

**MARCELO SALOMÃO AROS**

**PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE DEPRESSÃO:  
ANÁLISE DE RESUMOS (2004 - 2007)**

**PUC-CAMPINAS  
2008**

**MARCELO SALOMÃO AROS**

**PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE DEPRESSÃO:  
ANÁLISE DE RESUMOS (2004 - 2007)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências da Vida, da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Psicologia, área de concentração: Ciência e Profissão.

Orientadora: Profa. Dra. Elisa Medici Pizão  
Yoshida

**PUC-CAMPINAS  
2008**

**MARCELO SALOMÃO AROS**

**PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE DEPRESSÃO:  
ANÁLISE DE RESUMOS (2004 - 2007)**

**BANCA EXAMINADORA**

---

Presidente Profa. Dra. Elisa Medici Pizão Yoshida (PUC-Campinas)

---

Prof. Dr. Tales Vilela Santeiro (Universidade de Franca)

---

Prof. Dr. Antonios Terzis (PUC-Campinas)

PUC-CAMPINAS.

2008

“Est profecto deus qui quae nos gerimus auditque at videt”

Com certeza é um deus aquele que ouve e vê o que fazemos

Aos meus pais, David e Yara pelo amor que me proporcionaram.

Agradeço minha esposa Ana Carla por seu amor e apoio neste percurso.

Agradeço meus filhos Gabriel e Leonardo por me inspirar a vida.

Aos meus irmãos David e Érika e cunhados Daniel e Fernão pela fraternidade e a  
alegria.

Aos meus avós Maria, Jorge, Carmem e David pela proteção.

Aos eternos amigos: André, Carlos, Paula, José Mario, Nice, Emerson, Ana Laura, ...

A minha nova Família: Fernão, Beth, Vasco, Lúcia, Carlitos, Dulcinha, Marcelo, Zé, Taí, Ana

Lídia, Marcos, Laura, Luís Ângelo, Iza, Sônia, Paulo, Paulão, Julia, Otavio Luiza, os Andrés,

Carina, Gustavo, Mariana, Caco, Rosa, Carla, Taís, Francisco,....

## AGRADECIMENTOS

A Profa. Dra. Elisa: agradeço a minha orientadora pelo voto de confiança, pela coragem de estudar um tema sofrido, pela sinceridade e por toda a atenção que me dirigiu.

Ao Prof. Dr. Antônio Terzis: agradeço pelos conhecimentos de psicanálise e pela dedicação que despendeu à minha pessoa.

A Profa. Dra. Marilda Emmanuel Novaes Lipp: agradeço as contribuições no processo de confecção deste estudo.

Ao Prof. Dr. Fernando Luis González Rey: agradeço por compartilhar seus conhecimentos sobre métodos de pesquisa e sobre a língua espanhola.

À Profa. Dra. Vera Engler Cury: agradeço pelos conhecimentos sobre as instituições, políticas e relações humanas.

À Profa. Dra. Raquel Guzzo: agradeço pela excelente coordenação do curso.

Ao colega Itor Finottelis: agradeço pelos conhecimentos compartilhados sobre informática, fundamentais neste estudo.

Ao Sr. Denílson Alves: agradeço pelos conhecimentos na língua inglesa e em computação.

Ao colega Evanir Brunelli: agradeço pela ajuda na tradução do resumo para o inglês

A toda a equipe da Secretária de Pós-Graduação: agradeço pelas valiosas informações neste percurso.

A instituição Pontifícia Universidade Católica de Campinas: agradeço o acolhimento e a oportunidade.

Ao grupo de amigos que adquiri neste percurso deixo a certeza de todo o sucesso e o desejo do êxito de vocês: Berenice, Emérico, Gustavo, Ariane, Fernanda, Fabrícia, Ana Carolina, Fernando, Toninho, Gisele, Ademir, Ana Paula, Marcelo, Walter, Vivian, Valéria, Paula, Márcia, Juliano, João, Eliana, César, Camila Santos, Camila Ribeiro, André, Ana Claudia, Amanda, Daniela, Marcio e Maria Rita.

Agradeço a Capes pela bolsa concedida

“Rem tene, verba sequentur”  
Trata de possuir o conteúdo e as palavras se seguirão

Catão

## RESUMO

AROS, M. S. (2008). *Produção Científica sobre Depressão: Análise de Resumos (2004-2007)*. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas, 2008, pp.ix + 69.

A pesquisa teve como objetivo avaliar a produção científica sobre depressão no período de 2004 a 2007, com especial ênfase sobre a depressão masculina e os instrumentos utilizados para avaliá-la. Utilizando os verbetes, depressão e escalas, foram acessados os artigos indexados na base de dados *Medline*. Foram identificados aproximadamente 6400 resumos. Neles, foram identificados 66 instrumentos de avaliação de depressão. Para o estudo das demais variáveis, decidiu-se limitar as análises à produção relativa ao ano de 2007, devido às limitações de tempo. Dentre os 988 resumos do ano de 2007, 656 foram considerados adequados aos objetivos da investigação e foram listados pela sua ordem cronológica. Foram analisadas as seguintes variáveis: gênero da amostra estudada, país, faixa etária, idioma, tipo de instrumento utilizado para a avaliação da depressão e a natureza dos instrumentos. Os resultados mostram que o instrumento mais utilizado é a Hamilton Depression Rating Scale (HDRS). As amostras das pesquisas são prioritariamente compostas por participantes de ambos os gêneros. Os adultos foram a faixa etária mais estudada. Os Estados Unidos da América são a nação que mais artigos publicou sobre o tema. O inglês é o idioma mais utilizado. A natureza dos instrumentos para mensurar a depressão foi prioritariamente de tipo *self report*. Dentre os artigos, 1,2% eram de autores brasileiros e conservavam o mesmo perfil da produção mundial. Apenas 3,7% dos artigos estudaram a depressão no gênero masculino. Nenhum instrumento foi identificado para mensurar exclusivamente a depressão no gênero masculino. Foram identificados oito temas de interesse para se estudar a depressão no gênero masculino e todos eles se referiam a situações de alto estresse: biológico, social e ocupacional. Verificou-se uma considerável lacuna no estudo da depressão em indivíduos masculinos com o perfil mais freqüentemente encontrado em ambulatórios que assistem à comunidade. Conclui-se que devem ser desenvolvidos novos

instrumentos para a avaliação da depressão, em que características concernentes ao gênero sejam valorizadas, pois as demandas e dinâmicas psíquicas são particulares e diferenciadas para homens e mulheres.

Palavras-Chave: escalas; escalas clínicas, humor; psicologia; psiquiatria; exame de neuroimagem; neurociências.



## ABSTRACT

Aros, M.S. (2008). *Scientific Production About Depression: Analysis of Summaries (2004-2007)*. Master's Dissertation. Pontificia Universidade Católica de Campinas. Campinas, pp.ix+ 69.

This study was aimed at evaluating scientific production about depression from 2004 to 2007 with a special focus on male depression and the tools used to assess this condition. By using the entries depression and scales, papers indexed within the Medline database were accessed. Approximately 6,400 abstracts were identified. Among these, 66 depression evaluation instruments were identified. For the study of the remaining variables, a decision was made to restrict the analyses to the production of 2007 due to the limited length of time for research. Among the 988 abstracts of 2007, 656 were regarded as appropriate for the aims of research and were then listed in chronological order. The following variables were analyzed: gender of the sample, country, age, language, type of instrument used for depression evaluation. Results point the Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) as the most usual tool. The samples of research are mainly comprised by participants of both genders. Adulthood was the most usual age under study. The United States of America is the nation where most papers were published on the topic within that period of time. English is the most usual language of such publications. The nature of the instruments was mainly of self report type. Among the papers, 1.2% belonged to Brazilian authors and displayed the same profile presented by the global production. Only 3.7% of the papers were devoted to male depression. No tool was identified to measure male gender depression exclusively. Eight issues of interest were identified to study depression in male individuals and all of them referred to high stress situations: biological, social, and occupational. A considerable gap was perceived in the study of depression in male individuals with the most frequent profile found in hospital out-patient departments which assist the community. As a matter of conclusion, it was found that new instruments must be developed to evaluate depression, bringing features concerned with gender into focus, as the psychic demands and dynamics are particular and differentiated either for men or women.

Keywords: scales; rating scales; humor; psychology; psychiatry; genetics; neuroimage, neuroscience.

## SUMÁRIO

1. Introdução.....	1
1.1 A Neurociência e a relação entre depressão e gênero.....	8
1.2 Estudos voltados para a compreensão dos fatores etiológicos da depressão.....	13
1.3 Os sintomas do transtorno depressivo e o gênero.....	20
1.4 Objetivos.....	22
1.4.1 Objetivo Geral.....	22
1.4.2 Objetivo Específico.....	22
2. Método.....	23
2.1 Material.....	24
2.2 Procedimento.....	24
3. Resultados.....	25
4. Discussão.....	41
5. Algumas Conclusões e Consideração Finais.....	47
6. Referências.....	52

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Escalas de depressão presentes na produção bibliográfica de 2007.....	35-36
<b>Tabela 2.</b> Distribuição dos artigos de acordo com o gênero da população-alvo (2007).....	37
<b>Tabela 3.</b> Distribuição dos artigos quanto a faixa etária da população-alvo de 2007.....	38
<b>Tabela 4.</b> Distribuição dos artigos por países no ano de 2007.....	38-39
<b>Tabela 5.</b> Distribuição por frequência por idiomas dos artigos de 2007.....	40
<b>Tabela 6.</b> Distribuição dos instrumentos quanto à sua natureza (2007).....	40

## **INTRODUÇÃO**

O termo “depressão”, segundo o dicionário Houaiss (2001), vem do latim, da união dos radicais: *depressio* + *onis*, que formam a palavra *depressun* cujo significado é abaixamento, afundamento, bacia, baixa, baixada, baixo, bocainas, bolsa, bolsão, canada, cava, cavado, cavidade, côncavo, fundego, fundo, olga, prega, rebaixamento, rebaixo, saco, valeiro e vão.

Outro termo de importância é a palavra melancolia. Segundo o mesmo dicionário, melancolia vem do grego, da união dos radicais: *melanxholia* + *as*, que significa condição de ter bile negra, donde humor negro, cólera negra. Depressão e melancolia são, portanto palavras etimologicamente diferentes, mas que estão relacionadas a uma condição do humor caracterizada principalmente pela idéia de rebaixamento, inibição e por uma condição patológica.

A construção do conhecimento sobre a depressão se confunde com a própria história humana. Do ponto de vista científico, este construto tem sido objeto de diversas áreas como: psiquiatria, psicologia, genética, neurociências, psicanálise, as quais têm proposto e desenvolvido diferentes maneiras de avaliá-la, dentre as quais se encontra a elaboração de instrumentos diagnósticos como as escalas e os questionários. Segundo Ramadam (2005, p.343) “A depressão é uma enfermidade conhecida desde os tempos mais remotos da humanidade. Dela se tem registros em todas as culturas e quadrantes do mundo há muitos séculos, com denominações variadas, porém, com descrições muito semelhantes.” Em 700 a.C. encontra-se um relato do “transtorno depressivo” no poema épico “A Ilíada”, quando Homero descreve sobre o castigo divino imposto a Ájax. Segundo o mito Ájax era um herói arrogante e que sentia inveja de Aquiles. Ájax não suportando esta condição inferior decide matar Odisseus substituto de Aquiles na guerra de Tróia. É quando a deusa Atena interfere e confunde os sentidos de Ájax e este então massacra os rebanhos inimigos. Após este ter massacrado os rebanhos inimigos, comete o suicídio. Na outra epopéia homérica “A Odisséia”, Aquiles mostra-se preocupado com a sorte de seu pai Peleu e pergunta a Ulisses se o pai não estaria sendo desprezado no mundo dos mortos pelos mirmidões, uma vez que a velhice lhe entorpecia os membros. Brandão (2001) traz ainda um relato que faz alusão ao fato da depressão ensejar a perda de estima dos membros da sociedade pelo indivíduo deprimido.

Efetivamente, na depressão, o indivíduo tem um inevitável declínio de suas potencialidades físicas e tornando-se limitado e frágil. Uma vez que, em toda a cultura helênica, permeava a idéia de um homem potencialmente perfeito fisicamente, se um

indivíduo não podia manifestar estas qualidades, a solução seria a morte. Segundo o autor, para se subir ao trono, era necessária a energia ativa, a fim de conservar o poder real.

Perdido o vigor físico, tornando-se impotente ou não mais funcionando a força mágica, o monarca terá que ceder seu posto a um jovem, que tenha méritos e requisitos necessários para manter acesa a chama da fecundação e a fertilidade dos campos, uma vez que, magicamente, esta está ligada àquela (Brandão, 2001, p.83).

A fragilidade no homem não é manifesta, por ser indesejada. A morte é a solução mais coerente, pois num mundo cheio de batalhas, guerras e adversidades, a tristeza não é socialmente aceita. A demonstração de “fragilidade” na Antiguidade é o pior caminho para a sobrevivência de um grupo, podendo até colocar toda uma civilização em risco.

Ginzburg (2001) cita Aristóteles que apontava para uma substância, denominada bile negra, esta gerava no ser humano a inconstância. Para Aristóteles, a ação da bile negra levava à variação da temperatura do indivíduo melancólico, como no trecho que se segue:

Na argumentação de Aristóteles, um dos pontos principais consiste na defesa de que a bile negra tem por propriedade a inconstância. O filósofo explica que ela pode comportar-se de maneira variável, tornando-se muito quente ou muito fria, podendo causar efeitos diversos (...). A multiplicidade de marcas de comportamento da bile negra faria do melancólico um ser “polimorfo”, apto a agir de maneiras diversas e contraditórias (...) oscilando entre a *atimia*, o desapareço à vida, e às manifestações eufóricas (...) (Ginzburg, 2001, p. 104).

Historicamente, a criação do termo melancolia é atribuída a Hipócrates. Esta definição na época procurava definir um estado de medo e tristeza de longa duração a que as pessoas estavam submetidas. Hipócrates se referia à melancolia como um estado mental perturbado. O ponto principal de sua teoria consistia na defesa de que a bile negra era a substância responsável pela melancolia (Ginzburg, 2001).

A associação da sintomatologia depressiva com o hipotético fluido corporal denominado de “bílis escura” influenciaria mais tarde a teoria de Cláudio Galeno (Pessoti, 1994, p. 76). Como médico, Galeno elaborou um modelo de compreensão das doenças segundo o qual a depressão, chamada na época de melancolia, se iniciava no sistema digestivo e por circulação de exalações, a biles negra ou humores frios chegavam ao encéfalo produzindo a melancolia (Pessoti, 1994). Em relação à

compreensão da gênese da doença mental na Antiguidade, Galeno admitia entre as formas da loucura dois grandes grupos de doenças: a mania e a melancolia (Pessoti, 1994). Galeno afirmava uma relação entre o desenvolvimento da melancolia, o medo da morte e ao mesmo tempo o desejo de morrer. Assim estabelecia uma relação de proximidade entre as trevas e a bile negra, que provocaria o escurecimento da sede da inteligência (Pessoti, 1994).

Atualmente, as síndromes depressivas são classificadas como um transtorno de humor do mesmo modo que as síndromes maníacas. Entende-se por humor a emoção constante e predominante que é a base para as percepções de um indivíduo em relação ao mundo externo. Geralmente o humor é descrito como irritável, deprimido, desesperançado, ansioso, eufórico, etc... Segundo Atkinson, et al (2002),

O humor é um estado emocional duradouro. Tendemos a prestar mais atenção a eventos que combinam com nosso humor do que com eventos que não combinam com ele. Conseqüentemente, aprendemos mais sobre eventos que combinam, ou são congruentes, com o nosso humor (p.426).

Assim o humor é um componente da psique de extrema importância na percepção das experiências e, quando o humor predomina em uma determinada “coloração”, os eventos de vida acabam adquirindo, inevitavelmente, os padrões do humor predominante. O estado de humor de uma pessoa pode influenciar a avaliação desta sobre outras. Quando se está de bom humor, os hábitos de outros podem parecer apenas ações comuns ou cotidianas. Quando se está de humor deprimido, a mesma atitude pode parecer algo mais nocivo ou negativo do que a interpretação anterior.

O termo melancolia que precedeu o termo “depressão”, é ainda muito utilizado. Este termo define, em alguns enfoques científicos, subtipos de quadros depressivos como na definição de Matos, Matos e Matos (2006), segundo a qual, “na depressão melancólica o paciente não reage aos estímulos positivos que procedem do meio externo” (p. 178).

Os transtornos afetivos, segundo Kaplan, Sadock e Grebb (1997), constituem um grupo de situações clínicas que se caracterizam pela perda do senso de controle e uma experiência subjetiva de grande sofrimento. Geralmente os pacientes que sofrem destes transtornos, ou se apresentam com um humor elevado, expansivo, produzindo idéias grandiosas, sono diminuído e auto-estima elevada, que neste caso, corresponde à mania; ou se apresentam com humor deprimido, com perda de energia, auto-estima



rebaixada, sentimento de culpa, perda do apetite e dificuldade de concentrar-se, que, por sua vez, corresponde à depressão. A alternância entre a depressão e a mania são características de uma mesma patologia clínica denominada, de *folie circulaire*, por Jules Falret, em 1954 e posteriormente de ciclotimia, por Karl Kahlbaum, em 1982 (Kaplan et al, 1997).

É consenso, na ciência atual, de que ao longo da vida, uma em cada 20 pessoas é acometida por um transtorno depressivo maior (TDM) moderado ou grave (Botega, Furlanetto e Fráguas Jr., 2006). A incidência do transtorno de humor é de aproximadamente 12 milhões de pessoas, ou de 5 à 6% da população nos Estados Unidos. O transtorno depressivo grave é considerado como um dos principais problemas atuais de Saúde Pública. Neste sentido, Coryell (2005) afirma:

Em resumo, a consciência de que o TDM é melhor vista, como uma síndrome de muitas etiologias possíveis, vai promover o manejo clínico eficaz, independentemente do fluxo dos sistemas oficiais de classificação (p.61).

