

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA: CLÍNICA MÉDICA
MESTRADO E DOUTORADO**

TESE DE DOUTORADO

**ESTUDO TRANSCULTURAL
DE AVALIAÇÃO DA SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA
EM PACIENTES HOSPITALIZADOS**

MARCELO PIO DE ALMEIDA FLECK

ORIENTADOR:

Dra. MÁRCIA LORENA FAGUNDES CHAVES

CO-ORIENTADORES

**Prof. JULIEN DANIEL GUELFY
Dra. MARIE FRANCE POIRIER LITRE**

PORTO ALEGRE, 1997

A Valkiria e Clarissa.

AGRADECIMENTOS

A elaboração de uma tese de doutorado é um longo processo que se confunde com a própria vida de quem a realiza. Nesta trajetória são muitas as ajudas recebidas. O meu agradecimento a todos aqueles que ativamente me auxiliaram através de sugestões, conselhos e material bibliográfico. O meu reconhecimento a todos àqueles que passivamente ajudaram através da compreensão de que, para se fazer uma tese de doutorado, é preciso deixar de fazer muitas coisas.

Ao Professor Henri Loo que acreditou neste projeto .

À Dra Márcia Chaves, pela orientação, por seu exemplo e pela forma dedicada e respeitosa de se relacionar com seus orientados.

Ao Professor Julien Guelfi e à Dra. Marie France Poirier, meus co-orientadores na França, pela orientação recebida e pela possibilidade de realizar na França um projeto desenvolvido no Brasil.

A Marie Chantal Bourdel por sua amizade e participação na assessoria estatística.

Ao Dr. Radu Teodorescu, cujo auxílio foi decisivo no treinamento dos instrumentos utilizados neste estudo.

Aos pacientes que em meio ao seu sofrimento forneceram todas as informações necessárias.

Aos colegas Akemi Shiba, Lenara Golbert , João Alves e Ivo Peixoto pela inestimável auxílio prestado na coleta dos dados deste trabalho.

Aos meus pais pelo estímulo à busca do conhecimento.

Ao Dr. Cláudio Laks Eizirick e ao Prof. Fernando Pio de Almeida Fleck pela disponibilidade em revisar o texto final desta tese e por suas valiosas sugestões.

A toda equipe do Serviço de Psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e aos colegas do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul pelo apoio e estímulo durante toda a elaboração desta tese.

Ao Dr. Ellis Busnello pelo estímulo para seguir uma carreira universitária.

Ao CNPq e à FIPE/HCPA pelo financiamento deste projeto.

"O que coloca o mundo em movimento é o jogo das diferenças, suas atrações e repulsões. Vida é pluralidade, morte é uniformidade. Ao suprimir as diferenças e as peculiaridades, ao eliminar diferentes civilizações e culturas, o progresso enfraquece a vida e favorece a morte. A idéia de uma única civilização para todos, implícita no culto do progresso e da técnica, nos empobrece e nos mutila. Cada visão de mundo que se extingue, cada cultura que desaparece, diminui uma possibilidade de vida".

Octavio Paz (1961)

Índice

| | |
|---|----|
| 1- INTRODUÇÃO | 1 |
| 1.1- O Conceito de Cultura | 1 |
| 1.2- Psiquiatria e Cultura: Breve Histórico | 3 |
| 1.3- Questões Metodológicas nos Estudos Transculturais | 12 |
| 1.3.1- Êmico x Ético | 13 |
| 1.3.2- Os Sintomas Nucleares | 17 |
| 1.3.3- As Dificuldades Metodológicas | 18 |
| 1.4- Cultura e Depressão | 23 |
| 1.5- Depressão, Cultura e Outras Variáveis | 44 |
| 1.6- Quantificação da Manifestação Clínica da Depressão | 47 |
| 2- OBJETIVOS | 60 |
| 2.1- Objetivos Gerais | 60 |
| 2.2- Objetivos Específicos | 60 |
| 3- SUJEITOS E MÉTODOS | 61 |
| 3.1- Local do Estudo | 61 |
| 3.2- Período do Estudo | 61 |
| 3.2.1- Fase Francesa | 61 |
| 3.2.2- Fase Brasileira | 61 |
| 3.3- Seleção da Amostra | 62 |
| 3.4- Seleção e Elaboração de Instrumentos | 64 |
| 3.4.1- Diagnóstico | 64 |
| 3.4.2- Avaliação da Sintomatologia Depressiva | 65 |
| 3.4.2.1- Escala de Depressão de Hamilton com 17 Itens | 65 |
| 3.4.2.2- Escala de Montgomery-Asberg | 65 |
| 3.4.2.3- Escala de Lentificação Depressiva | 65 |
| 3.4.2.4- Escala Complementar | 66 |

| | |
|--|-----|
| 3.4.3- Guia para Entrevista Semi-Estruturada Adaptada a 4 Escalas de Depressão | 66 |
| 3.5- Logística | 68 |
| 3.6- Análise dos Dados | 69 |
| 4- RESULTADOS | 70 |
| 4.1- Composição da Amostra Estudada | 70 |
| 4.2- Comparação dos Itens das Escalas | 73 |
| 4.3- Diagnóstico | 79 |
| 4.4- Análise de Componentes Principais das Diferentes Escalas | 92 |
| 4.4.1- Escala de Hamilton para Depressão-17 Itens | 92 |
| 4.4.2- Escala de Montgomery-Asberg para Depressão | 101 |
| 4.4.3- Escala de Lentificação Depressiva | 105 |
| 4.4.4- Escala Complementar da Sintomatologia Depressiva | 110 |
| 4.5- Análise Discriminante | 118 |
| 4.6- Outras Análises | 120 |
| 4.6.1- Correlação entre os Escores dos Fatores da Escala de Hamilton e Escores Totais das Outras Escalas | 120 |
| 4.6.2- Influência da Comorbidade | 122 |
| 4.6.2.1- Diagnósticos Segundo os Critérios do DSM III-R | 123 |
| 4.6.2.1.1- Amostra Francesa | 123 |
| 4.6.2.1.2- Amostra Brasileira | 126 |
| 4.6.2.2- Diagnósticos Segundo os Critérios da CID-10 | 129 |
| 4.6.2.2.1- Amostra francesa | 129 |
| 4.6.2.2.2- Amostra Brasileira | 129 |
| 5- DISCUSSÃO | 136 |
| 5.1- As Características da Amostra | 136 |
| 5.2- A Sintomatologia Depressiva no Brasil e na França | 138 |
| 5.2.1- Semelhanças | 138 |
| 5.2.1.1- O "Núcleo Depressivo" | 138 |

