto 2: Sintomas depressivos e gênero: diferenças em amostra clínica de adultos jovens

1.2. Doutoranda: Mariane Ricardo Acosta Lopez Molina

1.3. Orientador: Prof. Dr. Luciano Dias de Mattos Souza

1.4. Instituição: Programa de Pós Graduação em Saúde e Comportamento - Universidade Católica de Pelotas (UCPel)

1.5. Linha de Pesquisa: Psicologia da Saúde

1.6. Data: 03/2011

II. DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA

2.2 Introdução / Justificativa

Atualmente a depressão é um importante problema de saúde pública e estudos epidemiológicos apontam a depressão como o transtorno que têm afetado uma porção significativa da população^[1, 2]. Além disso, o transtorno depressivo está associado negativamente à qualidade de vida, funcionamento social e utilização dos recursos em saúde pública^[3].

Em particular, as mudanças fisiológicas, psicológicas e sociais que caracterizam a adolescência e o início da vida adulta podem aumentar o risco de transtornos mentais, dentre eles a depressão^[4]. Inclusive, este transtorno tem sido fortemente ligado ao aumento no risco de suicídio, baixo desempenho escolar, deficiência nas habilidades sociais, retraimento social e abuso de substâncias em adolescentes^[5].

No entanto, no que diz respeito às diferenças de gênero, as mulheres são mais propensas que os homens a experimentar episódios depressivos, com prevalências ao longo da vida de 19,2% e 13,5%, respectivamente^[6]. Estudos sobre o assunto revelaram que as diferenças na ocorrência de depressão entre mulheres e homens são baseadas em diferenças biológicas e hormonais, principalmente no que diz respeito à prevalência de depressão na adolescência^[7, 8]. Também há evidências de que as mulheres relatam níveis mais elevados de sintomatologia depressiva, sugerindo uma diferença na expressão da sintomatologia depressiva entre os gêneros^[9]. Até à data, as controvérsias ainda são mais comuns do que conclusões bem estabelecidas na literatura.

Nota-se uma escassez de estudos no que se refere aos efeitos do gênero quanto ao tratamento psicoterapêutico, a remissão de sintomas, bem como a apresentação da sintomatologia depressiva em amostras clínicas com adultos jovens. Por isso, esta investigação tem por objetivo primário avaliar diferenças de sintomas depressivos entre homens e mulheres diagnosticados com Transtorno Depressivo Maior Atual em uma população clínica. Além disso, verificar o impacto do sexo na remissão de sintomas depressivos após processo de psicoterapia e avaliar diferenças desta remissão de acordo com o processo terapêutico entre homens e mulheres.

2.2 Objetivos

Geral

Avaliar as diferenças na sintomatologia depressiva entre homens e mulheres em amostra clínica de adultos jovens com transtorno depressivo maior.

Específicos

- Verificar o impacto do sexo na remissão de sintomas depressivos após o processo psicoterapêutico;
- Avaliar as diferenças na remissão da sintomatologia depressiva de acordo com o processo terapêutico entre homens e mulheres.

2.3 Hipóteses

- A sintomatologia depressiva nos homens será caracterizada por sintomas externos (xxx) enquanto que as mulheres apresentarão sintomas ligados às condições internas (yyyy);
- A remissão de sintomas depressivos será maior entre o gênero feminino;
- Quanto ao processo psicoterapêutico, a remissão de sintomas será maior entre as mulheres tratadas com psicoterapia cognitiva narrativa.

III. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Estratégias de busca

Pubmed* - busca realizada por descritores até Julho de 2013

- Symptoms depressive- 90669
- Depressive symptoms AND young adults – 12309
- Depressive symptoms AND young adults AND gender – 2569
- Depressive symptoms AND young adults AND gender AND clinical trial - 249

* Publicados nos últimos dez anos e pesquisa com humanos.

Para enriquecer a busca, foram analisadas as referências dos artigos selecionados.

3.2 Corpo da revisão

Atualmente sabe-se que, indivíduos com sintomatologia depressiva apresentam prejuízos na qualidade de vida, no trabalho e atividades, além de utilizarem serviços médicos com maior frequência quando comparados a portadores de outras doenças de caráter crônico^[10, 11]. Neste sentido, a literatura afirma que, nos países em desenvolvimento os sintomas somáticos estão fortemente associados à presença de transtornos psiquiátricos^[12]. Também foi observado em investigação sobre o impacto da depressão em trabalhadores que a presença de sintomatologia depressiva resultou em diminuição da produtividade e aumento do absenteísmo no trabalho^[13].

Dentre os sintomas mais prevalentes, em uma amostra de jovens e adultos internados, foi encontrada a insônia inicial como sintoma mais relatado entre as mulheres^[14]. Enquanto que entre os homens o sintoma mais relatado foi dificuldade no trabalho/atividades. Isto pode ser justificado pelos fatores internos e externos característicos de cada gênero. Pois em estudo sobre problemas de saúde mental em crianças e adolescentes foi possível observar que os meninos tendem a apresentar problemas de externalização, que geram conflitos com o ambiente, enquanto que as meninas mostraram mais problemas de internalização, relacionados a distúrbios pessoais^[15]. Este padrão de disfuncionalidade pode ser estendido ao longo do desenvolvimento de homens e mulheres.

Quando se tratam das diferenças encontradas entre os gêneros, Jang et. al. (2011), ao avaliar pacientes psiquiátricos com diagnóstico de transtorno depressivo maior encontrou diferenças significativas para os sintomas retardo psicomotor, ansiedade somática e hipocondria^[16]. Já quando se tratam de sintomas genitais, Bó et. al. (2011) constatou que o dobro das mulheres entrevistadas relatou este sintoma quando comparadas aos homens^[14]. Tais achados podem ser justificados pela estreita relação entre desregulação afetiva e vulnerabilidade à depressão com as flutuações hormonais características do gênero feminino^[17, 18]. Inclusive, uma revisão de estudos epidemiológicos concluiu que a diferença de prevalência entre os sexos para a depressão maior surge na adolescência, quando ocorrem as mudanças hormonais^[7].

A diferença nas atribuições da sintomatologia depressiva pode ter ligação com o modo que cada gênero tem de lidar com alterações de saúde. Por exemplo,

as mulheres parecem ser mais propensas que os homens a lembrar e relatar suas alterações de humor que ocorreram no passado^[19]. Também pode simplesmente ser pela maneira que cada gênero representa seu estado depressivo. Aragão et al. (2009) em sua investigação sobre as representações sociais da depressão em adolescentes, concluiu que as mulheres representavam a depressão através da dor, tristeza, infelicidade e descreviam uma pessoa deprimida como alguém preocupada^[20]. Enquanto que os homens associavam a depressão com a raiva e descreviam a pessoa deprimida como solitária. Isto reforça a idéia da depressão se manifestar em mulheres de forma mais internalizante e dentre os homens sua apresentação ser predominantemente externalizante.

Quanto à remissão da sintomatologia depressiva, em uma revisão sobre remissão de sintomas para depressão não tratada, não foram encontradas diferenças significativas entre homens e mulheres^[21]. Porém, em estudo realizado em indivíduos deprimidos medicados com citalopran, a remissão de sintomas medida pela escala de Hamilton, foi maior entre as mulheres quando comparada aos homens. Esta diferença foi justificada pela questão biológica entre os gêneros, particularmente pela função do estrogênio sobre os sistemas serotoninérgicos das mulheres. Além disso, os autores destacaram que todo o contexto da infância e adolescência, fatores cognitivos e psicológicos diferem entre homens e mulheres e podem também contribuir para a capacidade de resposta diferencial aos inibidores de recaptção da serotonina^[22].

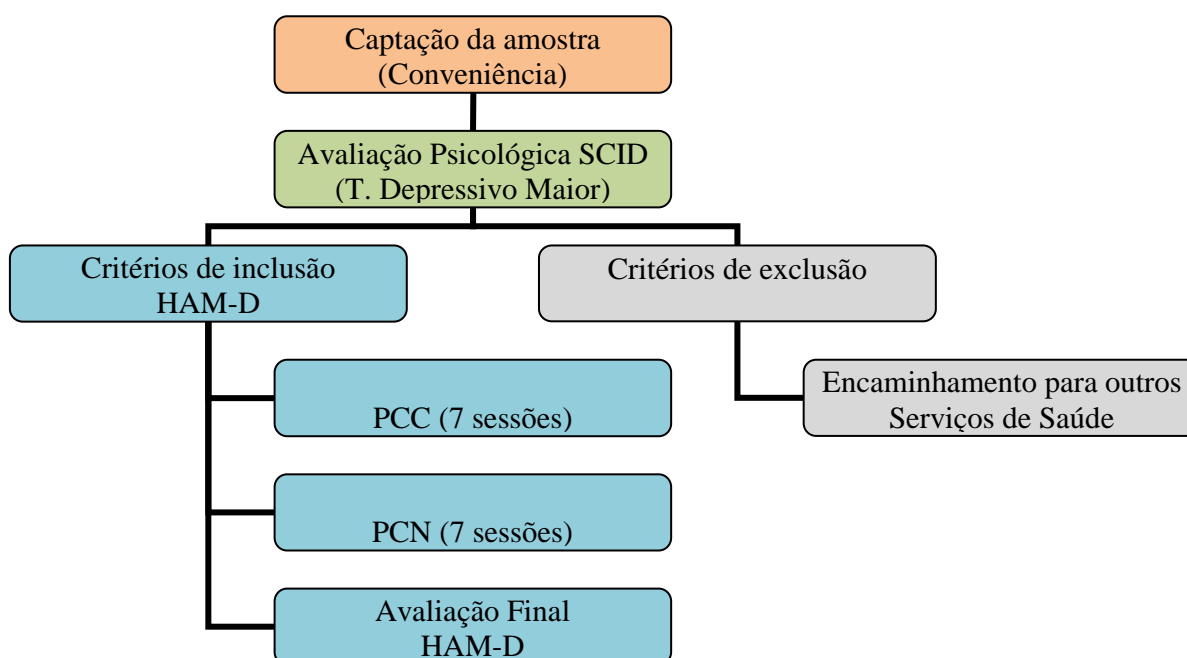
Sendo assim, é possível destacar que existem lacunas a ser preenchidas no que diz respeito à sintomatologia depressiva entre o gênero feminino e masculino. Porém, dentre a escassez de estudos que abordem tal temática é de consenso que estas diferenças estão ligadas a fatores biológicos e psicossociais característicos de cada gênero. Investigações futuras sobre o tema são necessárias com o intuito de elaborar um conhecimento sólido e assim elaborar melhorias no diagnóstico, nas intervenções terapêuticas e remissão da sintomatologia em indivíduos acometidos pelo transtorno depressivo maior.

IV. MÉTODO

4.1 Delineamento

Trata-se de um ensaio clínico randomizado aninhado a um estudo maior cujo objetivo é avaliar a eficácia de modelos de psicoterapias breves na remissão de sintomas depressivos em jovens.

Figura 1: Logística do estudo



4.2 Amostra: tamanho e tipo

A amostra será composta por jovens com idades entre 18 e 29 anos, com sintomas depressivos que serão convidados a participar de um estudo com psicoterapias breves. Assim, a amostra será obtida por conveniência através da divulgação do estudo nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), escolas e meios de comunicação da cidade (jornais, sites, rádio e televisão).

Para o estudo maior, o cálculo de tamanho da amostra foi estimado através da fórmula de Pocock^[23] para ensaios clínicos. Para tal, considerou-se remissão de

50% dos sintomas depressivos nos jovens randomizados para PCC e 70% de remissão no grupo de PCN, com α (bidirecional) de 0,05 e β de 0,2. Assim, o n amostral necessário será de 90 pacientes.

4.2.1 Critérios de inclusão

- Ter entre 18 e 29 anos de idade;
- Apresentar diagnóstico clínico (SCID-CV) de depressão;

4.3.2 Critérios de exclusão

- Indivíduos incapazes de responderem à entrevista diagnóstica, por problemas físicos ou cognitivos;
- Estar em tratamento psicológico ou psiquiátrico;
- Apresentar risco de suicídio ou abuso/dependência substância psicoativa ilícita na avaliação inicial.

4.4 Instrumentos e variáveis

Características da amostra

Serão investigadas através de um questionário as variáveis: idade, sexo, estado civil, escolaridade, moradia, trabalho, religiosidade e auto-relato quanto à cor da pele ou etnia. A avaliação econômica dos participantes será realizada de duas maneiras: através da renda familiar declarada pelos entrevistados e da aplicação de uma escala de avaliação socioeconômica. Será utilizada a classificação da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP)^[24], que se baseia na acumulação de bens materiais e na escolaridade do chefe da família. Essa classificação enquadra as pessoas em classes (A,B, C, D, ou E), a partir dos escores alcançados. A letra “A” refere-se a classe socioeconômica mais alta e “E” a mais baixa.

Structured Clinical Interview for DSM (SCID-CV)

Esta entrevista clínica estruturada para o DSM-IV foi utilizada no diagnóstico da depressão na avaliação inicial. A tradução e adaptação desta entrevista para o idioma português apresentam, em geral, boa confiabilidade, com coeficiente de

Kappa excelente (0,87) para os transtornos de humor^[25].

Hamilton Depression Scale (HAM-D)

Para avaliação da severidade dos sintomas depressivos será utilizada este instrumento, composto por 17 questões classificadas quantitativamente de acordo com a intensidade dos sintomas, cuja soma total dos pontos cria uma variável discreta, onde maiores escores implicam uma maior severidade dos sintomas^[26]. Os coeficientes de consistências interna variam de 0.83 a 0.94. A confiabilidade da escala entre os avaliadores tem sido consistente em vários estudos^[27].

4.4 Randomização

A randomização será realizada por uma pessoa não participante do processo de avaliação e/ou intervenção psicoterapêutica. A randomização corresponderá ao sorteio de papéis localizados dentro de um envelope pardo que indicarão para qual modelo de psicoterapia será alocado o participante do estudo. Os jovens que preencherem os critérios de inclusão serão randomizados entre dois modelos de intervenção breve: Psicoterapia Cognitiva Comportamental e Psicoterapia Cognitiva Narrativa.

4.5 Cegamento

A equipe responsável pela avaliação pré e pós-intervenção será cega quanto ao modelo de intervenção aplicado. Além disso, os participantes serão cegos quanto ao modelo de psicoterapia para o qual forem alocados.

4.6 Modelos de intervenção

Cada paciente que preencher os critérios de inclusão no estudo receberá sete sessões semanais com uma hora de duração, em algum dos modelos de intervenção descritos abaixo. A psicoterapia será realizada no Hospital Universitário São Francisco de Paula (HUSFP) por bolsistas de iniciação científica estudantes do último ano do curso de Psicologia da Universidade Católica de Pelotas (UCPel).

4.6.1 Psicoterapia Cognitivo Comportamental

Estruturada de acordo com a proposta de Aaron Beck (1997)^[28], na qual cada sessão segue um roteiro que se inicia pela checagem do humor do paciente, seguida de uma retomada da sessão anterior, estabelecimento da agenda da sessão, revisão das tarefas de casa, discussão dos itens da agenda, estabelecimento da tarefa de casa, resumo final e feedback.

A primeira sessão tem como objetivo começar a entender os motivos dos comportamentos problemáticos. Primeiramente, explica-se ao paciente como funcionará o processo terapêutico. O objetivo da segunda sessão é realizar a devolução do material colhido; socializar o paciente na terapia cognitiva; educá-lo sobre seu transtorno, sobre o modelo cognitivo e sobre o processo da terapia. Monta-se um diagrama com a situação, pensamento e emoção ocorridos e mostra-se para o paciente. Em seguida é explicada a tarefa de casa ao paciente. Realiza-se o resumo final da sessão.

A 3ª, 4ª, 5ª e 6ª sessão são semelhantes. O objetivo destas é tomar consciência de sensações, emoções e pensamentos mediante a prática de exercício.

A sétima sessão tem como objetivo a avaliação das metas estabelecidas no processo terapêutico e prevenção da recaída. Ocorrerá a reavaliação das metas estabelecidas na segunda sessão com a finalidade de tornar o paciente terapeuta de si mesmo. Ainda nesta sessão, se reforça a participação do paciente em seus êxitos e se discute formas de prevenção futura.

4.6.2 Psicoterapia Cognitiva Narrativa

Estruturada a partir da proposição de Óscar Gonçalves da Universidade do Minho (Portugal)^[29], na qual a 1ª sessão tem por objetivos avaliar o funcionamento do paciente, apresentar os objetivos e a estrutura do processo terapêutico. Verificando as principais queixas, o funcionamento geral, a anamnese, tratamento médico-psiquiátrico, bem como a apresentação dos objetivos e métodos centrais do processo terapêutico. Na 2ª sessão, os objetivos são desenvolver uma atitude de recordação episódica e definir o início da recordação episódica através da vida, nesta sessão se explica a estrutura e objetivos da sessão, modela o trabalho de recordação, além de realizar um exercício de imaginação guiada através da vida, que será discutido para o trabalho de recordação.

A 3ª, 4ª, 5ª e 6ª sessão têm por objetivo introduzir e trabalhar os acontecimentos de vida que serão trabalhados nas diferentes sessões terapêuticas, além de proceder a recordação, objetivação, subjetivação, metaforização e projeção de um episódio ilustrativo de um acontecimento de vida. Enquanto a 7ª sessão é utilizada para a finalização do processo, que leva o paciente a avaliação dos resultados conquistados, dos momentos mais significativos do processo, assim como uma síntese de todo processo terapêutico e indicação de seguimento.

4.7 Seleção e treinamento de pessoal

O treinamento do estudo consistirá na apresentação da equipe e explicação dos aspectos metodológicos e logísticos do estudo, assim como da leitura e discussão do manual do entrevistador, da entrevista diagnóstica padronizada breve e dos modelos de intervenção. O treinamento e calibração do uso das entrevistas clínicas estruturadas será ministrado em conjunto pela equipe da instituição principal (UCPel) e do Laboratório de Psiquiatria Molecular da UFRGS. Os avaliadores serão três psicólogos treinados para manusear a entrevista de acordo com os critérios do DSM-IV apresentados no SCID-CV.