Em diversos estudos da população mundial, ficou demonstrado que a prevalência de depressão é maior em mulheres quando comparada aos homens. No entanto, alguns estudos também apontam para prevalências semelhantes nos dois gêneros (Vorcaro, Uchoa e Lima-Costa, 2002). Nas duas principais classificações internacionais, DSM-IV (Associação Americana de Psiquiatria, 1995) e CID-10 (Organização Mundial da Saúde, 1993), encontram-se situações importantes para o entendimento da complexidade deste assunto. No DSM-IV, os critérios para o diagnóstico da “depressão” se encontram inclusos na seção dos transtornos do humor e são os mesmos para homens e mulheres. Os transtornos do humor se caracterizam fundamentalmente pela alteração no humor do indivíduo, podendo estar exaltado ou deprimido, segundo seu conteúdo.

Na CID-10, os transtornos do humor estão incluídos no capítulo dos transtornos do humor (afetivos). Nestes transtornos, a CID-10 afirma que a perturbação fundamental do humor (afeto) é caracterizada pela elação ou depressão. A seção referida está dividida em três grandes partes e também não apresenta diferenças entre os dois gêneros. A primeira parte inclui os episódios de humor que são divididos em: episódio depressivo maior, episódio maníaco, episódio misto e episódio hipomaníaco.

Ocorrem duas grandes diferenças entre as classificações da CID-10 e do DSM-IV. Na CID-10, existe uma gradação em relação à gravidade dos sintomas. Esta gradação classifica cada síndrome em leve, moderada ou grave. Já, no DSM-IV, o foco de atenção se encontra no tempo de duração do “episódio depressivo”. Quando ocorre mais de um episódio depressivo, a CID-10 utiliza a designação de “Transtorno depressivo recorrente” e o DSM-IV de “Transtorno depressivo maior”.

Na primeira parte dos Transtornos de Humor do DSM-IV, o Episódio Depressivo Maior é um item de grande interesse para este estudo. O Episódio Depressivo Maior é descrito como o primeiro evento patológico de humor deprimido na história de uma pessoa. Tem como característica principal um período de, no mínimo, duas semanas de humor deprimido, ou perda de interesse e prazer por quase todas as atividades. Ocorrem mudanças nos hábitos do sono, da alimentação e da atividade psicomotora. Existem alterações patológicas ainda na função do pensar, como: sentimentos de inutilidade, capacidade de pensar diminuída, indecisão e pensamentos de morte. Na segunda parte da seção dos transtornos de humor do DSM-IV, encontram-se outros transtornos importantes para a compreensão da depressão. O Transtorno Depressivo Maior, Transtorno Distímico e o Transtorno Depressivo Sem Outra Especificação.

O Transtorno Depressivo Maior possui os mesmos critérios, no DSM-IV, para diagnóstico do quadro Episódio Depressivo Maior. A diferença se encontra no tempo de duração dos sintomas. A duração do Transtorno Depressivo Maior é de dois meses ou mais. O Transtorno Depressivo Maior Recorrente possui os mesmos critérios que o Episódio Depressivo Maior, só se diferenciando por apresentar um intervalo de dois meses consecutivos entre um Episódio Depressivo Maior e o episódio seguinte. O Transtorno Depressivo Sem Outra Especificação inclui os transtornos com características depressivas que não satisfazem os critérios anteriores.

Outro transtorno de grande interesse é o transtorno distímico, que se caracteriza por um período de pelo menos dois anos em que, na maioria dos dias, tem-se o humor deprimido e na maior parte dos dias. Outros critérios são: apetite diminuído ou aumentado, insônia ou hipersônia, fadiga, baixa auto-estima, baixa concentração e dificuldade para tomar decisões.

Segundo a CID-10 os “transtornos depressivos” estão incluídos nos Transtornos de Humor, e estes estão divididos em cinco seções. As patologias de maior

interesse para este estudo são: o Episódio depressivo, Transtorno depressivo recorrente e Transtornos persistentes do humor.

As definições de distímia no DSM-IV e no CID-10 são equivalentes nas duas classificações. Assim como no DSM-IV, a CID-10 define o primeiro evento depressivo como um “episódio”. Quando ocorre mais de um episódio depressivo, a CID-10 utiliza a designação Transtorno depressivo recorrente e a DSM-IV utiliza o termo “Transtorno Depressivo Maior”.

Ainda dentre os diagnósticos da CID-10 relacionados às síndromes depressivas encontram-se dois transtornos. A primeira síndrome é o Transtorno misto de ansiedade e depressão. Basicamente, utiliza-se este diagnóstico quando a síndrome observada apresentar sintomas que em seu conjunto não preenchem os critérios diagnósticos para uma síndrome depressiva ou ansiosa. A segunda patologia mencionada na CID-10 é o Estupor depressivo, que se caracteriza por um transtorno ou um episódio depressivo grave que evolui com uma diminuição extrema ou ausência de movimentos voluntários e de resposta aos estímulos externos, tais como: toque, ruído e a luz. Geralmente o indivíduo permanece imóvel, com fala e movimentos espontâneos ausentes.

Para uma compreensão mais adequada do leitor, quando se utiliza os termos depressão, transtornos depressivos, síndrome depressiva, a compreensão científica equivalente são as doenças, tais como: episódios depressivos, distímia, transtorno depressivo e o transtorno depressivo maior.

A psicopatologia descritiva também contribui através de suas observações para a compreensão do “universo depressivo”. Podem-se nomear importantes definições como: depressão atípica, depressão endógena, também denominada de melancólica. Dalgalarrondo (2000) afirma sobre a depressão atípica:

Além dos sintomas depressivos gerais ocorrem os seguintes sintomas: aumento de apetite (principalmente para doces, chocolate) e/ou ganho de peso; hipersônia (>10h/dia ou 2 horas a mais do que quando não deprimido); sensação de corpo muito pesado (“paralisia plúmbea ou inerte”); sensibilidade exacerbada a “indicativos” de rejeição; reatividade de humor aumentada (melhora rapidamente com eventos positivos e também piora com eventos negativos) e fobias e aspecto histriônico (afetação, teatralidade, sugestionabilidade) associados (p.192).

Na depressão atípica, a hiperfagia ocorre devido ao paciente se tornar ávido e insaciável. Segundo uma visão psicanalítica, tal ação deriva de um mecanismo sádico-oral. A ingestão inconsciente de provisões narcísicas, que abrandam a angústia, como um dia o leite materno representou a segurança para o bebê (Matos et al, 2006).

Em relação à depressão tipo melancólica ou endógena, Dalgarrondo afirma tratar-se de um subtipo da depressão em que os sintomas predominantes são independentes de fatores ambientais ou circunstanciais, assim sendo classificados como endógenos. Os sintomas típicos são: anedonia, uma tristeza vital ou essencial (muitas vezes sentida no corpo), hiporreatividade, lentificação psicomotora, hiporexia, emagrecimento, insônia terminal, diminuição da latência do sono REM (*Rapid Eye Movement*), ideias de culpa e uma depressão intensa pela manhã, melhorando ao longo do dia. Este tipo de depressão seria de natureza mais neurobiológica, segundo refere o autor. O quadro de depressão melancólica vem acompanhado por ideiação de suicídio, por ideias de culpa e ruína, por alterações sensorceptivas e distorções da realidade externa (Matos et al, 2006).

Versiani, Reis e Figueira (2000) afirmam, que o transtorno depressivo apresenta um curso bem definido em crianças e adolescentes. Numa fase inicial, denominada de período de resposta, geralmente ocorre uma reação aos sintomas depressivos, com melhora significativa. No intervalo de duas semanas a dois meses, quando não há mais uma intensidade de sintomas significativos, denomina-se de período de remissão. Recuperação é a fase de mais de dois meses de ausência de sintomas. A recidiva é o surgimento de um novo episódio depressivo, no período de melhora. Este evento reforça a ideia da necessidade de tratamento contínuo, de falta de adesão, ou de eventos que contribuem para a intensificação dos sintomas depressivos. A recorrência é a presença de um novo transtorno depressivo maior durante o período de recuperação. As taxas de recorrência atingem geralmente de 20 a 60% da população tratada entre 1-2 anos após a melhora, e de 70%, após cinco anos. Portanto, a recorrência é um período de extrema importância para a saúde psíquica dos indivíduos e para a prevenção dos transtornos depressivos.

### **Neurociências e a relação entre depressão e gênero**

Com os avanços tecnológicos recentes, as neurociências muito têm contribuído para a compreensão específica da depressão e sua relação com o gênero. Há

centenas de anos na História da Humanidade, as demandas de adaptação para homens e mulheres são diferentes em muitos aspectos. As exigências adaptativas impostas pelo mundo externo encontram características comuns e particulares para os dois gêneros. Os homens apresentam, quantitativamente, uma força física (muscular) maior do que as mulheres. Mas as mulheres apresentam, fisicamente, uma coordenação motora proporcionalmente mais eficiente do que os homens. As diferenças também se estendem à genética, ao psiquismo, etc.

As observações de Latha et al (2005) auxiliam na compreensão do quanto as adaptações entre homens e mulheres são diferentes. Estudando as ondas cerebrais durante o sono, os autores identificaram padrões de ondas delta no “sono REM” e no “sono Não-REM”, (o sono Não-REM, é definido como o período em que não acontecem os movimentos oculares rápidos) completamente invertidas entre homens e mulheres. Afirma o autor:

As mulheres parecem ter um aumento da atividade delta no período de alta absoluta da atividade delta no sono NREM, maior do que os homens. Quando a atividade delta no sono NREM foi normalizada para atividade delta no sono REM aumentou nos homens, a diferença sexual foi revertida, mulheres têm menor atividade delta que homens (p.1521).

Assim, a função de dormir, que segundo uma lógica da experiência poderia apontar para uma grande semelhança entre homens e mulheres, não tem sido confirmada em pesquisas científicas sistemáticas (Latha et al, 2005). Durante um exame de eletroencefalograma, se identifica uma importante diferença da função elétrica numa das fases do sono REM e do sono não-REM, entre o cérebro dos homens e o das mulheres. Outros aspectos que apontam para a existência de diferenças no funcionamento cerebral entre homens e mulheres foram observados no estudo de Kraft (2004-2005):

Conforme se verificou em experiências com voluntários de ambos os sexos quando se trata, por exemplo, de encontrar a saída de um labirinto virtual, ativam-se nas mulheres regiões nos lobos parietal e frontal direitos do córtex, ao passo que, nos homens são neurônios do hipocampo que se agitam. Mesmo assim, tanto homens como mulheres muitas vezes encontram a solução com a mesma rapidez (p.53).

Portanto, existe uma grande probabilidade dos gêneros masculino e feminino apresentarem manejos e defesas diferentes para se adaptarem às angústias da vida e

estes funcionamentos, no espectro da vida, são fenômenos universais a todos os seres humanos. Kaplan et al, (1997) afirmam que as taxas de transtornos depressivos em crianças na idade escolar são maiores nos meninos. Em adolescentes, os transtornos depressivos possuem a mesma incidência em ambos os gêneros.

Apesar de muitos autores apontarem para um equilíbrio entre a ocorrência da depressão entre os gêneros na adolescência, Justo e Calil (2006), considerando uma revisão de estudos epidemiológicos, identificam a menarca como um evento de virada no aumento da prevalência da depressão no gênero feminino. A menarca aumenta a prevalência da depressão no gênero feminino devido ao fato de poder ser um evento estressante e, especificamente, pela ação dos estrógenos afetarem o humor e a cognição das mulheres. Nos indivíduos adultos, as mulheres são duas vezes mais acometidas pelos transtornos depressivos do que os homens (Kaplan et al, 1997). O que traz um questionamento sobre uma aparente incoerência desses resultados estatísticos.

É de extrema importância que, para a compreensão do conteúdo, faça-se necessária uma breve exposição sobre as técnicas de imagem cerebral. As técnicas de imagem cerebral ou de neuroimagem, auxiliam clinicamente a prática psiquiátrica em “duas direções”: para estabelecer conexões entre indivíduos que sofrem de patologias mentais com alterações no parênquima cerebral e para descartar a presença de transtornos cerebrais orgânicos e que produzem sintomatologias psiquiátricas.

Os métodos de neuroimagem mais utilizados são: a tomografia por emissão de pósitrons (PET), a tomografia por emissão de fóton único (SPECT) e a ressonância magnética funcional (RMf). A tomografia por emissão de prótons (PET) é descrita por Alves, Busatto Filho e Buchpiguel (2000) como se segue:

A técnica de PET envolve o uso de radiofármacos que permitem a construção de imagens tomográficas de metabolismo de glicose ou de FSCr. Estas imagens refletem o quanto uma dada região do cérebro está mais ou menos ativa, sem implicar mecanismos causais explicativos de eventuais distúrbios nesta atividade. Uma vez que o metabolismo neuronal é maior nas sinapses, as medidas de consumo de glicose e fluxo sanguíneo numa região estão provavelmente relacionadas ao grau em que esteja ocorrendo transferência de informações entre neurônios naquele ponto (p.46).

Entende-se na abreviação do trecho acima: FSCr, por fluxo sanguíneo cerebral regional. Os autores ainda afirmam que este exame é de profunda sensibilidade e contribui em muito para a percepção da atividade, do metabolismo e do fluxo

sangüíneo cerebral. Os isótopos utilizados pela técnica da PET são: oxigênio-15, carbono-11 e flúor-18. A segunda técnica mencionada é o SPECT. Ainda segundo os mesmos autores, o exame de SPECT consiste na infusão sangüínea de isótopos radioativos emissores de fótons isolados. As emissões obtidas com estes isótopos são de energia inferior em comparação com o PET, no entanto, o tempo de duração dos isótopos é maior que o PET, o que o torna muito mais acessível à população, por ter menores custos. O SPECT, segundo Kaplan et al (1997), utiliza isótopos emissores de fóton único como: iodo-123, tecnécio-99m e xenônio-133. Uma vez que estes emissores de fótons alcancem o cérebro, as emissões de fótons podem ser captadas por detectores ao redor da cabeça do paciente. Quanto à ressonância magnética funcional (RMf), ela consiste da captação do contraste dos níveis de oxigenação relativa à hemoglobina durante o fluxo cerebral. Afirmam Alves et al (2000) que o excesso de oxigênio sangüíneo leva a uma diminuição relativa da concentração de desoxihemoglobina em capilares e vênulas que drenam o sangue do tecido, e esta mudança é detectada como aumento do sinal em imagens de RM .

Segundo Lafer, Renshaw e Sachs (1998) a depressão é um transtorno complexo, heterogêneo e com vários subtipos e, segundo este autor, ainda é improvável que todos os sintomas sejam mediados por uma única área cerebral. Afirmam os autores:

Estudos iniciais focados especificamente nos gânglios da base de pacientes unipolares relataram uma diminuição dos níveis da colina nestas estruturas na depressão, o que pode refletir um metabolismo de membrana alterado nos gânglios da base. Um estudo recentemente publicado usando <sup>31</sup>P-SMR (Espectroscopia por Ressonância Magnética com Fósforo) reportou baixos níveis de nucleosídeo trifosfato nos gânglios da base de pacientes unipolares deprimidos, não medicados, possivelmente refletindo hipometabolismo nesta região do cérebro (p.271).

Tais evidências ajudam a confirmar o caráter hipometabólico nos indivíduos deprimidos. No entanto, é necessário observar que, se algumas regiões estão inibidas outras estruturas estão com o fluxo sangüíneo cerebral aumentado, como mostrou, por exemplo, o estudo de Drevets et al (1992, citado por Lafer, 1998). Aqueles autores, utilizando O-PET (Tomografia por Emissão Positrônica de Oxigênio), detectaram um aumento de fluxo sangüíneo cerebral no córtex pré-frontal esquerdo, na amígdala esquerda, e no tálamo medial esquerdo, ao mesmo tempo em que houve uma diminuição do fluxo sangüíneo cerebral no caudado medial esquerdo, em pacientes com

transtorno depressivo puramente familiar, um subtipo da depressão maior. Assim pode-se conceber o fenômeno depressivo como um desequilíbrio de diversas porções do cérebro, conseqüentemente uma desestruturação da intrincada química e da produção protéica deste órgão. Portanto, as alterações provocadas pela síndrome depressiva alcançam níveis de complexidade que ainda não foram totalmente dimensionados.

Segundo Manes e Torralba (2005), uma redução do metabolismo da região frontal, levando a uma atrofia desta região, contribuiria para o surgimento de um transtorno depressivo maior. O estudo detectou a depressão maior associada a um hipometabolismo das regiões frontais tanto em depressões unipolares, bipolares e acidentes cerebrovasculares. Nas três situações clínicas, encontram-se evidências de atrofia cortical e alterações da arquitetura na região frontal.

As afirmações de que a atrofia de determinada região cerebral poderia ser a responsável por uma síndrome depressiva careciam, até recentemente, de evidências mais consistentes. No entanto, com o advento das novas técnicas de investigação do funcionamento cerebral, novas informações começam a surgir. Por exemplo, o estudo de meta-análise, reportado por Videbech e Ravnkilde (2004), que investigou doze estudos de avaliação do volume de uma região cerebral, denominada hipocampo. Estes sugeriram que pacientes com depressão unipolar e com depressão recorrente apresentavam uma pequena diminuição do volume no hipocampo do hemisfério direito. Além disto, o decréscimo do volume hipocampal tem sido descrito como crescente em idade nos homens saudáveis, mas não nas mulheres saudáveis voluntárias. Segundo Videbech e Ravnkilde (2004), as interações significantes entre a porção hipocampal, depressão e gênero, foram observadas nos pacientes com primeiro episódio depressivo. Neste estudo, o volume do hipocampo esquerdo foi menor nos pacientes homens, enquanto o do direito foi menor em pacientes mulheres.

Os exames de ressonância magnética (R.M.) estão se tornando cada vez mais potentes e eficazes, e vêm se superando continuamente na precisão diagnóstica. A última modernização é o aumento da força na capacidade de teslas. Os teslas são a força dos campos magnéticos que um equipamento de ressonância magnética pode produzir. Quanto maior o número de teslas maior a definição, a resolução e o aumento da visualização dos detalhes da região a ser estudada. Segundo Polimeno e Agmont (2007), uma ressonância magnética com tesla 3 (aparelho ainda não operante no Brasil) pode visualizar os vasos de menor calibre do corpo humano. Estes autores ainda afirmam que na região de Saint-Aubin, França, estão sendo construídos aparelhos de ressonância



magnética com até 17,65 teslas, com o objetivo de registrar a atividade neuronal do cérebro.