| | |
|---|-----|
| 5.2.1.1.1- Escala de Hamilton para Depressão | 138 |
| 5.2.1.1.2- Escala de Montgomery-Asberg | 141 |
| 5.2.1.2- O Diagnóstico de Transtorno de Humor | 142 |
| 5.2.2- Diferenças | 143 |
| 5.2.2.1- Os Diagnósticos de Comorbidade | 143 |
| 5.2.2.2- O Comportamento da "Ansiedade Psíquica" | 145 |
| 5.2.2.3- A Importância do "Fator Insônia" e do "Fator Ansiedade" | 147 |
| 5.2.2.4- A Sintomatologia Psicótica | 147 |
| 5.2.2.5- A Lentificação | 149 |
| 5.2.2.6- A Sintomatologia Complementar | 150 |
| 5.2.2.7- A Comparação entre Itens nas Diferentes Escalas | 151 |
| 5.3- Outros Resultados | 156 |
| 5.3.1- Depressão e Distribuição em Relação ao Sexo | 156 |
| 5.3.2- Análise Discriminante entre Amostra Brasileira e Francesa | 158 |
| 5.3.3- Validade Concorrente entre as Escalas de Depressão | 159 |
| 5.3.4- A Culpa e a Influência da Prática Religiosa no Brasil | 160 |
| 5.3.5- Relação da Comorbidade Sobre a Intensidade dos Fatores na HDRS | 162 |
| 6- CONCLUSÕES | 163 |
| 6.1- Principais | 163 |
| 6.2- Secundárias | 165 |

ABSTRACT

Background- Transcultural studies remain an important strategy to study symptoms and diagnostic validity in Psychiatry. There is a lack of studies comparing in a non-impressionistic way the depressive symptomatology in Brazil with other cultures. The present study uses a transversal controlled design to compare inpatients depressive symptomatology in two University Services in Brazil and France.

Methods- One hundred and thirty inpatients with a depressive syndrome were evaluated in a consecutive way, 60 patients in Paris (France) and 70 patients in Porto Alegre (Brazil), according to well defined inclusion and exclusion criteria. All patients were evaluated using a semi-structured interview that brought up necessary data to fill 4 depression rating scales: Hamilton Depression rating scale - 17 items, Montgomery-Asberg Depression rating scale, Depressive retardation scale and a Complementar depressive rating scale adapted for this study. All patients were evaluated by the same bilingual investigator in the two countries. The psychiatric diagnoses were established according to DSM III-R and ICD-10 with the *Composite International Diagnostic Interview (CIDI)*. The samples were similar according to sex, marital status, intensity of depressive syndrome. However, age, education, and income were higher in France. The statistical analysis included Principal Components Analysis using Kaiser and a simulation method; mean scores comparisons of scale items, co-variance and discriminant analysis.

Results- (1) The Principal Component Analysis of the Hamilton depression scale -17 items identified a "core symptoms" factor common to the Brazilian and French samples comprising by depressive mood, feelings of guilt, feelings of incapacity/desinterest and psychomotor retardation. The presence of psychic anxiety in the Brazilian sample and general somatic symptoms in the French sample completed the principal syndromic block, reproducing the results of BECH (1981) using the Rasch model.

(2) The distribution of mood disorders diagnosis was similar in the two samples as the comorbidity diagnosis, except for anxiety disorders according to DSM III-R that were more prevalent in Brazil and hypnotics and sedatives dependence according to DSM III-R and ICD-10 that were more prevalent in France.

(3) Psychic anxiety had a different behaviour in the two samples. In Brazil, it was more strongly correlated with the "core symptoms" of depression. In France it was correlated more strongly with somatic anxiety items.

(4) The psychotic symptomatology was more frequent and intense in the Brazilian sample.

(5) The depressive retardation had an unidimensional behaviour in French sample. In Brazilian sample there was an objective retardation (identified by the interviewer) and a subjective retardation (identified by the patient).

(6) The Brazilian sample showed a greater number of factors in a Complementar Scale using in this study and a greater number of items received scores higher than 0.

(7) The rate between women and men in the two samples was 3 women for 1 man in the total sample. When the patients were divided in "pure depression" or depression with any comorbidity diagnosis, this rate changed. The patients with "pure depression" had a 1 to 1 rate. On the other hand, the patients with depression and comorbidity had a strong preponderance of

women. This trend was present in the two samples with the two diagnostic systems except for ICD-10 in France.

(8) Years of schooling and age were the demographic variables that discriminate Brazilian and French samples in discriminant analysis while "psychic factor" was the psychopathological one.

(9) Subjects with regular religious practice in Brazil showed the same scores as the ones with no religious practice in items of all depression scales. In France this result could not be evaluated for ethical reasons.

(10) The presence of comorbidity increased the total score of Hamilton Depression scale-17 items. However this finding was due to the scores of items comprehended by factors 2 and 3. Factor 1 represented by "core symptoms" of depression was not modified by presence and absence of comorbidity.

Conclusions- (1) The same "core symptoms" of depression were identified in Brazilian and French samples composed by depressive mood, guilt, work and activities reduction, psychomotor retardation.

(2) The different behaviour of psychic anxiety in the two samples points to the fact that Brazilian samples differentiate between "psychic" and "somatic" levels. On the other hand, French samples differentiate "depression" from "anxiety".

(3) Psychotic symptomatology was more frequent and intense in Brazilian sample and constitutes the main symptomatological factor with discriminant power between the two samples.

(4) The findings were not explained by differences in level of education and age presented between the two samples, being influenced by more general aspects of the cultural structure of each sample.

(5) The presence of comorbidity in both samples was related to more intensity in depression due to secondary factors, keeping the same intensity in "core symptoms" of depression.

(6) Presence of comorbidity is related to a higher rate of women in relation to men. Cases of "pure depression" had a rate close to 1:1 and depended on the diagnostic system used.

(7) Subjects having a regular religious practice in Brazil had the same scores in items of all depression scales. In France this relation was not studied for ethical restrictions.