Para o ensaio clínico, oito alunos do curso de Psicologia, bolsistas de iniciação científica na UCPel, passarão por treinamento para a utilização dos protocolos de intervenção propostos. Os mesmos receberão supervisão dos coordenadores do estudo com formação em psicologia membros do grupo de pesquisas do Programa de Pós Graduação em Saúde e Comportamento.

4.8 Estudo-Piloto

O estudo piloto será realizado em oito pacientes, com idade entre 30 e 35 anos (idade não incluída no estudo), com o objetivo de inserir aspectos práticos e vivenciais ao treinamento, bem como testar a logística do estudo e promover as modificações necessárias.

4.9 Processamento e Análise dos Dados

Após a codificação dos instrumentos, o processamento dos dados será realizado através de dupla entrada no programa Epi-Info 6.04d^[30] com checagem automática no momento da digitação, além disso, será testado no mesmo software as inconsistências da digitação comparando as duas entradas de dados. Para o tratamento estatístico dos dados será utilizado o programa SPSS13. A análise univariada será realizada através das frequências simples das variáveis investigadas. Os testes estatísticos qui-quadrado e Fischer serão utilizados nas análises bivariadas dos dados, visando descrever as diferenças entre homens e mulheres quanto aos sintomas depressivos e as variáveis independentes investigadas. Na análise multivariada a regressão de Poisson será utilizada para cada sintoma, controlando para possíveis fatores confundidores. As variáveis em estudo que obtiverem $p \leq 0,20$ nas análises bivariadas serão incluídas nas análises multivariadas. Por fim, utilizaremos o Mann-Whitney visando comparar a remissão de sintomas entre os gêneros de acordo com o modelo de psicoterapia. Serão consideradas significantes as associações com $p < 0,05$ e as medidas de efeito cujo intervalo de confiança não incluam a unidade.

4.11 Divulgação dos Resultados

Os resultados do estudo serão divulgados à comunidade científica através da produção de artigo científico sobre o tema, às autoridades de saúde da cidade através de relatórios descritivos, à população participante e comunidade em geral através da publicação dos resultados em meios de comunicação de massa.

4.12 Aspectos Éticos

Os jovens que apresentarem risco de suicídio ou abuso/dependência de substâncias psicoativas serão encaminhados para o ambulatório de psiquiatria do Campus Olivé Leite. Além disso, na avaliação realizada após a intervenção, aqueles que apresentarem sintomas depressivos moderados ou graves também serão encaminhados para tratamento. Os participantes receberão informações sobre os objetivos da pesquisa e assinarão o “Termo de Consentimento livre e esclarecido”. Neste protocolo de pesquisa são respeitados todos os princípios éticos estabelecidos pelo Conselho Nacional de Saúde na Resolução Nº 196 de 10 de

Outubro de 1996 e o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da UCPel sob número 2009/24.

4.11 Cronograma

| Atividade | Período |
|--|---------------------------------|
| Revisão de literatura | Março / 2012 à Julho / 2013 |
| Elaboração do projeto | Março /2013 |
| Treinamento de avaliadores e terapeutas | Abril e Maio /2010 |
| Estudo piloto | Junho /2010 |
| Avaliações iniciais | Julho /2010 à Junho /2012 |
| Intervenções | Julho /2010 à Agosto/2012 |
| Avaliações finais | Agosto /2010 à Setembro/2012 |
| Processamento dos dados | Janeiro/ 2011 à Fevereiro /2012 |
| Análise dos dados | Março à Maio /2013 |
| Redação do artigo | Junho e Julho/ 2013 |
| Apresentação do artigo | Agosto/2013 |

4.12 Orçamento

| Despesas de Custeio | Quantidade | Valor Individual | Valor Total (R\$) |
|--|-------------------|-------------------------|--------------------------|
| Material de Consumo | | | |
| Deslocamento dos pacientes (vale-transporte – 16 por paciente) | 1920 | 2,55 | 4896,00 |
| Impressão de instrumentos de avaliação (14 paginas por paciente) | 120 | 2,80 | 336,00 |
| Livro utilizado na terapia cognitivo comportamental “O cão negro” | 10 | 9,90 | 99,00 |
| | | Sub-total → | 5331,00 |
| Recursos Humanos | | | |
| Terapeutas – bolsas de iniciação científica (CNPq, FAPERGS e PIBIC/UCPel) | 8 | 360,00 | 72.000,00 |
| Psicólogas – bolsas de mestrado CAPES | 2 | 1200,00 | 60.000,00 |
| | | Sub-total → | 132.000,00 |
| Total (R\$) → | | | 137.331,00 |

V. Referências

1. Andrade, L., et al., *Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2002. **37**(7): p. 316-25.
2. Kessler RC, C.W., Demler O, Walters EE, *Prevalence, Severity, and Comorbidity of 12-Month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication*. Arch Gen Psychiatry, 2005. **62**: p. 617-27.
3. Fleck, M.P.d.A., et al., *Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde*. Rev Saúde Pública, 2002. **36**(4): p. 431-438.
4. Nardi, B., et al., *Adolescent depression: clinical features and therapeutic strategies*. Europ Rev Med Pharmac Sciences, 2013. **17**: p. 1546-51.
5. Weller, E., et al., *Depression in Children and Adolescents: Does Gender Make a Difference?* Current Psychiatry Reports, 2006. **8**: p. 108-14.
6. Andrade, L., et al., *Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2002. **37**(7): p. 316-25.
7. Kessler, R.C., *Epidemiology of women and depression*. J Affect Disord, 2003. **74**(1): p. 5-13.
8. Justo, L.P. and H.M. Calil, *Depressão: o mesmo acometimento para homens e mulheres?* Rev Psiqu Clin 2006. **33**(2): p. 74-9.
9. Cuffe, S., J. Waller, and M. Cuccaro, *Race and gender differences in the treatment of psychiatric disorders in young adolescents*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1995. **34**: p. 1536-43.
10. Fleck, M.P.A., et al., *Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde*. Rev Saúde Pública 2002. **36**(4): p. 431-38.
11. Molina, M., et al., *Prevalência de depressão em usuários de unidades de atenção primária*. Rev Psiqu Clín, 2012. **39**(6): p. 201-05.
12. Skapinakis, P. and R. Araya, *Common somatic symptoms, causal attributions of somatic symptoms and psychiatric morbidity in a cross-sectional community study in Santiago, Chile*. BMC Research Notes, 2011. **4**: p. 155.

13. Jain, G., et al., *Patient-reported depression severity measured by the PHQ-9 and impact on work productivity: results from a survey of full-time employees in the United States*. J Occup Environ Med, 2013. **55**(3): p. 252-8.
14. Bó, M., et al., *Prevalência de sintomas depressivos em pacientes internados em enfermarias de clínica médica de um hospital geral no Sul de Santa Catarina*. Rev Bras Clin Med. São Paulo, 2011. **9**(4): p. 264-8.
15. Santos, P., *Problemas de saúde mental de crianças e adolescentes atendidos em um serviço público de psicologia infantil*. Psicologia em Estudo, 2006. **11**(2): p. 315-21.
16. Jang, S., et al., *The Symptom Frequency Characteristics of the Hamilton Depression Rating Scale and Possible Symptom Clusters of Depressive Disorders in Korea: The CRESCEND Study*. Psychiatry Investig, 2011. **8**: p. 312-19.
17. Grigoriadis, S. and S.H. Kennedy, *Role of estrogen in the treatment of depression*. Am J Ther, 2002. **9**: p. 503-09.
18. Payne, J.L., *The role of estrogen in mood disorders in women*. Int Rev Psychiatry, 2003. **15**: p. 280-90.
19. Wilhem, K. and G. Parker, *Sex differences in the lifetime prevalence of depression: fact or artifact?* Psychol Med, 1994. **24**: p. 97-111.
20. Aragão, T.A., et al., *Uma perspectiva psicossocial da sintomatologia depressiva na adolescência*. Cien Saude Colet, 2009. **14**(2): p. 395-405.
21. Whiteford, H., et al., *Estimating remission from untreated major depression: a systematic review and metaanalysis*. Psychological Medicine, 2012: p. 1-17.
22. Young, E., *Sex Differences in Response to Citalopram: A STAR*D Report* J Psychiatr Res, 2009. **43**(5): p. 503-11.
23. Pocock, S., *Clinical trials: a practical approach*. Chichester. John Wiley & Sons. 1983: p. 123-41.
24. ABEP —Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa .*Dados com base no Levantamento Sócio Econômico (IBOPE)*. 2003 [cited 2013 May]; Available from: <http://www.abep.org.br2003>.
25. Del-Ben, C., et al., *Confiabilidade da "Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV - Versão Clínica" traduzida para o português*. Rev Bras Psiqu 2001. **23**(3): p. 156-9.

26. Hamilton, M., *The assessment of anxiety states by rating*. British Journal of Medical Psychology, 1959. **32**: p. 50-5.
27. Moreno, R. and D. Moreno, *Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia: Escalas de avaliação para depressão de Hamilton (HAM-D) e Montgomery-Asberg (MADRS)*. Revista Psiquiatria, 1999: p. 1-17.
28. Beck, A., A. Rush, and G. Emery, *Terapia Cognitiva da Depressão*. 1997, Porto Alegre (RS): Artes Médicas.
29. Gonçalves, Ó., *Psicoterapia Cognitiva Narrativa, Manual de Terapia Breve*. 1998: Editorial Psy.
30. Dean AG, D.J., Coulombier D, Brendel KA, Smith DC, Burton AH, Dicker RC, Sullivan K, Fagan RF, Arner TG, *Epi-Info version 6.04d A word processing database, and statistics program for epidemiology on microcomputers*. Center of disease control and prevention. 1994: Atlanta, Georgia, U.S.A.

ANEXOS

Anexo A – Termo de Consentimento

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Informações sobre o estudo ao participante

Esta folha informativa tem o objetivo de fornecer a informação suficiente para quem considerar participar neste estudo. Ela não elimina a necessidade do pesquisador de explicar, e se necessário, ampliar as informações nela contidas.

Antes de participar deste estudo, gostaríamos que você tomasse conhecimento do que ele envolve. Damos abaixo alguns esclarecimentos sobre dúvidas que você possa ter.

Qual é o objetivo da pesquisa?

Com este estudo buscamos testar modelos de tratamento para pessoas com transtornos de humor. Para medir alterações bioquímicas prévias e pós-intervenção, será coletado sangue das pessoas com indicativo de transtornos de humor. Assim, será possível entender melhor modificações de algumas substâncias em consequência do tratamento.

Como o estudo será realizado?

Será realizada uma coleta de sangue do seu braço, na qual será retirado 10 ml de sangue, o que não compromete a sua saúde. Esta coleta será realizada por pesquisadores da área da saúde devidamente treinados para tal função.

Existem riscos em participar?

Os riscos ao participar são mínimos, a coleta de sangue pode causar mal-estar passageiro ou mancha roxa no local. O procedimento será feito com material esterilizado e descartável por profissionais da área de saúde. A coleta será feita para que sejam analisadas algumas substâncias que poderão estar alteradas em função dos transtornos de humor.

Itens importantes:

Você tem a liberdade de desistir do estudo a qualquer momento, sem fornecer um motivo, assim como pedir maiores informações sobre o estudo e o procedimento a ser feito. Isto de maneira alguma irá influenciar na qualidade de seu atendimento neste hospital.

O que eu ganho com este estudo?

Você pode se beneficiar pelo tratamento proposto pela equipe de pesquisa que lhe é oferecido sem nenhum custo e de forma rápida. Sua colaboração neste estudo pode ajudar a aumentar o conhecimento científico sobre fatores relacionados aos transtornos de humor, que poderão eventualmente beneficiar você ou outras pessoas. Ao saber melhor quais substâncias estão relacionadas à melhora dos transtornos, um tratamento médico mais direcionado pode ser esperado no futuro.

Quais são os meus direitos?

Os resultados deste estudo poderão ser publicados em jornais científicos ou submetidos à autoridade de saúde competente, mas você não será identificado por nome. Sua participação neste estudo é voluntária.

DECLARAÇÃO:

Eu,declaro que:

1. Concordo total e voluntariamente em fazer parte deste estudo.
2. Recebi uma explicação completa do objetivo do estudo, dos procedimentos envolvidos e o que se espera de mim. O pesquisador me explicou os possíveis problemas que podem surgir em consequência da minha participação neste estudo.
3. Informe-me o pesquisador sobre medicamentos que estou tomando.
4. Concordo em cooperar inteiramente com o pesquisador supervisor.
5. Estou ciente de que tenho total liberdade de desistir do estudo a qualquer momento e que esta desistência não irá, de forma alguma, afetar meu tratamento ou administração médica futura.
6. Estou ciente de que a informação nos meus registros médicos é essencial para a avaliação dos resultados do estudo. Concordo em liberar esta informação sob o entendimento de que ela será tratada confidencialmente.
7. Estou ciente de que não serei referido por nome em qualquer relatório relacionado a este estudo. Da minha parte, não devo restringir, de forma alguma, os resultados que possam surgir neste estudo.

Nome completo do paciente: _____

Assinatura do Paciente: _____

Data: __ / __ / ____

Assinatura do Pesquisador: _____

Para maiores informações entre em contato com Karen Jansen pelos telefones: 81186112 – 21288404 ou Rita Silva pelo telefone: 21288328 – 84178817

Coordenador do projeto: Prof. Dr. Ricardo Azevedo da Silva
Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento
Universidade Católica de Pelotas
Fone: 21288404 - 81228378

Anexo B – Módulo Transtorno Depressivo Maior SCID-CV

First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW
SCID-CV

Del Ben, CM, Zuardi AW, Vilela JAA, Crippa JAS
A. EPISÓDIOS DE HUMOR

A. EPISÓDIOS DE HUMOR

EPISÓDIO DEPRESSIVO
MAIOR

Agora eu vou lhe fazer mais algumas perguntas sobre o seu humor.

CRITÉRIOS PARA EPISÓDIO
DEPRESSIVO MAIOR

NOTA: Critério B (isto é., não preenche critérios para um Episódio Misto) foi omitido da SCID.

A. Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de 2 semanas e representam uma alteração a partir do funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda do interesse ou prazer.

A1 No mês passado...
...houve um período em que você se sentia deprimido ou triste a maior parte do dia, quase todos os dias? (Como era isso?)

SE SIM: Quanto tempo isso durou?
(Pelo menos 2 semanas?)

(1) humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, indicado por relato subjetivo (por ex., sente-se triste ou vazio) ou observação feita por outros (por ex., chora muito). Nota: Em crianças e adolescentes, pode ser humor iritável.

? - +

A1

A2 ...e quanto a perder o interesse ou o prazer em coisas das quais você geralmente gostava?

SE SIM: Isso era quase todos os dias?
Quanto tempo durou? (Pelo menos 2 semanas?)

(2) interesse ou prazer acentuadamente diminuídos por todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (indicado por relato subjetivo ou observação feita por outros)

? - +

A2

Se **nem A1 ou A2** for codificado como “+” durante o mês atual, avalie Episódio Depressivo Maior, perguntando as questões A1 e A2 novamente, procurando por episódios ao longo da vida, e começando com “Você já teve...”
SE PELO MENOS UM PERÍODO DEPRESSIVO PASSADO: Você já esteve mais do que uma vez assim? Qual desses período foi o pior?
Se **nem A1 ou A2** já foi codificado como “+”, vá para **A16**, pág. 08 (*Episódio Maníaco*).

PARA AS SEGUINTEs QUESTÕES,
FOCALIZE NO PIOR PERÍODO DE 2
SEMANAS:

Durante [PERÍODO DE 2 SEMANAS]...

A3 ...você perdeu ou ganhou peso? (Quanto? Você estava tentando emagrecer?)

SE NÃO: Como estava o seu apetite? (E em comparação ao seu apetite habitual? Você teve que se forçar a comer? Comia (mais/menos) que o seu normal? Isso ocorria quase todos os dias?)

(3) perda ou ganho significativo de peso sem estar em dieta (por ex., mais de 5% do peso corporal em 1 mês), ou diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias. Nota: Em crianças, considerar falha em apresentar os ganhos de peso esperados.

? - +

A3

A4 ...como estava o seu sono? (Dificuldade em pegar no sono, despertar frequente, dificuldade em se manter dormindo, acordar cedo demais,

(4) insônia ou hipersonia quase todos os dias

? - +

A4

(?): Informação Inadequada (-): Ausente (ou sub-limiar)

(+): Presente

5

First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW
SCID-CV

Del Ben, CM, Zuardi AW, Vilela JAA, Crippa JAS
A. EPISÓDIOS DE HUMOR

- OU dormir demais? Quantas horas por noite, comparado com o seu habitual? Isso ocorria quase todos os dias?)
- A5** ... você estava tão agitado ou impaciente que era incapaz de ficar quieto? (Era tão intenso que as pessoas percebiam? O que elas percebiam? Isso ocorria quase todos os dias?)
- SE NÃO:* E quanto ao contrário - falar ou mover-se mais lentamente do que o seu normal? (Era tão intenso que as outras pessoas percebiam? O que elas percebiam? Isso ocorria quase todos os dias?)
- A6** ... como estava a sua disposição? (Cansado o tempo todo? Quase todos os dias?)
- A7** ... como você se sentia sobre você mesmo? (Inútil? Quase todos os dias?)
- SE NÃO:* E quanto a se sentir culpado a respeito de coisas que você fez ou deixou de fazer? (Quase todos os dias?)
- A8** ... você teve dificuldades em pensar ou em se concentrar? (Com que tipo de coisas isso interferia? Quase todos os dias?)
- SE NÃO:* Era difícil tomar decisões sobre coisas cotidianas?
- A9** ... as coisas estavam tão ruins que você pensava muito na morte, ou que seria melhor morrer? E quanto a pensar em se matar?
- SE SIM:* Você fez alguma coisa para se matar?
- (5) agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observáveis por outros, não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento) ? - + **A5**
- NOTA:* CONSIDERAR TAMBÉM O COMPORTAMENTO DURANTE A ENTREVISTA.
- (6) fadiga ou perda de energia quase todos os dias ? - + **A6**
- (7) sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada (que pode ser delirante), quase todos os dias (não meramente auto-recriminação ou culpa por estar doente) ? - + **A7**
- NOTA:* CODIFIQUE COMO "-" SE APENAS BAIXA AUTO-ESTIMA.
- (8) capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se, ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outros) ? - + **A8**
- (9) pensamentos recorrentes de morte (não apenas medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio ? - + **A9**
- A10** PELO MENOS 5 DE A(1)-A(9) SÃO CODIFICADOS COMO "+" E PELO MENOS UM DESTES É O ITEM A(1) OU A(2). ? - + **A10**

Se A10 for codificado como "-" (isto é, menos que cinco são codificados como "+") pergunte o seguinte se não souber:

(?): Informação Inadequada (-): Ausente (ou sub-limiar) (+): Presente

SCID-CV

A. EPISÓDIOS DE HUMOR

Já houve outras vezes em que você estava deprimido e teve alguns destes sintomas sobre os quais acabamos de conversar?