Apesar das técnicas de diagnóstico e de identificação dos quadros depressivos encontrarem nos estudos de neurociência grandes avanços, a questão da etiologia ainda permanece pouco compreendida. Cabe, portanto, voltar-se agora para este tópico.

### **Estudos voltados para a compreensão dos fatores etiológicos da depressão**

Apesar de haver várias contribuições para explicar o surgimento da depressão, este ainda é um campo em que não há consenso. Observa-se que a orientação teórica dos autores tem grande peso na atribuição de papel etiológico às diferentes variáveis. Segundo, por exemplo, um referencial ambiental e comportamental, a herança cultural e as vivências emocionais de um indivíduo durante o seu amadurecimento mental levariam a uma maior ou menor tendência dos mesmos a desenvolverem uma síndrome depressiva. Dentro desta perspectiva, por exemplo, Medeiros e Furtado (2004) focalizam a depressão, ressaltando que existe uma considerável associação entre os fatores de depressão na fase adulta com as dificuldades das mães, que se refletem no estilo de cuidar de seus bebês. Outros fatores seriam situações de abuso/negligência e o desenvolvimento psicopatológico na infância.

Dentre as muitas influências gerais na relação da mãe com a criança, existem considerações muito específicas quanto à maneira de uma mãe se relacionar verbalmente com seu filho e sua filha. Braz e Salomão (2002) afirmam que as mães adotam uma forma muito peculiar para se relacionar verbalmente com crianças pequenas. Tais falas possuem como função a característica de comunicarem às crianças: solicitações, *feedbacks*, informações e ações diretivas. Tais características não se repetem na comunicação das mães com indivíduos adultos.

Muitos autores no estudo dos lactentes afirmam que o termo “depressão” não possui o mesmo sentido no caso dos adultos e no das crianças. A criança normalmente enfrenta períodos de introjeção, angústia e inibição no seu desenvolvimento, como no sexto mês de vida. No entanto, também é observado um estado denominado de “depressão anaclítica”, caracterizado por desinteresse progressivo, perda de apetite, diminuição da motricidade, diminuição da atividade auto-erótica, problemas ponderais,

insônia, que podem evoluir a um estado de esgotamento cujas conseqüências são irreversíveis (Zimerman, 1999).

Na sociedade atual, os tipos de estímulos ambientais que promovem o crescimento mental e comportamental de uma criança do sexo masculino e do sexo feminino são diferentes. Estas diferenças são relatadas e intensificadas a partir dos três anos de idade, quando as crianças atingem, segundo Souza e Ferreira (1997), o estágio de estabilidade de gênero. Assim, outras diferenças, que vão além das estimulações ambientais, também são identificadas entre os homens e as mulheres.

Em seus estudos, Buonomano (1978) encontrou uma relação entre as mudanças ambientais e culturais e o desenvolvimento de reações depressivas e de desesperança, como conseqüência da percepção do indivíduo de que tem menor controle sobre o ambiente, se comparado a situações passadas. Ou seja, a impossibilidade adaptativa de fazer frente às bruscas mudanças do mundo externo levaria os seres humanos a apresentarem sentimento de angústia, tristeza e desesperança. O conforto do meio ambiente passado e em que se estava adaptado traz agora pesar. Frente às circunstâncias atuais e desprazerosas o indivíduo apresenta uma reação depressiva, num movimento defensivo e adaptativo.

No texto de Justo e Calil (2006) há dados que enumeram aspectos sociais associados a fatores hormonais como os que contribuem para o surgimento de um estado depressivo em determinados indivíduos. Destacam algumas evidências de fatores biológicos que colaboram para a depressão. Os autores identificaram pela observação de homens e mulheres, que estes respondem de modos diferentes aos antidepressivos. Outra evidência de interação de fatores ambientais e orgânicos no transtorno depressivo é observada na ação da atividade física. A atividade física seria um fator protetor no surgimento de um transtorno depressivo, pela produção mais equilibrada das químicas corporais (Fukukawa et al 2004).

A psicanálise possui inúmeras contribuições ao estudo da “depressão”. Freud (1933), em suas considerações para a compreensão da psique humana, afirmou que “o pobre do ego passa por coisas ainda piores: ele serve a três severos e faz o que pode para harmonizar ...” (Freud, 1933, p.99). Os senhores tirânicos citados por Freud eram: o superego, o id e o mundo externo. Afirmou ainda, de forma geral, que os seres humanos adoecem de um conflito básico entre as exigências instintuais do id e os mecanismos de defesa do ego. Em relação ao superego Freud (1933) relatou:

Seria difícil familiarizarmo-nos com a idéia de um superego como este. Que goza de um determinado grau de autonomia, que age segundo suas próprias intenções e que é independente do ego para a obtenção de sua energia; há, porém, um quadro que se impõe à nossa observação e que mostra nitidamente a severidade dessa instância e até mesmo sua crueldade, bem como suas cambiantes relações com ego. Estou me referindo à situação da melancolia, ou, mais precisamente, dos surtos melancólicos, dos quais os senhores terão ouvido falar muito, ainda que não sejam psiquiatras (p. 79).

Freud defendia, com estas afirmações, que o ego do melancólico, hoje denominado de indivíduo depressivo, possui, como para qualquer ser humano, confrontos com o id. No entanto, na relação do ego com o superego que ocorre o confronto mais intenso para o ego. O indivíduo melancólico possui terríveis “condenações egóicas” em virtude de seu superego ser extremamente severo. Para Freud o superego é uma instância que se formou a partir das experiências severas vivenciadas com seus pais, e age exatamente como os pais da criança outrora faziam.

Freud (1917) afirmava:

Na melancolia, as ocasiões que dão margem à doença vão, em sua maior parte, além do caso nítido de uma perda por morte, incluindo as situações de desconsideração, desprezo ou desapontamento, que podem trazer para a relação sentimentos opostos de amor e ódio, ou reforçar a ambivalência já existente (p. 284).

Neste trecho, Freud explana sua convicção de que, na melancolia, o comprometimento do indivíduo está na impossibilidade de ter consciência não *de quem* ele perdeu mais *do que* ele perdeu. A ambivalência em relação à realidade do mundo externo é uma contradição na constituição do ego e confunde os objetos investidos pelo ego com o próprio ego. Esta situação leva ao “esvaziamento” da energia libidinal do ego e, conseqüentemente, à melancolia.

Em relação à depressão, Klein (1975) afirmou: “O aumento de amor e confiança, acompanhado pela redução do medo através de experiências felizes, ajuda o bebê a vencer gradualmente sua depressão e sentimento de perda (luto)” (p. 389).

Em relação ao desenvolvimento normal do bebê, Bion (1994) relata:

Dá-se um desenvolvimento normal se a relação entre o bebê e o seio permitir que o bebê projete, na mãe, a sensação, digamos, de ele estar morrendo; e que o bebê reintrojete essa sensação, após a permanência no seio ter feito com que a mesma se torne suportável para a sua psique (p. 134).

Com essas considerações, Bion enfatiza o quanto as frustrações se tornam insuportáveis ao bebê nas fases iniciais do desenvolvimento. E estas tarefas inconclusas predisõem o bebê a uma consciência rudimentar.

O psicanalista Zimmerman (1999) cita nove vertentes diferentes responsáveis pelos estados depressivos. No entanto, estas não se excluem, mas se complementam em sua compreensão.

Na primeira vertente, estariam as causas orgânicas sugeridas pela neurobiologia, que afirma haver uma relação de estruturas como hipotálamo e núcleo amigdalino, influenciando na formação da depressão. A segunda causa seria a depressão anaclítica em que há o abandono de todo interesse dos objetivos e ideais de vida. A terceira: a identificação com o objeto perdido quando não há diferença entre o destino de um e do outro. A quarta causa se dá quando há a perda de um objeto amado e reassegurador de autonomia, levando a uma perda de capacidades adaptativas. A depressão por culpas que vão variar devido a um superego rígido, ódio do ego, culpas imputadas, até a descrença das capacidades reparatórias do ego. A sexta causa: é a perda de um objeto reassegurador de auto estima. A sétima vertente é a identificação patógena em que as crianças ficam identificadas com adultos que as estão modelando e cursam com a depressão. A ruptura de papéis depositados pela família que podem levar à ameaça da perda, ao surgimento de culpa e à instalação da depressão. E o último fator, em que o autor cita indivíduos que atravessam a vida com sentimentos de desvalia e pobreza que não correspondem às suas realidades.

Wilson Klain (1998) afirma que entre os conceitos de Winnicott encontra-se um de grande importância, a preocupação materna primária. A preocupação materna primária se refere a capacidade materna de ir ao encontro das necessidades básicas do recém-nascido, ou de colocar-se no lugar do bebê. O desamparo vivido pelo bebê favorece posteriormente a desorganização da mente e a formação dos sintomas.

Realizando então uma associação das vertentes psicanalíticas na relação com a depressão Zimmerman (1999) propõe que:

Em relação às depressões resultantes de perda, vale destacar dois aspectos. Um é o que se refere à diferença que é preciso estabelecer entre objeto “bom” e o que é altamente “idealizado”. Ambos podem ser parecidos, mas na sua essência são profundamente distintos. Quando a perda for de um objeto bom, a elaboração se processa de acordo com o luto normal. Quando a perda for de um

objeto muito idealizado, o mais provável é que o ego do indivíduo vá sentir-se desamparado, entregue aos objetos maus e perseguidores, que lhe impõe um convite ao sofrimento e a morte, assim configurando os quadros melancólicos (p.223).

Com esta análise, o caráter da idealização fica acentuado pelo autor. As necessidades de idealizações surgem nos seres humanos quando, no seu desenvolvimento, a herança filogenética ou a doação de um “mundo emocional de vida” foram insuficientes para o crescimento mental. A consequência é a presença de uma ou mais áreas imaturas, mais desorganizadas nas mentes humanas de uma parte da população. É muito comum que, dependendo do vértice de observação de um pesquisador encontrem-se outros sintomas, como: baixa tolerância à frustração, onipotência, impulso de morte presente em demasia, necessidade de atenção exacerbada, etc.

Mas inevitavelmente, a dificuldade primordial que é a necessidade de amor, ou sua carência vai ser a tônica em algum momento das argumentações de um pesquisador, de um psicoterapeuta, ou de profissional da saúde mental. Assim, esses indivíduos que padecem de organizações da mente aguardam um amadurecimento, necessitam de experiências que ampliem seus universos de experiências, e isto só poderá ser conquistado através do avanço na compreensão das patologias, que, no caso da depressão, depende de um avanço do paciente frente a estereotípias rígidas e severas que norteiam a sua constituição mental e que só podem ser amadurecidas nesse momento com associação de técnicas científicas eficazes.

A psicanálise em muito contribuiu e contribui para o estudo da depressão, mas como toda a linha de pensamento ou instrumento elaborado para a observação da natureza, tem um viés inevitável. Nenhum olhar para a realidade poderá ser total. Um pesquisador em suas práticas sempre terá conclusões parciais sobre um fenômeno. Assim como a psicanálise busca aspectos universais e comuns em muitas de suas práticas, também produz seu viés quando procura agrupar para a sintomatologia depressiva em homens aspectos semelhantes.

Em muitas das escalas e classificações para avaliar a depressão pode-se encontrar as influências das idéias psicanalíticas. As críticas que se realizam são a de que a psicanálise também tende a uniformizar os sintomas e a psicodinâmica de homens e mulheres, adultos e idosos. Mas assim como existem diferenças entre estes e os tipos

de seres humanos, aspectos diferenciados do ponto de vista sintomatológico também devem existir.

Segundo Costa e Costa (2002), a perda ou a falta de um reforço positivo, como a perda de uma pessoa significativa ou a falta de habilidades sociais, levam ao desencadeamento da depressão, nesse sentido os autores afirmam:

Quando o indivíduo perde um ente querido, ele sofre a perda de uma fonte maior de reforço e satisfação. Ou seja, a conduta que foi organizada em torno da interação com essa pessoa não é mais recompensada, fazendo com que o indivíduo entre em depressão. (p.173).

Outra grande contribuição para os avanços na clínica, no diagnóstico e no tratamento da depressão é a pesquisa científica com a produção de instrumentos diagnósticos para a depressão.

Segundo Baptista (1997) “O desenvolvimento de instrumentos para avaliar a depressão, ou mesmo a validação de instrumentos importados para a realidade brasileira é condição *sine qua non* para um melhor diagnóstico dos transtornos depressivos no País.” (p.96).

Nos instrumentos existentes para a mensuração da depressão pós-parto a ocorre por escalas adaptadas de instrumentos que mensuraram a depressão em ambos os gêneros. Como já foi mencionado neste estudo, assim como existem diferenças entre os gêneros a constituição dos itens que deveriam detectar os principais sintomas depressivos na situação do pós-parto deveriam se basear pela dinâmica mental feminina. Mas a construção dos itens que compõem os principais instrumentos para detecção da depressão na situação do pós-parto se “apóiam” em instrumentos que se encontram presentes a décadas na literatura, não trazendo assim inovações e refletindo o caráter dogmático da construção de instrumentos psicométricos.

Na Escala de Edinburgh para Depressão Pós-natal (EPDS), em seus itens, pergunta-se duas vezes se o entrevistado está triste (itens sete e nove), entretanto, não se questiona o entrevistado sobre o seu apetite, a sua irritabilidade e se existem sintomas de gravidade como alterações alucinatórias que são muito comuns em depressões com sintomatologia psicótica e em depressões graves. Segundo Botega e Dias (2006)

Durante os três primeiros meses que se seguem ao parto, há um aumento de 10 a 20 vezes na incidência de crises psicóticas.

Estudos epidemiológicos apontam uma taxa de internação psiquiátrica 18 vezes maior no primeiro mês de puerpério do que no período gestacional (p.347).

Assim sintomas freqüentes e grande significado para a compreensão da intensidade e gravidade do evento depressivo no período de pós-parto não integram os principais instrumentos para detectar esta patologia.

A genética também tem contribuído com diversos estudos para a compreensão da depressão. Segundo Lima (1999), são em regiões instáveis do DNA, que se denominam de repetições CAG, que os seres humanos ficariam propensos a manifestar um processo patológico. Os CAG são trinucleotídeos presentes em regiões DNA codificadoras dos genes que desencadeariam o surgimento de uma doença. Afirma o autor: “Várias doenças já foram identificadas como sendo causadas pela instabilidade do DNA em sítios com seqüências repetidas de trinucleotídeos” (p.23).

Em um estudo genômico de famílias com depressão, Holmans et al (2007) afirmam:

Nesta análise de varredura genômica de famílias com múltiplos casos de transtorno depressivo maior recorrente de início precoce, ligação sugestiva de todo o genoma foi observada no cromossomo 15q, na análise primária, e nos cromossomos 17p e 8p, na análise secundária, após considerar-se o sexo do par afetado. (p.256).

Em seu estudo sobre transtornos afetivos Lima, Sougey e Vallada Filho (2004-b) afirmam que, nos próximos anos, a genética molecular irá apontar alguns genes responsáveis pela vulnerabilidade nos seres humanos para desenvolver a depressão e o transtorno afetivo bipolar.

Segundo Lima, Sougey e Vallada Filho (2004-a):

A maioria dos estudos realizados com gêmeos, até o momento, permite estimar a herdabilidade na depressão unipolar em torno de 40%, enquanto o transtorno afetivo bipolar teria uma herdabilidade de aproximadamente 70 à 80% (p.35)

Outro tipo de contribuição da genética no estudo da depressão diz respeito à possibilidade de determinados subtipos da depressão responderem geneticamente de maneira diferenciada ao nível dos neurotransmissores cerebrais. Afirmando Arias et al (2001) que dada a importância da função da serotonina no controle do apetite, do sono, da regulação do peso e do humor, tem sido investigados que caminhos patológicos genéticos poderiam causar a desordem depressiva sazonal. Resultados com pacientes

deprimidas mostram um incremento de alterações no 102C alelo quando comparados com pacientes sem depressão sazonal e com pacientes controle.

A farmacogenética também vem avançando no tratamento da depressão através da relação dos genótipos dos pacientes com maior eficiência ou não de determinado medicamento antidepressivo. Lima et al (2004-b) afirmam:

O conhecimento acerca da presença ou não de mutações nos genes das isoformas envolvidas no metabolismo dos antidepressivos ou nos genes codificados em seus sítios de ação podem fornecer subsídios importantes para ajudar no manejo de dosagens e personalização da escolha das medicações utilizadas para o tratamento da depressão (p.42).

Ainda que a etiologia da depressão permaneça controversa, há atualmente um entendimento de que ela é multideterminada e multidimensional, havendo portanto mais consenso sobre quais são os seus sintomas. Todavia, a relação entre os sintomas e o gênero segue pouco explorada, como se verá a seguir.

### **Os sintomas do transtorno depressivo e o gênero**

Segundo Atkinson et al (2002), existem quatro conjuntos de sintomas que devem estar presentes em um indivíduo classificado com transtorno depressivo: os emocionais, os cognitivos, os motivacionais e os físicos. Em relação aos sintomas emocionais, os mais evidentes são: a tristeza e o abatimento. Os pacientes sentem desesperança, infelicidade, têm crises de choro, perda de satisfação e prazer com a vida. Em casos graves, podem se isolar do convívio social e até pensar em suicídio. Observa-se que a pessoa deprimida gradualmente perde o interesse por passatempos, recreações e atividades familiares.

Os sintomas cognitivos, por sua vez, consistem de pensamentos pessimistas e idéias de incapacidade e de culpa, na maioria dos casos. Outro sintoma cognitivo está relacionado com a falta de memória de eventos da história de vida. Em indivíduos com depressão, a memória autobiográfica tende a ser demasiadamente genérica, inespecífica e difusa, havendo dificuldade para localizar espacial e temporalmente os eventos de vida (Willians, 1997, citado por Pergher, Steinet & Wainer, 2004).

Ainda em relação ao desempenho da memória na depressão, Burt, Zembar e Niederehe (1995) citam extensas evidências que indicam o comprometimento da



memória em pacientes que sofrem de depressão maior, e cujo desempenho pode melhorar significativamente após o tratamento crônico com antidepressivos. Outro sintoma de natureza cognitiva e que possui diminuição de seu desempenho na depressão é a capacidade de resolução de problemas. De acordo com Nezu e Nezu (2001, citados em Pergher et al, 2004), a depressão afeta a capacidade de resolução de problemas do indivíduo com transtorno de humor, o que tem relevante impacto sobre o cotidiano destas pessoas.