RESUMO

Introdução- Os estudos transculturais permanecem uma estratégia importante para examinar a validade dos sintomas e dos diagnósticos em Psiquiatria. No Brasil, não há trabalhos que comparem de forma não-impressionística a sintomatologia depressiva observada com a de outras culturas. A presente tese consiste num estudo transversal que compara a sintomatologia depressiva de pacientes deprimidos internados em dois serviços Universitários da França e em um do Brasil.

Métodos- Foram avaliados de forma consecutiva 130 pacientes internados por uma síndrome depressiva, sendo 60 em serviços Universitários de Paris (França) e 70 em Porto Alegre (Brasil), respeitando critérios de inclusão e exclusão bem definidos. Todos os pacientes foram examinados através de uma entrevista semi-estruturada que permitia que fossem obtidos dados para o preenchimento de 4 escalas de depressão: Escala de Hamilton para depressão (17 itens), Escala de Montgomery-Asberg, Escala de lentificação depressiva e uma Escala Complementar de sintomatologia depressiva adaptada para este estudo. Todos os pacientes foram avaliados por um mesmo entrevistador bilingüe (nos dois países). O diagnóstico foi estabelecido segundo os critérios do DSM III-R e da CID-10 através do *Composite International Diagnostic Interview (CIDI)*. A amostra obtida foi semelhante em relação ao sexo, situação conjugal, intensidade da síndrome depressiva, diferindo em relação a idade, nível de escolaridade e renda mensal, em que a amostra francesa teve índices superiores. A análise estatística incluiu Análise de Componentes Principais, utilizando o método de Kaiser, e de simulação para escolha do número de fatores, comparação da média dos escores nos itens das escalas e análise discriminante.

Resultados- (1) A Análise de Componentes Principais da escala de Hamilton 17 itens identificou um núcleo de sintomas depressivos comum às amostras brasileira e francesa, composto por humor depressivo, sentimentos de culpa, sentimento de incapacidade/desinteresse e retardo psicomotor. A presença de ansiedade psíquica na amostra brasileira e sintomas somáticos gerais na amostra francesa complementaram o bloco sindrômico principal, reproduzindo os mesmos achados de BECH (1981) utilizando o modelo de Rasch.

(2) A distribuição dos diagnósticos de transtornos de humor foi semelhante nas duas amostras, bem como os diagnósticos de comorbidade, exceto os transtornos de ansiedade segundo o DSM III-R, que foram mais prevalentes no Brasil e a dependência a hipnóticos e sedativos segundo o DSM III-R e a CID 10 que foram mais prevalentes na França.

(3) A ansiedade psíquica teve um comportamento diferente nas duas amostras. No Brasil, ela se correlacionou mais fortemente com os itens nucleares da depressão. Na França ela se correlaciona mais fortemente com os itens somáticos de ansiedade.

(4) A sintomatologia psicótica estava presente num número maior de pacientes brasileiros que na amostra francesa, e sua intensidade é maior que na população francesa.

(5) A lentificação depressiva comportou-se de forma unidimensional na amostra francesa, enquanto que na mostra brasileira uma dimensão de lentificação objetiva (identificada pelo entrevistador) se opôs à lentificação subjetiva (identificada pelo paciente).

(6) A amostra brasileira apresentou um maior número de fatores na escala complementar, e um maior número de itens desta escala obtiveram escores diferentes de zero.

(7) Observou-se que a relação entre mulheres e homens nas duas amostras foi em torno de 3 mulheres para 1 homem na amostra total. Quando separados os pacientes com depressão pura dos pacientes com depressão mais algum diagnóstico de comorbidade, esta relação modificou-se. Os pacientes com depressão pura tenderam a uma relação de 1:1, enquanto os que tiveram diagnóstico de depressão mais comorbidade tiveram uma forte preponderância de mulheres, com exceção do comportamento da CID-10 na França.

(8) A Análise discriminante evidenciou que a escolaridade e a idade foram as variáveis demográficas que mais diferenciaram as duas amostras. O "fator psicose" foi a variável psicopatológica mais discriminante.

(9) Os indivíduos que possuíam uma prática religiosa regular no Brasil não apresentaram uma pontuação diferente em relação aos que não possuíam. Na França, este resultado não pôde ser avaliado pela impossibilidade ética de se questionar sobre a prática religiosa.

(10) A presença de comorbidade tende a aumentar o escore total na escala de Hamilton. No entanto, este aumento deve-se aos escores de itens que compõem os fatores 2 e 3. O fator 1, representado pelos sintomas nucleares da depressão, não se modifica pela presença ou ausência de comorbidade.

Conclusões- (1) Foi identificado um núcleo de sintomatologia depressiva bastante semelhante entre a amostra de pacientes hospitalizados no Brasil e na França, composto por humor depressivo, culpabilidade, diminuição de trabalho e atividades e retardo psicomotor.

(2) A diferença do comportamento da ansiedade psíquica entre as duas amostras permite afirmar que a amostra brasileira diferencia entre o que é "psíquico" e o que é "somático". Já na amostra francesa, o que é "depressão" e o que é "ansiedade" é agrupado separadamente.

(3) A sintomatologia psicótica é mais frequente e mais intensa na amostra brasileira e constitui o principal fator sintomatológico com poder discriminante entre as duas amostras.

(4) Os achados não são explicados por diferenças de nível educacional e de idade apresentadas entre as duas populações, sendo, portanto, influenciados por aspectos mais gerais e abrangentes da estrutura cultural de cada amostra.

(5) A presença de comorbidade em ambas as amostras relaciona-se com maior intensidade nas depressões às custas dos fatores secundários, mantendo inalterada a intensidade dos sintomas nucleares da depressão.

(6) A presença de comorbidade está relacionada com uma relação aumentada de mulheres para homens. Os casos de depressão pura apresentam relação mais próxima de 1:1 e é dependente do sistema diagnóstico utilizado.

(7) Os indivíduos que tinham uma prática religiosa regular (independente do credo) no Brasil não tiveram escores diferentes nos itens das diferentes escalas de depressão.

1- INTRODUÇÃO

1.1- O CONCEITO DE CULTURA

O conceito de Cultura, embora central para a compreensão de várias áreas do conhecimento, está longe de obter uma unanimidade, tendo KLUCKHONH e KROEBER (1952) (*apud* MARSELLA, 1989) encontrado 150 definições para o termo.