Se "sim", volte para **A1**, pág. 04, e pergunte sobre aquele episódio.

Se "não", vá para **A16**, pág. 08 (*Episódio Maníaco*).

A11

SE NÃO ESTIVER CLARO: A depressão atrapalhou o seu trabalho, os cuidados com a sua casa ou o seu relacionamento com as outras pessoas?

C. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo. ? - +

A11

Se **A11** for codificado como "-" (isto é, os sintomas não são clinicamente significativos) pergunte o seguinte, se ainda não souber:

Já houve outras vezes em que você estava deprimido e isso atrapalhou sua vida?

Se "sim", volte para **A1**, pág. 04, e pergunte sobre aquele episódio.

Se "não", vá para **A16**, pág. 08 (*Episódio Maníaco*).

A12

Um pouco antes disso começar, você estava fisicamente doente?

Um pouco antes disso começar, você estava tomando algum remédio?

SE SIM: Houve alguma mudança na quantidade que você estava tomando?

Um pouco antes disso começar, você estava bebendo ou usando alguma droga?

D. Os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso ou medicamento) ou de uma condição médica geral (por ex., hipotireoidismo). ? - +

A12

Condições médicas gerais etiologicamente relacionadas com depressão maior incluem doença neurológica degenerativa (por ex., mal de Parkinson), doença cerebrovascular (por ex., AVC), condições metabólicas (por ex., deficiência de vitamina B₁₂), condições endócrinas (por ex., hiper- e hipotireoidismo, hiper- e hipoadrenalismo), infecções virais ou outras (por ex., hepatite, mononucleose, HIV), e certos tipos de câncer (por ex., carcinoma de pâncreas)

Substâncias etiologicamente relacionadas com depressão maior incluem álcool, anfetaminas, cocaína, alucinógenos, inalantes, opióides, fenciclidina, sedativos, hipnóticos, ansiolíticos. Medicamentos incluem anti-hipertensivos, contraceptivos orais, corticosteróides, esteróides anabólicos, agentes antineoplásicos, analgésicos, anticolinérgicos, medicações cardíacas.

Se houver alguma indicação de que a depressão possa ser secundária (isto é, devido aos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral ou substância), vá para pág. 18 e retorne aqui para codificar como "-" ou "+".

Se **A12** for codificado como "-" (isto é, o transtorno de humor é devido a substância ou condição médica geral), pergunte o seguinte:

Já houve outras vezes em que você estava deprimido e isso não era por causa de [CONDIÇÃO MÉDICA GERAL / USO DE SUBSTÂNCIA]?

Se "sim", volte para **A1**, pág. 04, e pergunte sobre aquele episódio.

Se "não", vá para **A16**, pág. 08 (*Episódio Maníaco*).

A13

SE NÃO SOUBER: Isso começou logo após alguém que lhe era próximo Ter morrido?

E. Os sintomas não são melhor explicados por Luto, ou seja, após a morte de um ente querido, os sintomas persistem por mais de ? - +

(?): Informação Inadequada

(-): Ausente (ou sub-limiar)

(+: Presente)

7

2 meses ou são caracterizados por acentuado prejuízo funcional, preocupação mórbida com desvalia, ideação suicida, sintomas psicóticos ou retardo psicomotor.

A13

Se A13 for codificado como “-” (isto é, o transtorno de humor é melhor explicado por Luto), pergunte o seguinte:

Já houve outras vezes em que você estava deprimido e isso não era devido à perda de um ente querido?

Se “sim”, volte para A1, pág. 04, e pergunte sobre aquele episódio.

Se “não”, vá para A16, pág. 08 (*Episódio Maníaco*).

A14

SE NÃO SOUBER: Você teve (SINTOMAS CODIFICADOS COMO “+” ACIMA) no último mês?

CRITÉRIOS A, C, D e E SÃO CODIFICADOS COMO “+”
(FAÇA O DIAGNÓSTICO DE EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR)

? - +

A14

A15

Por quantas vezes diferentes você esteve [deprimido / PALAVRAS DO PACIENTE] quase todos os dias, por pelo menos duas semanas e teve vários dos sintomas que você descreveu, tais como [SINTOMAS DO PIOR EPISÓDIO]?

Número total de Episódios Depressivos Maiores, incluindo o atual (CODIFIQUE 99 se muito numerosos ou se desconhecido)

A15

EPISÓDIO MANÍACO

CRITÉRIOS PARA EPISÓDIO MANÍACO

NOTA: Critério C (isto é, não preenche critérios para um Episódio Misto) foi omitido da SCID.

A16

Já houve um período em que você estava se sentindo tão bem ou alegre, que as outras pessoas acharam que você não estava no seu

A. Um período distinto de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou iritável...

? - +

A16

(?): Informação Inadequada

(-): Ausente (ou sub-limiar)

(+): Presente

8

SCID-CV

A. EPISÓDIOS DE HUMOR

normal, ou você estava tão alegre que teve problemas por isso? (Alguém disse que você estava acelerado? Era mais do que apenas se sentir bem?)

Como era isso?

SE NÃO: E Quanto a um período em que você estava tão irritado, que você gritava com as pessoas, ou começava brigas ou discussões? (Você se percebia gritando com pessoas as quais você nem conhecia?)

Se **A16** for codificado como “-” (isto é, nunca houve qualquer episódio de humor elevado ou irritável), vá para **A45**, pág. 15 (*Transtorno Distímico*)

A17

Quanto tempo durou? (Pelo menos 1 semana? Você teve que ser internado?)

...durando pelo menos 1 semana (ou qualquer duração, se a hospitalização é necessária).

? - +

A17

Se **A17** for codificado como “-” (isto é, duração menor que uma semana), vá para **A30**, pág. 12 (*Episódio Hipomaniaco*).

Você esteve mais de uma vez assim? Em qual vez você esteve mais [eufórico / irritado / PALAVRAS DO PACIENTE]?

PARA OS ITENS A18-A27 NAS PÁG. 09-11 FOCALIZE NO EPISÓDIO MAIS EXTREMO.

SE NÃO SOUBER: Durante este período, quando você esteve mais [PALAVRAS DO PACIENTE para euforia ou irritabilidade]?

Durante [PERÍODO DE PIORES SINTOMAS MANÍACOS]...

B. Durante o período de perturbação do humor, três (ou mais) dos seguintes sintomas persistiram (quatro, se o humor é

apenas irritável) e estiveram presentes em um grau significativo:

| | | | | |
|------------|---|--|-------|------------|
| A18 | ...como você se sentia a respeito de si mesmo? (Mais confiante em si mesmo do que o habitual? Algum poder ou habilidade especial?) | (1) auto-estima inflada ou grandiosidade | ? - + | A18 |
| A19 | ...você precisava de menos sono do que o habitual? SE SIM: Ainda assim se sentia descansado? | (2) necessidade de sono diminuída (por ex., sente-se repousado depois de apenas 3 horas de sono) | ? - + | A19 |
| A20 | ...você estava mais falante do que o normal? (As pessoas tinham dificuldade de interromper ou entender você? As pessoas tinham dificuldades de dizer uma palavra?) | (3) mais falante do que o habitual ou pressão por falar | ? - + | A20 |
| A21 | ...os seus pensamentos passavam rápido pela sua cabeça? | (4) fuga de idéias ou experiência subjetiva de que os pensamentos estão alterados | ? - + | A21 |
| A22 | ...você se distraía facilmente com as coisas à sua volta ou tinha dificuldades em se concentrar? | (5) distratibilidade (isto é, a atenção é desviada com excessiva facilidade para estímulos externos insignificantes ou irrelevantes) | ? - + | A22 |
| A23 | ...como você passava o seu tempo? (Trabalho, amigos, passatempos? Você estava tão ativo que seus amigos ou familiares ficaram preocupados com você?) SE NÃO HOUVER AUMENTO DE ATIVIDADE: Você estava fisicamente irrequieto? (Quanto isto era desagradável?) | (6) aumento da atividade dirigida a objetivos (socialmente, no trabalho, na escola ou sexualmente) ou agitação psicomotora | ? - + | A23 |
| A24 | ...você fez alguma coisa que poderia ter causado problemas para você ou para sua família? (Comprar coisas das quais não precisava? Qualquer comportamento sexual que não era normal para você? Dirigir de maneira imprudente?) | (7) envolvimento excessivo em atividades prazerosas com um alto potencial para conseqüências dolorosas (por ex., envolvimento em surtos incontinentes de compras, indiscrições sexuais ou investimentos financeiros tolos) | ? - + | A24 |
| A25 | PELO MENOS TRÊS DE B(1)-B(7) SÃO CODIFICADOS COMO “+” (OU 4, SE O HUMOR FOR APENAS IRRITÁVEL E NÃO ELEVADO) | | ? - + | A25 |

Se **A25** for codificado como “-” (isto é, menos que 3 são codificados como “+”), pergunte o seguinte:

Já houve outras vezes em que você estava [eufórico/irritado / PALAVRAS DO PACIENTE] e teve algum destes sintomas sobre os quais acabamos de conversar?

Se “sim”, volte para **A16**, pág. 08, e pergunte sobre aquele episódio.

Se “não”, vá para **A45**, pág. 15 (*Transtorno Distímico*).

A26

SE NÃO SOUBER: Naquele período, você teve problemas graves na sua casa ou no trabalho (escola), por que você estava [SINTOMAS], ou precisou ser internado?

D. A perturbação do humor é suficientemente severa para causar prejuízo acentuado no funcionamento ocupacional, nas atividades sociais ou relacionamentos costumeiros com outros, ou para exigir a hospitalização, como um meio de evitar danos a si mesmo e a outros, ou existem aspectos psicóticos.

? - +

A26

Se **A26** for codificado como “-” (isto é, não suficientemente grave), pergunte o seguinte:

Já houve outras vezes em que você estava [eufórico/irritado / PALAVRAS DO PACIENTE] e teve problemas com as pessoas ou foi hospitalizado?

Se “sim”, volte para **A16**, pág. 08, e pergunte sobre aquele episódio.

Se “não”, vá para **A39**, pág. 13 (*Critério C para Episódio Hipomaniaco*).

A27

Um pouco antes disso começar, você estava fisicamente doente?

Um pouco antes disso começar, você estava tomando algum remédio?

SE SIM: Houve alguma mudança na quantidade que você estava tomando?

Um pouco antes disso começar, você estava bebendo ou usando alguma droga?

Se houver alguma indicação de que a mania possa ser secundária (isto é, devido aos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral ou substância), vá para pág. 18 e retorne aqui para codificar como “-” ou “+”.

E. Os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso ou medicamento) ou de uma condição médica geral.

? - +

A27

Nota: Episódios maniatiformes que são claramente causados por tratamento antidepressivo somático (por ex., medicação, ECT, fototerapia) não devem ser incluídos no diagnóstico de Transtorno Bipolar I, e sim Transtornos de Humor induzidos por Substância.

Condições médicas gerais etiologicamente relacionadas com episódios maníacos incluem doença neurológica degenerativa (por ex., doença de Huntington, esclerose múltipla), doença cerebrovascular (por ex., AVC), condições metabólicas (por ex., deficiência de vitamina B₁₂, doença de Wilson), condições endócrinas (por ex., hipertireoidismo), infecções virais ou outras, e certos tipos de câncer (por ex., neoplasias cerebrais).

Substâncias etiologicamente relacionadas com

(?): Informação Inadequada

(-): Ausente (ou sub-limiar)

(+): Presente

11

episódios maníacos incluem álcool, anfetaminas, cocaína, alucinógenos, inalantes, opióides, fenciclidina, sedativos, hipnóticos, ansiolíticos. Medicamentos incluem medicações psicotrópicas (por ex., antidepressivos), corticosteróides, esteróides anabólicos, isoniazida, medicação antiparkinsoniana (por ex., levodopa), e descongestionantes simpaticomiméticos.

Se **A27** for codificado como “-” (isto é, a mania é devido a uma substância ou condição médica geral), pergunte o seguinte: Já houve outras vezes em que você estava [eufórico/irritado / PALAVRAS DO PACIENTE] e não estava [fisicamente doente / tomando remédios / usando SUBSTÂNCIA]?
Se “sim”, volte para **A16**, pág. 08, e pergunte sobre aquele episódio.
Se “não”, vá para **A45**, pág. 15 (*Transtorno Distímico*).

A28 SE NÃO SOUBER: Você teve [SINTOMAS CODIFICADOS COMO “+” ACIMA] no último mês? ? - + **A28**

CRITÉRIOS A, C, D e E SÃO CODIFICADOS COMO “+”
(FAÇA O DIAGNÓSTICO DE EPISÓDIO MANÍACO)

A29 Por quantas vezes diferentes você esteve [EUFÓRICO / PALAVRAS DO PACIENTE] e teve [SINTOMAS MANÍACOS RECONHECIDOS] por pelo menos 1 semana (ou foi internado)? **A29**

Número total de Episódios Maníacos, incluindo o atual (CODIFIQUE 99 se muito numerosos ou desconhecido)

VOCÊ TERMINOU A AVALIAÇÃO DE EPISÓDIOS DE HUMOR. VÁ PARA O MÓDULO B (SINTOMAS PSICÓTICOS E ASSOCIADOS). **B1** (PÁG. 23)

EPISÓDIO HIPOMANÍACO

CRITÉRIOS PARA EPISÓDIO HIPOMANÍACO

A30 SE NÃO SOUBER: Quando você esteve [eufórico/irritado / PALAVRAS DO PACIENTE], isto durou pelo menos 4 dias? ? - + **A30**

Você já esteve por mais de uma vez assim? (Em qual vez você esteve mais [eufórico/ irritado / PALAVRAS DO PACIENTE])?

PARA OS ITENS **A31-A37** NAS PÁG. 12-13, FOCALIZE NO EPISÓDIO MAIS EXTREMO.

Se **A30** for codificado como “-” (isto é, nunca houve qualquer período de humor elevado ou irritável durando pelo menos 4 dias), vá para **A45**, pág. 15 (*Transtorno Distímico*)

Durante [PERÍODO MAIS EXTREMO DE SINTOMAS HIPOMANÍACOS]...

B. Durante o período da perturbação do humor, três (ou mais) dos seguintes sintomas persistiram (quatro se o humor é apenas irritável) e estiveram presentes em um grau significativo:

A31 ...como você se sentia a respeito de si mesmo? ? - + **A31**

(1) auto-estima inflada ou grandiosidade

(?): Informação Inadequada

(-): Ausente (ou sub-limiar)

(+): Presente

SCID-CV

A. EPISÓDIOS DE HUMOR

(Mais confiante em si mesmo do que o habitual?
Algun poder ou habilidade especial?)

| | | | | |
|------------|---|--|-------|------------|
| A32 | ...você precisava de menos sono do que o habitual? | (2) necessidade de sono diminuída (por ex., sente-se repousado depois de apenas 3 horas de sono) | ? - + | A32 |
| | SE SIM: Ainda assim se sentia descansado? | | | |
| A33 | ...você estava mais falante do que o normal? (As pessoas tinham dificuldade de interromper ou entender você? As pessoas tinham dificuldades de dizer uma palavra?) | (3) mais falante do que o habitual ou pressão por falar | ? - + | A33 |
| A34 | ...os seus pensamentos passavam rápido pela sua cabeça? | (4) fuga de idéias ou experiência subjetiva de que os pensamentos estão alterados | ? - + | A34 |
| A35 | ...você se distraía facilmente com as coisas à sua volta ou tinha dificuldades em se concentrar? | (5) distratibilidade (isto é, a atenção é desviada com excessiva facilidade para estímulos externos insignificantes ou irrelevantes) | ? - + | A35 |
| A36 | ...como você passava o seu tempo? (Trabalho, amigos, passatempos? Você estava tão ativo que seus amigos ou familiares ficavam preocupados com você?) | (6) aumento da atividade dirigida a objetivos (socialmente, no trabalho, na escola ou sexualmente) ou agitação psicomotora | ? - + | A36 |
| | SE NÃO HOUVER AUMENTO DE ATIVIDADE: Você estava fisicamente irrequieto? (Quanto isto era desagradável?) | | | |
| A37 | ...você fez alguma coisa que poderia ter causado problemas para você ou para sua família? (Comprar coisas das quais não precisava? Algun comportamento sexual que não era habitual para você? Dirigir de maneira imprudente?) | (7) envolvimento excessivo em atividades prazerosas com um alto potencial para conseqüências dolorosas (por ex., envolvimento em surtos incontrolados de compras, indiscrições sexuais ou investimentos financeiros tolos) | ? - + | A37 |
| A38 | | PELO MENOS TRÊS DE B(1)-B(7) SÃO CODIFICADOS COMO “+” (OU 4, SE O HUMOR FOR APENAS IRRITÁVEL E NÃO ELEVADO) | ? - + | A38 |

Se **A38** for codificado como “-” (isto é, menos que 3 são codificados como “+”), pergunte o seguinte:

Já houve outras vezes em que você estava [eufórico/irritado / PALAVRAS DO PACIENTE] e teve alguns destes sintomas sobre os quais acabamos de conversar?