Em relação aos sintomas físicos Atkinson et al (2002) afirmam que eles levam às alterações do apetite, do sono e da atividade física, como a fadiga e a perda de energia. No quesito sintomas motivacionais, a pessoa deprimida geralmente tende a ser passiva e com baixa energia que diminui sua iniciativa para executar ações e funções necessárias.

As observações de Atkinson et al (2002) oferecem um panorama consistente da dinâmica mental que um indivíduo deprimido hipoteticamente poderia apresentar. No entanto, elas não se ocupam de possíveis relações entre o gênero da pessoa deprimida e sua sintomatologia. Na realidade, este é um tema pouquíssimo explorado na literatura, havendo apenas uns poucos estudos que se ocupam desta questão. E, mesmo assim, a maioria deles o faz de forma apenas tangencial. Neste sentido, por exemplo, pode-se dizer do aparente consenso de que há um número superior de mulheres deprimidas quando comparadas aos homens (Kaplan et al, 1997 e Lima e Soares, 2007). A prevalência de depressão em nações industrializadas ocidentais, segundo Wulsin (1997), é de 2,3 a 3,2 % para homens e 4,5 a 9,3% para as mulheres.

No entanto, outras parcelas de estudos começam a apresentar resultados que contradizem estas observações. Por exemplo, pode-se citar Andrade, Viana e Silveira (2006), que sugerem ser possível que os homens apresentem o mesmo risco para depressão que as mulheres, ainda que a forma de apresentá-la seja diferente. Os autores defendem que seja mais provável que os homens manifestem a depressão por sintomas de irritabilidade em vez de disforia ou anedonia, mais verificados em mulheres. Esta posição vem ao encontro à hipótese do autor do presente trabalho, segundo a qual os homens apresentam diferenças sintomatológicas em relação à depressão quando comparados às mulheres. E ainda, que seriam necessários critérios diagnósticos específicos para a avaliação adequada da depressão masculina. Para isto, seria de grande importância que se contasse com instrumentos de avaliação fidedignos e válidos para a avaliação da depressão.

No Brasil, já existem alguns instrumentos de avaliação validados para a nossa realidade, como, por exemplo, o Inventário de Depressão de Beck (BDI) (Cunha, 2001), a versão reduzida da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) (Almeida & Almeida, 1999), a Escala de Depressão Pós-natal Edinburgo (EPDS) (Santos, Martins & Pasquali, 1999), a Escala de Avaliação de Mania de Young (Vilela & Loureiro, 1999), entre outras. No entanto, não foi encontrada nenhuma escala destinada a avaliar a depressão, segundo o gênero. Levantou-se, então, a questão se haveria na literatura algum instrumento especificamente dirigido à avaliação de depressão segundo o gênero. Com vistas a responder a esta pergunta, e também obter uma visão mais abrangente sobre os instrumentos de avaliação que estariam sendo usados em pesquisas, foi idealizada a presente pesquisa cujos objetivos são especificados a seguir.

## **Objetivos**

### **Objetivo Geral**

Levantamento e análise da produção científica, em base de dados internacional, relativa a trabalhos que se referiam a escalas e instrumentos de avaliação de depressão, no período de 2004 a 2007, procurando delinear um perfil que reflita as tendências atuais e as perspectivas científicas para os instrumentos que avaliam a depressão e mais especificamente, a masculina.

### **Objetivos Específicos**

- 1 - Identificar os instrumentos utilizados na literatura especializada no período de 2004 a 2007;
- 2 - Classificar a produção em função das características da amostra estudada: gênero, país, faixa etária, idioma;
- 3 - Classificar a produção em função do tipo de instrumentos;
- 4 - Avaliar os resultados, procurando compreender como a depressão masculina vem sendo pesquisada.

## **MÉTODO**

## **Material**

O levantamento da produção científica baseou-se, sobretudo, na análise de resumos da base de dados MEDLINE, uma das principais bases de dados das áreas médicas. A base de dados MEDLINE é produzida pela *National Library of Medicines*, e reúne referências bibliográficas e resumos de mais de 3700 revistas biomédicas publicadas nos Estados Unidos e em 70 outros países. São, aproximadamente, oito milhões de registros da literatura desde 1966, nas áreas de: medicina, enfermagem, psicologia, odontologia, e medicina veterinária. Sua atualização é mensal e está dividida em grupos de anos (<http://www.usp.br/sibi/biblioteca/medline.htm>).

No período de tempo de 2004 a 2007 foram identificados, aproximadamente, 6400 resumos. Devido à quantidade elevada de resumos e os limites de tempo para a realização do trabalho, decidiu-se limitar as análises das variáveis quantitativas (itens 2 e 3 dos objetivos específicos) à produção relativa ao ano de 2007, que contava inicialmente com um total de 988 resumos. Destes, 656 resumos de artigos foram considerados adequados aos objetivos da investigação e foram listados pela sua ordem cronológica.

## **Procedimento**

O acesso à base de dados MEDLINE foi feito através da utilização dos seguintes verbetes: *Depression* e *scale*. Para cada resumo de artigo selecionado foram então extraídas as seguintes variáveis: gênero da amostra estudada, país, faixa etária, idioma, tipo de instrumento e natureza do instrumento. Os artigos que não preencheram os critérios de investigação foram excluídos.

## **RESULTADOS**

Primeiramente, foram identificados os instrumentos voltados para a avaliação de depressão, e citados na produção científica do período de 2004 a 2007. Num total de 6400 resumos, foram encontrados 66 instrumentos, entre escalas de tipo auto-relato, questionários e entrevistas semi-estruturadas. A listagem completa dos instrumentos, juntamente com as referências bibliográficas em que eles foram citados, e é apresentada a seguir. Em relação aos instrumentos mais freqüentemente encontrados, algumas características foram fornecidas:

1. *Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)* (Hamilton, 1960) - A Escala de Depressão de Hamilton, em sua versão mais clássica, apresenta 17 itens. Procura mensurar o perfil e a severidade do transtorno depressivo. Segundo Bech et al (1993), é a escala mais utilizada nos estudos sobre os transtornos depressivos entre os pesquisadores nas últimas décadas.

2. *Beck Depression Inventory (BDI)* (Beck et al, 1961) - O Inventário de Depressão de Beck difere de outros questionários por incluir aspectos cognitivos. Na constituição da *Beck Depression Inventory (BDI)* se diferencia os sintomas das atitudes (Bech et al, 1993). O BDI foi traduzido e adaptado para vários idiomas como é o caso, por exemplo, do português (Cunha, 2001), espanhol (Bonilla, 2004), entre outros. Existe ainda o *Beck Depression Inventory – Spanish Language (BDI-S)* (Bonilla, 2004). Trata-se de um instrumento de tipo *self-report* para mensuração clínica do diagnóstico de depressão maior com adaptação da *Beck Depression Inventory (BDI)*, para a língua espanhola. O Inventário de Beck apresenta-se influenciado pelo DSM-IV (Bonilla, 2004).

3. *Zung Self-Rating Depression Scale (ZSDS)* (Zung, 1965) - Este instrumento está presente no artigo de Martinez et al (2003).

4. *Newcastle Depression Scale* (versão de 1965) - Bech et al (1993) referem que esta escala procura estabelecer a diferenciação entre a depressão endógena e a depressão neurótica. O DSM-II conceituava as diretrizes diagnósticas para a depressão endógena (melancolia) que é a base para a construção desta escala.

5. *Center for Epidemiological Studies - Depression Scale (CES-D)* (Radloff, 1977) - Conforme afirmam Gallant e Connell (2003), esta escala é utilizada para mensurar a presença de depressão em indivíduos idosos. Também se utiliza esta escala para indivíduos idosos com doenças crônicas como Diabetes, Asma, Demências, etc. Para Gill e Dansky (2003), o CES-D é um instrumento de consistente previsibilidade diagnóstica e de ajuda nos cuidados relacionados à depressão para a população em geral.

6. *Montgomery and Asberg Depression Rating Scale (MADRS)* (Montgomery & Asberg 1979) - Segundo Bech et al (1993), dos dez itens listados nesta escala oito itens são também listados no episódio depressivo maior do DSM-III-R.

7. *The Bech-Rafaelsen Melancholia Scale (MES)* (Bech & Rafaelsen, 1980) - Segundo Licht et al (2005), a Escala Bech-Rafaelsen de Melancolia possui 11 itens, dentre eles é influenciada em 6 itens pela Escala de Depressão de Hamilton.

8. *Geriatric Depression Scale (GDS)* (Yesavage et al 1982-83) - A Escala de Depressão Geriátrica possui a capacidade de avaliar a frequência de sintomas depressivos em idosos, segundo Plati, Covre, Lukasova & Macedo (2006).

9. *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)* (Zigmond & Snaith, 1983) - Esta escala é utilizada, nos estudos de Kuijpers et al (2003), para a detecção de síndromes depressivas e/ou ansiosas em indivíduos hospitalizados.

10. *Children Depression Inventory (CDI)* - Barros, Coutinho, Araújo e Castanha (2006) afirmam: O CDI foi elaborado por Kovács, em 1985. Seu objetivo geral é o de detectar a presença e a severidade do transtorno depressivo em crianças e adolescentes. Segundo Gouveia, Barbosa, Gouveia e Barbosa (2004), o CDI possui como origem o BDI.

11. *Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)* (Cox, Holden & Sagovsky, 1987) - Segundo Medeiros e Furtado (2004) trata-se de um questionário auto-aplicável para identificação de mães com transtornos depressivos. A EPDS é composta de 10 questões que possuem uma escala de quatro pontos (zero a três) e

geralmente é utilizada em estudos com mulheres do período gestacional, até após o parto. Este instrumento está presente no trabalho de Moraes et al (2006).

12. *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia – children version* (Kiddie – SADS) - Segundo Versiani, Reis e Figueira (2000), esta escala mostra-se sensível em pesquisas de crianças e adolescentes que apresentam transtorno de humor deprimido. Possui ainda outras funções como a detecção de: transtornos de ansiedade, transtornos de conduta, transtorno do déficit de atenção, problemas de relacionamento entre pais e filhos, transtorno de ajustamento, sem humor deprimido, sintomas afetivos outros e sintomas psicóticos. Segundo Versiani et al (2000), uma reconfiguração possível desta escala é a *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children Present Episode* (K–SADS-P), que visa o estudo da gravidade e a frequência dos sintomas depressivos, durante o episódio atual depressivo.

13. *Questionário de Auto-avaliação da Escala de Hamilton para Depressão* (QAEH-D) - Sousa, Filizola e Moraes (2003), referindo sobre o QAEH-D, afirmaram que ele possui características de validade e fidedignidade para a medição da sintomatologia depressiva.

14. *Escala Breve para la Evaluación de la Depression de Ojeda* (EBDO) (Ojeda, et al, 2003) - Trata-se de uma escala de sete itens para avaliação da depressão. Os autores afirmam que uma escala mais condensada permite ser aplicada em um período curto de tempo, o que é interessante quando se refere aos transtornos depressivos (Ojeda, et al., 2003).

15. *Medically III* (M III) - Trata-se de uma escala de 10 itens, tipo self-report, que visa diagnosticar depressão maior nos pacientes estudados (Wilhelm et al, 2004).

16. *Clinically Useful Depression Outcome Scale* (CUDOS) - Esta escala foi utilizada em 2004 e comparada com a Escala de Depressão de Hamilton na monitoração do curso do tratamento e da remissão em pacientes deprimidos, sendo considerada uma opção prática para este fim (Zimmerman, Posternak & Chelminski, 2004).



17. *California Psychological Inventory (CPI-D)* - Esta escala possui como principal função avaliar a sintomatologia depressiva e/ou de ansiedade em adultos (Jay & John, 2004).

18. *British Columbia Major Depression Inventory (BCMDI)* (Iverson e Remick, 2004) - Este instrumento é utilizado para indivíduos adultos e se apresenta válido na clínica da depressão.

19. *Inventory of Depressive Symptomatology (IDS)* - Trata-se de uma escala de 30 itens para mensuração de dinâmicas depressivas. Recentemente desenvolveu-se uma versão condensada denominada de *Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS)*, de 16 itens. Podendo ambas ser aplicadas na forma de *self-report* respectivamente como: *Inventory of Depressive Symptomatology and Self-Report (IDS-SR)* e *Quick Inventory of Depressive Symptomatology and Self-Report (QIDS-SR)* (Trivedi et al, 2004).

20. *Diagnostic Inventory for Depression (DID)* - Este instrumento está presente no trabalho de Zimmerman, Sheeran e Young (2004) e, segundo os autores, é um *self-report*, válido para mensurar episódios de depressão maior.

21. *Patient Health Questionnaire – 9 (PHQ-9)* - Lowe et al (2004) afirmam ser esta uma escala cuja função principal é diagnosticar a depressão em adultos. Este instrumento é reportado no artigo de Ell et al (2007).

22. *Major Depression Inventory (MDI)* - Esta escala contém dez itens da Classificação Internacional das Doenças – 10 (CID-10) para detecção de sintomas de depressão maior e se mostrou aplicável com sensibilidade e especificidade (Olsen & Mortensen, 2004).

23. *Reasons for Depression Questionnaire (RFD)* - Este questionário mostra-se com alta confiabilidade para mensurar os resultados de tratamentos para indivíduos com depressão (Thwaites et al, 2004).

24. *The Quality of Life in Depression Scale* (QLDS) - Presente no trabalho de Fleck et al (2005), visa a mensuração da qualidade de vida em pacientes deprimidos. Os estudos têm avaliado os desempenhos desta escala como modestos até o momento.

25. *Reynolds Adolescent Depression Scale* (RADS) - Este instrumento está presente no estudo de Brajsa-Zganec (2005). Esta escala é utilizada na mensuração da depressão em crianças e adolescentes.

26. *Mini-Internacional Neuropsychiatric Interview Major Depressive Episode* (MINI-MDE) – Encontra-se presente no artigo de Friedman, Heisel e Delavan (2005). Possibilita a identificação de sintomatologia depressiva em pacientes idosos.

27. *Depression Rating Scale* (DRS) (Gruneir et al, 2005)- Mensura a depressão em indivíduos com doenças crônicas como o câncer, o que possibilita aos clínicos medidas para atenuação da depressão e a melhora da qualidade clínica dos pacientes (Gruneir et al, 2005).

28. *AMDP - Depression Scale* (AMDP-DS) - Esta escala apresenta os princípios classificatórios operacionalizados pela CID-10 e está composta de 22 itens (Lauterbach et al, 2005).

29. *Depression Intensity Scale Circles* (DISCs) - Visa a mensuração de depressão em pacientes com cognição ou comunicação limitada devido a uma lesão provocada no cérebro. Utiliza-se de círculos com graduações de 0 a 5 para mensuração da intensidade dos sintomas (Turner-Strokes et al, 2005).

30. *Detection of Depression in the Elderly Scale* (DDES) - Este instrumento visa identificar transtorno depressivo maior em pacientes idosos (Lopez-Torres-Hidalgo et al, 2005).

31. *Trauma Symptom Checklist for Children* (TSC-C) - Este instrumento encontra-se presente no artigo de Margetic, Aukst-Margetic, Bilic, Jelusic, Tambic e Bukovac (2005). É utilizado na mensuração de sintomatologia depressiva e ansiosa em crianças.

32. *Hopkins Symptom Checklist-90 (HSCL-90)*. Trata-se de um *self-report* utilizado para mensurar na população a sintomatologia depressiva (Lustman, 2005). Este instrumento está presente no artigo de Ludman et al (2007).

33. *Aga Khan University Anxiety and Depression Scale (AKUADS)* (Mumford et al, 2005) - Instrumento utilizado no estudo de Hashmi et al (2007).

34. *Assessment of Depression Inventory (ADI)* - Este questionário de 39 itens se mostrou efetivo na mensuração dos sintomas depressivos em indivíduos adultos (Mogge, 2006).

35. *Symptomatology of Depression Scale for Teachers (SDST)* - Utilizada diretamente nos professores de escolares com suspeita de quadros depressivos, auxilia na indicação das principais queixas presentes entre as crianças a serem estudadas (Enumo, Ferrão & Ribeiro, 2006).

36. *Depression Self-Rating Scale for Iranian Adolescents* - Instrumento presente no estudo de Taghavi (2006).

37. *Harvard National Depression Screening Day Scale (HANDS)* - Instrumento presente no artigo de Fava et al (2006).

38. *Children's Depression Rating Scale-Revised (CDRS-R)* - Este instrumento se encontra presente no artigo de Wagner et al (2006). É utilizado na medição da sintomatologia depressiva em crianças e adolescentes (seis a doze anos) (Wagner et al, 2006).

39. *Pictorial Depression Scale (PDS)* - Presente no artigo de O'Connor e Paley (2006), mensura a sintomatologia depressiva em crianças, com a presença das mães durante este processo.

40. *Reynolds Child Depression Scale* - Instrumento presente no artigo de Riednour, Greenberg e Cook (2006).

41. *Clinimetric Scale for the Diagnosis of Depression (CSDD)* - Encontrado no artigo de Díaz-Rodríguez et al (2006).

42. *Ko's Depression Inventory* - Instrumento presente no artigo de Lin, Ko, Wu e Chang, (2007).

43. *CERAD behavioral rating scale (CBRS)* - Instrumento presente no artigo de Wilkosz et al (2007).

44. *Mood and Anxiety Symptom Questionnaire (MASQ)* - Instrumento presente no artigo de Buckby, Yung, Cosgrave e Cotton (2007).

45. *von Zerssen's Depression Scale* - Instrumento presente no artigo de de Zeeuw et al (2007).

46. *Patient Health Questionnaire Depression Scale (PHQ-DS)* - Instrumento presente no artigo de Kolkow, Spira, Morse e Grieger (2007).

47. *Neurobehavioral Functioning Inventory - Depression Scale (NFI-DS)* - Instrumento presente no artigo de Malec, Testa, Rush, Brown e Moessner (2007).

48. *Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD)* - Instrumento presente no artigo de Bohnen et al (2007).