A dificuldade de obter um consenso sobre o termo decorre não só da complexidade e abrangência do mesmo, mas também de diferenças conceituais e de orientação teórica de seus autores. MARSELLA (1989), a partir da definição de LINTON (1945) (*apud* MARSELLA, 1989), define Cultura como "um conjunto de comportamentos compartilhados e aprendidos, transmitidos de uma geração à outra com o objetivo de ajustamento, adaptação e crescimento humanos. A Cultura tem referenciais externos e internos. Os referenciais externos incluem os papéis e as instituições. Os referenciais internos incluem atitudes, valores, crenças, expectativas, epistemologias e consciência". HELMAN (1991) define Cultura como "uma *lente* herdada, composta por um conjunto de conceitos e regras de significado compartilhados, através dos quais um grupo ou sociedade percebe o mundo onde vive, guiando-o no seu comportamento diário em relação a outras pessoas, ao ambiente natural e às forças sobrenaturais e deuses. Cultura é um conjunto de diretrizes, implícitas ou explícitas, que um indivíduo herda como membro de uma sociedade particular. É transmitida de geração à geração através do uso da linguagem, de símbolos e de rituais, e, sem ela, nem a coesão, nem a continuidade de um grupo seria possível". Pode-se considerar a cultura segundo um nível mais profundo e inacessível ("nível primário") e sobre o qual as pessoas não têm consciência, algo como uma "gramática cultural" e um nível observável ("nível secundário") aparente nas diferentes manifestações culturais como rituais, costumes, festas etc. (HALL, 1983).

Dentro de uma cultura existem grupos que, ao mesmo tempo que partilham de muitas das diretrizes gerais de uma determinada sociedade, apresentam, no entanto, características únicas que os diferenciam deste grupo mais amplo. É o que se denomina "subcultura". As subculturas podem compreender minorias étnicas, religiosas e sociais; instituições, como hospitais, clubes, universidades; seguidores de determinados estilos de vida, assim como certos grupos profissionais (a profissão médica, p.ex., com sua linguagem, organização social, identidade profissional, valores e visão de mundo distintas). Ao trabalhar com nações industrializadas ou nações urbanizadas que contém subculturas, considera-se que símbolos e categorias comuns usualmente prevalecem e espera-se que formas mais ou menos típicas de doenças psiquiátricas sejam encontradas (FABREGA e col., 1968).

Raça, etnia, nacionalidade, identidade étnica e país são conceitos que, embora diferentes, têm sido usados muitas vezes de forma intercambiável em vários estudos transculturais. MARI (1989) destaca que Cultura operacionalmente tem sido equiparada ao conceito de nação. Nesta equiparação duas suposições estão implícitas: (a) a de que diferentes nações têm Culturas diferentes e (b) a de que dentro de uma mesma nação só existe uma Cultura. MARSELLA (1986) considera que uma maior ênfase deveria ser dada à avaliação da identidade étnica, através da avaliação de atitudes e comportamentos. Por exemplo, pouca informação é obtida se os pesquisadores estudam nigerianos sem diferenciá-los entre aqueles que mantêm estilos de vida culturalmente tradicionais e aqueles ocidentalizados. Pacientes nigerianos ocidentalizados se parecem com pacientes europeus e americanos porque suas raízes culturais tradicionais não são mais mediadores de seu comportamento.

Quando um pesquisador estuda as manifestações de uma doença entre pessoas cuja Cultura (e língua) se afasta significativamente da área de influência da cultura europeia ocidental (e das línguas indo-europeias) pode-se esperar que encontre variações psicopatológicas

significativas (MECHANIC, 1972). No entanto, ao estudar subgrupos dentro de uma sociedade pluralista, as diferenças são menores entre estes subgrupos do que entre dois grupos sociais singulares. Valores e orientações amplas dos subgrupos em questão, bem como a estrutura e sintaxe da linguagem, serão compartilhados. Se ainda estes subgrupos forem significativamente expostos às instituições ocidentais, eles serão alfabetizados e de alguma forma expostos a alguns valores centrais da cultura ocidental, como a noção de indivíduo, de causalidade e da natureza da realidade social. Estes fatores produzem uma homogeneidade cultural considerável na aparência, na experiência e no comportamento. O grau com que estes grupos preservam seus padrões culturais "nativos" é um fator crítico que permite ou não o aparecimento de manifestações psicopatológicas diferentes dentro de uma mesma Cultura. Tomando um grupo de migrantes de uma Cultura não européia ocidental como exemplo, é provável que a variação cultural seja significativa e a expectativa de diferenças psicopatológicas seja razoável. Entre os descendentes estas variações tendem progressivamente a diminuir (FABREGA e cols, 1988).

1.2- PSIQUIATRIA E CULTURA: BREVE HISTÓRICO

A constatação de que a cultura pode influenciar a manifestação de sintomas patológicos é antiga. ELLENBERGER (1981) cita, como o mais antigo documento de psiquiatria transcultural, um escrito da coleção hipocrática "Dos ares, das águas e dos lugares" que contém a descrição da doença dos *bitos*. Entre os nômades das estepes da *Cítia* (sudoeste da Rússia atual) um certo número de homens tornaram-se impotentes e começaram a falar com uma voz feminina, adotando o estilo de vida das mulheres. O autor atribuía esta doença ao clima úmido e brumoso da *Cítia*, à alimentação e ao estilo de vida dos *bitos*. Existe uma série de relatos dispersos, realizados por viajantes, historiadores, médicos e administradores sobre determinados comportamentos "diferentes" atribuídos a determinadas regiões, desde a antiguidade clássica até

nossos dias. MURPHY (1982) cita os relatos do historiador árabe Ibn Khaldun no século XIV, como o primeiro estudos detalhado da influência da cultura sobre a saúde mental, quando o autor descreve o efeito da fixação em cidades sobre algumas tribos nômades.