Se “sim”, volte para **A30**, pág. 12, e pergunte sobre aquele episódio.

Se “não”, vá para **A45**, pág. 15 (*Transtorno Distímico*).

| | | | | |
|------------|--|---|-------|------------|
| A39 | SE NÃO SOUBER: Isto é muito diferente do jeito que você costuma ser? (Diferente como? No trabalho? Com os amigos?) | C. O episódio está associado com uma inequívoca alteração no funcionamento, que não é característica da pessoa quando | ? - + | A39 |
|------------|--|---|-------|------------|

(?): Informação Inadequada (-): Ausente (ou sub-limiar) (+): Presente

assintomática.

Se **A39** for codificado como “-” (isto é, caracteristicamente “hipomaniaco”), pergunte o seguinte:

Já houve outras vezes em que você estava [eufórico/imitado / PALAVRAS DO PACIENTE] e estava realmente diferente do jeito que você costuma ser?

Se “sim”, volte para **A30**, pág. 12, e pergunte sobre aquele episódio.

Se “não”, vá para **A45**, pág. 15 (*Transtorno Distímico*).

A40 SE NÃO SOUBER: As outras pessoas notaram esta mudança em você? (O que elas disseram?) D. A perturbação do humor e a alteração no funcionamento são observáveis por outros. ? - + **A40**

Se **A40** for codificado como “-” (isto é, não observável pelos outros), pergunte o seguinte:

Já houve outras vezes em que você estava [eufórico/irritado / PALAVRAS DO PACIENTE] e as outras pessoas notavam a mudança no jeito que você estava agindo?

Se “sim”, volte para **A30**, pág. 12, e pergunte sobre aquele episódio.

Se “não”, vá para **A45**, pág. 15 (*Transtorno Distímico*).

A41 SE NÃO SOUBER: Naquela vez, você teve sérios problemas em casa ou no trabalho (escola) por que você estava [SINTOMAS] ou teve que ser internado? E. O episódio não é suficientemente severo para causar prejuízo acentuado no funcionamento social ou ocupacional, ou para exigir a hospitalização, nem existem aspectos psicóticos. ? - + **A41**

Se **A41** for codificado como “-” (isto é, suficientemente severo para causar prejuízo acentuado), volte para **A26**, pág. 10, codifique como “+” para aquele item, e continue com **A27**, pág. 11.

A42 Um pouco antes disso começar, você estava fisicamente doente? F. Os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso ou medicamento) ou de uma condição médica geral. ? - + **A42**

Um pouco antes disso começar, você estava tomando algum remédio?

SE SIM: Houve alguma mudança na quantidade que você estava tomando?

Um pouco antes disso começar, você estava bebendo ou usando alguma droga?

Se houver alguma indicação de que a hipomania possa ser secundária (isto é, devido aos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral ou substância), vá para pág. 18 e retorne aqui para codificar como “-” ou “+”.

Nota: Episódios com características hipomaniacas que são claramente causados por tratamento antidepressivo somático (p.ex., medicação, ECT, fototerapia) não devem ser incluídos no diagnóstico de Transtorno Bipolar II, e sim Transtornos de Humor induzidos por Substância.

Consulte a lista de condições médicas gerais e substâncias possivelmente etiológicas incluída no item **A27** (pág. 11).

Se **A42** for codificado como “-” (isto é, a hipomania é devido a uma substância ou condição médica geral), pergunte o seguinte:

Já houve outras vezes em que você estava [eufórico/imitado / PALAVRAS DO PACIENTE] e não estava [fisicamente doente / tomando remédios / usando SUBSTÂNCIA]?

Se “sim”, volte para **A30**, pág. 12, e pergunte sobre aquele episódio.

Se "não", vá para **A45**, pág. 15 (*Transtorno Distímico*).

| | | | | |
|------------|--|---|-------|------------|
| A43 | SE NÃO SOUBER: Você teve [SINTOMAS CODIFICADOS COMO "+" ACIMA] no último mês? | CRITÉRIOS A, C, D e E SÃO CODIFICADOS COMO "+" (FAÇA O DIAGNÓSTICO DE EPISÓDIO MANÍACO) | ? - + | A43 |
| A44 | Por quantas vezes diferentes você esteve [EUFÓRICO / PALAVRAS DO PACIENTE] e teve [SINTOMAS HIPOMANÍACOS RECONHECIDOS] por um determinado período? | Número total de Episódios Hipomaniacos, incluindo o atual (CODIFIQUE 99 se muito numerosos ou desconhecido) | | A44 |

VOCÊ TERMINOU A AVALIAÇÃO DE EPISÓDIOS DE HUMOR. VÁ PARA O MÓDULO B (SINTOMAS PSICÓTICOS E ASSOCIADOS), **B1** (PÁG. 23).

TRANSTORNO DISTÍMICO

CRITÉRIOS PARA TRANSTORNO DISTÍMICO

NOTA: Para apresentações nas quais haja uma história de múltiplos Episódios Depressivos Maiores recorrentes, o clínico pode preferir pular a avaliação de Transtorno Distímico (isto é, vá para **B1**, pág. 23).

| | | | | |
|------------|---|---|-------|------------|
| A45 | Nos últimos dois anos, você se sentiu incomodado por humor deprimido, a maior parte dos dias, mais dias presentes do que ausentes? (Mais que a metade do tempo?) SE SIM: Como era isso? | A. Humor deprimido na maior parte do dia, na maioria dos dias, indicado por relato subjetivo ou observação feita por outros, por pelo menos 2 anos. Nota: Em crianças e adolescentes, o humor pode ser irritável, e a duração deve ser de no mínimo 1 ano. | ? - + | A45 |
|------------|---|---|-------|------------|

Se **A45** for codificado como "-" (isto é, sem humor depressivo crônico...), vá para **B1**, pág. 23 (*Sintomas Psicóticos e Associados*).

| | | | | |
|------------|--|--|-------|------------|
| A46 | Durante estes períodos de [PALAVRAS DO PACIENTE PARA DEPRESSÃO CRÔNICA], você acha que na maior parte do tempo, você... perde o apetite? (E quanto a comer demais?) | B. Presença, enquanto deprimido, de duas (ou mais) das seguintes características: (1) apetite diminuído ou hiperfagia | ? - + | A46 |
| A47 | ...tem dificuldades em pegar no sono, ou dorme demais? | (2) insônia ou hipersonia | ? - + | A47 |
| A48 | ...tem pouca disposição para fazer as coisas ou se sente muito cansado? | (3) baixa energia ou fadiga | ? - + | A48 |

(?): Informação Inadequada

(-): Ausente (ou sub-limiar)

(+): Presente

15

First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW
SCID-CV

Del Ben, CM, Zuardi AW, Vilela JAA, Crippa JAS
A. EPISÓDIOS DE HUMOR

| | | | | |
|------------|--|--|-------|------------|
| A49 | ...se sente desapontado consigo mesmo? (Sente-se inútil ou um fracasso?) | (4) baixa auto-estima | ? - + | A49 |
| A50 | ...tem dificuldades em se concentrar ou em tomar decisões? | (5) dificuldade de concentração ou dificuldade em tomar decisões | ? - + | A50 |
| A51 | ...sente-se sem esperança? | (6) sentimentos de desesperança | ? - + | A51 |
| A52 | | PELO MENOS DOIS SINTOMAS "B" SÃO CODIFICADOS COMO "+" | ? - + | A52 |

Se **A52** for codificado como "-" (isto é, menos que dois sintomas são "+"), vá para **B1**, pág. 23 (*Sintomas Psicóticos e Associados*).

| | | | | |
|------------|--|--|-------|------------|
| A53 | Durante este período de depressão de longa duração, qual o período mais longo em que você se sentiu bem? (SEM SINTOMAS DISTÍMICOS) | C. Durante o período de 2 anos (1 ano, para crianças ou adolescentes) da perturbação, jamais a pessoa esteve sem os sintomas dos Critérios A e B por um período maior que 2 meses. | ? - + | A53 |
|------------|--|--|-------|------------|

Se **A53** for codificado como "-" (isto é, mais que dois meses sem sintomas), vá para **B1**, pág. 23 (*Sintomas Psicóticos e Associados*).

| | | | | |
|------------|--|---|--|------------|
| A54 | Há quanto tempo você vem se sentindo assim? (Quando isso começou?) | Idade em que se iniciou o Transtorno Distímico atual (CODIFIQUE 99 SE DESCONHECIDA) | | A54 |
|------------|--|---|--|------------|

| | | | | |
|------------|---|--|-------|------------|
| A55 | SE NÃO SOUBER: Isto começou gradualmente ou com um período significativo de depressão? | D. Ausência de Episódio Depressivo Maior durante os primeiros 2 anos de perturbação (1 ano para crianças e adolescentes); isto é, a perturbação não é melhor explicada por um Transtorno Depressivo Maior crônico ou Transtorno Depressivo Maior, Em Remissão Parcial. | ? - + | A55 |
|------------|---|--|-------|------------|

Nota: Pode ter ocorrido um Episódio Depressivo Maior anterior, desde que tenha havido remissão completa (ausência de sinais ou sintomas significativos por 2 meses) antes do desenvolvimento do Transtorno Distímico. Além disso, após os 2 anos iniciais (1 ano para crianças e adolescentes) de Transtorno Distímico, pode haver episódios sobrepostos de Transtorno Depressivo Maior e, neste caso, ambos os diagnósticos podem ser dados quando são satisfeitos os critérios para um Episódio Depressivo Maior.

Se **A55** for codificado como "-" (isto é, houve Episódio Depressivo Maior durante os 2 primeiros anos), vá para **B1**, pág. 23 (*Sintomas Psicóticos e Associados*).

A56

E. Jamais houve um Episódio Maníaco, um Episódio Misto ou um Episódio Hipomaniaco e jamais foram satisfeitos os critérios para Transtorno Ciclotímico. ? - +

A56

Se **A56** for codificado como “-” (isto é, houve Episódios Maníaco, Misto ou Hipomaniaco passados ou preenchem-se critérios para Transtorno Ciclotímico), vá para **B1**, pág. 23 (*Sintomas Psicóticos e Associados*).

A57

A CODIFICAÇÃO DESTES CRITÉRIOS PODE NECESSITAR SER ADIADA ATÉ QUE TRANSTORNOS PSICÓTICOS TENHAM SIDO EXCLUÍDOS.

F. A perturbação não ocorre exclusivamente durante o curso de um Transtorno Psicótico crônico, como Esquizofrenia ou Transtorno Delirante. ? - +

A57

Se **A57** for codificado como “-” (isto é, ocorre durante um Transtorno Psicótico), vá para **B1**, pág. 23 (*Sintomas Psicóticos e Associados*).

A58

Um pouco antes disso começar, você estava fisicamente doente?

Um pouco antes disso começar, você estava tomando algum remédio?

SE SIM: Houve alguma mudança na quantidade que você estava tomando?

Um pouco antes disso começar, você estava bebendo ou usando alguma droga?

G. Os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso ou medicamento) ou de uma condição médica geral. ? - +

A58

Condições médicas gerais etiologicamente relacionadas com distímia incluem doença neurológica degenerativa (por ex., mal de Parkinson), doença cerebrovascular (por ex., AVC), condições metabólicas (por ex., deficiência de vitamina B₁₂), condições endócrinas (por ex., hiper- e hipotireoidismo, hiper- e hipoadrenalismo), infecções virais ou outras (por ex., hepatite, mononucleose, HIV), e certos tipos de câncer (por ex., carcinoma de pâncreas)

Substâncias etiologicamente relacionadas com distímia incluem álcool, amfetaminas, cocaína, alucinógenos, inalantes, opióides, fenciclidina, sedativos, hipnóticos, ansiolíticos. Medicamentos incluem anti-hipertensivos, contraceptivos orais, corticosteróides, esteróides anabólicos, agentes antineoplásicos, analgésicos, anticolinérgicos, medicações cardíacas.

Se houver alguma indicação de que a distímia possa ser secundária (isto é, devido aos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral ou substância), vá para pág. 18 e retorne aqui para codificar como “+” ou “-”.

Se **A58** for codificado como “-” (isto é, devido a uma condição médica geral crônica ou uso crônico de substância), vá para **B1**, pág. 23 (*Sintomas Psicóticos e Associados*).

A59

SE NÃO ESTIVER CLARO: Quanto [SINTOMAS EM A e B] interferem em sua vida?

H. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo. ? - +

A59

Se **A59** for codificado como “-” (isto é, clinicamente não significativo), vá para **B1**, pág. 23 (*Sintomas Psicóticos e Associados*).

A60

CRITÉRIOS A, B, C, D, E, F, G e H SÃO CODIFICADOS COMO “+” (FAÇA O ? - +

A60

(?): Informação Inadequada

(-): Ausente (ou sub-limiar)

(+): Presente

17

DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO
DISTÍMICO)

Vá para **B1**, pág. 23 (*Sintomas Psicóticos e Associados*).

CONSIDERE O PAPEL ETIOLÓGICO DE
UMA CONDIÇÃO MÉDICA GERAL OU
USO DE SUBSTÂNCIA

Se os sintomas de humor não são associados cronologicamente com uma condição médica geral, vá para **A65**, pág. 20 (*Transtorno de Humor Induzido por Substância*).

TRANSTORNO DE HUMOR
DEVIDO A UMA CONDIÇÃO
MÉDICA GERALCRITÉRIOS PARA
TRANSTORNO DE HUMOR
DEVIDO A UMA CONDIÇÃO
MÉDICA GERAL

NOTA: Critério D (isto é, não ocorre durante delírium) foi omitido da SCID.

A61 CODIFIQUE BASEADO EM
INFORMAÇÕES JÁ OBTIDAS

- A. Uma perturbação proeminente e persistente do humor predomina no quadro clínico e se caracteriza por um dos seguintes quesitos (ou ambos):
- (1) humor deprimido, ou interesse ou prazer acentuadamente diminuídos por todas ou quase todas as atividades
 - (2) humor elevado, expansivo ou iritável

? - + **A61**

A62 Você acha que seus [SINTOMAS DE HUMOR] estavam de alguma forma relacionadas a sua [CONDIÇÃO MÉDICA GERAL COMÓRBIDA]?

SE SIM: Conte-me como.

Os [SINTOMAS DE HUMOR] começaram ou pioraram imediatamente após a [CONDIÇÃO MÉDICA GERAL COMÓRBIDA] ter começado?

SE SIM E A CONDIÇÃO MÉDICA GERAL FOI RESOLVIDA: Os [SINTOMAS DE HUMOR] melhoraram após a [CONDIÇÃO MÉDICA GERAL

B/C. Existem evidências, a partir da história, do exame físico ou de achados laboratoriais, de que a perturbação é a consequência fisiológica direta de uma condição médica geral, e a perturbação não é melhor explicada por outro transtorno mental (por ex., Transtorno de Ajustamento com Humor Deprimido em resposta ao estresse de ter uma condição médica geral).

? - + **A62**

(?): Informação Inadequada (-): Ausente (ou sub-limiar) (+): Presente

First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW
 SCID-CV

Del Ben, CM, Zuardi AW, Vilela JAA, Crippa JAS
 A. EPISÓDIOS DE HUMOR

COMÓRBIDA] ter melhorado?

Se **A62** for codificado como “-” (isto é, não há condição médica geral etiológica), vá para **A65**, pág. 20 (*Transtorno de Humor Induzido por substância*).

| | | | | |
|------------|---|---|-------|------------|
| A63 | SE NÃO ESTIVER CLARO: Quanto [SINTOMAS DE HUMOR] interferem em sua vida? | E. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo. | ? - + | A63 |
| A64 | SE NÃO SOUBER: Você teve [SINTOMAS CODIFICADOS COMO “+” ACIMA] no último mês? | CRITÉRIOS A, B/C e E SÃO CODIFICADOS COMO “+” (FAÇA O DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO DE HUMOR DEVIDO A UMA CONDIÇÃO MÉDICA GERAL) | ? - + | A64 |

Se sintomas de humor não são cronologicamente associados com uso de substância, retorne para que o episódio seja avaliado:
A12 para Episódio Depressivo maior (pág. 06)
A27 para Episódio Maníaco (pág. 11)
A42 para Episódio Hipomaniaco (pág. 14)
A58 para Transtorno Distímico (pág. 17)
D11 para Outros Transtornos Bipolares (pág. 41)
D18 para Transtorno Depressivo SOE (pág. 43)

Anexo C - Hamilton Depression Scale (HAM-D)

1. HUMOR DEPRIMIDO (Tristeza, desesperança, desamparo, inutilidade)

- (0) Ausente
- (1) Sentimentos relatados apenas ao ser inquirido
- (2) Sentimentos relatados espontaneamente com palavras
- (3) Comunica os sentimentos não com palavras, isto é, com a expressão facial, a postura, a voz e a tendência ao choro.
- (4) Sentimentos deduzidos da comunicação verbal e não-verbal do paciente

2. SENTIMENTOS DE CULPA

- (0) Ausente
- (1) Auto-recriminação; sente que decepcionou os outros
- (2) Idéias de culpa ou ruminação sobre erros passados ou más ações
- (3) A doença atual é um castigo
- (4) Ouve vozes de acusação ou denúncia e/ou tem alucinações visuais ameaçadoras

3. SUICÍDIO

- (0) Ausente
- (1) Sente que a vida não vale a pena
- (2) Desejaria estar morto ou pensa na probabilidade de sua própria morte
- (3) Idéias ou gestos suicidas
- (4) Tentativa de suicídio (qualquer tentativa séria, marcar 4)

4. INSÔNIA INICIAL

- (0) Sem dificuldades para conciliar o sono
- (1) Queixa-se de dificuldade ocasional para conciliar o sono, isto é, mais de meia hora
- (2) Queixa-se de dificuldade para conciliar o sono todas as noites

5. INSÔNIA INTERMEDIÁRIA

- (0) Sem dificuldades
- (1) O paciente se queixa de inquietude e perturbação durante a noite

(2) Acorda à noite - qualquer saída da cama marcar 2 (exceto p/ urinar)

6. INSÔNIA TARDIA

(0) Sem dificuldades

(1) Acorda de madrugada, mas volta a dormir

(2) Incapaz de voltar a conciliar o sono se deixar a cama

7. TRABALHO E ATIVIDADES

(0) Sem dificuldades

(1) Pensamento e sentimentos de incapacidade, fadiga ou fraqueza relacionada a atividades, trabalho ou passatempos

(2) Perda de interesse por atividades (passatempos ou trabalho) quer diretamente relatada pelo paciente, quer indiretamente por desatenção, indecisão e vacilação (sente que precisa esforçar-se para o trabalho ou atividade)

(3) Diminuição do tempo gasto em atividades ou queda de produtividade. No hospital, marcar 3 se o paciente não passar ao menos 3 horas por dia em atividades externas (trabalho hospitalar ou passatempo)

(4) Parou de trabalhar devido à doença atual. No hospital, marcar 4 se o paciente não se ocupar com outras atividades, além de pequenas tarefas do leito, ou for incapaz de realizá-las sem ajuda

8. RETARDO (*lentidão de idéias e fala; dificuldade de concentração; atividade motora diminuída*)

(0) Pensamento e fala normal

(1) Leve retardo à entrevista

(2) Retardo óbvio à entrevista

(3) Entrevista difícil

(4) Estupor completo

9. AGITAÇÃO

(0) Nenhuma

(1) Inquietude

(2) Brinca com as mãos, com os cabelos, etc

(3) Mexe-se, não consegue sentar quieto

(4) Torce as mãos, róí as unhas, puxa os cabelos, morde os lábios

10. ANSIEDADE PSÍQUICA

(0) Sem dificuldade

(1) Tensão e irritabilidade subjetivas

(2) Preocupação com trivialidades

(3) Atitude apreensiva aparente no rosto ou na fala

(4) Medos expressos sem serem inquiridos

11. ANSIEDADE SOMÁTICA - Concomitantes fisiológicos de ansiedade, tais como:

- *Gastrointestinais: boca seca, flatulência, indigestão, diarreia, cólicas, eructação;*

- *Cardiovasculares: palpitações, cefaléia;*

- *Respiratórios: hiperventilação, suspiros; Freqüência urinária; Sudorese*

(0) Ausente

(1) Leve

(2) Moderada

(3) Grave

(4) Incapacitante

12. SINTOMAS SOMÁTICOS GASTRINTESTINAIS

(0) Nenhum

(1) Perda de apetite, mas alimenta-se voluntariamente. Sensações de peso no abdômen

(2) Dificuldade de comer se não insistirem. Solicita ou exige laxativos ou medicações para os intestinos ou para sintomas digestivos

13. SINTOMAS SOMÁTICOS EM GERAL

(0) Nenhum

(1) Peso nos membros, nas costas ou na cabeça. Dores nas costas, cefaléia, mialgias.