49. *Chapman Revised Physical Anhedonia Scale (CRPAS)* - Instrumento presente no artigo de Harvey, Pruessner, Czechowska e Lepage (2007).

50. *Depression and Anxiety Stress Scale (DASS)* - Instrumento presente no artigo de McAlonan et al (2007).

51. *Calgary Depression Rating Scale for Schizophrenia (CDSS)*- Instrumento presente no artigo de Muller (2007).

52. *Depression Cognitive Index (DCI)* – Instrumento presente no artigo de Romão, Romão Junior, Belasco e Barbosa (2007).

53. *Depressive Mood Scale (EHD)* - Instrumento encontrado no artigo de Montel e Bungener (2007).

54. *Brief Symptom Inventory – Subscale Depression (BSI)* - Instrumento utilizado no trabalho de Konrad, Carels e Garner (2007).

55. *Goldberg Anxiety and Depression Scale (GADS)* - Instrumento utilizado nos estudos por Pérez Milena et al (2007).

56. *Depression Scale (DEPS)* - Instrumento utilizado no estudo de Poutanen et al (2007).

57. *Depressive Experiences Questionnaire (DEQ)* - Instrumento presente no estudo de Levy, Edell e McGlashan (2007).

58. *Punjabi Postnatal Depression Scale* - Instrumento presente no estudo de Downe, Butler e Hinder (2007).

59. *Reynolds Adolescent Depression Scale* - Instrumento presente no estudo de Huth-Bocks, Kerr, Ivey, Kramer e King (2007).

60. *Depression Stigma Scale (DSS)* - Instrumento presente no estudo de Wang, Fick, Adair e Lai (2007).

61. *Adolescent Depression Rating Scale (ADRS)* - Instrumento presente no estudo de Revah-Levy, Birmaher, Gasquet e Falissard (2007).

62. *Greek Hospital Anxiety and Depression Scale (GHADS)* - Instrumento presente no estudo de Mystakidou, Tsilika, Parpa, Smyrnioti e Vlahos (2007).

63. *Global Depression Scale (GDS)* - Instrumento presente no trabalho de Lorant et al (2007).

64. *Symptom Checklist –Depression Subscale (SCL-DS)* - Instrumento presente no artigo dos autores de Maat et al (2007).

65. *EuroQuol – 5D (EQ-5D)* - Instrumento presente no trabalho de Günther, Roick, Angermeyer e König, (2008).

66. *Mexican Spanish IBS-QOL* - Instrumento presente no trabalho de Schmulson et al (2007).

Com vistas a atender os itens 2 e 3 dos objetivos específicos, realizou-se a análise de 656 de um total de 988 resumos de artigos na base de dados MEDLINE, referentes ao ano de 2007. Foram construídas tabelas de frequências para os instrumentos de depressão em relação às constantes: instrumentos utilizados para avaliar depressão; gênero da população-alvo; faixa etária da amostra; país em que foi realizado o estudo; idioma, natureza do instrumento e tipo de instrumento.

A Tabela 1 mostra um total de 49 tipos de instrumentos para mensurar depressão, presentes na produção de 2007. Destes os oito primeiros instrumentos da tabela foram utilizados em 89,6% dos trabalhos analisados.

Em relação aos artigos presentes na produção indexada MEDLINE oito artigos eram de origem brasileira. Nestes, os instrumentos utilizados para mensurar a depressão foram: a *Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)* (n=2), a *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)* (n=2), a *Geriatric Depression Scale (GDS)* (n=2), o *Beck's Depression Inventory (BDI)* (n=1), a *Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS)* (n=1), a *Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD)* (n=1) e a *Depression Cognitive Index (DCI)* (n=1) (sendo que dois artigos utilizaram dois instrumentos no mesmo estudo).

Todos os artigos brasileiros eram de diferentes autores, sendo dois filiados à Universidade de São Paulo-SP, um ao Hospital das Clínicas de Porto Alegre-RS, um à Universidade do Rio de Janeiro-RJ, um ao Hospital Governador Israel Pinheiro – MG, um à Universidade de Campinas-SP, um ao Hospital de Reabilitação Sarah de Brasília – DF e um à Escola Paulista de Medicina- SP.

**Tabela 1.** Escalas de depressão presentes na produção bibliográfica de 2007.

Escala	F	F%	ΣF%
Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)	149	20,8	20,8
Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	141	19,6	40,4
Beck's Depression Inventory (BDI)	94	13,1	53,5
Center for Epidemiological Studies Depression (CES-D)	80	11,1	64,6
Geriatric Depression Scale (GDS)	66	9,2	73,8
Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS)	52	7,2	81,1
Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)	35	4,9	85,9
Zung Self-Rating Depression Scale (ZSDS)	26	3,6	89,6
Depression and Anxiety Stress Scale (DASS)	12	1,7	91,2
Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD)	8	1,1	92,3
Children's Depression Rating Scale (CDRS)	5	0,7	93,0
Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)	3	0,4	93,5
Reynolds Child Depression Scale	3	0,4	93,9
Quality of Life in Depression Scale (QLDS)	2	0,3	94,2
Harvard National Depression Screening Day Scale (HANDS)	2	0,3	94,4
Children's Depression Inventory (CDI)	2	0,3	94,7
Calgary Depression Rating Scale for Schizophrenia (CDSS)	2	0,3	95,0
Hopkins Symptom Checklist -90-Depression Scale (HCL-90-DS)	2	0,3	95,3
Goldberg Anxiety and Depression Scale (GADS)	2	0,3	95,5
Aga Khan University Anxiety and Depression Scale (AKUADS)	2	0,3	95,8
Depression Cognitive Index (DCI)	2	0,3	96,1
Symptom Checklist – Depression Subscale (SCL-DS)	1	0,1	96,2
Ko's Depression Inventory	1	0,1	96,4
EuroQuol-5D (EQ-5D)	1	0,1	96,5
Cerad Behavioral Rating Scale (CBRS).	1	0,1	96,7
Mood Anxiety Symptoms Questionnaire (MASQ)	1	0,1	96,8
von Zerssen's Depression Scale	1	0,1	96,9
Patient Health Questionnaire – Depression Scale (PHQ-DS)	1	0,1	97,1
Neurobehavioral Functioning Inventory – Depression Scale (NFI-DS)	1	0,1	97,2
Chapman Revised Physical Anhedonia Scale (CRPAS)	1	0,1	97,4
Inventory of Depressive Symptoms (IDS)	1	0,1	97,5
Depression Self-Rating Scale Iranian Adolescent	1	0,1	97,6
Cornell Dysthymia Rating Scale (CSDD)	1	0,1	97,8
Depressive Mood Scale (EHD)	1	0,1	97,9
Mexican Spanish IBS-QOL	1	0,1	98,1
Clinimetric Scale for the Diagnosis of Depression (CSDD)	1	0,1	98,2
Brief Symptom Inventory – Subscale Depression (BSI-SD)	1	0,1	98,3
Diagnostic Inventory to Depression (DID)	1	0,1	98,5

<b>Escala</b>	<b>F</b>	<b>F%</b>	<b>ΣF%</b>
<b>Depression Scale(DEPS)</b>	<b>1</b>	<b>0,1</b>	<b>98,6</b>
<b>Depressive Experience Questionnaire (DEQ)</b>	<b>1</b>	<b>0,1</b>	<b>98,7</b>
<b>Punjabi Postnatal Depression Scale</b>	<b>1</b>	<b>0,1</b>	<b>98,9</b>
<b>Diagnostic Inventory for Depression (DID)</b>	<b>1</b>	<b>0,1</b>	<b>99,0</b>
<b>Depression Stigma Scale (DEPS)</b>	<b>1</b>	<b>0,1</b>	<b>99,2</b>
<b>Melancholia Scale (MES)</b>	<b>1</b>	<b>0,1</b>	<b>99,3</b>
<b>Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS)</b>	<b>1</b>	<b>0,1</b>	<b>99,4</b>
<b>Adolescent Depression Rating Scale (ADRS)</b>	<b>1</b>	<b>0,1</b>	<b>99,6</b>
<b>Greek Hospital Anxiety and Depression Scale (GHADS)</b>	<b>1</b>	<b>0,1</b>	<b>99,7</b>
<b>Global Depression Scale (GDS)</b>	<b>1</b>	<b>0,1</b>	<b>99,9</b>
<b>Calgary Depression Scale for Schizophrenia (CDSS)</b>	<b>1</b>	<b>0,1</b>	<b>100,0</b>

A Tabela 2 mostra a distribuição dos artigos por gênero da amostra estudada quanto à depressão, no ano de 2007. Encontra-se um predomínio de estudos voltados para ambos os sexos (83,5%). As mulheres são estudadas em 12,8% dos artigos, sendo que, nestes o instrumento mais utilizado é a *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) (Cox, Holden & Sagovsky, 1987) (35,7%).

Dos 656 resumos avaliados do ano de 2007, apenas 24 (3,7%) tiveram como população alvo os homens. Em relação aos instrumentos encontrados nestes trabalhos, aparecem: a *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) (n=6), a *Hamilton Depression Rating Scale* (HDRS) (n=3), a *Center for Epidemiological Studies - Depression Scale* (CES-D) (n=3), a *Zung Self-Rating Depression Scale* (ZSDS) (n=3), a *Montgomery-Asberg Depression Rating Scale* (MADRS) (n=2), a *Geriatric Depression Scale* (GDS) (n=2), o *Beck's Depression Inventory* (BDI) (n=2), a *Depression and Anxiety Scale* (DASS) (n=2), a *Patient Health Questionnaire Depression Scale* (PHQ-DS) (n=1) e a *Calgary Depression Rating Scale for Schizophrenia* (CDSS) (n=1). Assim, 92% dos instrumentos utilizados para mensurar a depressão em homens se encontram entre os nove mais frequentes na bibliografia mundial e estão presentes na Tabela 1.

É preciso notar que, embora utilizados apenas em estudos que tiveram amostras masculinas, nenhum destes instrumentos foi elaborado para identificar a depressão exclusivamente no gênero masculino. Todos foram desenvolvidos com o objetivo de diagnosticar a depressão em ambos os sexos.

Dentre os 24 artigos que mensuraram a depressão no gênero masculino, a faixa etária da amostra foi predominantemente de indivíduos adultos (n=15). A segunda



faixa etária mais estudada é a dos idosos (n=5), e a terceira, é a associação dos indivíduos adultos e idosos (n=4).

Quanto aos países em que foram realizados estudos com amostras exclusivamente masculinas, predominaram: os Estados Unidos da América (n=6), a Inglaterra (n=4) e o Japão (n=3). A Austrália, a Coreia e a China produziram, cada qual, dois artigos sobre o tema. E ainda Polônia, Holanda, Suécia, Malásia e Nigéria produziram, cada qual, um artigo sobre a depressão no gênero masculino.

Foram identificados oito tipos diferentes de temas de interesse: 1) idosos com depressão (n=6); 2) neoplasias no sistema reprodutivo masculino (n=5); 3) trabalhadores masculinos com depressão (bombeiros, profissionais de emergências e estresse ocupacional.) (n=5); 4) veteranos de guerra (n=4); 5) problemas sexuais e depressão em homens (n=1); 6) homens infectados com HIV e depressão (n=1); 7) homens prisioneiros com depressão (n=1) e 8) homens diabéticos usando antidepressivos (n=1).

Em relação aos artigos brasileiros, todos mensuraram a depressão em amostras de ambos os gêneros.

**Tabela 2.** Distribuição dos artigos de acordo com o gênero da população-alvo (2007).

<b>Gênero</b>	<b>F</b>	<b>F%</b>	<b>ΣF%</b>
<b>Ambos</b>	<b>548</b>	<b>83,5</b>	<b>83,5</b>
<b>Mulheres</b>	<b>84</b>	<b>12,8</b>	<b>96,3</b>
<b>Homens</b>	<b>24</b>	<b>3,7</b>	<b>100,0</b>

A Tabela 3 mostra a distribuição dos artigos por faixa etária da amostra. Encontrou-se o predomínio de estudos que focalizaram os indivíduos adultos (59,3%), seguidos pelos idosos (19,1%) e adultos e idosos (9,5%). A somatória dos artigos que estudavam a depressão em adultos isoladamente ou em associação com alguma (s) outra(s) faixa(s) etária(s) atinge um total de 75,8%, dos artigos. Por outro lado, a somatória dos artigos que estudavam a depressão em crianças isoladamente ou em associação com alguma (s) outra(s) faixa(s) etária(s) correspondeu a apenas 2,3% dos artigos.

Em relação aos artigos brasileiros, a faixa etária mais estudada foi a de adultos, com quatro artigos. Os idosos foram estudados em três artigos, e a faixa de idosos e adultos foi estudada em um artigo.

**Tabela 3.** Distribuição dos artigos quanto à faixa etária da população-alvo em 2007.

<b>Faixa Etária</b>	<b>F</b>	<b>F%</b>	<b>ΣF%</b>
<b>Adultos</b>	<b>389</b>	<b>59,3</b>	<b>59,3</b>
<b>Idosos</b>	<b>125</b>	<b>19,1</b>	<b>78,4</b>
<b>Adultos e Idosos</b>	<b>62</b>	<b>9,5</b>	<b>87,8</b>
<b>Adolescentes</b>	<b>26</b>	<b>4,0</b>	<b>91,8</b>
<b>Adolescentes, Adultos e Idosos</b>	<b>24</b>	<b>3,7</b>	<b>95,4</b>
<b>Adolescentes e Adultos</b>	<b>15</b>	<b>2,3</b>	<b>97,7</b>
<b>Crianças e Adolescentes</b>	<b>5</b>	<b>0,8</b>	<b>98,5</b>
<b>Todas</b>	<b>5</b>	<b>0,8</b>	<b>99,2</b>
<b>Crianças</b>	<b>3</b>	<b>0,5</b>	<b>99,7</b>
<b>Crianças, Adolescentes e Adultos</b>	<b>1</b>	<b>0,2</b>	<b>99,8</b>
<b>Adolescentes e idosos</b>	<b>1</b>	<b>0,2</b>	<b>100,0</b>

A Tabela 4 mostra a distribuição por país, dos artigos que estudam a depressão. Conforme o esperado, o país com a maior produção são os Estados Unidos, totalizando 25,6% dos artigos. Em seguida tem-se a Inglaterra com 9%, a Alemanha com 5,6%, Austrália com 5,6% e a Holanda com 5%. A somatória de artigos destes seis países totalizou mais da metade de toda a produção sobre a depressão no período estudado.

Ainda entre os países que mais produziram estudos encontraram-se: a China com 4,9%, a Itália com 3,8% e o Japão com 3,7%, o Canadá com 3,5%, a França com 3,5% e a Espanha com 3% dos artigos encontrados. O Brasil ocupa a 16ª posição na Tabela 4, com a produção de oito artigos (1,2%).

**Tabela 4.** Distribuição dos artigos por países no ano de 2007

<b>Nacionalidade</b>	<b>F</b>	<b>F%</b>	<b>Σ F%</b>
<b>U.S.A.</b>	<b>168</b>	<b>25,6</b>	<b>25,6</b>
<b>Inglaterra</b>	<b>59</b>	<b>9,0</b>	<b>34,6</b>
<b>Alemanha</b>	<b>37</b>	<b>5,6</b>	<b>40,2</b>
<b>Austrália</b>	<b>37</b>	<b>5,6</b>	<b>45,9</b>
<b>Holanda</b>	<b>33</b>	<b>5,0</b>	<b>50,9</b>
<b>China</b>	<b>32</b>	<b>4,9</b>	<b>55,8</b>
<b>Itália</b>	<b>25</b>	<b>3,8</b>	<b>59,6</b>
<b>Japão</b>	<b>24</b>	<b>3,7</b>	<b>63,3</b>
<b>Canadá</b>	<b>23</b>	<b>3,5</b>	<b>66,8</b>
<b>França</b>	<b>23</b>	<b>3,5</b>	<b>70,3</b>

<b>Nacionalidade</b>	<b>F</b>	<b>F%</b>	<b>Σ F%</b>
<b>Espanha</b>	<b>20</b>	<b>3,0</b>	<b>73,3</b>
<b>Turquia</b>	<b>20</b>	<b>3,0</b>	<b>76,4</b>
<b>Suécia</b>	<b>17</b>	<b>2,6</b>	<b>79,0</b>
<b>Polónia</b>	<b>13</b>	<b>2,0</b>	<b>80,9</b>
<b>Noruega</b>	<b>10</b>	<b>1,5</b>	<b>82,5</b>
<b>Brasil</b>	<b>8</b>	<b>1,2</b>	<b>83,7</b>
<b>Grécia</b>	<b>8</b>	<b>1,2</b>	<b>84,9</b>
<b>México</b>	<b>7</b>	<b>1,1</b>	<b>86,0</b>
<b>Coréia</b>	<b>7</b>	<b>1,1</b>	<b>87,0</b>
<b>Finlândia</b>	<b>6</b>	<b>0,9</b>	<b>88,0</b>
<b>Singapura</b>	<b>6</b>	<b>0,9</b>	<b>88,9</b>
<b>Dinamarca</b>	<b>6</b>	<b>0,9</b>	<b>89,8</b>
<b>Israel</b>	<b>5</b>	<b>0,8</b>	<b>90,5</b>
<b>Índia</b>	<b>5</b>	<b>0,8</b>	<b>91,3</b>
<b>Iran</b>	<b>5</b>	<b>0,8</b>	<b>92,1</b>
<b>Suíça</b>	<b>4</b>	<b>0,6</b>	<b>92,7</b>
<b>Aústria</b>	<b>4</b>	<b>0,6</b>	<b>93,3</b>
<b>Nigéria</b>	<b>4</b>	<b>0,6</b>	<b>93,9</b>
<b>Hungria</b>	<b>4</b>	<b>0,6</b>	<b>94,5</b>
<b>Portugal</b>	<b>3</b>	<b>0,5</b>	<b>95,0</b>
<b>Paquistão</b>	<b>3</b>	<b>0,5</b>	<b>95,4</b>
<b>Sérvia e Montenegro</b>	<b>3</b>	<b>0,5</b>	<b>95,9</b>
<b>Bélgica</b>	<b>2</b>	<b>0,3</b>	<b>96,2</b>
<b>Nova Zelândia</b>	<b>2</b>	<b>0,3</b>	<b>96,5</b>
<b>Irlanda</b>	<b>2</b>	<b>0,3</b>	<b>96,8</b>
<b>Rússia</b>	<b>2</b>	<b>0,3</b>	<b>97,1</b>
<b>Lituânia</b>	<b>2</b>	<b>0,3</b>	<b>97,4</b>
<b>Argentina</b>	<b>1</b>	<b>0,2</b>	<b>97,6</b>
<b>Chile</b>	<b>1</b>	<b>0,2</b>	<b>97,7</b>
<b>E.U.A e Coréia</b>	<b>1</b>	<b>0,2</b>	<b>97,9</b>
<b>Omã</b>	<b>1</b>	<b>0,2</b>	<b>98,0</b>
<b>Trinidad e Tobago</b>	<b>1</b>	<b>0,2</b>	<b>98,2</b>
<b>Cyprus</b>	<b>1</b>	<b>0,2</b>	<b>98,3</b>
<b>Croácia</b>	<b>1</b>	<b>0,2</b>	<b>98,5</b>
<b>África do Sul</b>	<b>1</b>	<b>0,2</b>	<b>98,6</b>
<b>U.S.A. e China</b>	<b>1</b>	<b>0,2</b>	<b>98,8</b>
<b>Tailândia</b>	<b>1</b>	<b>0,2</b>	<b>98,9</b>
<b>Togo</b>	<b>1</b>	<b>0,2</b>	<b>99,1</b>
<b>Malásia</b>	<b>1</b>	<b>0,2</b>	<b>99,2</b>
<b>Nepal</b>	<b>1</b>	<b>0,2</b>	<b>99,4</b>
<b>Arábia Saudita</b>	<b>1</b>	<b>0,2</b>	<b>99,5</b>
<b>Venezuela</b>	<b>1</b>	<b>0,2</b>	<b>99,7</b>
<b>Egito</b>	<b>1</b>	<b>0,2</b>	<b>99,8</b>
<b>Indonésia</b>	<b>1</b>	<b>0,2</b>	<b>100,0</b>

A Tabela 5 mostra que a língua inglesa é o idioma utilizado preferencialmente para se difundir o conhecimento sobre os instrumentos que estudam a

depressão, em 92,7% dos artigos. Em seguida, mas muito distante, tem-se o idioma francês com 1,1% e os idiomas espanhol, japonês e chinês com a mesma frequência de 0,9%.