BOISSIER DE SAUVAGE (1771, *apud* SOUGEY, 1992) incluiu o quadro de "amok" na Malásia no seu *Nosologia*, bem como outras doenças ditas exóticas. No entanto, para que uma relação entre sociedade e doença mental pudesse realmente ser estabelecida e incorporada ao pensamento médico, seriam necessárias mudanças mais profundas. O Iluminismo e as conseqüências sociais e políticas da Revolução Francesa foram decisivas para esta nova etapa do pensamento moderno sobre a relação de Cultura e "loucura". A noção de "bom selvagem" (ROUSSEAU, 1775), de que o homem é inerentemente bom e que a sociedade o corrompe passou a estar presente numa série de reflexões sobre a menor incidência de transtornos mentais em sociedades primitivas. A expansão colonial da Europa, que tinha, no ano de 1878, o domínio de 67% das terras do globo, levou o europeu ao contato com "povos exóticos". Foi corrente entre "alienistas" franceses, alemães, ingleses e italianos durante o século XIX, como Esquirol, Moreau de Tours, Morel, Griesinger, Krafft-Ebbing, Hack Tuke e Cesar Lombroso, a noção de que a doença mental estava ligada à civilização. Alguns destes autores, em viagens pelas colônias, observavam e descreviam as condições de saúde mental e de atendimento, bem como de peculiaridades de algumas destas colônias. MOREAU DE TOURS (1843), por exemplo, publicou o resultado de suas observações sobre os estabelecimentos de alienados na Ilha de Malta, no Cairo, em Esmirna e em Istambul. Sempre que possível examinava pacientes e responsáveis pelo seu cuidado. No seu relatório compara dados estatísticos de prevalência de doenças, assim como o desenvolvimento cultural, considerando o Oriente do século XIX semelhante à Europa Medieval. Observa que a *loucura* no Oriente era um "mal sagrado", o que fazia com que apenas doentes agressivos fossem internados. Estabelece, ainda, relações entre o

clima e a religião, que seriam responsáveis pela constituição submissa e fatalista dos povos orientais. WINSLOW (1853) relata sua experiência em um sanatório em Bengala, na Índia, pois com a expansão dos colonialismos inglês, francês e holandês houve um aumento do interesse e da responsabilidade da matriz em relação às condições precárias do atendimento dos alienados nas colônias. Começam, então, a ser enviados alienistas para se ocuparem do desenvolvimento dos cuidados com os doentes. Assim, proliferam relatos comparativos, especialmente na África, na Ásia e no Caribe. OBERSTEINER (1880), um neuropsiquiatra alemão, citado por ELLENBERGER (1981), descreveu em uma revista não-científica, mas baseado em fontes confiáveis, doenças mentais incidentes em tribos primitivas indígenas, nos negros do Brasil e da Guiana Inglesa, nos egípcios, turcos, persas, esquimós, islandeses e garimpeiros australianos. Os quadros hoje denominados inadequadamente "ligados à cultura" como *Amok*, *Latah* e *Koro*, em Java (ELLIS 1893, 1897; VAN BRERO, 1895), *Myriath*, na Sibéria (TOKARSKY, 1890, *apud* DALGALARRONDO, 1994), *Piblokto* entre os esquimós (BRILL, 1913), são detalhadamente descritos.

A preocupação com a universalidade de alguns diagnósticos europeus começou de forma mais marcada a partir do final século XIX, embora já o próprio MOREAU DE TOURS (1843) houvesse constatado a raridade dos casos de *paralisia geral progressiva* no Oriente. Assim, GILLES DE LA TOURETTE (1885), com a síndrome que até hoje leva seu nome, KRAEPELIN (1904), com a demência precoce e BLEULER (1911), com a esquizofrenia procuraram demonstrar que os quadros descritos por eles não se restringiam à Europa.

KRAEPELIN (1904) sistematizou a preocupação com a observação da doença mental em diferentes grupos de pessoas, o que ele denominou de "Psiquiatria Comparada". Para ele "... se características raciais estão refletidas na religião e nos costumes, nas suas realizações espirituais e artísticas e no seu desenvolvimento histórico, elas devem encontrar expressão na

frequência das formas clínicas das doenças mentais, especialmente naquelas que não têm causa externa". Sua primeira viagem de pesquisa deu-se em 1904 ao Sul da Ásia conduzindo-o à formulação da "Psiquiatria Comparada" como um campo científico criado para contribuir a uma melhor compreensão dos processos psicopatológicos. Um projeto de pesquisa transcultural de Kraepelin foi cuidadosamente planejado para 1915 numa viagem de nove meses, estendendo-se a seis países não-europeus (Sibéria, Japão, Cingapura, Burma, Índia e Egito) com o suporte de vários psiquiatras dos países que seriam por ele visitados. Não foi realizado, no entanto, devido ao início da Primeira Guerra Mundial e às conseqüências do pós-guerra (JILEK, 1995). Em 1925, um ano antes de sua morte, Kraepelin realizou uma viagem de três meses aos Estados Unidos, ao México e a Cuba para comparar a manifestação da *paralisia geral progressiva* entre índios, negros americanos e americanos de origem européia.

O termo "Psiquiatria Comparada" cunhado por Kraepelin foi progressivamente tornando-se inadequado na medida em que, pelo menos no início, limitava-se a designar o estudo clínico da manifestação das formas tradicionais das doenças mentais nos países ocidentais em relação a outros países considerados "exóticos" do ponto de vista eurocêntrico. "Psiquiatria transcultural", "Etnopsiquiatria" ou a denominação "*Cross-cultural Psychiatry*" da literatura de língua inglesa (e de difícil tradução para o português: "Psiquiatria através das Culturas") têm sido termos utilizados para definir este vasto campo de interface entre a psiquiatria, a antropologia e a sociologia (BRODY, 1967). MURPHY (1989) considera que o termo "Psiquiatria transcultural" tem sido preferido por aqueles que entendem o fenômeno da doença mental como universal e "*Cross-cultural Psychiatry*" por quem simplesmente considera que em psiquiatria é relevante investigar comparativamente uma grande variedade de temas em diferentes partes do mundo (WITKOWER, 1964, 1965, 1966). Na literatura internacional, no

entanto, estes termos parecem ser usados, na grande maioria das vezes, como sinônimos.

O interesse pelos aspectos culturais está presente também na obra de FREUD. No trabalho "Totem e tabu" (1917) é discutida a origem da vida em sociedade a partir da repressão das tendências edípicas e do incesto através da prática exogâmica. Na famosa hipótese da horda primitiva, o pai que guarda as fêmeas para si é morto por seus filhos. Este parricídio gera a culpa, da qual nascem as instituições: totemismo que identifica o pai com o animal fálico, exogamia e homossexualidade dessexualizada, base da solidariedade.