Perda de energia e cansaço

(2) Qualquer sintoma bem caracterizado e nítido (marcar 2)

14. SINTOMAS GENITAIS (*Sintomas como: perda da libido, distúrbios menstruais*)

- (0) Ausentes
- (1) Leves
- (2) Intensos

15. HIPOCONDRIA

- (0) Ausente
- (1) Auto-observação aumentada (com relação ao corpo)
- (2) Preocupação com a saúde
- (3) Queixas freqüentes, pedidos de ajuda, etc
- (4) Idéias delirantes hipocondríacas

16. PERDA DE PESO (Marcar A ou B)

- A - Quando avaliada pela história clínica

- (0) Sem perda de peso
- (1) Provável perda de peso associada à moléstia atual
- (2) Perda de peso definida (de acordo com o paciente)
- (3) Não avaliada

- B - Avaliada semanalmente pelo psiquiatra responsável, quando são medidas alterações reais de peso

- (0) Menos de 0,5 Kg de perda por semana
- (1) Mais de 0,5 Kg de perda por semana
- (2) Mais de 1 Kg de perda por semana
- (3) Não avaliada

17. CONSCIÊNCIA

- (0) Reconhece que está deprimido e doente
- (1) Reconhece a doença, mas atribui-lhe a causa à má alimentação, ao clima, ao excesso de trabalho, a vírus, à necessidade de repouso, etc
- (2) Nega estar doente
- (8) Não está doente

PARTE II

MODIFICAÇÕES E EXPERIÊNCIAS

Nesta parte, cabe destacar as modificações realizadas entre a execução do projeto e a coleta dos dados. No caso de ambos os projetos não foram realizadas modificações importantes que devam ser esclarecidas neste ponto.

Quanto às experiências do doutorado frente aos projetos apresentados, minha participação no primeiro projeto foi basicamente análise dos dados e posteriormente produção científica. No que se ao refere segundo projeto, pude fazer parte da equipe de trabalho. Particpei ativamente da equipe, como psicóloga na atividade de avaliação psicológica inicial e final dos adultos jovens participantes do ensaio clínico, bem como, divulgação do estudo para captação da amostra, análise de dados e redação do artigo.

PARTE III – ARTIGO 1**MAJOR DEPRESSIVE DISORDER SYMPTOMS IN MALE AND FEMALE YOUNG
ADULTS****SINTOMAS DO TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR EM HOMENS E
MULHERES ADULTOS JOVENS**

Publicado na *Psychology, Health & Medicine*

Autores:

Mariane Ricardo Acosta Lopez Molina, Karen Jansen, Cláudio Raul Drews Jr,
Ricardo Tavares Pinheiro, Ricardo Azevedo da Silva, Luciano Dias de Mattos Souza

Instituição:

Programa de Pós Graduação em Saúde e Comportamento, Universidade Católica
de Pelotas

Autora correspondente:

Mariane Lopez Molina

Rua Gonçalves Chaves, 373, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, CEP: 96010-208

mariane_lop@hotmail.com

Phone: 55 53 91551676

Phone Fax: 55 53 2128 8404

Abstract

This research aimed to compare the prevalence rates of Major Depressive Disorder (MDD) and to differentiate the presence and severity of depressive symptoms between women and men aged 18 to 24 years. In this population-based, cross-sectional study (n = 1560), young adults were screened with the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) for MDD (n = 137). Participants then completed a self-report questionnaire to gather sociodemographic data, and the presence of each symptom of depression was assessed with the Beck Depression Inventory (BDI). The proportion of women (12.2%) with MDD was higher than that of men (5.3%). The symptoms of depression found to be significantly more prevalent in women were sadness, crying, difficulty making decisions, and lack of energy, as well as self-criticism, irritability, changes in self-image, work difficulty and loss of interest in sex. Sadness and self-criticism were significantly more severe in women than in men. The presentation of depressive symptoms in young adults with MDD differed between men and women.

Keywords: Depression, Depressive Disorder, Sex, Gender and Health, Symptoms

Introduction

Epidemiological studies have shown that depression affects a significant portion of the population^{1,2}. Depressive disorders correlate negatively with quality of life, functioning and use of public health resources³. Therefore, depression is a problem in public healthcare.

However, with regard to sex differences, women are more likely than men to experience depressive episodes, with lifetime prevalences of 19.2% and 13.5%, respectively. Studies on this subject have revealed differences in the occurrence of depression between females and males that are based on biological and hormonal differences, especially with respect to the prevalence of depression in adolescence^{4,5}. Sociocultural roles can also influence the presentation of symptoms and diagnosis of depressive disorders⁵.

These issues can influence the process of seeking help, adherence to treatment, and the attitudes and behaviors of community members toward men and women with this disorder⁶. Therefore, the clinical presentation of depression in men and women may be different. To date, controversies are still more commonplace than well-established conclusions in the literature, and most studies on this topic are based on clinical samples.

The aim of this study was to compare the prevalence rates of Major Depressive Disorder (MDD) and to differentiate the presence and severity of depressive symptoms between women and men, among 18 to 24 year-old residents of the urban area of Pelotas, Brazil.

Methods

This cross-sectional, population-based study evaluated 18 to 24-year-old participants living in an urban area of Pelotas for several health issues^{7,8}. For this report, we used mainly young adults diagnosed with MDD.

Sample selection was performed in clusters from a population of 39,667 in the targeted age range using current census data on the 448 sectors in the city⁹. For this population, the sample size was determined according to the MDD prevalence (16.8%) in São Paulo, Brazil¹, with 2% error and a confidence interval of 95%. To this sample size, we added 20% more participants to control for confounding factors, losses and refusals. In the first stage, 89 sectors were randomly selected for the identification of young adults who were within the scope of this research. Then, households within these sectors were selected using systematic sampling, with the range of selection determined by the distance between two randomly selected households. Thus, we sought to ensure representativeness in the research sample. Young people who had experienced a manic episode (past or present), those residing in non-urban areas of the city, and those who were unable to understand or answer the questions were excluded from the study. Altogether, 1560 young people were interviewed, of whom 196 (12.6%) were identified by the Brazilian version of Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)^{10,11} as experiencing MDD. Of these, 59 individuals were excluded because they reported a past or present manic episode according to the instrument.

Additional information was collected using a self-administered questionnaire and the Brazilian version of Beck Depression Inventory (BDI)^{12,13}. The questionnaire gathered information about sex, education, labor force activity, religiosity, and substance use. Socioeconomic status was assessed by applying the ABEP

(Associação Brasileira de Estudos Populacionais) rating scale¹⁴, which is based on the accumulation of material goods and the educational attainment of the head of the household. This classification sorts people into classes (A, B, C, D or E) based on their scores. The letter A refers to the highest social class, and the letter E refers to the lowest.

Substance abuse/dependence was evaluated using the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)¹⁵. This structured questionnaire comprises eight questions about the use of nine classes of psychoactive substances (tobacco, alcohol, marijuana, cocaine, stimulants, sedatives, inhalants, hallucinogens, and opiates). The questions address frequency of use, both currently and in the previous three months, problems related to use, concerns about use by people close to the user, functional impairment, unsuccessful attempts to stop or reduce use, feelings of compulsion and use via injection. The substance abuse/dependence variable is computed from the sum of scores related to each individual drug class. Each item score ranges from 0 to 4, and the sum total ranges from 0 to 20. A range of 0 to 3 indicates no or occasional use, whereas scores of 4 or more indicate abuse/dependence. This instrument was adapted and validated for the Brazilian population¹⁶.

Current MDD diagnosis was ascertained using the Mini International Neuropsychiatric Interview 5.0 (MINI). This short, 15 to 30 min, interview is designed to be used in clinical practice to diagnose the interviewee according to the DSM-IV criteria. Psychometric characteristics for each disorder as compared to a Structured Clinical Interview for the DSM (SCID), but the lifetime depressive episode items have a 96% sensitivity, 88% specificity, positive prediction value of 87%, negative prediction value of 97% and efficiency of 91%¹⁰.

The Beck Depression Inventory (BDI) is a scale of 21 items that assess the presence and severity of depressive symptoms¹². This scale has previously been used as a standard measure of depressive symptoms in other studies in similar populations^{17,18}. In this study, each symptom was scored as 0, 1, 2 or 3 with respect to its severity. A dichotomous analysis was also performed considering the absence (0) or presence (1, 2 or 3) of each symptom.

The non-parametric Fisher's test was utilized in the data analysis to evaluate the presence of depressive symptoms for each gender. To investigate differences in the severity of each symptom between men and women, the Mann-Whitney U test was performed. Logistic regression was used to assess differences in the prevalence of each depressive symptom in men and women, adjusting for educational attainment and substance abuse/dependence. This research was approved by the Ethics Committee for Research of the Universidade Católica de Pelotas, according to protocol 2006/96.

Results

The difference in the prevalence of MDD between men (5,3%) and women (12,2%) was statistically significant ($p < 0,001$). These final data were based on 1501 young adults.

In total, the sample was composed of 137 individuals, of whom 102 were female and 35 were male. Seventy-three individuals were classified as socioeconomic level C (53,3%), 61 reported between 9 and 11 years of education (44,5 %), 57 reported substance abuse or dependence (47,5%), 86 had worked for the past three months (64,2%), and 32 lived with a partner (23,4%).

Table 1 shows that higher education attainment was observed among women than among men ($p < 0,050$). While 22,9% of the men had completed four years of schooling or less, only 8,8% of the women reported the same educational attainment. Males were more likely to report substance abuse or dependence than were women ($p < 0,050$).

There was no significant difference in the severity of depression between men and women. The mean number of depressive symptoms among women was 18,06, while the mean among men was 16,54 ($p > 0,300$).

Of the 21 depressive symptoms investigated, the most prevalent were sadness, irritability, lack of energy, difficulty making decisions, changes in sleep patterns and self-criticism (Table 2). Most depressive symptoms were more frequently reported by females, except for hopelessness, feelings of failure, feelings of punishment, suicidal ideation, changes in sleep patterns, changes in appetite and health concerns. Sadness, self-criticism and crying were significantly different between genders ($p < 0,050$). Sadness was reported by 85,1% of women, while only 54,3% of men reported this symptom. Among men 57,1% reported self-criticism,

whereas 77,2% of women reported this symptom. A higher proportion of women (63,4%) than men (42,9%) reported crying. There was a trend toward women expressing proportionally more fatigue than men ($p = 0,070$). The bivariate analysis did not reveal any other statistically significant differences in any other symptoms according to gender (Table 2). The results regarding the severity of each symptom were similar to those described above for the presence or absence of each symptom. Sadness was significantly more intense among women, as was self-criticism ($p < 0,050$).

After adjusting for substance abuse/dependence and educational attainment, young depressed women presented a higher relative risk for sadness, crying, difficulty making decisions and lack of energy compared to men ($p < 0,050$). Furthermore, self-criticism, changes in self-image, irritability, difficulty working and loss of interest in sex also followed a trend toward being more common in women than men (Table 3).

Discussion

In this study, the following symptoms of depression more prevalent in women: sadness, crying, difficulty making decisions, lack of energy, self-criticism, irritability, changes in self-image, work difficulty and loss of interest in sex.

In the overall sample, the gender distribution was proportional to the general population, with 880 (56,4%) women and 681 (43,6%) men. Consequently, the distribution of women and men in the study can be considered representative of the general population. For this reason, we believe that the results of this study were not influenced by sampling bias. Furthermore, the proportion of depressed individuals in both sexes is consistent with that reported in the literature, in which a consensus exists that major depressive disorder is approximately twice as common in women than men. This difference is likely associated with psychosocial and biological factors^{4,19,20}. Due to recent, historic changes, women have become increasingly responsible for financially contributing to the family by working outside of the home to generate income. At the same time, these financial efforts, combined with continued domestic duties, have led to an overload of work and responsibilities. As a consequence, females have become more exposed to stressful events and violence (physical, sexual and verbal abuse)^{5,21,22}. These factors are not found exclusively in Brazilian society; they also explain differences in depressive symptoms in 23 European countries. Accordingly, increased numbers of stressful events have also been identified as important risk factors for depression among women^{23,24}.

With regard to differences in depressive symptoms, other investigations have reported results similar to those of this study. A Swedish sample of 1052 young adolescents²⁵ showed that negative self-image, sadness, loneliness, fatigue and somatic complaints were significantly higher among girls than among boys. In a

population of adolescents aged 16 to 17 years, Olsson et al. found significant differences gender differences for all of the depressive symptoms measured by BDI, except for withdrawal²⁶. Another study of youths (12-20 years)²⁷ identified a higher presence of altered self-image, work difficulty and lack of energy in women than in men. Elsewhere, irritable and angry outbursts have been shown to be related to depression in men²⁸; however, our results, as well as others in the literature, indicate that irritability is also associated with female gender²⁹.

It is important to acknowledge that age plays an important role in the presentation of depressive symptoms in both sexes. In a longitudinal study, Kovacs et al. observed changes in the pattern of depressive symptoms: in which the female predominance of depressive feelings mainly gave rise to predominance of depressive thoughts. The same study observed an increase in somatic symptoms in men related to the transition from childhood to young adulthood, causing a possible increase in maladaptive behaviors³⁰.

Among the possible differences in depressive manifestations between men and women, biological factors, including hormonal functioning and its sequelae in females, are noteworthy causes. Some longitudinal studies of the development of depression have identified a significant increase in depressive symptoms after menarche^{30,31}. A strong association between affective dysregulation and vulnerability to depression corresponding to periods of hormonal fluctuations was also reported (premenstrual, postpartum, and post-menopause)^{32, 33}. According to Li and Shen, evidence indicates that estrogen affects mood and cognition, acting not only in the hypothalamus but also in the hippocampus and cerebellum³⁴. A recent research study observed that fluctuations in estrogen, in combination with specific gene variants that interact with estrogen, may be involved in the etiology of bipolar disorder

in women³⁵. Among periods of hormonal fluctuations, we can highlight Premenstrual Syndrome. Recent research in China reported a 21% prevalence of this syndrome, and among the five most common symptoms, depression was the third, present in 68% of women interviewed³⁶. Hormonal fluctuations are associated with increased depressive symptoms in women and alterations in the stress response; by extension, these fluctuations influence the expression of psychopathology³⁷⁻³⁹.

Another important aspect of gender differences in relation to depression is semantic variation. In a study of teenagers regarding the social representations of depression, Aragão et al. observed that women express depression through pain, sadness, and unhappiness and describe a depressed person as someone who is in crisis. By contrast, men associate depression with anger and describe depressed people as lonely⁴⁰.

Another differential depressive manifestation in men and women emerges from the evidence indicating that men and women have different defensive responses to stressful situations⁴¹, as well as different coping strategies⁴². It is possible that externally directed conflicts and emotions are more characteristic of men, while defenses that modify the internal reality and direct aggression inwardly are more characteristic of women⁴³.

Substance abuse and education are additional factors to consider. According to the hypothesis of self-medication, drug abuse among men may be associated with an attempt to minimize or eliminate symptoms of depression⁴⁴. The higher levels of education found among women may be related to greater adaptability in coping with feelings of sadness.

The principal limitations of this study relate to the cross-sectional design, which does not allow investigation of the chronology of symptomatic phenomena,

presence of past depressive episodes, or pharmacological treatment. Moreover, the high rates of substance abuse⁴⁵ suggest that some of these young people may have experienced substance-induced MDD. However, it is important to note that a structured clinical interview with reliable psychometric properties was used to identify MDD. This was a population-based survey, so there was no sample selection bias, as there is in studies on healthcare services.