Dos artigos na MEDLINE produzidos no Brasil no ano de 2007 apenas um estava escrito na língua portuguesa, os outros sete artigos estavam escritos na língua inglesa.

**Tabela 5.** Distribuição da frequência por idioma dos artigos em 2007.

<b>Idioma</b>	<b>F</b>	<b>F%</b>	<b>ΣF%</b>
<b>Inglês</b>	<b>608</b>	<b>92,7</b>	<b>92,7</b>
<b>Francês</b>	<b>7</b>	<b>1,1</b>	<b>93,8</b>
<b>Espanhol</b>	<b>6</b>	<b>0,9</b>	<b>94,7</b>
<b>Japonês</b>	<b>6</b>	<b>0,9</b>	<b>95,6</b>
<b>Chinês</b>	<b>6</b>	<b>0,9</b>	<b>96,5</b>
<b>Alemão</b>	<b>5</b>	<b>0,8</b>	<b>97,3</b>
<b>Polonês</b>	<b>5</b>	<b>0,8</b>	<b>98,0</b>
<b>Húngaro</b>	<b>4</b>	<b>0,6</b>	<b>98,6</b>
<b>Português</b>	<b>1</b>	<b>0,2</b>	<b>98,8</b>
<b>Norueguês</b>	<b>1</b>	<b>0,2</b>	<b>98,9</b>
<b>Russo</b>	<b>1</b>	<b>0,2</b>	<b>99,1</b>
<b>Norueguês (Danish)</b>	<b>1</b>	<b>0,2</b>	<b>99,2</b>
<b>Inglês e Português</b>	<b>1</b>	<b>0,2</b>	<b>99,4</b>
<b>Italiano</b>	<b>1</b>	<b>0,2</b>	<b>99,5</b>
<b>Lituano</b>	<b>1</b>	<b>0,2</b>	<b>99,7</b>
<b>Sérvio</b>	<b>1</b>	<b>0,2</b>	<b>99,8</b>
<b>Turco</b>	<b>1</b>	<b>0,2</b>	<b>100,0</b>

A Tabela 6 mostra que, dentre os instrumentos preferencialmente utilizados pelos pesquisadores, os de tipo *self report* foram os mais empregados (68,1%), seguidos dos de tipo *rating scale* (em que a avaliação é feita pelo clínico) (31,9%).

Nos 24 artigos que estudaram a depressão exclusivamente no gênero masculino, foram encontrados 18 instrumentos de tipo *self report* (72%) e sete *rating scales* (28%). Nos oito artigos produzidos no Brasil foram encontrados 10 instrumentos diferentes: cinco de tipo *self report* e cinco *rating scales*.

**Tabela 6.** Distribuição dos instrumentos quanto à sua natureza (2007).

<b>Natureza do Instrumento</b>	<b>F</b>	<b>F%</b>	<b>ΣF%</b>
<b>Self Report</b>	<b>489</b>	<b>68,1</b>	<b>68,1</b>
<b>Rating Scale</b>	<b>229</b>	<b>31,9</b>	<b>100,0</b>

## **DISCUSSÃO**

Os resultados da busca de artigos, acessados com os verbetes *depression* e *scale*, nos últimos quatro anos (2004/2007), indicaram que artigos que estudam a depressão na bibliografia mundial são muito numerosos. Todavia, apesar das facilidades proporcionadas pelas bases de dados, que tornam o acesso à produção científica muito mais fácil e numa proporção que anteriormente não se podia imaginar, sempre é possível surpreender-se em encontrar mais um estudo ou artigo que fale de depressão. Desta forma, apesar de terem sido encontrado 6400 artigos na base de dados MEDLINE, é preciso ter-se em conta que este número certamente é ainda mais elevado, se se considera que uma grande parte dos periódicos não se encontra indexada e que o acesso à produção, por meio de palavras-chave, constitui sempre uma forma de filtro seletivo que impõe restrições ao tipo de produção acessada.

Considerando, pois, que toda busca, por mais extensa e minuciosa que seja fosse, segue sempre contando com limites, nesta dissertação optou-se por analisar resumos de artigos apenas da MEDLINE, uma das principais bases de dados destinadas aos estudos da área da saúde. O total de artigos encontrados (N=6400) sugere que apesar das restrições da amostra, esta deve ser representativa da produção mundial na área, o que permite supor que os dados constituem uma amostra confiável de como a depressão vem sendo estudada e avaliada. E mais especificamente, sobre quais seriam os principais instrumentos utilizados para medi-la. Conforme referido, foram encontrados 66 instrumentos, dos quais nenhum deles voltado especificamente para o estudo da depressão masculina.

A ciência é cumulativa e o último ano de produção é reflexo do conhecimento, anteriormente produzido. O período mais recente de produção também traz a vantagem de revelar as novas tendências no estudo da depressão. Em relação à busca efetuada na MEDLINE, para as publicações de 2007, de um total de 988 resumos de artigos acessados, 656 faziam referência a algum tipo de instrumento para a avaliação da depressão. Sendo que, nessa amostra, foram encontrados 49 instrumentos dos 66 listados no período de 2004 a 2007. Nesta medida, um estudo mais acurado da produção de 2007, pareceu ser suficiente para produzir um perfil de como a depressão vem sendo estudada na atualidade.

Analisando a Tabela 1, encontra-se uma amostra representativa da diversidade de instrumentos existentes para a avaliação de sintomas depressivos (n=49). Observando-se a coluna das frequências acumuladas, vê-se, todavia, que cerca de 90%

dos resumos consultados referiam-se a apenas oito instrumentos: *Escala para Depressão de Hamilton (HRDS)*, a *Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS)*, o *Inventário para Depressão de Beck (BDI)*, a *Escala do Centro Epidemiológico para Estudo da Depressão (CES-D)*, *Escala Geriátrica para Depressão (GDS)*, a *Escala para Depressão de Montgomery-Asberg (MADRS)*, a *Escala Pós-natal para Depressão de Edinburgh (EPDS)*, e a *Escala de Auto-avaliação para Depressão de Zung*. Dentre estes, a HRDS e a HADS são sem dúvida os instrumentos mais utilizados, seguidos de perto pelo BDI. Juntos, estes instrumentos são citados em mais de 50% dos artigos.

A Tabela 2 traz as frequências dos artigos que estudaram a depressão em função do sexo. Os artigos, em sua maioria, estudaram a depressão com os dois sexos simultaneamente (83,5%). Esta situação reflete a principal tendência dos estudos que mensuram a depressão.

Nos estudos em que apenas um dos sexos foi estudado, o feminino prevaleceu com 84 artigos, o que corresponde a 12,8% da amostra. O instrumento mais utilizado é a *Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)*, totalizando 35,7% dos instrumentos presentes nos artigos que mensuraram o gênero feminino. Esta escala possui características muito específicas para o gênero feminino. Basicamente, esta escala foi adaptada para detectar a depressão nas mulheres num período após o puerpério. Nos demais estudos que tiveram as mulheres como o gênero exclusivo a ser estudado, foram empregados instrumentos que avaliam a depressão em ambos os gêneros.

Foram identificados apenas 24 artigos que mensuram a depressão em homens. E em todos eles, tratava-se de situações adversas do ponto de vista ambiental e biológico. As situações identificadas foram: depressão em veteranos de guerras, depressão em presidiários ou depressão em situações de adversidade patológicas do ponto de vista clínico, como no caso de: pacientes com câncer ou em ambientes de trabalho que geram muito estresse e que não coincidem com uma amostra mais frequente e representativa do gênero masculino. Os resultados destas pesquisas contribuem, portanto, para a compreensão da depressão nestas populações específicas, mas também deve-se advertir que situações tão extremas não podem refletir um significado amplo para todo o gênero masculino.

Em 90% dos 24 artigos que focalizaram a depressão em homens encontravam-se os mesmos instrumentos das seis primeiras posições da Tabela 1.

Assim os instrumentos identificados como os mais freqüentemente utilizados no estudo do gênero masculino coincidem com os utilizados no universo mais amplo do estudo da depressão. Conclui-se então, através destas informações, que não existe nenhum instrumento criado exclusivamente para mensurar a depressão nos homens. O que permite afirmar que carece o construto a depressão de um instrumento que avalie o gênero masculino exclusivamente. A principal tendência que se identificou nesta avaliação é o uso para o gênero masculino dos mesmos instrumentos utilizados para mensurar a depressão em ambos os gêneros.

A quantidade relativamente pequena de artigos que mensuraram a depressão exclusivamente no gênero masculino (3,7%) também é um indício consistente de que o Homem, no caso da depressão, é pouco estudado.

A faixa etária mais estudada nos 24 artigos que mensuraram a depressão no gênero masculino é a fase adulta. Os instrumentos mais utilizados nestes 24 artigos com a faixa etária de adultos são: a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) (n=4) e Escala para Depressão Hamilton (HRDS) (n=3). Nesse sentido, os instrumentos que mais são utilizados para medir a depressão nos homens adultos são também os mais freqüentes utilizados em todo o construto (Tabela1).

Na Tabela 3, encontram-se classificados os artigos de acordo com a faixa etária da amostra. A maior freqüência ocorre na faixa etária dos indivíduos adultos, correspondendo a quase 60% da amostra. Em seguida, a mais estudada é a dos indivíduos idosos, e a terceira corresponde a de adultos e idosos. Provavelmente esta tendência encontra razões nas atuais taxas de morbidade para depressão na população mundial e por serem os adultos os responsáveis principais pela maior produção econômica nas diversas nações.

A faixa etária menos estudada é a das crianças, correspondendo a 2,3% dos artigos, o que confirma as observações de Oliveira (2006) de que, apesar das crianças serem uma parcela significativa da população que busca atendimento psicológico, as pesquisas com as crianças perdem em números expressivos para as pesquisas com os adultos.

Dentre os países que mais vem estudando a depressão no gênero masculino os Estados Unidos da América, a Inglaterra e o Japão são os mais freqüentes. A China e a Coréia também aparecem logo em seguida nos resultados encontrados ao lado da Austrália. Dos oito artigos brasileiros presentes na Tabela 4, nenhum deles mensurava a depressão exclusivamente no gênero masculino. Na análise dos países a que pertencem



os autores dos artigos publicados, a Tabela 4 mostra os Estados Unidos da América como a nação que mais se dedicou à compreensão dos transtornos depressivos, com um total de 26% de todos os artigos avaliados.

A somatória das frequências de artigos com instrumentos estudando a depressão nas nações: Estados Unidos, Inglaterra, Alemanha, Austrália, Holanda, China, França, Itália, Canadá, Japão e Espanha totalizaram 73,1% dos artigos encontrados. Neste conjunto de países encontram-se os que tradicionalmente estudam a depressão como: Estados Unidos, Inglaterra, Canadá, França, Espanha e a Itália e países que não apresentam até então uma longa tradição na ciência como: Japão e China, que também têm se dedicado à compreensão da depressão. Os outros 26,9% são representados por 42 países.

Fica evidente que são nas nações onde se encontram os maiores desenvolvimentos tecnológicos e econômicos aqueles em que se obtém as maiores frequências de produção científica em depressão. Quanto ao Brasil, a produção corresponde a cerca de 1,2% do total, com oito artigos à frente de países com tradição de pesquisa, como por exemplo, o México (n=8), Coreia (n=7), Finlândia (n=6), Dinamarca (n=6) e Singapura (n=6). Dentre os países Latino-americanos, o Brasil está à frente do México (n= 7), Argentina (n=1) e Trinidad e Tobago (n=1).

Dentre os países que mais vêm estudando a depressão no gênero masculino, encontrou-se a seguinte relação: Estados Unidos da América, Inglaterra, Japão, China, Coreia e Austrália. O que permite concluir que existe uma tendência das nações asiáticas, como Japão, China e Coreia em compreender a sintomatologia depressiva masculina, na atualidade. Países como os Estados Unidos da América e a Inglaterra são nações com muita tradição na produção científica. Entretanto, a China e o Japão, que não possuem tanta tradição, assim a constatação gerou uma surpresa e fez valorizar o trabalho científica destes países orientais.

A Tabela 5 reflete a preponderância do idioma inglês como idioma preferencial na difusão do conhecimento nos artigos MEDLINE no construto da depressão (92,3%). Tal preferência segue a tendência da maior parte da produção científica mundial, que tem no inglês a língua oficial. O francês e o chinês são os outros dois idiomas mais frequentes. Dos oito resumos de artigos brasileiros apenas um era em português, os outros sete se encontravam escritos na língua inglesa. Isto referenda a importância que a língua inglesa vem encontrando como idioma preferencial na

expressão do conhecimento científico na atualidade. Reflete ainda que a produção brasileira tem seguindo as tendências mundiais na expressão deste conhecimento.

A Tabela 6 mostra que, entre os instrumentos utilizados, são aqueles de natureza do tipo *self report* os mais utilizados. Com 68,1% dos instrumentos utilizados nos artigos que mensuram a depressão, os instrumentos do tipo *self report* são a maioria encontrada nos artigos. Em relação à natureza dos instrumentos presentes na Tabela 6 encontrou-se que 68,1% eram de tipo *self report*. Possivelmente por serem estes instrumentos aplicados de forma mais rápida e com menores custos quando comparados aos instrumentos de natureza *rating scale*. Isto é especialmente válido para contextos de ambulatorios, hospitalares e serviços de apoio psico-social pois os *self-report* permitem uma aplicação ampla e com custos mais baixos. Quanto aos instrumentos do tipo *rating scale*, além das aplicações serem necessariamente individuais, a avaliação costuma demandar muito tempo, com categorias que dependem de interpretações subjetivas.

Em relação à utilização de instrumentos do tipo *self report* e *rating scale* no Brasil, pode-se afirmar que os *scores* brasileiros vêm seguindo as tendências mundiais no estudo da depressão através destas duas modalidades de instrumentos de aplicação frente ao avaliado.

Em relação à natureza dos instrumentos utilizados para medir a depressão em homens, os escores foram de 72% dos instrumentos possuírem a natureza *self report* e 28% dos artigos possuírem a natureza *rating scale*. Estes resultados se assemelham às proporções encontradas no levantamento geral sobre a natureza dos instrumentos utilizados ao nível mundial. Assim, confirma-se em relação à natureza dos instrumentos utilizados no gênero masculino que os instrumentos os tipo *self report* são os prevalentes.

**ALGUMAS CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES**

**FINAIS**

De acordo com os dados deste estudo as pesquisas em depressão se realizaram principalmente nos Estados Unidos da América; o instrumento mais utilizado foi a Escala para Depressão de Hamilton (HDRS); a faixa etária mais avaliada foi a dos indivíduos adultos e as amostras avaliadas recaíram sobre ambos os sexos. A natureza dos instrumentos mais utilizada foi a do tipo *self report*.

O Brasil acompanha as mesmas tendências da produção mundial no estudo da depressão tanto na escolha dos instrumentos, como no perfil das populações estudadas. Embora não ocorram os mesmos padrões de produção científica que em outras nações.

Uma contribuição importante a respeito do modelo teórico, e que define clinicamente qual indivíduo está com depressão, é a concepção de que os sintomas são semelhantes ou iguais para os gêneros masculino e feminino. Durante o capítulo da introdução várias citações científicas afirmaram exatamente o contrário de que existem importantes diferenças entre o gênero masculino e feminino. Como nas citações de Kraft (2004-2005), Latha et al (2005), Justo e Calil (2006), entre outros. Nesse sentido, se as diferenças por gênero se confirmarem, então, clinicamente os critérios diagnósticos para depressão serão diferentes para os homens e para as mulheres.

Analisando a Tabela 2 conclui-se que o estudo da depressão exclusivamente no gênero masculino é realizado em 3,7% do total de artigos analisados. Tal resultado não reflete quantitativamente o grau de importância do universo masculino. Qualitativamente nos 24 artigos analisados se notou a tendência de estudar o universo masculino em situações de adversidade social, biológica e ocupacional, o que também não reflete a situação psíquica, social e biológica da maioria dos homens na atualidade.