Após a Primeira Guerra Mundial, a psiquiatria transcultural sofreu uma influência crescente da etnologia. Na Alemanha, Richard Thurnwald e sua escola iniciam o estudo sistemático dos efeitos do contato entre raças e culturas de níveis diferentes. Nos Estados Unidos, influenciada pela corrente psicanalítica, a Escola de Antropologia Cultural procura verificar a universalidade de alguns conceitos psicanalíticos fundamentais. MALINOVSKI (1927) (*apud* PELICIER, 1982) estuda a população das ilhas Trobriand na sua obra *Sex and Repression in Savage Society*. Ele considera que o complexo de Édipo é um produto da sociedade vitoriana. Entre os melanésios, o pai biológico não é importante, e sim o tio materno. Um grande número de trabalhos na década de 20 questionam a universalidade dos conceitos, não apenas psicanalíticos, mas também de "normalidade", a partir da observação de aspectos específicos de determinadas culturas. Em 1928, Margaret Mead, da Universidade de Columbia em seu livro *Coming age in Samoa* refuta a tese da universalidade da crise da adolescência. Em 1934, Ruth Benedict seguidora de Franz Boas publica o livro *Patterns of Culture* onde destaca o "ethos" de um grupo como a característica fundamental, a sua "personalidade de base". A normalidade não é um conceito absoluto, mas relativo a uma dada cultura (GIEL, 1966). Alianças formais entre psiquiatras e antropólogos começam neste momento a ocorrer. Antropólogos da Universidade de Columbia (Benedict, Mead, Linton entre outros) tornam-se membros editores de revistas

psiquiátricas e membros atuantes em sociedades internacionais de saúde mental. A aproximação deste grupo com um psiquiatra (Kardiner), através de seminários e discussões de resultados de pesquisas é o embrião de uma subespecialidade da antropologia cultural denominada "Cultura e Personalidade". Ralph Linton desenvolve as teses de Kardiner, dando ênfase às características ambientais e modelos culturais, e enfatizando a prioridade da influência das primeiras relações sobre os genes. A corrente culturalista centra-se na análise dos modos através dos quais um indivíduo segue ou não sua cultura. Os conflitos interpessoais resultantes são utilizados para compreender a sociedade e a doença mental. Kardiner descreve a "personalidade de base" como a configuração psicológica própria aos membros de um grupo, definida pelas atitudes, crenças, relações e fantasias. Outros autores destacados desta corrente são Erich Fromm, Geza Roheim, Karen Horney, Clyde Kluckohn, Herbert Marcuse e Erik Erikson.

No Canadá, a partir do ano de 1956, Wittkower e Fried organizam a Seção de Estudos de Psiquiatria Transcultural, com o objetivo de ser um centro de informação, pesquisa e ensino na área. Desenvolvem linhas de pesquisa na análise comparativa da sintomatologia esquizofrênica e depressiva (MURPHY e cols, 1964).

Na França, a origem das pesquisas vem de duas fontes: por um lado, os trabalhos de grandes etnólogos como Lucien Levy-Bruhl, Marcel Mauss, Marcel Griaule, Maurice Leenhardt, Claude Levi-Strauss (PELICIER, 1982); por outro lado, as observações acumuladas por psicanalistas e etnopsiquiatras como George Devereux e seu discípulo Tobie Nathan. Para estes autores, as identificações sucessivas formadoras da personalidade de um indivíduo são, na verdade, modelos culturais impostos pela sociedade e por ele interiorizados (DEVEREUX, 1978). Na medida em que um indivíduo se socializa, ele participa obrigatoriamente do modelo cultural no qual está imerso (POSTEL, 1993). Após a Segunda Guerra, cabe citar os estudos de Roger Bastide consagrados à África e sobretudo à América do Sul e às religiões afro-brasileiras.

Na África, devem ser mencionados os trabalhos de Henri Collomb e de seus sucessores no Centre Hospitalier de Fann, em Dacar (Senegal) sobre peculiaridades da manifestação psicopatológica africana (alta prevalência de psicoses breves - *bouffées délirantes* - p.ex.) (COLLOMB, 1966).

No Brasil, o trabalho precursor da relação entre aspectos sociais e doença mental foi o de RODRIGUES (1898) publicado em francês, no qual o autor procura estudar o episódio de Canudos como um fenômeno sintomatológico grupal. A interferência de práticas religiosas afro-brasileiras no desencadear de manifestações alucinatórias e delirantes foi sucessivamente estudada por PERNAMBUCO (1932), ROXO (1938) e RAMOS (1940) (*apud* LEME LOPES, 1966). LEME LOPES (1966), ao revisar o tema da Psiquiatria Transcultural no Brasil, salienta a pouca quantidade de dados e a importância de publicações nesta área em nosso meio. Durante os anos 50 e 60, as teorias da escola norte-americana designada como "Cultura e Personalidade" foram transmitidas nas universidades brasileiras, através do trabalho de Rene Ribeiro, Rui Coelho e Gioconda Mussulini (TRINDADE, 1993). Nesta época, o pensamento antropológico francês era também fortalecido no nosso meio através da longa permanência de Roger Bastide na Universidade de São Paulo. Segundo esta tradição, os fenômenos estudados deveriam ser compreendidos como fenômenos sociais totais (segundo o conceito de Mauss) em suas múltiplas dimensões: histórica, psicológica e antropológica. Bastide estimulou seus alunos (Maria Isaura Queiroz, Florestan Fernandes e Rui Coelho, entre outros) às pesquisas interdisciplinares voltadas à reflexão dos temas e problemas apresentados pela sociedade brasileira (TRINDADE, 1993). No ano de 1968, realizou-se em Salvador o Simpósio Internacional de Psiquiatria Transcultural em que foram apresentadas as contribuições de RUBIM DE PINHO e colaboradores (1969) sobre os fatores sócio-culturais das depressões, e de LUCENA (1969), que fez uma revisão sobre as características culturais brasileiras e sobre dados do significado transcultural obtido por

psiquiatras brasileiros. LAPLANTINE (1987, 1988) estudou características culturais brasileiras e suas influências na medicina tradicional do Nordeste e na manifestação sintomatológica, rejeitando a exploração do que é "doente" no estudo das expressões culturais e centralizando sua análise no conceito psicanalítico de sublimação e na função "psicoterapêutica" dos rituais afro-brasileiros.