It should be noted that the small number of men identified with MDD may indicate significantly greater non-identification some depressive symptoms in the male study population. Studies that evaluate the clinical presentation of depression, especially in men, are needed. However, the epidemiological nature of this population-based study led to the identification of only a few men with MDD, although the design characteristics of this research allow greater generalization of the results.

Although some depressive symptoms present similarly among men and women and require special attention in the treatment of young people with MDD^{46, 47}, these analyses suggest that most depressive symptoms among youths with MDD present differently in men and women. These differences should be taken into account during the treatment process.

Genetic, hormonal and psychosocial factors related to gender differences in depressive symptoms, perhaps more so than in other disorders, still require further clarification. Furthermore, with respect to medication use, it is known that men and women respond differently even to antidepressants⁴⁸.

Therefore, research on this topic is needed to achieve a sufficient understanding of the impact of gender differences in major depressive disorder. This understanding could contribute to the improvement of scientific and therapeutic

methods, including improved diagnostic capability and better adaptation of the treatments offered to this population.

References

- [1] Andrade L, Walters E, Gentil V, Laurenti R. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2002;37(7):316-25.
- [2] Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62:617-27.
- [3] Fleck MPA, Lima AFBS, Louzada S, Schestasky G, Henriques A, Borges VB. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. *Rev Saúde Pública* 2002;36(4):431-38.
- [4] Kessler RC. Epidemiology of women and depression. *J Affect Disord.* 2003;74(1):5-13.
- [5] Justo LP, Calil HM. Depressão: o mesmo acometimento para homens e mulheres? *Rev Psiq Clin* 2006;33(2):74-9.
- [6] Peluso ETP, Blay SL. Percepção da depressão pela população da cidade de São Paulo. *Rev Saúde Pública.* 2008;42(1):41-8.
- [7] Souza LDM, Maragalhoni TC, Quincoses MT, Jansen K, Cruzeiro ALS, Ores L, et al. Psychological well-being of young people 18 to 24 years of age and associated factors. *Cad Saúde Pública.* 2012;28(6):1167-74.
- [8] Jansen K, Ores LC, Cardoso T, Lima RC, Souza LDM, Magalhães PVS, et al. Prevalence of episodes of mania and hypomania and associated comorbidities among young adults. *Journal of Affective Disorders.* 2011;130(1-2):328-33.
- [9] IBGE — Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [cited 2008 May]; Available from: <http://www.ibge.gov.br2008>

- [10] Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev Bras Psiquiatr* 2000;22(3):106-15.
- [11] Lecrubier Y, Sheehan D, Weiller E, Amorim P, Bonora I, Sheehan K, et al. The Mini international neuropsychiatric interview (MINI). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. *Eur Psychiatry*. 1997;12:224-31.
- [12] Cunha JA. Manual da versão em português das escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo 2001.
- [13] Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry*. 1961;4:561-71.
- [14] ABEP —Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa .Dados com base no Levantamento Sócio Econômico (IBOPE). 2003 [cited 2008 May]; Available from: <http://www.abep.org.br2003>.
- [15] Group WAW. The alcohol, Smoking and substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility. 2002:1183-94.
- [16] Henrique IFS, De Micheli D, Lacerda RB, Lacerda LA, Formigoni MLOd. Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com Álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST).*Rev Assoc Med Bras*. 2004:199-206.
- [17] Korniloff K, Häkkinen A, Koponen H, Kautiainen H, Järvenpää S, Peltonen M, et al. Relationships between depressive symptoms and self-reported unintentional injuries: the cross-sectional population-based FIN-D2D survey. *BMC Public Health*. 2012;12(1):516.

- [18] Väänänen JM, Fröjd S, Ranta K, Marttunen M, Helminen M, Kaltiala-Heino R. Relationship between social phobia and depression differs between boys and girls in mid-adolescence. *J Affect Disord.* 2011;133(1-2):97-104.
- [19] Kuehner C. Gender differences in unipolar depression: an update of epidemiological findings and possible explanations. *Acta Psychiatr Scand.* 2003;108(3):163-74.
- [20] Keita GP. Psychosocial and cultural contributions to depression in women: considerations for women midlife and beyond. *J Manag Care Pharm.* 2007;13(9):12-5.
- [21] Zanello V, Silva RMC. Saúde mental gênero e violência estrutural. *Rev Bioet.* 2012;20(2):67-79.
- [22] Bracke P, Christiaens W, Wauterickx N. The pivotal role of women in informal care. *J Fam Issues.* 2008;29(10):1348-78.
- [23] Schilling EA, Aseltine RH, Gore S. Adverse childhood experiences and mental health in young adults: a longitudinal survey. *BMC Public Health.* 2007;7(30).
- [24] Schilling EA, Aseltine RH, Gore S. The impact of cumulative childhood adversity on young adult mental health: measures, models, and interpretations. *Soc Sci Med.* 2008;66(5):1140-51.
- [25] Lundh LG, Wångby-Lundh M, Paaske M, Ingesson S, Bjärehed J. Depressive Symptoms and Deliberate Self-Harm in a Community Sample of Adolescents: A Prospective Study. *Depress Res Treat.* 2011.
- [26] Olsson G, von Knorring AL. Beck's Depression Inventory as a screening instrument for adolescent depression in L Sweden: gender differences. *Acta Psychiatr Scand.* 1997;95:277-82.

- [27] Bennett DS, Ambrosini PJ, Kudes D, Metz C, Rabinovich H. Gender differences in adolescent depression: Do symptoms differ for boys and girls? . *Journal of Affective Disorders*. 2005;89(1-3):35-44.
- [28] Winkler D, Pjrek E, Kasper S. Anger attacks in depression--evidence for a male depressive syndrome. *Psychother Psychosom*. 2005;74(5):303-7.
- [29] Perlis RH, Fraguas R, Fava M, Trivedi MH, Luther JF, Wisniewski SR, et al. Prevalence and clinical correlates of irritability in major depressive disorder: a preliminary report from the Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression study. *J Clin Psychiatry*. 2005;66(2):159-66.
- [30] Kovacs M, Obrosky DS, Sherrill J. Developmental changes in the phenomenology of depression in girls compared to boys from childhood on ward. *J Affect Disord*. 2003;74(1):33-48.
- [31] Dekker MC, Ferdinand RF, van Lang ND, Bongers IL, van der Ende J, Verhulst FC. Developmental trajectories of depressive symptoms from early childhood to late adolescence: gender differences and adult outcome. *J Child Psychol Psychiatry*. 2007;48(7):657-66.
- [32] Freeman MP, Smith KW, Freeman SA, McElroy SL, Kmetz GE. The impact of reproductive events on the course of bipolar disorder in women. *J Clin Psychiatry*. 2002;63:284-87.
- [33] Grigoriadis S, Kennedy SH. Role of estrogen in the treatment of depression. *Am J Ther*. 2002;9:503-09.
- [34] Li R, Shen Y. Estrogen and brain: synthesis, function and diseases. *Front Biosc*. 2005;10:257-67.
- [35] Graae L, Karlsson R, Paddock S. Significant Association of Estrogen Receptor Binding Site Variation with Bipolar Disorder in Females. *PLoS One*. 2012;7(2).

- [36] Qiao M, Zhang H, Liu H, Luo S, Wang T, Zhang J, et al. Prevalence of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in a population-based sample in China. *Europ J Obstetrics Gynec Reproduct Biol.* 2012;162:83-6.
- [37] Chopra KK, Ravindran A, Kennedy SH, Mackenzie B, Matthews S, Anisman H, et al. Sex differences in hormonal responses to a social stressor in chronic major depression. *Psychoneuroendoc.* 2009;34(8):1235-41.
- [38] Ter Horst GJ, Wichmann R, Gerrits M, Westenbroek C, Lin Y. Sex differences in stress responses: focus on ovarian hormones. *Physiol Behav.* 2009;97(2):239-49.
- [39] Solomon MB, Herman JP. Sex differences in psychopathology: of gonads, adrenals and mental illness. *Physiol Behav.* 2009;97(2):250-8.
- [40] Aragão TA, Coutinho MPL, Araújo LF, Castanha AR. Uma perspectiva psicossocial da sintomatologia depressiva na adolescência. *Cien Saude Colet.* 2009;14(2):395-405.
- [41] Petraglia J, Thygesen KL, Lecours S, Drapeau M. Gender differences in self-reported defense mechanisms: a study using the new Defense Style Questionnaire-60. *Am J Psychother.* 2009;63(1):87-99.
- [42] Sontag LM, Graber JA. Coping with perceived peer stress: gender-specific and common path ways to symptoms of psychopathology. *Dev Psychol.* 2010;46(6):1605-20.
- [43] Cramer P, ed. The study of defense mechanisms: Gender implications. The psychodynamics of gender and gender role. Empirical studies in psychoanalytic theories Washington, DC, US: American Psychological Association 2002.
- [44] Saluja G, Iachan R, Scheidt C, Overpeck M, Sun W, Giedd J. Prevalence of and risk factors for depressive symptoms among young adolescents. *Arch Pediat Adolesc Med.* 2004;158:760-65

- [45] Kessler RC, Wang PS. The descriptive epidemiology of commonly occurring mental disorders in the United States. *Annu Rev Public Health*. 2008;29:115-29.
- [46] Chabrol H, Choquet M. Relationship between depressive symptoms, hopelessness and suicidal ideation among 1547 high school students. *Encephale*. 2009;35(5):443-7.
- [47] Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Hopelessness and suicidal behavior: an overview. *JAMA*. 1975;234:1146-9.
- [48] Khan A, et al. Sex differences in antidepressants response in recent antidepressant clinical trials. *J Clin Psychopharmacol*. 2005;25(4):318-24.

Table 1. Characteristics of patients with Major Depressive Disorder according to gender.

| Variable | Total n (%) | Men n (%) | Women n (%) | p value |
|---|----------------|--------------|----------------|---------|
| Socioeconomic level | | | | 0,323 |
| A and B | 39 (28,5) | 13 (37,1) | 26 (25,5) | |
| C | 73 (53,3) | 16 (45,7) | 57 (55,9) | |
| D and E | 25 (18,2) | 6 (17,1) | 19 (18,6) | |
| Education (years) | | | | 0,036 |
| 0 to 4 | 17 (12,4) | 8 (22,9) | 9 (8,8) | |
| 5 to 8 | 28 (20,4) | 9 (25,7) | 19 (18,6) | |
| 9 to 11 | 61 (44,5) | 11 (31,4) | 50 (49,0) | |
| 11 or more | 31 (22,6) | 7 (20,0) | 24 (23,5) | |
| Substance Abuse/Dependence ⁺ | | | | 0,022 |
| Yes | 57 (47,5) | 39 (41,5) | 18 (69,2) | |
| Religious [*] | | | | 0,485 |
| Yes | 39 (28,9) | 8 (22,9) | 31 (31,0) | |
| Labor force activity [‡] | | | | 0,779 |
| Yes | 86 (64,2) | 23 (67,6) | 63 (63,0) | |
| Living with a partner | | | | 0,089 |
| Yes | 32 (23,4) | 4 (11,4) | 28 (27,5) | |

⁺ Missing value from 17 cases

^{*} Missing value from 2 cases

[‡] Missing value from 3 cases

Table 2. Depressive symptoms assessed by the BDI according to gender.

| Variable | Total n (%) | Men n (%) | Women n (%) | <i>p value</i> |
|--------------------------------|----------------|--------------|----------------|----------------|
| Sadness* | | | | 0,000 |
| Yes | 105 (77,2) | 19 (54,3) | 86 (85,1) | |
| Hopelessness | | | | 0,558 |
| Yes | 75 (55,1) | 21 (60,0) | 54 (53,5) | |
| Feelings of failure | | | | 1,000 |
| Yes | 69 (50,7) | 18 (51,4) | 51 (50,5) | |
| Loss of pleasure | | | | 0,520 |
| Yes | 96 (70,6) | 23 (65,7) | 73 (72,3) | |
| Guilt | | | | 0,240 |
| Yes | 71 (52,2) | 15 (42,9) | 56 (55,4) | |
| Feelings of punishment | | | | 0,558 |
| Yes | 67 (49,3) | 19 (54,3) | 48 (47,5) | |
| Low self-esteem | | | | 1,000 |
| Yes | 83 (61,0) | 21 (60,0) | 62 (61,4) | |
| Self-criticism* | | | | 0,029 |
| Yes | 98 (72,1) | 20 (57,1) | 78 (77,2) | |
| Suicidal ideation | | | | 0,673 |
| Yes | 42 (30,9) | 12 (34,3) | 30 (29,7) | |
| Crying | | | | 0,046 |
| Yes | 79 (58,1) | 15 (42,9) | 64 (63,4) | |
| Irritability | | | | 0,366 |
| Yes | 102 (75,0) | 24 (68,6) | 78 (77,2) | |
| Loss of interest | | | | 0,845 |
| Yes | 73 (53,7) | 18 (51,4) | 55 (54,5) | |
| Difficulty making decisions | | | | 0,115 |
| Yes | 101 (74,3) | 22 (62,9) | 79 (78,2) | |
| Changes in self-image | | | | 0,166 |
| Yes | 77 (56,6) | 16 (45,7) | 61 (60,4) | |
| Difficulty working | | | | 0,422 |
| Yes | 83 (61,0) | 19 (54,3) | 64 (63,4) | |
| Changes in sleep patterns | | | | 0,823 |
| Yes | 101 (74,3) | 27 (77,1) | 74 (73,3) | |
| Lack of energy | | | | 0,070 |
| Yes | 102 (75,0) | 22 (62,9) | 80 (79,2) | |
| Changes in appetite | | | | 0,845 |
| Yes | 75 (55,1) | 20 (57,1) | 55 (54,5) | |
| Weight loss | | | | 0,553 |
| Yes | 58 (42,6) | 13 (37,1) | 45 (44,6) | |
| Health concerns | | | | 0,696 |
| Yes | 65 (47,8) | 18 (51,4) | 47 (46,5) | |
| Loss of interest in sex | | | | 0,536 |
| Yes | 46 (33,8) | 10 (28,6) | 36 (35,6) | |

* $p < 0.050$ according to the Mann-Whitney U test for differences of severity

Table 3. Relative risk for women of BDI symptoms adjusting for substance abuse/dependence and education.

| Variable | Relative Risk (CI 95%) | <i>p</i> value |
|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------|
| Sadness | 4.86 (1.70 to 13.85) | 0.003 |
| Hopelessness | 0.92 (0.36 to 2.37) | 0.866 |
| Feelings of failure | 0.92 (0.36 to 2.33) | 0.853 |
| Loss of pleasure | 1.65 (0.61 to 4.48) | 0.325 |
| Guilt | 1.71 (0.67 to 4.33) | 0.261 |
| Feelings of punishment | 1.01 (0.39 to 2.59) | 0.985 |
| Low self-esteem | 1.17 (0.46 to 2.96) | 0.746 |
| Self-criticism | 2.35 (0.90 to 6.18) | 0.082 |
| Suicidal ideation | 1.10 (0.39 to 3.13) | 0.855 |
| Crying | 3.63 (1.36 to 9.72) | 0.010 |
| Irritability | 2.68 (0.89 to 8.09) | 0.079 |
| Loss of interest | 1.64 (0.65 to 4.16) | 0.299 |
| Difficulty making decisions | 5.05 (1.70 to 15.03) | 0.004 |
| Changes in self-image | 2.58 (1.00 to 6.70) | 0.051 |
| Difficulty working | 2.58 (0.96 to 6.97) | 0.061 |
| Changes in sleep patterns | 1.45 (0.50 to 4.19) | 0.489 |
| Lack of energy | 3.01 (1.07 to 8.46) | 0.037 |
| Changes in appetite | 1.98 (0.74 to 5.30) | 0.172 |
| Weight loss | 2.00 (0.71 to 5.59) | 0.188 |
| Health concerns | 1.29 (0.51 to 3.26) | 0.594 |
| Loss of interest in sex | 2.81 (0.91 to 8.69) | 0.073 |

PARTE IV – ARTIGO 2

**SINTOMAS DEPRESSIVOS E GÊNERO: DIFERENÇAS EM AMOSTRA CLÍNICA
DE ADULTOS JOVENS**

DEPRESSIVE SYMPTOMS AND GENDER: DIFFERENCES IN CLINICAL SAMPLE
OF YOUNG ADULTS

Autores:

Mariane Ricardo Acosta Lopez, Karen Jansen, Ricardo Tavares Pinheiro, Ricardo Azevedo da Silva, Luciano Dias de Mattos Souza

Instituição:

Programa de Pós Graduação em Saúde e Comportamento, Universidade Católica de Pelotas

Autora correspondente:

Mariane Lopez Molina

Rua Gonçalves Chaves, 373, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, CEP: 96010-208

mariane_lop@hotmail.com

Phone: 55 53 91551676

Phone Fax: 55 53 2128 8404

Resumo

Esta investigação teve como objetivo avaliar diferenças de sintomas depressivos, bem como a remissão da sintomatologia entre homens e mulheres com Transtorno Depressivo Maior Atual em uma população clínica e verificar as diferenças entre dois modelos breves de psicoterapia cognitiva. Em ensaio clínico randomizado (n=282) os jovens, com idades entre 18 e 29 anos, foram diagnosticados com Transtorno Depressivo Maior (TDM) através da Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-CV) (n=120). Os participantes foram randomizados entre dois modelos de psicoterapia breve: Psicoterapia Cognitivo Comportamental (PCC) e Psicoterapia Cognitiva Narrativa (PCN). A sintomatologia depressiva pré e pós intervenção foi avaliada através Hamilton Depression Scale (HAM-D). A amostra foi composta por 25 homens e 95 mulheres e os três sintomas mais prevalentes na amostra foram o humor deprimido, dificuldades no trabalho/atividades e sintomas somáticos gerais. Os sintomas genitais ($p=0,024$) e de consciência ($p=0,018$) foram significativamente diferentes entre os gêneros. Quanto à remissão de sintomas de acordo com o modelo psicoterapêutico, a PCN apresentou-se como tendência a ser mais eficaz entre as mulheres. Diante dos achados é possível observar que a sintomatologia manifesta-se diferentemente entre os gêneros, porém não apresentam diferenças quanto à remissão da sintomatologia depressiva. Contudo, a PCN se mostrou menos eficaz na população masculina.