Se a mesma tendência no conhecimento sobre a depressão se repetir em outros períodos de investigação, as afirmações sobre frequências e morbidade em relação a homens e mulheres ficam respaldadas não por um conhecimento profundo em relação aos gêneros e a depressão mais pela falta dele.

Na análise da ampla bibliografia já mencionada verificou-se que a nível de futuro não só os gêneros mereceram um cuidadoso e amplo estudo, mas fatores como: as faixas etárias, as influências culturais, a região geográfica e as etnias. Os indivíduos apresentam dependendo da faixa etária em que se encontram maiores tendências de desenvolver alguns subtipos de depressão assim como afirmam Videbech e Ravnkilde (2004). E estes subtipos apresentam, a nível do parênquima cerebral, diferentes regiões deprimidas.

Portanto se o estudo das faixas etárias de forma separada e delimitada pode promover uma maior compreensão sobre a depressão, repetir este padrão de investigação em outras pesquisas é uma aposta promissora para futuras pesquisas neste construto.

Durante a análise dos artigos que mensuravam a depressão não se encontrou nenhum instrumento na base de dados MEDLINE, em todo o período de 2004 a 2007, que mensurasse a depressão exclusivamente no gênero masculino. Logo, conclui-se que o gênero masculino não está sendo adequadamente estudado nas pesquisas atuais, quanto à variável depressão.

Uma nova tendência foi detectada com os avanços tecnológicos nos exames de neuroimagem. Estes exames apontam para a existência de subtipos de transtornos depressivos. Ou seja, numa mesma faixa etária parece existirem depressões clinicamente diferentes. Isto conseqüentemente implicará em novos diagnósticos, novas modalidades psicoterapêuticas e novos medicamentos para o tratamento da depressão. Conforme afirmou Coryell (2005) a depressão possui múltiplas etiologias e a ciência precisará adequar-se a esta nova realidade. Como conseqüência, no futuro devem-se ampliar os benefícios no tratamento da depressão com: medicamentos individualizados e de rápida absorção. Como no estudo de Lima et al (2004-b), que já identifica os tipos de indivíduos que responderam melhor ao medicamento cloridrato de fluoxetina.

Com base em resultados de estudos da depressão por faixas etárias, é possível afirmar que numericamente existe o dobro de mulheres adultas deprimidas em relação aos homens (Kaplan et al, 1997). No entanto na faixa etária a partir dos sessenta anos há um aumento significativo na detecção da depressão nos homens (Stordal, Mykletun & Dahl 2003). Como explicar este aumento? Uma hipótese seria a de que os homens deprimem mais tarde. Outra hipótese é a de que estes indivíduos apresentavam-se deprimidos clinicamente, mas não eram detectados devido a múltiplos fatores, como: sintomatologia inespecífica, abstinência de avaliações médicas, incompreensão social, ou uso de instrumentos de avaliação com pequena validade discriminante.

Em uma recente pesquisa realizada por Paradela, Lourenço e Veras (2005), durante a validação da escala geriátrica para depressão, 71,4% dos indivíduos pesquisados eram do gênero feminino. Segundo os autores as características da amostra estudada se assemelhavam àquelas de outros estudos no Brasil. Os resultados da pesquisa encontraram uma maior frequência de mulheres idosas com baixa escolaridade em busca de tratamento ambulatorial para depressão. E uma incidência de 16,9% de

indivíduos com “depressão”, para ambos os gêneros. Apesar do desequilíbrio na amostra em relação ao gênero dos participantes, o instrumento foi considerado válido para o rastreamento de transtornos depressivos em populações de uma maneira geral.

Vários são os estudos em que se realizaram levantamentos bibliográficos, metanálises e considerações sobre a depressão. Esta dissertação procura avançar com os vários argumentos já descritos de que é mais produtivo se entender a depressão em subtipos e destes subtipos a depressão no indivíduo adulto masculino se encontra em considerável incompreensão.

Outro aspecto importante desta dissertação é que se tem encontrado na bibliografia internacional uma forte tendência dos instrumentos para avaliar a depressão com a associação entre os sintomas depressivos e os sintomas ansiosos. Na escala de *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS), encontra-se na constituição de seus itens o questionamento de sentir-se ansioso ou preocupado e em outro item se a pessoa tem sentido pânico por alguma razão. Nestas duas questões a sintomatologia depressiva não está sendo avaliada e sim a sintomatologia ansiosa.

Também no instrumento *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), que mais tem crescido na preferência dos produtores de conhecimento dentro do construto depressão se encontra a associação do estudo dos sintomas depressivos com os ansiosos. Entre os itens que acentuam a investigação dos sintomas ansiosos temos o questionamento da sensação de borboletas no estômago e em outro item a presença do sentimento de pânico. Outro instrumento no qual se encontra a sintomatologia depressiva sendo investigada concomitantemente com a ansiosa é o *Assessment of Depression Inventory* (ADI). Assim sendo, é preciso desenvolver-se uma compreensão mais acurada de que a ansiedade e a depressão constituem sintomatologias diferentes, que podem ser concomitantes, mas fica a crítica de que a mensuração de ambas no mesmo instrumento levará a confusões diagnósticas, imprecisão e prejuízo.

Uma importante crítica sobre a estrutura deste estudo é a de que ele se realizou com resumos de artigos e este tipo de material proporciona a ocorrência de viés. Esta situação ocorre neste estudo tanto pela quantidade de material que acabou sendo eliminado da pesquisa como pela própria dificuldade que o resumo de artigo traz da comunicação dos dados.

Em relação ao conteúdo outro potencial viés que deve ser analisado é a hipervalorização das diferenças entre os gêneros. É possível que estas diferenças fiquem

tão atenuadas do ponto de vista psíquico ou biológico que estudos tão específicos passariam por exageros metodológicos.

Cabe ainda pontuar como viés desta pesquisa que a depressão pode ser mais freqüente no gênero feminino por esta população ser simplesmente mais sensível a esta patologia, ou o gênero masculino pode estar mais protegido da depressão que o gênero feminino. Estas observações são também consideráveis possibilidades e também devem ser pensadas do ponto de vista científico.

Em face da multidimensionalidade do transtorno depressivo, o diagnóstico da depressão passa por muitos campos de observação. Da mesma forma, o tratamento e a clínica. Mas um modelo mais eficiente e respaldado pelos avanços técnicos da atualidade seriam ações mais adequadas dentro dos argumentos que estão aqui expostos. Espera-se então, que esta “jornada científica” contribua para uma maior compreensão sobre a depressão e possa levar a diminuição do sofrimento humano em relação a esta e quem sabe em até outras patologias.

## **REFERÊNCIAS**



Almeida, O.P. & Almeida, S.A. (1999). Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão em geriatria (GDS) versão reduzida. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, *57*(2B), 421-426.

Alves, T.C.T.F., Busatto Filho, G., & Buchpiguel, C.A. (2000). Neuroimagem Funcional, Em Júnior, R.F., Figueiró, J.A.B., *Depressões em Medicina Interna e em Outras Condições Médicas: depressões secundárias*, (pp.46-48). (1ª edição), São Paulo, Atheneu.

Andersson, G., Kaldö-Sanström, V., Ström, L., & Strömberg, T. (2003). Internet administration of the Hospital anxiety and Depression Scale in a sample of tinnitus patients. *Journal of Psychosomatic Research*, *55* (3), 259-62.

Andrade, L. H. S. G., Viana, M. C., & Silveira, C. M. (2006). Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher, *Revista de Psiquiatria Clínica*, *33* (2); 43-54.

Arias, B., Gutiérrez, B., Pintor, L., Gastó, C., & Fañanás, L. (2001). Variability in the 5-HT<sub>2A</sub> receptor gene is associated with seasonal pattern in major depression. *Molecular Psychiatry*, *6* (2), 239-42.

Associação Americana de Psiquiatria (1995). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (4ª edição). (D. Batista, trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (original de 1994).

Atkinson, R.L., Atkinson, R.C., Smith, E.E., Bem, D.J., & Nolen-Hoeksema, S. (2002). Psicopatologia em Atkinson, R.L., Atkinson, R.C., Smith, E.E., Bem, D.J. & Nolen-Hoeksema, S., *Introdução à Psicologia de Hilgard* (13ª edição) (Trad. Bueno, D.) Porto Alegre, Artmed Editora.

Bagby, R. M., Ryder, A. G., Schuller, D.R., & Marshall, M.B. (2004). The Hamilton Depression rating Scale: Has the Gold standard Become a Lead Weight? *The American Journal of Psychiatry*, *161* (12), 2163-2177.

Baptista, M.N., (1997). Depressão e suporte familiar: perspectivas de adolescentes e suas mães. Campinas dissertação de mestrado não publicada, Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

Barros, A.P.R., Coutinho, M.P.L., Araújo, L.F., & Castanha, A.R. (2006). As representações sociais da depressão em adolescentes no contexto do ensino médio. Estudos de Psicologia, 23 (1), 18-28.

Bech, A.T., Rafaelsen, O.J. (1980). The use of Rating Scales Exemplified by a comparison of the Hamilton and the Bech-Rafaelsen Melancholia Scale. Acta Psychiatrica Scandinavica, 285, 128-131.

Bech, P., Malt, U.F., Dencker, S.J. Ahlfors, U.G., Elgen, K., Lewander, T., Lundell, A., Simpson, G.M., & Lingjaerde, O. (1993). Scales for Assessment of Diagnosis and Severity of Mental Disorders. Acta Psychiatrica Scandinavica, 372 (87), 37-40.

Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J., (1961). An inventory for measuring depression. Archives of General Psychiatry, 4, 561-571.

Bion, W.R. (1994). Estudos Psicanalíticos Revisados. (3ª edição), (Dantas, W.M.M., trad.), Rio de Janeiro: Imago (1967).

Bohnen, N.I., Kaufer, D.I., Hendrickson, R., Constantine, G.M., Mathis, C.A., & Moore, R.Y. (2007). Cortical cholinergic denervation is associated with depressive symptoms in Parkinson's disease and parkinsonian dementia. Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 78 (6). 641-3.

Bonilla, J., Bernal, G., Santos, A., & Santos, D. (2004). A revised Spanish version of the Beck depression Inventory: psychometric properties with a Puerto Rican sample of college students. Journal of Clinical Psychology, 60 (1), 119-30.

Botega, N. J., & Dias, M.K. (2006). Gravidez e Puerpério, Em, N. Botega, (org.), *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*, (pp. 341-354), (2ª edição), (2006). Porto Alegre: Artmed.

Botega, N. J., Furlanetto, L., & Fráguas Jr., R. (2006). Depressão, Em, N. Botega, (org.), *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*, (pp. 225-246), (2ª edição), (2006). Porto Alegre: Artmed.

Brajsa-Zganec, A. (2005). The long-term effects of war experiences on children's depression in the Republic of Croatia. *Child Abuse & Neglect*, 29 (1), 33-43.

Brandão, J. S. (2001). *Mitologia Grega*. v I. (pp.83), (16ª edição), Petrópolis, RJ: Editora Vozes.

Braz, F.S., & Salomão, N.M.R. (2002). A Fala Dirigida a Meninos e Meninas: Um Estudo sobre o Input Materno e suas Variações. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 15 (2), 333-344.

Buckby, J.A., Yung, A.R., Cosgrave, E.M., & Cotton, S.M. (2007). Distinguishing between anxiety and depression using the Mood and Anxiety Symptoms Questionnaire (MASQ). *British Journal of Clinical Psychology*, 46 (2), 235-9.

Buonomano, J. (1978). *Mudança de cultura, depressão e o dimensão locus of control*. Dissertação de mestrado não publicada, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.

Burt, D.B., Zembar, M.J., & Niederehe, G. (1995). Depression and memory impairment: A meta-analysis of the association, its pattern, and specificity. *Psychological Bulletin*, 117(2), 285-305.

Coryell, W. (2005). A Importância Prática do Sequenciamento Temporal e da Depressão Secundária. Em, M. Maj, & N. Sartorius, (org.), *A Importância Prática do Sequenciamento Temporal e da Depressão Secundária. Transtornos Depressivos*, (pp. 60-62), (2ª edição), (2005). Porto Alegre: Artmed.

Costa, D., & Costa, J.R.C. (2002). Depressão infantil: Um fenômeno da contemporaneidade. *Psiquiatria Biológica*, 10 (4): 169-179.

Cox, J.L., Holden, J.M., Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786.

Dalgalarrodo, P. (2000). *Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artmed.

de Maat, S., Dekker, J., Schoevers, R., van Aalst, G., Gijsbers-van Wijk, C., Hendriksen, M., Kool, S., Peen, J., Van, R., de Jonghe, F. (2007). Short Psychodynamic Supportive Psychotherapy, antidepressants, and their combination in the treatment of major depression: a mega-analysis based on three Randomized Clinical Trials. *Depression and Anxiety*, 7, 1-10.

de Zeeuw, J., Baberg, H.T., Duchna, H.W., Kempkens, D.J., Walther, J.W., Schultze-Werninghaus, G., Rasche, K., & Orth, M. (2007). Locus of control belief is a predictor of CPAP-compliance in patients with obstructive sleep apnea syndrome. *Pneumologie*, 61 (5), 283-90.

Díaz-Rodríguez, G., Reyes-Morales, H., López-Caudana, A.E., Caraveo-Anduaga, J., & Atrián-Salazar, M.L. (2006). Validation of a clinimetric scale for the diagnosis for depresión in patients with diabetes mellitas type 2, in primary health care. *Revista de Investigacion Clínica*, 58 (5), 432-40.

Downe, S.M., Butler, E., & Hinder, S. (2007). Screening tools for depressed mood after childbirth in UK-based South Asian women: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 57(6), 565-83.

Ell, K., Quon, B., Quinn, D.I., Dwight-Johnson, M., Wells, A., Lee, P.J., & Xie, B. (2007). Improving treatment of depression among low-income patients with cancer: the design of the ADAPt-C study. *General Hospital Psychiatry*, 29 (3), 223-31.

Enumo, S.R.F., Ferrão, E.S., & Ribeiro, M.P.L. (2006). Crianças com dificuldades de aprendizagem e a escola: emoções e saúde em foco, *Estudos de Psicologia, (Campinas)*, 23 (2), 139-149.

Fava, M., Graves, L.M., Benazzi, F., Scalia, M.J., Iosifescu, D.V., Alpert, J.E., Papakostas, G.I. (2006). A cross-sectional study of the prevalence of cognitive and physical symptoms during long-term antidepressant treatment. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 67 (11), 1754-9.

Fleck, M.P.A., Simon, G., Herrman, H., Bushnell, D., Martin, M., & Patrick, D. (2005) Major depression and its correlates in primary care settings in six countries. 9-month follow-up study. *The British Journal of Psychiatry*, epub ahead of print.

Freud, S. (1917). Luto e Melancolia. v XIV. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago (1969).

Freud, S. (1933). Conferência XXXI. v XXII. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago (1969).

Friedman, B., Heisel, M., & Delavan, R. (2005). Validity of the SF-36 five-item Mental Health Index for major depression in functionally impaired, community-dwelling elderly patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53 (11), 1978-85.

Fukukawa, Y., Nakashima, C., Tsuboi, S., Kozakai, R., Doyo, W., Niino, N., Ando, F., and Shimokata, H. (2004). Age Differences in the Effect of Physical Activity on Depressive Symptoms, *Psychology and Aging*, 19 (2), 346-351.

Gallant, M.P., & Connell, C.M. (2003). Neuroticism and Depressive Symptoms Among Spouse Caregivers: Do Health Behaviors Mediate This Relationship? *Psychology and Aging*, vol 18 (3), 587-592.

Gill, J.M., & Dansky, B.S. (2003). Use of Electronic Medical Record to Facilitate Screening for Depression in Primary Care. *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, *5* 125-128.

Ginzburg, J. (2001). Conceito de Melancolia. *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*, *20* 102-116.

Matos, E.G., Matos, T.M.G., Matos, G.M.G., (2006). Depressão melancólica e depressão atípica: aspectos clínicos e psicodinâmicos. *Estudos de Psicologia*, *23* (2), 173-179.

Gouveia, R.S.V., Barbosa, A.A.G., Gouveia, V.V., & Barbosa, G.A. (2004). Depressão infantil e fracasso vs. sucesso escolar: Um estudo correlacional. *Psico*, *35* (2), 115-124.

Gruneir, A., Smith, T.F., Hirdes, J., & Cameron, R. (2005). Depression in patients with advanced illness: an examination of Ontario Complex continuing care using the Minimum Data Set 2.0. *Palliative & Supportive Care*, *3* (2), 99-105.

Günther, O.H., Roick, C., Angermeyer, M.C., & König, H.H. (2008). The responsiveness of EQ-5D utility scores in patients with depression: A comparison with instruments measuring quality of life, psychopathology and social functioning. *Journal of Affective Disorder*, *105* (1-3), 81-91.

Hamilton, E. (1999). *Mitologia*. (4ª tiragem da 1ª edição, 1992), São Paulo, Martins Fontes.

Hamilton, M. (1960). A Rating Scale for Depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, *23*, 56-62.

Harvey, P.O., Pruessner, J., Czechowska, Y., & Lepage, M. (2007). Individual differences in trait anhedonia: a structural and functional magnetic resonance imaging study in non-clinical subjects. *Molecular Psychiatry*, *12*, 767-775.

Hashmi, S.K., Afridi, M.B., Abbas, K., Sajwani, R.A., Saleheen, D., Frossard, P.M., Ishaq, M., Ambreen, A., & Ahmad, U. (2007). Factors associated with adherence to anti-hypertensive treatment in Pakistan. *PLoS ONE*, e280 (3), 1-8.

Hollmans, P., Weissman, M.M., Zubenko, G.S., Scheftner, W.A., Crowe, R.R., Depaulo, J.R.Jr, Knowles, J.A., Zubenko, W.N., Murphy-Eberenz, K., Marta, D.H., Boutelle, S., McInnis, M.G., Adams, P., Gladis, P., Steele, J., Miller, E.B., Potash, J.B., Mackinnon, D.F. & Levinson D.F. (2007). Genetics of recurrent early-onset major depression (GenRED): final genome scan report. *The American Journal of Psychiatry*, 164 (2), 248-258.

Houaiss, A., Villar, M.S., & Franco, F.M.M. (Ed.).(2001). *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva.