A partir do ano de 1971, com o projeto Estados Unidos-Reino Unido (KENDELL e col., 1971), o método epidemiológico passa a ter um papel de destaque na pesquisa transcultural. As diferenças na prevalência de esquizofrenia, depressão, mania e transtornos de personalidade encontradas entre Estados Unidos, Reino Unido e Escandinávia são atribuídas fundamentalmente à variação dos critérios diagnósticos e não propriamente a uma real diferença de prevalência nos diferentes países. A Organização Mundial da Saúde passa a coordenar uma série de estudos multicêntricos sobre a manifestação psicopatológica, o curso e o prognóstico das doenças mentais. O Estudo Internacional Piloto da Esquizofrenia dirigido por N. Sartorius em dez países (SARTORIUS e col., 1986) bem como o Estudo Colaborativo da OMS de avaliação de transtornos depressivos (SARTORIUS e col., 1983) concluem pela preponderância de semelhanças entre os diferentes diagnósticos em diferentes culturas, enfatizando a universalidade dos diagnósticos fundamentais da psiquiatria ocidental. A preocupação com a confiabilidade entre avaliadores (WITTENBORN, 1972) assume um papel de destaque na psiquiatria do último quarto do século. Surgem então os critérios de Feighner ou de Saint Louis (FEIGHNER e col., 1972) e a seguir o "*Research Diagnosis Criteria*" (RDC) (SPITZER e col., 1978), que influenciaram fortemente as sucessivas versões da Classificação da Sociedade Americana de Psiquiatria (DSM III, APA, 1980; DSM III-R APA, 1987 e DSM IV, APA, 1995) e da Classificação Internacional das Doenças, 10a edição, da OMS (CID-10, OMS, 1992). A busca de uma linguagem comum e a valorização de perspectivas internacionais para os diagnósticos

em psiquiatria passa a ter um importância primordial (SARTORIUS, 1988).

A preocupação com o estabelecimento de critérios diagnósticos claros e de fácil concordância entre avaliadores passa a ser o objetivo central das classificações. A pretensão de que este sistema classificatório, a partir do DSM III-R, tenha uma utilização internacional fica mais evidente com o acréscimo de algumas síndromes originalmente ligadas à Cultura (STEIN, 1993). O desenvolvimento de vários instrumentos diagnósticos padronizados, completamente estruturados ("*Diagnostic Interview Schedule*" - DIS (ROBINS e cols, 1981), "*Composite International Diagnostic Interview*" - CIDI - OMS, 1989) p.ex.) ou semi-estruturados ("*Standardized Psychiatric Examination*" - SPE, ROMANOSKI 1988; "*Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry*" - SCAN ; "*Structured Clinical Interview for DSM III-R*" - SCID) é uma forma de aumentar ainda mais a confiabilidade dos diagnósticos. A questão da validade transcultural das principais categorias diagnósticas ainda permanece, no entanto, sujeita a muitos questionamentos (NIKELY, 1988). FABREGA (1995) considera que um modelo reducionista neurobiológico tem sido o referencial teórico hegemônico e a justificativa para uma visão universalista das doenças mentais. Os sistemas diagnósticos parecem requerer contínua revisão na medida em que são influenciados por aspectos culturais e sociais, e estes estão em contínua mudança (FABREGA, 1992).

A proliferação de escalas para avaliação de sintomas em psiquiatria a partir da década de 1950 fez com que estivessem à disposição de diferentes países com diferentes culturas uma quantidade muito grande de instrumentos de avaliação, que foram, na imensa maioria das vezes, desenvolvidos em países ocidentais ditos industrializados e traduzidos para as diferentes línguas. A sofisticação progressiva dos métodos de tradução (tradução e retrotradução) e a validação dos instrumentos na maior parte das vezes levaram a labirintos tautológicos. Na verdade, as sociedades culturalmente mais diferentes do Ocidente e, portanto, do ponto-de-vista

transcultural, as mais interessantes, são justamente aquelas com poucos recursos para desenvolver projetos de pesquisa autóctones. Historicamente, elas têm sido estudadas por pesquisadores ocidentais que trazem o viés de seu referencial ocidental (LEFF, 1990). Ainda que seja inegável o progresso que o enfoque epidemiológico tem trazido para a compreensão da universalidade de alguns achados da manifestação das doenças mentais, existe o risco de que o etnocentrismo, ao privilegiar os modelos ocidentais, transforme a psiquiatria transcultural em um instrumento de imperialismo cultural (FANON, 1952 *apud* POSTEL, 1993 e BIBEAU 1981). BIBEAU (1981) destaca que o perigo da abordagem antropológica que critica a metodologia que embasa a universalidade das doenças mentais é o de cair em um conjunto de monografias defendendo o relativismo cultural e negligenciando o que é comum e universal.

Embora hegemônica, a visão da universalidade dos diagnósticos, onde a cultura tem, quando muito, um papel patoplástico não é unânime. O sistema classificatório "DSM", representando a cultura ocidental, exemplifica esta contradição. Ele foi construído por uma cultura que é minoritária em termos populacionais, mas hegemônica em termos culturais, representando em termos populacionais 20% da população mundial (LEWIS-FERNANDEZ e KLEINMAN, 1994). Assim, classifica em "atípicas" várias categorias predominantes em culturas não-ocidentais.

1.3- QUESTÕES METODOLÓGICAS NOS ESTUDOS TRANSCULTURAIS

Os estudos transculturais são de interesse de pelo menos três grandes áreas de conhecimento: a antropologia, a psiquiatria clínica e a epidemiologia psiquiátrica. Cada uma destas áreas tem seu desenvolvimento histórico, suas questões de pesquisa, suas correntes ideológicas e seus métodos de investigação.