Palavras- chave: sintomas depressivos, gênero, diferenças, adultos jovens, terapia cognitiva, ensaio clínico

Introdução

Atualmente a depressão é um importante problema de saúde pública e estudos epidemiológicos apontam a depressão como o transtorno que têm afetado uma porção significativa da população^[1, 2]. Além disso, o transtorno depressivo está associado negativamente à qualidade de vida, funcionamento social e utilização dos recursos em saúde pública^[3].

Em particular, as mudanças fisiológicas, psicológicas e sociais que caracterizam a adolescência e o início da vida adulta podem aumentar o risco de depressão e outros transtornos mentais^[4]. Inclusive, este transtorno tem sido fortemente ligado ao aumento no risco de suicídio, baixo desempenho escolar, deficiência nas habilidades sociais, retraimento social e abuso de substâncias em adolescentes^[5].

No entanto, no que diz respeito às diferenças de gênero, as mulheres são mais propensas que os homens a experimentar episódios depressivos, com prevalências ao longo da vida de 19,2% e 13,5%, respectivamente^[6]. Estudos sobre o assunto revelaram que as diferenças na ocorrência de depressão entre mulheres e homens são baseadas em diferenças biológicas e hormonais, principalmente no que diz respeito à prevalência de depressão na adolescência^[7, 8]. Também há evidências de que as mulheres relatam níveis mais elevados de sintomatologia depressiva, sugerindo uma diferença na expressão da sintomatologia depressiva entre os gêneros^[9]. Até à data, as controvérsias ainda são mais comuns do que conclusões bem estabelecidas na literatura.

Inclusive quanto aos tratamentos disponíveis, sabe-se que para jovens e adolescentes a terapia cognitivo comportamental é considerada eficaz para o tratamento da depressão^[4]. Porém, quanto às diferenças entre os gêneros no tratamento da depressão, sabe-se que apesar de sintomas iniciais mais graves, as mulheres apresentaram melhores resultados para remissão de sintomas quando comparadas aos homens, após tratamento com inibidores da recaptação da serotonina, como por exemplo, o citalopran^[28].

Nota-se uma escassez de estudos no que se refere aos efeitos de gênero quanto ao tratamento psicoterapêutico, a remissão de sintomas, bem como a

apresentação da sintomatologia depressiva em amostras clínicas com adultos jovens. Por isso, esta investigação tem por objetivo primário avaliar diferenças de sintomas depressivos entre homens e mulheres diagnosticados com Transtorno Depressivo Maior Atual em uma população clínica. Além disso, verificar o impacto do sexo na remissão de sintomas depressivos após processo de psicoterapia e avaliar diferenças desta remissão de acordo com o processo terapêutico entre homens e mulheres.

Método

Trata-se de um ensaio clínico randomizado aninhado à um estudo maior cujo objetivo é avaliar a eficácia de modelos de psicoterapias breves na remissão de sintomas depressivos em jovens.

Para o estudo maior, o cálculo de tamanho da amostra foi estimado através da fórmula de Pocock^[10] para ensaios clínicos. Para tal, considerou-se remissão de 50% dos sintomas depressivos nos jovens randomizados para homens e 70% de remissão no grupo de mulheres, com α (bidirecional) de 0,05 e β de 0,2. Assim, o n amostral necessário é de 90 pacientes.

Foram convidados a participar do estudo, jovens com sintomas depressivos, captados por conveniência, através de divulgação nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), escolas e meios de comunicação da cidade de Pelotas (jornais, sites, rádio e televisão).

As avaliações iniciais para diagnóstico da depressão foram realizadas por três psicólogas treinadas para manusear a entrevista de acordo com os critérios do DSM-IV apresentados na Structured Clinical Interview for DSM (SCID-CV). Esta é uma entrevista clínica estruturada, traduzida e adaptada para o português, apresentando boa confiabilidade e com coeficiente de Kappa excelente (0,87) para os transtornos de humor^[11]. Foram incluídos no estudo jovens com idades entre 18 e 29 anos, com diagnóstico clínico (SCID-CV) de depressão e que aceitaram a coleta de material biológico proposta pelo estudo. Não foram incluídos os jovens em tratamento psicológico ou psiquiátrico e que apresentaram risco de suicídio ou abuso/dependência substância psicoativa ilícita na avaliação inicial. Após preencher os critérios de inclusão e aceitar participar do estudo os jovens receberam sete sessões semanais, com uma hora de duração, em algum dos modelos de intervenção disponíveis. Foram excluídos do estudo, jovens que ao longo do processo terapêutico tenham apresentado algum dos critérios de exclusão.

Nesta mesma avaliação inicial, a severidade dos sintomas depressivos foi mensurada através da Hamilton Depression Scale (HAM-D). Este instrumento é composto por 17 questões classificadas quantitativamente de acordo com a intensidade dos sintomas, cuja soma total dos pontos cria uma variável discreta, onde maiores escores implicam uma maior severidade dos sintomas^[12]. Os coeficientes de consistências interna variam de 0.83 a 0.94. A confiabilidade da

escala entre os avaliadores tem sido consistente em vários estudos^[13]. Após as intervenções o mesmo instrumento foi utilizado para aferir a severidade dos sintomas depressivos. A avaliação da remissão dos sintomas nos pacientes tratados em ambos os modelos terapêuticos foi considerada a partir do escore delta (diferença entre escore final e escore inicial da HAM-D).

A equipe responsável pela avaliação pré e pós-intervenção foi cega quanto ao modelo de intervenção aplicado e os participantes foram cegos quanto ao modelo de psicoterapia para o qual foram alocados.

Para o ensaio clínico, oito alunos do último ano do curso de Psicologia, bolsistas de iniciação científica na Universidade Católica de Pelotas, foram treinados para a utilização dos protocolos de intervenção propostos. Os mesmos receberam supervisão semanal dos coordenadores do estudo com formação em psicologia e membros do grupo de pesquisa do PPG em Saúde e Comportamento.

Os jovens foram randomizados entre dois modelos de intervenção breve: Psicoterapia Cognitivo Comportamental e Psicoterapia Cognitiva Narrativa.

O processo terapêutico foi composto pela Psicoterapia Cognitivo Comportamental, estruturada de acordo com a proposta de Aaron Beck (1997)^[14]. Cada sessão segue um roteiro que se inicia pela checagem do humor do paciente, seguida de uma retomada da sessão anterior, estabelecimento da agenda da sessão, revisão das tarefas de casa, discussão dos itens da agenda, estabelecimento da tarefa de casa, resumo final e feedback. O outro modelo utilizado foi a Psicoterapia Cognitiva Narrativa, estruturada a partir da proposição de Óscar Gonçalves da Universidade do Minho (Portugal)^[15], na qual a 1ª sessão tem por objetivos avaliar o funcionamento do paciente, apresentar os objetivos e a estrutura do processo terapêutico. Além disso, verifica as principais queixas, o funcionamento geral, a anamnese, tratamento médico-psiquiátrico, bem como a apresentação dos objetivos e métodos centrais do processo terapêutico.

Após a codificação dos instrumentos, o processamento dos dados foi realizado através de dupla entrada no programa Epi-Info 6.04d.^[16] com checagem automática no momento da digitação, além disso, foi testado no mesmo software a consistências da digitação comparando as duas entradas de dados. Para o tratamento estatístico dos dados foi utilizado o programa SPSS13. A análise univariada foi realizada através das frequências simples das variáveis investigadas. Os testes estatísticos qui-quadrado e Fischer foram utilizados nas análises

bivariadas dos dados, visando descrever as diferenças entre homens e mulheres quanto aos sintomas depressivos e as variáveis independentes investigadas. Na análise multivariada a regressão de Poisson foi utilizada para cada sintoma, controlado por escolaridade e situação socioeconômica. As variáveis em estudo que obtiveram $p \leq 0,20$ nas análises bivariadas foram incluídas nas análises multivariadas. Por fim, foi utilizado o Mann-Whitney visando comparar a remissão de sintomas depressivos entre os gêneros de acordo com o modelo de psicoterapia. Os níveis de significância foram mantidos em $p < 0.05$.

Os jovens que apresentaram risco de suicídio ou abuso/dependência de substâncias psicoativas foram encaminhados para o ambulatório de psiquiatria do Campus Olivé Leite. Além disso, na avaliação realizada após a intervenção, aqueles que apresentaram sintomas depressivos moderados ou graves também foram encaminhados para tratamento. Os participantes receberam informações sobre os objetivos da pesquisa e assinaram o “Termo de Consentimento livre e esclarecido”. Neste protocolo de pesquisa são respeitados todos os princípios éticos estabelecidos pelo Conselho Nacional de Saúde na Resolução Nº 196 de 10 de Outubro de 1996 e o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da UCPel sob número 2009/24.

Resultados

Foram avaliados 282 indivíduos para serem incluídos no ensaio clínico, destes, 162 não preencheram os critérios de inclusão, resultando em uma amostra final de 120 jovens. A amostra foi composta por 25 homens e 95 mulheres, a maioria com idades entre 18 e 24 anos (56,7%), escolaridade superior a 12 anos de estudo (52,7%) e de situação econômica intermediária (34,2%). A variável escolaridade apresentou diferença estatisticamente significativa quanto à sintomatologia depressiva entre homens e mulheres. Foi observada maior prevalência de sintomas depressivos entre os homens com 12 ou mais anos de estudo. Enquanto que nas mulheres foi observado o oposto, com sintomatologia depressiva entre as que tinham 11 anos ou menos de estudo ($p=0,055$). Em relação à situação econômica, houve uma tendência aos homens apresentarem melhor condição econômica (Tabela 1).

A Tabela 2 apresenta os resultados para cada sintoma avaliado pela escala Hamilton, sendo possível observar que entre os mais prevalentes estão o humor deprimido, dificuldades no trabalho\atividades e sintomas somáticos gerais. Quando avaliados separadamente para cada gênero os três sintomas mais prevalentes, nas mulheres, foram humor deprimido, trabalho e atividades e insônia inicial enquanto que nos homens os mais relatados foram humor deprimido, trabalho e atividades e sintomas somáticos gerais. Na análise bivariada os sintomas genitais e de consciência foram significativamente diferentes entre os gêneros. Os sintomas genitais foram reportados por 70,5% das mulheres enquanto que 40% dos homens afirmaram tal sintoma ($p=0.009$). Já no sintoma relativo à consciência sobre a doença, uma maior proporção dos homens (12%) atribui sua condição devido a causas externas quando comparados às mulheres (1,1%) ($p=0,037$).

Ajustando para escolaridade e condição econômica, as mulheres apresentaram 96% maior proporção de sintomas genitais. Quanto à consciência da condição depressiva ao ajustar para escolaridade e condição econômica esta associação permanece estatisticamente significativa. As mulheres apresentaram 89% menor proporção de atribuição externa à depressão do que os homens (Tabela 3).

Com relação a remissão de sintomas após as intervenções, os participantes do grupo da PCN tiveram média de remissão de 5,1 pontos enquanto os indivíduo

do grupo da PCC apresentaram média de remissão de 6,4 pontos da escala HAM-D ($p = 0,296$). Quanto à remissão de sintomas depressivos entre homens e mulheres não foram observadas diferenças significativas entre as médias do HAM-D ($p=0,305$). Quando comparadas às médias de remissão de sintomas de acordo com o modelo de intervenção, podemos observar uma tendência à maior redução de sintomas no sexo feminino nas pacientes que realizaram PCN. Nas mulheres houve uma redução duas vezes maior na média da HAM-D quando comparada à média dos homens ($p=0.071$)(Tabela 4).

Avaliando a diferença na remissão de sintomas apenas na população masculina de acordo com o modelo de psicoterapia, houve uma tendência à maior redução em homens tratados com PCC. Enquanto os homens tratados com PCN reduziram 2.5 (± 3.6) aqueles tratados com PCC reduziram 6.3 (± 4.2) ($p=0.064$) (Gráfico 1).

Discussão

Na presente investigação realizada com adultos jovens diagnosticados com depressão foi possível observar que os sintomas mais prevalentes foram humor deprimido, dificuldades no trabalho\atividades e sintomas somáticos gerais, assim como foi encontrado por Grover et al (2012)^[17]. Estes resultados reforçam que indivíduos com sintomatologia depressiva apresentam prejuízos na qualidade de vida, no trabalho e atividades além de utilizarem serviços médicos com maior frequência quando comparados a portadores de outras doenças de caráter crônico^[18, 19]. Neste sentido, a literatura afirma que, nos países em desenvolvimento os sintomas somáticos estão fortemente associados à presença de transtornos psiquiátricos^[20]. Também foi observado em investigação sobre o impacto da depressão em trabalhadores que a presença de sintomatologia depressiva resultou em diminuição da produtividade e aumento do absenteísmo no trabalho^[21].

Além da presença de humor deprimido como sintoma mais prevalente para ambos gêneros, encontramos assim como em uma amostra de jovens e adultos internados (Bó, 2011), elevada prevalência de insônia inicial entre as mulheres. Enquanto que entre os homens o sintoma mais relatado foi dificuldade no trabalho/atividades^[22]. Isto pode ser justificado pelos fatores internos e externos característicos de cada gênero. Pois em estudo sobre problemas de saúde mental em crianças e adolescentes foi possível observar que os meninos tendem a apresentar problemas de externalização, que geram conflitos com o ambiente, enquanto que as meninas mostraram mais problemas de internalização, relacionados a distúrbios pessoais^[23]. Este padrão de disfuncionalidade pode ser estendido ao longo do desenvolvimento de homens e mulheres.

Quando se tratam das diferenças encontradas em nossa população clínica composta por homens e mulheres, foram observadas diferenças significativas entre ambos apenas para os sintomas genitais e de consciência. Diferentemente do que foi constatado por Jang et.al. (2011), que ao avaliar pacientes psiquiátricos com diagnóstico de transtorno depressivo maior encontrou diferenças significativas para os sintomas retardo psicomotor, ansiedade somática e hipocondria^[24]. Mas no que se refere aos sintomas genitais acometer quase o dobro das mulheres entrevistadas quando comparadas aos homens, o mesmo foi observado por Bó et.al. (2011)^[22]. Tal constatação pode ser justificada pela estreita relação entre desregulação afetiva e

vulnerabilidade à depressão com as flutuações hormonais características do gênero feminino. Inclusive, uma revisão de estudos epidemiológicos concluiu que a diferença de prevalência entre os sexos para a depressão maior surge na adolescência, quando ocorrem as mudanças hormonais^[7].

Já quanto ao achado de que os homens atribuem em quase duas vezes maior proporção sua sintomatologia depressiva às condições externas, ou seja, à má alimentação, ao clima, excesso de trabalho, vírus, necessidade de repouso, etc. Tal percepção pode ter ligação com o modo que cada gênero tem de lidar com alterações de saúde. Por exemplo, as mulheres parecem ser mais propensas que os homens a lembrar e relatar suas alterações de humor que ocorreram no passado^[25]. Também pode simplesmente ser pela maneira que cada gênero representa seu estado depressivo. Aragão et al. (2009) em sua investigação sobre as representações sociais da depressão em adolescentes, concluiu que as mulheres representavam a depressão através da dor, tristeza, infelicidade, e descreviam uma pessoa deprimida como alguém preocupada, enquanto os homens associavam a depressão com a raiva e descreviam a pessoa deprimida como solitária^[26]. Isto reforça a idéia da depressão se manifestar em mulheres de forma mais internalizante enquanto nos homens sua apresentação é predominantemente externalizante.

Outro fator abordado na presente investigação foi a remissão da sintomatologia depressiva, onde não foram encontradas diferenças significativas entre homens e mulheres, assim como em uma revisão sobre remissão de sintomas para depressão não tratada^[27]. Porém, em estudo realizado em indivíduos deprimidos medicados com citalopran, a remissão de sintomas medida pela escala de Hamilton, foi maior entre as mulheres quando comparada aos homens. Esta diferença foi justificada pela questão biológica entre os gêneros, particularmente pela função do estrogênio sobre os sistemas serotoninérgicos das mulheres. Além disso, os autores destacaram que todo o contexto da infância e adolescência, fatores cognitivos e psicológicos diferem entre homens e mulheres e podem também contribuir para a capacidade de resposta diferencial aos inibidores de recaptação da serotonina^[28]. A diferença apresentada na amostra estudada ficou restrita a uma menor redução dos sintomas depressivos em homens que fizeram PCN. Esta abordagem aponta que a mudança nas auto-narrativas é uma parte importante no sucesso psicoterapêutico. Nesta perspectiva, autores têm destacado a utilidade de

narrar novas experiências (como ações, pensamentos e histórias) durante a terapia em contraste com auto-narrativas inadequadas do cliente^[29]. Por isso, além de aspectos biológicos, é possível que a forma mais humanista da experiência vivenciada durante o processo construtivista da PCN esteja mais adaptada às representações femininas da depressão^[15].

Com base nos dados da literatura e da presente pesquisa, sugere-se que a aplicação de estratégias psicoterapêuticas estruturadas, como a PCC, para homens seja congruente com um melhor prognóstico do tratamento. Sabe-se que as técnicas concretas utilizadas na PCC podem desempenhar um papel importante no alívio de sintomas depressivos^[30]. Visto que este modelo postula que quando os pensamentos inadequados são corrigidos, a angústia aguda e o risco de um posterior retorno dos sintomas são reduzidos^[31].

Contudo a presente investigação traz como principal limitação a baixa capacidade de generalização dos achados encontrados, em especial pelo baixo número de homens que participaram do estudo. Por outro lado, existem vantagens como: as condições favoráveis de avaliação, realizadas por psicólogas previamente treinadas, com entrevista clínica estruturada, em local adequado composto por salas individuais. Outro ponto positivo foi que os indivíduos participantes não estavam em tratamento farmacológico, favorecendo a aferição tanto do processo psicoterapêutico quanto da remissão de sintomas.