Huth-Bocks, A.C., Kerr, D.C., Ivey, A.Z., Kramer, A.C., & King, C.A. (2007). Assessment of psychiatrically hospitalized suicidal adolescents: self-report instruments as predictors of suicidal thoughts and behavior. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 46(3), 387-395.

Iverson, G.L., Remick, R. (2004). Diagnostic accuracy of the British Columbia Major Depression Inventory. *Psychological Reports*, 95 (3 Pt 2), 1241-1247.

Jay, M., & John, O.P. (2004). A depressive symptom scale for the California Psychological Inventory: construct validation of the CPI-D. *Psychological Assessment*, 16 (3), 299-309.

Justo, L. P., Calil, H. M. (2006). Depressão – o mesmo acometimento para homens e mulheres ? *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33 (2), 43-54.

Kaplan, H. I., Sadock, B. J. & Grebb, J. A. (1997). *Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. (D. Batista, trad.), (7ª edição). Porto Alegre: Artes Médicas. (original de 1994).

Klain, W. (1998). *A Herança do Desamparo, Um Estudo Psicanalítico do Conceito de Desamparo na Gênese da Identidade*. (1998). Dissertação (Mestrado em Psicologia). Instituto de Psicologia. Pontifícia da Universidade Católica de São Paulo.

Klein, M. (1996). O Luto e suas Relações com os Estados Maníacos-Depressivos. Em Klein, M., *Amor Culpa e Reparação e Outros Trabalhos 1921-1945*. (Cardoso, A. trad.), Rio de Janeiro: Imago Editora.

Kolkow, T.T., Spira, J.L., Morse, J.S., & Grieger, T.A. (2007). Post-traumatic stress disorder and depression in health care providers returning from deployment to Iraq and Afghanistan. *Military Medicine*, 172 (5), 451- 455.

Konrad, K.K., Carels, R.A., & Garner, D.M. (2007). Metabolic and psychological changes during refeeding in anorexia nervosa. *Eat Weight Disorder*, 12 (1), 20-26.

Kraft, U., (2004-2005). O poder do feminino. *Mente & Cérebro*, 6 (edição especial), 51-55.

Kuijpers, P.M.J.C., Denollet, J., Lousberg, R., Wellens, H.J.J., Crijns, H., & Honig, A. (2003). Validity of the Hospital anxiety and Depression scale for Use With Patients With Noncardiac Chest Pain. *Psychosomatics*, 44 4, 329-335.

Lafer, B., Renshaw, P.F., & Sachs, G.S. (1998). Depressão Maior e os Gânglios da Base, Em E.C. Miguel, S.L. Rauch, & J.F. Leckman. *Neuropsiquiatria dos Gânglios da Base* (p.263-277). (1ªedição), (Trad. Donato, T.M.C.) São Paulo, Lemos Editorial.

Latta, F., Leproult, R., Tasali, E., Hofmann, E., L'Hermite-Balériaux, M., Copinschi, G., & Cauter, E.V. (2005). Sex Differences in Nocturnal Growth Hormone and Prolatin Secretion in Healthy Older Adults: Relationships With Sleep EEG Variables. *Sleep*, 18 12, 1519-1524.



Lauterbach, E., Rumpf, H.J., Abrens, B., Haug, H.J., Schaub, R., Schonell, H., Stieglitz, R.D., Hohagen, F. (2005). Assessing dimensional and categorical aspects of depression: validation of the AMDP Depression Scale. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 255 (1), 15-19.

Levy, K.N., Edell, W.S., & McGlashan, T.N. (2007). Depressive experiences in inpatients with borderline personality disorder. *Psychiatric Quarterly*, 78(2), 129-143.

Licht, R.W., Qvitzau, P.A., & Bech, P. (2005). Validation of the Bech-Rafaelsen Melancholia Scale and the Hamilton Depression Scale in patients with major depression; is the total score a valid measure of illness severity? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111 (2), 144-149.

Lima, I.V.M. (1999). Repetições CAG: candidatos na gênese das psicoses funcionais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21, 23-26.

Lima, I.V.M., Sougey, E.B., & Vallada Filho, H.P. (2004-a). Genética dos transtornos afetivos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31 (1), 34-39.

Lima, I.V.M., Sougey, E.B., & Vallada Filho, H.P. (2004-b). Farmacogenética do tratamento de depressão: busca de marcadores moleculares de boa resposta aos antidepressivos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31 (1), 40-43.

Lima, M.S., & Soares, B.G.O. (2007). A depressão nos países em desenvolvimento. Em Licinio, J. & Wong, M., *Biologia da Depressão*, (pp.56). (1ª edição), São Paulo, Artmed.

Lin, M.F., Ko, H.C., Wu, J.Y., & Chang, F.M. (2007). The Impact of extroversion or menopause status on depressive symptoms among climacteric women in Taiwan: neuroticism as moderator or mediator? *Menopause*, 30, epub ahead of print.

Lopez-Torres-Hidalgo, J.D., Galdon-Blesa, M.P., Fernandez-Olano, C., Escobar-Rabadan, F., Montoya-Fernandez, J., Boix-Gras, C., Montes-Lozano, M.J., Blas-Hernandez, L.V., Cremades-Romero, M.L., Del Campo-Del Campo, J.M., &

Arnalich-Fernandez, F. (2005). [Design and validation of a questionnaire for the detection of major depression in elderly patients.]. *Gaceta Sanitaria*, *19* (2), 103-112.

Lorant, V., Croux, C., Weich, S., Delière, D., Mackenbach, J., & Anseau, M. (2007). Depression and socio-economic risk factors: 7-year longitudinal population study. *The British Journal of Psychiatrists*, *190*, 293-298.

Lowe, B., Unutzer, J., Callahan, C.M., Perkins, A.J., & Kroenke, K. (2004). Monitoring depression treatment outcomes with the patient health questionnaire-9. *Medical Care*, *42* (12), 1194-1201.

Ludman, E.J., Simon, G.E., Tutty, S., & Von Korff, M. (2007). A randomized trial of telephone psychotherapy and pharmacotherapy for depression: continuation and durability of effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *75* (2), 257-266.

Lustman, P.J., Clouse, R.E., Ciechanowski, P.S., Hirsch, I.B., Freedland, K.E. (2005). Depression-Related Hyperglycemia in Type 1 Diabetes: A Mediation Approach. *Psychosomatic Medicine*, *67* 195-199.

Malec, J.F., Testa, J.A., Rush, B.K., Brown, A.W., & Moessner, A.M. (2007). Self-assessment of impairment, impaired self-awareness, and depression after traumatic brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, *22* (3), 156-166.

Manes, F., & Torralba, T. (2005). Funciones ejecutivas y trastornos del lóbulo frontal. *Revista de Psicología. UCA*, *I* (2), 31-49.

Margetic, B., Aukst-Margetic, B., Bilic, E., Jelusic, M., & Tambic Bukovac, L., (2005). Depression, anxiety and pain in children with juvenile idiopathic arthritis (JIA). *European Psychiatry*, *20* (3), 274-276.

Martinez, K.G., Guiot, H.M., Casas-Dolz, I., Gonzalez-Tejera, G., & Colon de Marti, L.N. (2003). Applicability of the Spanish Translation of the Zung Self-Rating

Depression Scale in a general Puerto Rican population. *Puerto Rico Health Sciences Journal*, 22 (2), 179-185.

McAlonan, G.M., Lee, A.M., Cheung, V., Cheung, C., Tsang, K.W., Shan, P.C., Chua, S.E., & Wong, J.G. (2007). Immediate and sustained psychological impact of an emerging infectious disease outbreak on health care workers. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 52 (4), 241-247.

Medeiros, P. P.V., & Furtado, E. F. (2004). Perfil dos cuidados maternos em mães deprimidas e não-deprimidas no período puerperal. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 53 (4): 227-234.

Mogge, N.L. (2006). The Assessment of Depression Inventory (ADI): an appraisal of validity in an inpatient sample. *Depression and Anxiety*, 27 (7), 434-436.

Montel, S.R. & Bungener, C. (2007). Coping and quality of life in one hundred and thirty five subjects with multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis*, 13 (3), 393-401.

Montgomery, A.S., Asberg, M. (1979). New Depression Scale Designed to be Sensitive to Change. *British Journal of Psychiatry*, 134, 382-389.

Moraes, I.G.S., Pinheiro, R.T., Silva, R.A., Horta, B.L., Sousa, P.L.R., & Faria, A.D. (2006). Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. *Revista de Saúde Pública*, 40 (1), 65-70.

Muller, M.J. (2007). Gender-specific associations of depression of with positive and negative symptoms in acute schizophrenia. *Progress in Neuro-psychopharmacol & Biological Psychiatry*, 31 (5), 1095-1100.

Mumford, D.B., Ayub, M., Izhar, N., Asif, A., & Bavington, J.T. (2005). Development and validation of a questionnaire for anxiety and depression in Pakistan. *Journal of Affective Disorder*, 88 (2), 175-182.

Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Smyrnioti, M., & Vlahos, L. (2007). Assessing spirituality and religiousness in advanced cancer patients. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, *23* (6), 457-463.

O'Connor, M.J., & Paley, B. (2006). The relationship of prenatal alcohol exposure and the postnatal environment to child depressive symptoms. *Journal of Pediatric Psychology*, *31* (1), 50-64.

Ojeda, C., Silva, H., Cabrera, J., Tchimino, C., Carrera, C., & Molina, A., (2003). Validez interna y concurrente de una escala breve autoadministrada de siete ítems para la depresión, evaluada em relación a los inventários de Beck y Hamilton. Estudio preliminar. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatria*, *41* (1), 31-38.

Oliveira, I.D. (2006). *O planejamento da psicoterapia breve infantil a partir do referencial do desenvolvimento*. Tese de doutorado não publicada, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Olsen, L.R., & Mortensen, P.B. (2004). Prevalence of major depression and stress indicators in the Danish general population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *109*, 96-103.

Organização Mundial da Saúde (1993). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10* (D. Caetano, trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (original 1992).

Paradela, E. N. P., Lourenço, R. A., & Veras, R.P. (2005). Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. *Revista de Saúde Pública*, *39* (6), 918-923.

Pérez Milena, A., Pérez Milena, R., Martínez Fernández, M.L., Leal Helming, F.J., Mesa Gallardo, I., & Jiménez Pulido, I. (2007). Family structure and function during adolescence: relationship with social support, tobacco, alcohol, and drugs consumption, and psychic discomfort. *Atención Primaria*, *39* (2), 61-67.

Pergher, G.K., Stein, L.M., Wainer, R. (2004). Estudos sobre a memória na depressão: achados e implicações para a terapia cognitiva. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31 (2); 82-90.

Pessoti, I. (1994). *A Loucura e as Épocas*. (1ª Reimpressão da 2ª edição de 1995), São Paulo, Editora 34.

Plati, M.C.F., Covre, P., Lukasova, K., & Macedo, E.C. (2006). Sintomas depressivos e desempenho cognitivo nos idosos: relações entre institucionalização e realização de atividades. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28 (2), 118-121.

Polimeno, A., Agmont, G. (2007). Alto Magnetismo. *Pesquisa Médica Do laboratório à prática clínica*, 3 jul-set, 62-63.

Poutanen, O., Mattila, A., Seppälä, N.H., Groth, L., Koivisto, A.M., & Salokangas, R.K. (2007). Seven-year outcome of depression in primary and psychiatric outpatient care: results of the TADEP (Tampere Depression) II Study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 61(1), 62-70.

Radloff, L.S. (1977). The CES-D Scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.

Ramadam, Z. B. A. (2005). Depressão: da bile negra aos neurotransmissores. Uma introdução histórica. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32(6), 343-344.

Revah-Levy, A., Birmaher, B., Gasquet, I., & Falissard, B. (2007). The Adolescent Depression Rating Scale (ADRS): a validation study. *BMC Psychiatry*, 7, 2.

Riednour, T.A., Greenberg, M.T., Cook, E.T. (2006). Structure and validity of people in my life: A self-report measure of attachment in late childhood. *Journal of Youth and Adolescence*, 35 (6), 1037-1053.

Romão, M.A., Romão Junior, J.E., Belasco, A.G., & Barbosa, D.A. (2007). Quality of Life in patients with chronic renal failure under high-efficiency hemodialysis. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, *27* (4), 593-8.

Santos, M.F.S., Martins, F.C., & Pasquali, L. (1999). Escalas de auto-avaliação de depressão pós-parto: estudo no Brasil. *Revista de Psiquiatria Clínica*, *26* (2), 32-40.

Schmulson, M., Ortiz, O., Meijia-Arangure, J.M., Hu, Y.B., Morris, C., Arcila, D., Gutierrez-Reyes, G., Bangdiwala, S., Drossman, D.A. (2007). Further Validation of the IBS-QOL: Female Mexican IBS Patients Have Poorer Quality of Life Than Females from North Carolina. *Digestive Diseases and Sciences*, *52*(11), 2950-2955.

Sousa, R.L., Filizola, R.G., & Moraes, J.L.R. (2003). O “efeito dominó” dos fogachos: sintomatologia depressiva e insônia no climatério feminino. *Revista Brasileira de Medicina*, *60* (4), 191-194.

Souza, M.A., & Ferreira, M.C., (1997) Identidade de gênero masculina em civis e militares. *Psicologia Reflexão e Crítica*, *10* (2), 303-314.

Stordal, E. Mykletun, A., & Dahl, A.A. (2003). The association between age and depression in the general population: a multivariate examination. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *107*(2), 132-141.

Taghavi, M.R. (2006). Factor structure of the Depression Self-Rating Scale in an Iranian adolescent sample. *Psychological Reports*, *99* (3), 709-716.

Thwaites, R., Dagnan, D., Huey, D., & Addis, M.E. (2004). The Reasons for Depression Questionnaire (RFD): UK Standardization for clinical and non-clinical populations. *Psychological and Psychotherapy*, *77* (3), 363-374.

Trivedi, M.H., Rush, A.J., Ibrahim, H.M., Carmody, T.J., Biggs, M.M., Suppes, T., Crismon, M.L., Shores-Wilson, K., Toprac, M.G., Dennehy, E.B., Witte, B.,

& Kashner, T.M. (2004) The Inventory of Depressive Symptomatology, Clinician Rating (IDS-C) and Self-Report (IDS-SR), and Quick Inventory of Depressive Symptomatology, Clinician Rating (QIDS-C) and Self-Report (QIDS-SR) in public sector patients with mood disorders: a psychometric evaluation. *Psychological Medicine*, 34 (1) 73-82.

Tuohy, A., Knussen, C., & Wrennall, M. J. (2005). Effects of Age on Symptoms of Anxiety and Depression in a Sample of Retired Police Officers. *Psychology and Aging*, 20(2), 202-210.

Turner-Strokes, L., Kalmus, M., Hirani, D., & Clegg, F. (2005). The Depression Intensity Scale Circles (DISCs): a first evaluation of a simple assessment tool for depression in the context of brain injury. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 76 (9), 1273-1278.

Versiani, M., Reis, R., & Figueira, I. (2000). Diagnóstico do transtorno depressivo na infância e adolescência. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, (10-12), 367-382.

Videbech, P., & Ravnkilde, B. (2004). Hippocampal Volume and Depression: A Meta-Analysis of MRI Studies. *The American Journal of Psychiatry*, 161: 1957-1966.

Vilela, J., & Loureiro, S. (2000). Escala de Avaliação de Mania de Young – Estudo de Qualidade Psicométrica da Versão Brasileira. Em Gorenstein, C., Andrade, L., & Zuardi, A. *Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia*. (pp. 113-124). São Paulo, Lemos Editorial.

Vorcaro, C.M.R., Uchoa, R., & Lima-Costa, M.F.F. (2002). Prevalência e características associadas à depressão: revisão de estudos epidemiológicos com base populacional. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 51 (3), 167-182.

Wagner, K.D., Jonas, J., Findling, R.L., Ventura, D., Saikali, K. (2006). A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of escitalopran in the treatment of

pediatric depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45 (3), 280-288.

Wang, J., Fick, G., Adair, C., & Lai, D. (2007). Gender specific correlates of stigma toward depression in a Canadian general population sample. *Journal of Affective Disorders*, 103 (1-3), 91-97.

Wilhelm, K., Kotze, M.B.B., Waterhouse, B.A.M., Hadzi-Pavlovic, B.Sc.D., & Parker, M.D.G. (2004). Screening for Depression in the Medically III: A Comparison of Self-Report Measures, Clinician Judgment, and DSM-IV Diagnoses. *Psychosomatics*, 45 (6) 461-469.

Wilkosz, P.A., Kodavali, C., Weamer, E.A., Miyahara, S., Lopez, O.L., Nimgaonkar, V.L., Dekosky, S.T., & Sweet, R.A. (2007). Prediction of psychosis onset in Alzheimer disease: The role of depression symptom severity and the HTR2A T102C polymorphism. *American Journal of Medical Genetics (Neuropsychiatric Genetics)*, 88 (5), 567-587.

Wulsin, L.R. (1997). Transtornos Depressivos. Em Jacobson, J.L., & Jacobson, A.M., *Segredos Em Psiquiatria*, (pp.103). (1ª edição), Porto Alegre, Artes Médicas.

Yesavage, J.A., Brink, T.L., Rose, T.L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V.O. (1982-83). Development and Validation of a Geriatric Depression Screening Scale: A Preliminary Report. *Journal of Psychiatric Research*, 17 (1), 37-49.

Zigmond, A.S., & Snaith, R.P. (1983). The Hospital anxiety and depression scale, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 367-370.

Zimerman, D.E. (1999). *Fundamentos Psicanalíticos: Teoria, técnica e clínica – uma abordagem didática*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Zimmerman, M., McGlinchey, J.B., Young, D., & Chelminski, I. (2007). Diagnostic major depressive disorder XII: can a self-report depression questionnaire be



used to examine questions about the DSM-IV diagnostic criteria? *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195 (2), 158-164.

Zimmerman, M., Posternak, M.A., & Chelminski, I. (2004). Using a self-report depression scale to identify remission in depressed outpatients. *The American Journal Psychiatry*, 161 (10), 1911-1913.

Zimmerman, M., Sheeran, T., Young, D. (2004). The Diagnostic Inventory for Depression: a self-report scale to diagnose DSM-IV major depressive disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 60 (1), 87-110.

Zung, W.W.K. (1965). A self-rating depression scale, *Archives of General Psychiatry*, 12, 63-70.