Sendo assim, é possível destacar que existem lacunas a ser preenchidas no que diz respeito à expressão da sintomatologia depressiva entre o gênero feminino e masculino. Porém, dentre a escassez de estudos que abordem tal temática é de consenso que estas diferenças estão ligadas a fatores biológicos e psicossociais característicos de cada gênero. Investigações futuras sobre o tema são necessárias com o intuito de elaborar um conhecimento sólido e assim elaborar melhorias no diagnóstico, nas intervenções terapêuticas e remissão da sintomatologia em indivíduos acometidos pelo transtorno depressivo maior.

Referências

1. Andrade, L., et al., Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2002. 37(7): p. 316-25.
2. Kessler RC, C.W., Demler O, Walters EE, Prevalence, Severity, and Comorbidity of 12-Month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, 2005. 62: p. 617-27.
3. Fleck, M.P.d.A., et al., Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. *Rev Saúde Pública*, 2002. 36(4): p. 431-438.
4. Nardi, B., et al., Adolescent depression: clinical features and therapeutic strategies. *Europ Revi Med Pharmac Sciences*, 2013. 17: p. 1546-51.
5. Weller, E., et al., Depression in Children and Adolescents: Does Gender Make a Difference? *Current Psychiatry Reports*, 2006. 8: p. 108-14.
6. Andrade, L., et al., Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2002. 37(7): p. 316-25.
7. Kessler, R.C., Epidemiology of women and depression. *J Affect Disord*, 2003. 74(1): p. 5-13.
8. Justo, L.P. and H.M. Calil, Depressão: o mesmo acometimento para homens e mulheres? *Rev Psiq Clin* 2006. 33(2): p. 74-9.
9. Cuffe, S., J. Waller, and M. Cuccaro, Race and gender differences in the treatment of psychiatric disorders in young adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995. 34: p. 1536-43.
10. Pocock, S., *Clinical trials: a practical approach*. Chichester. John Wiley & Sons. 1983: p. 123-41.
11. Del-Ben, C., et al., Confiabilidade da "Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV - Versão Clínica" traduzida para o português. *Rev Bras Psiquiatr* 2001. 23(3): p. 156-9.
12. Hamilton, M., The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*, 1959. 32: p. 50-5.

13. Moreno, R. and D. Moreno, Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia: Escalas de avaliação para depressão de Hamilton (HAM-D) e Montgomery-Asberg (MADRS). *Revista Psiq Clín*, 1999: p. 1-17.
14. Beck, A., A. Rush, and G. Emery, *Terapia Cognitiva da Depressão*. 1997, Porto Alegre (RS): Artes Médicas.
15. Gonçalves, Ó., *Psicoterapia Cognitiva Narrativa, Manual de Terapia Breve*. 1998: Editorial Psy.
16. Dean AG DJ, C.D., Brendel KA, Smith DC, Burton AH, Dicker RC, Sullivan K, Fagan RF, Arner TG. Center of disease control and prevention, Epi-Info version 6.04d. A word processing database, and statistics program for epidemiology on microcomputers 1994: Atlanta, Georgia, U.S.A.
17. Grover, S., et al., Prevalence and Type of Functional Somatic Complaints in Patients with First-episode Depression. *East Asian Arch Psychiatry*, 2012. 22: p. 146-53.
18. Fleck, M.P.A., et al., Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. *Rev Saúde Pública* 2002. 36(4): p. 431-38.
19. Molina, M., et al., Prevalência de depressão em usuários de unidades de atenção primária. *Rev Psiq Clín*, 2012. 39(6): p. 201-05.
20. Skapinakis, P. and R. Araya, Common somatic symptoms, causal attributions of somatic symptoms and psychiatric morbidity in a cross-sectional community study in Santiago, Chile. *BMC Research Notes*, 2011. 4: p. 155.
21. Jain, G., et al., Patient-reported depression severity measured by the PHQ-9 and impact on work productivity: results from a survey of full-time employees in the United States. *J Occup Environ Med*, 2013. 55(3): p. 252-8.
22. Bó, M., et al., Prevalência de sintomas depressivos em pacientes internados em enfermarias de clínica médica de um hospital geral no Sul de Santa Catarina. *Rev Bras Clin Med. São Paulo*, 2011. 9(4): p. 264-8.
23. Santos, P., Problemas de saúde mental de crianças e adolescentes atendidos em um serviço público de psicologia infantil. *Psicologia em Estudo*, 2006. 11(2): p. 315-21.
24. Jang, S., et al., The Symptom Frequency Characteristics of the Hamilton Depression Rating Scale and Possible Symptom Clusters of Depressive

- Disorders in Korea: The CRESCEND Study. *Psychiatry Investig*, 2011. 8: p. 312-19.
25. Wilhem, K. and G. Parker, Sex differences in the lifetime prevalence of depression: fact or artifact? *Psychol Med*, 1994. 24: p. 97-111.
 26. Aragão, T.A., et al., Uma perspectiva psicossocial da sintomatologia depressiva na adolescência. *Cien Saude Colet*, 2009. 14(2): p. 395-405.
 27. Whiteford, H., et al., Estimating remission from untreated major depression: a systematic review and metaanalysis. *Psychological Medicine*, 2012: p. 1-17.
 28. Young, E., Sex Differences in Response to Citalopram: A STAR*D Report. *J Psychiatr Res*, 2009. 43(5): p. 503-11.
 29. Cunha, C. et al. Therapist Interventions and Client Innovative Moments in Emotion-Focused Therapy for Depression *Psychotherapy*, 2012. 49(4): 536-48.
 30. Driesse, E. and Hollon, S. Cognitive Behavioral Therapy for Mood Disorders: Efficacy, Moderators and Mediators. *Psychiatr Clin N Am*, 2010. 33: 537-55.
 31. Beck, AT et al. *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press; 1979

Tabela 1. Características e diferenças entre homens e mulheres com Transtorno Depressivo Maior.

| Variável | Total n (%) | Homens n (%) | Mulheres n (%) | p valor |
|----------------------------|------------------------|-------------------------|---------------------------|--------------------|
| Idade (anos) | | | | 0,442 |
| 24 ou menos | 68 (56,7) | 15 (60,0) | 53 (55,8) | |
| 25 ou mais | 52 (43,3) | 10 (40,0) | 42 (44,2) | |
| Escolaridade (anos) | | | | 0,055 |
| 11 ou menos | 53 (47,3) | 7 (30,4) | 46 (51,7) | |
| 12 ou mais | 59 (52,7) | 16 (69,6) | 43 (48,3) | |
| Índice por tercís | | | | 0,074 |
| Menos favorecido | 37 (33,3) | 4 (17,4) | 33 (37,5) | |
| Intermediário | 38 (34,2) | 9 (39,1) | 29 (33,0) | |
| Mais favorecido | 36 (32,4) | 10 (43,5) | 26 (29,5) | |
| Modelo de terapia | | | | 0,327 |
| PCN | 60 (50,0) | 11 (44,0) | 49 (51,6) | |
| PCC | 60 (50,0) | 14 (56,0) | 46 (48,4) | |

Tabela 2. Sintomas depressivos avaliados pela HAM-D e diferença de proporções entre homens e mulheres.

| Variável | Total n(%) | Homens n(%) | Mulheres (n%) | p valor qui- quadrado | p valor Fischer |
|---|---------------|----------------|------------------|-----------------------------|--------------------|
| Humor deprimido | | | | ** | ** |
| Sim | 120 (100) | 25 (100.0) | 95 (100.0) | | |
| Sentimentos de culpa | | | | 0.691 | 0.636 |
| Sim | 80 (66.7) | 18 (72.0) | 62 (65.3) | | |
| Suicídio | | | | 0.918 | 0.806 |
| Sim | 35 (29.2) | 8 (32.0) | 27 (28.4) | | |
| Insônia Inicial | | | | 0.315 | 0.305 |
| Sim | 89 (74.1) | 21 (84.0) | 68 (71.6) | | |
| Insônia Intermediária | | | | 0.324 | 0.251 |
| Sim | 75 (62.5) | 13 (52.0) | 62 (65.3) | | |
| Insônia tardia | | | | 0.672 | 0.644 |
| Sim | 74 (61.7) | 14 (56.0) | 60 (62.3) | | |
| Trabalho e atividades | | | | 1.000 | 1.000 |
| Sim | 116 (96.6) | 24 (96.0) | 92 (96.8) | | |
| Retardo | | | | 0.799 | 0.513 |
| Sim | 15 (12.5) | 4 (16.0) | 11 (11.6) | | |
| Agitação | | | | 0.324 | 0.251 |
| Sim | 45 (37.5) | 12 (48.0) | 33 (34.7) | | |
| Ansiedade psíquica | | | | 0.819 | 0.654 |
| Sim | 72 (60.0) | 14 (56.0) | 58 (61.1) | | |
| Ansiedade somática | | | | 0.918 | 0.806 |
| Sim | 85 (70.8) | 17 (68.0) | 68 (71.6) | | |
| Sintomas somáticos gastrointestinais | | | | 1.000 | 1.000 |
| Sim | 70 (58.4) | 15 (60.0) | 55 (57.9) | | |
| Sintomas somáticos gerais | | | | 0.554 | 0.418 |
| Sim | 94 (78.3) | 18 (72.0) | 76 (80.0) | | |
| Sintomas genitais* | | | | 0.009 | 0.009 |
| Sim | 77 (64.2) | 10 (40.0) | 67 (70.5) | | |
| Hipocondria | | | | 0.635 | 0.686 |
| Sim | 10 (8.4) | 1 (4.0) | 9 (9.5) | | |
| Perda de peso | | | | 0.968 | 0.635 |
| Sim | 7 (5.8) | 2 (8.0) | 5 (5.3) | | |
| Consciência* | | | | 0.037 | 0.028 |
| Sim | 4 (3.3) | 3 (12.0) | 1 (1.1) | | |

* $p < 0.050$ de acordo com os testes Qui-quadrado e Fisher; ** O sintoma de humor deprimido se mostrou como uma constante em homens e mulheres.

Tabela 3. Regressão Poisson para os sintomas genitais e de consciência da depressão controlados por escolaridade e situação econômica.

| Variável | Risco Relativo (IC 95%) | p valor |
|--------------------------|--------------------------------|----------------|
| Sintomas genitais | | 0.024* |
| Sexo feminino | 1.96 (1.09 to 3.51) | |
| Consciência da depressão | | 0.018* |
| Sexo feminino | 0.11 (0.02 to 0.69) | |

* $p < 0.050$ diferença significativa.

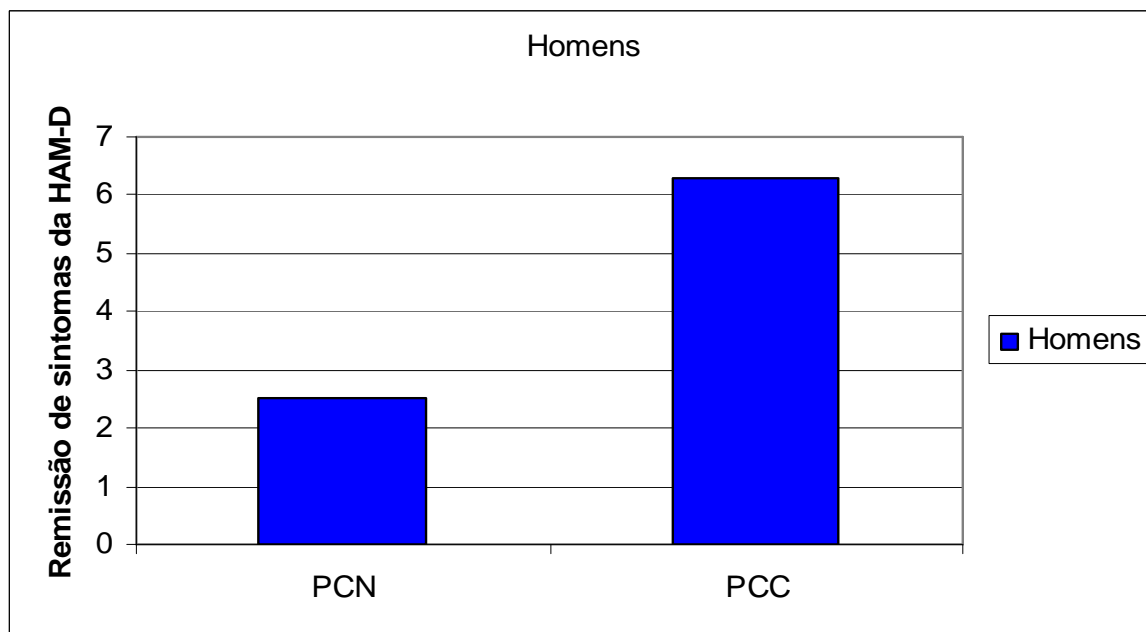
Tabela 4. Remissão de escore geral de sintomas depressivos na HAM-D entre homens e mulheres de acordo com o modelo de psicoterapia.

| Modelo de intervenção | N | Média (d.p) | p valor |
|------------------------------|----------|--------------------|----------------|
| PCN¹ | | | 0.071 |
| Masculino | 8 | 2.50 (\pm 2.66) | |
| Feminino | 33 | 5.75 (\pm 6.34) | |
| PCC² | | | 0.935 |
| Masculino | 9 | 6.33 (\pm 4.18) | |
| Feminino | 25 | 6.48 (\pm 4.73) | |

¹ Psicoterapia Cognitiva Narrativa

² Psicoterapia Cognitiva Comportamental

Gráfico 1 - Remissão de sintomas entre homens de acordo com o modelo de psicoterapia.



PCN= Psicoterapia Cognitiva Narrativa

PCC= Psicoterapia Cognitiva Comportamental

p=0.064

PARTE V

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como observado nos primeiros capítulos da presente tese, os transtornos mentais atingem, de fato, uma parcela considerável da população. Dentre estes, os transtornos de humor, em especial a depressão, tem afetado consideravelmente a população de adultos jovens.

No primeiro artigo da tese, foi possível observar uma diferença na proporção de indivíduos que preencheram critérios para o TDM, com o dobro de mulheres (12,2%) acometidas quando comparadas aos homens (5,3%). Além disso, dentre os 21 sintomas investigados, a maior prevalência e severidade foi entre as mulheres. Isto nos leva a sugerir uma diferença na expressividade da sintomatologia depressiva entre os gêneros em jovens com TDM. Confirmando a hipótese inicial de que entre os jovens com TDM, a sintomatologia depressiva seria menos prevalente entre os homens e mais severa entre as mulheres

O segundo artigo aponta que, em população clínica entre 18 e 29 anos, dois sintomas manifestaram-se diferentemente entre homens e mulheres. Indicando mais uma vez a possibilidade de impacto do gênero na manifestação da sintomatologia depressiva em uma amostra clínica. Porém, na remissão da intensidade dos 17 sintomas ao final do processo psicoterapêutico, não foram observadas diferenças significativas entre os gêneros. Refutando a hipótese de que a remissão dos sintomas depressivos seria maior entre as mulheres porém, confirmando parcialmente a hipótese de que a sintomatologia depressiva nos homens seria caracterizada por sintomas externos enquanto que nas mulheres os sintomas estariam ligados à condições internas.

Mas, se avaliados de acordo com o modelo psicoterapêutico, quase se confirmou a hipótese inicial, sendo possível observar uma tendência à remissão nas mulheres tratadas com PCN. Também foi apurada uma tendência à remissão, quando comparados os modelos psicoterapêuticos somente no gênero masculino, entre os tratados com PCC.

Após a exposição dos achados acima descritos, é importante a reflexão em busca da síntese de tais informações com o contexto atual da ciência e da prática em saúde mental. Para tal, é importante a análise destes resultados e dos pontos aqui discutidos.

Com o lançamento da quinta edição do DSM^[1], nota-se uma ênfase nos transtornos depressivos, deixando de enquadrar-se em conjunto com os transtornos de humor e assumindo uma nomenclatura individual. A partir desta nova divisão do DSM, dentre os transtornos depressivos destaca-se o transtorno depressivo maior. Neste manual é afirmado que as maiores prevalências deste transtorno estão entre adultos jovens (18-29 anos) e no sexo feminino. Porém, quando se trata das diferenças entre homens e mulheres é apontado que, diante da epidemiologia de tal transtorno não foram observadas diferenças claras quanto à sintomatologia, curso, resposta ao tratamento ou conseqüências funcionais para este transtorno. Nos dados da presente tese a depressão parece se manifestar em mulheres de forma mais intensa e com uma maior proporção de sintomas, contudo, isto pode sinalizar que estas possuem maior percepção do seu estado clínico. Além disso, sintomas clínicos da depressão, como a auto-crítica, podem expressar características de personalidade e culturais relacionadas ao gênero feminino^[2].

No que se refere ao impacto do gênero no processo psicoterapêutico, é possível que a caracterização sintomática externalizante nos homens, como por exemplo, dificuldades no trabalho e atividades, possam dificultar o diagnóstico, a procura por atendimento e até mesmo resposta ao tratamento para o TDM. Enquanto que entre as mulheres por esta característica mais internalizante, o processo da psicoterapia narrativa tende a ser mais eficaz para a remissão da sintomatologia depressiva. Isto sugere que o clínico leve em consideração o sexo do paciente na escolha do processo terapêutico a ser realizado^[3].

Por isso, podemos concluir que esta tese contribuiu de forma importante para sinalizar a importância de se levar em consideração as características próprias de cada gênero quanto à sintomatologia depressiva. Estes resultados não contribuem apenas para a manifestação sintomática, mas servem de alerta para os serviços de saúde investir em melhorias na estratégia diagnóstica e psicoterapêutica em atenção à saúde mental de adultos jovens.

Referências

1. American psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA: American psychiatric Association, 2013.
2. Luyten, P et al. Dependency and self-criticism: relationship with major depressive disorder, severity of depression, and clinical presentation. *Depression and anxiety*. 2007; 24:586–596
3. Lambert, M. Bergin and garfield's handbook of psychotherapy change. John Wiley & Sons: New Jersey, 2013