A riqueza do enfoque transcultural reside justamente na tensão inerente ao aporte destas

três grandes áreas de pesquisa que de certa forma reproduz a complexidade de seu objeto de estudo. A antropologia vê nos sintomas formas de manifestações culturais humanas e a própria psiquiatria como uma "manifestação cultural" e isto é, em si, seu objeto de estudo. Já a psiquiatria clínica interessa-se pelos estudos transculturais, pois estes podem ajudá-la a encontrar sintomas nucleares que permitiriam diagnosticar e validar suas principais síndromes, baseando-se na universalidade de algumas manifestações psicopatológicas. Como ciência aplicada, a psiquiatria é pressionada para a obtenção de modelos que, na impossibilidade de serem comprovados cientificamente, possam, ao menos, ter valor heurístico para a compreensão e alívio do sofrimento psíquico humano. Já a epidemiologia que tem a população, o grande número de indivíduos, como objeto de estudo, se propõe estudar a distribuição, a prevalência de doenças nas populações, exigindo da psiquiatria clínica modelos simplificados, categorias diagnósticas claras e refinamentos na psicometria no sentido de quantificar para poder comparar.

Como se pode observar, a convivência destas três áreas não é pacífica. O que é considerado virtude e rigor científico no método epidemiológico (padronização da coleta de dados, quantificação de variáveis subjetivas, controle de variáveis relativas ao "coletador de dados" etc.) é visto pelo método etnográfico, não só como uma tarefa impossível, mas, até mesmo, indesejável.

1.3.1- Êmico x Ético.

A definição de uma perspectiva *êmica* ou *ética* é uma questão central nos estudos em ciências sociais. A perspectiva *êmica* está baseada na Cultura do grupo em estudo. Ela é definida a partir de conceitos e pressupostos internos de cada Cultura. Ela é preferencialmente estudada por pesquisadores originários desta Cultura, ou por conhecedores profundos desta mesma Cultura a partir do método etnográfico. A perspectiva *ética*, ao contrário, é baseada em pressupostos e

conceitos exteriores a esta cultura. Ela é em geral estudada por pesquisadores alheios à cultura estudada, que utilizam os mesmos métodos de obtenção de informação do país de origem. Tem no método epidemiológico um de seus principais representantes (WEISS et al. 1992).

A tensão entre o método epidemiológico e o método etnográfico caracteriza a pesquisa em psiquiatria transcultural. O método etnográfico é qualitativo, e sua questão central é a validade. Já o método epidemiológico é quantitativo e preocupa-se fundamentalmente com a confiabilidade e a possibilidade de replicação dos dados. O etnógrafo procura dominar a língua local, dispense meses e às vezes anos no local de estudo, desenvolvendo relação de trabalho próxima a um grupo relativamente pequeno de informantes-chave. Concentra-se na tradução e na interpretação do significado. O epidemiologista, ao contrário, permanece semanas ou no máximo poucos meses no campo. Normalmente desconhece a língua local, baseando-se em questionários e medidas "observáveis" e "quantificáveis" de comportamento. O epidemiologista considera a tarefa do etnógrafo como "impressionística", "anedótica", "não-controlada", "misturada", "não-rigorosa", "não-científica". O etnógrafo, por sua vez, considera o trabalho do epidemiologista como "superficial", "com vícios", "pseudocientífico", "inválido", "de pouca erudição". Duas atitudes decorrem desta tensão: a primeira, e a mais freqüente, é a desconsideração recíproca dos trabalhos. Na segunda, a mais rara, os pesquisadores buscam uma visão integrada. (KLEINMAN e GOOD, 1985).

KLEINMAN (1987b) considera que a pesquisa transcultural tem um forte viés que é o de "descobrir" similaridades culturais e universais nas doenças mentais. Assim, a questão antropológica de "como as doenças psiquiátricas diferem nas culturas" é necessariamente um complemento à questão psiquiátrica hegemônica (KLEINMAN, 1987a). Além disso, considera que existe um *a priori* na pesquisa psiquiátrica atual de que a biologia determina a causa e a estrutura de um transtorno mental, enquanto fatores culturais e sociais moldam ou influenciam

o conteúdo do transtorno. KLEINMAN (1977) julga que a cultura molda muito mais que a manifestação de um transtorno mental: molda também a maneira pela qual um psiquiatra concebe uma doença. As concepções de doenças (quer sejam biológicas, psicológicas ou sociológicas) não são "coisas-em-si" (no sentido *kantiano* "da expressão) e sim modelos explicativos. Desta forma, quando comparamos doenças, comparamos modelos explicativos e não entidades. Segundo o autor, um modelo em que biologia e fatores culturais interagem é mais próximo da realidade clínica. A questão da tradução de instrumentos de pesquisa merece também a crítica deste importante antropólogo, bem como de vários outros autores (WAGATSUMA, 1975). Do ponto-de-vista antropológico a tradução não é uma nuance ou um problema técnico, é a essência da pesquisa etnográfica. A tradução de resultados em categorias para a comparação em diferentes culturas é a conclusão e não o primeiro passo, como o é para a pesquisa psiquiátrica de cunho epidemiológico. Assim, KLEINMAN (1977) cunhou o termo "falácia categorial", que é a aplicação numa cultura de uma categoria nosológica desenvolvida em outra, para a qual falta coerência, e cuja validade não foi estabelecida. Afirma que uma das principais funções da antropologia em relação à psiquiatria é continuamente encorajá-la à humildade face às formulações culturais alternativas, à visão progressivamente medicalizante da condição humana, vendo-as não como reflexo da "ignorância", mas sim como ângulos diferentes de um fenômeno multifacetado e de difícil apreensão por qualquer teoria globalizante. Propõe o que denominou "A nova perspectiva transcultural" ("The new cross-cultural perspective") (KLEINMAN, 1977).

Esta nova perspectiva se diferenciaria da "velha perspectiva" pelo fato de que esta simplesmente se propunha verificar a existência de modelos ocidentais de doença em sociedades não-ocidentais, ocorrendo uma mudança de "categorias para contextos" (LITTLEWOOD, 1990). A "Nova Psiquiatria Transcultural", com suas origens na antropologia, caracteriza-se pelo uso

de dados oriundos de diferentes sociedades, pela aceitação de lidar com os dados biológicos, por uma preocupação com papéis em vez de identidades, pela ênfase nos símbolos que representam preocupações individuais e sociais e por uma base fundamental em trabalhos intensivos de campo (LITTLEWOOD, 1990). LEFF (1990) aponta que a radicalização desta tendência seria o abandono do diagnóstico e mesmo da noção de "patologia" e uma volta a alguns conceitos próximos aos defendidos pela anti-psiquiatria dos anos 60. Propõe então o que chama de uma solução "menos niilista", que seria a valorização das crenças populares sobre doença mental e sua categorização como parte do sistema biomédico ocidental de psiquiatria. Vários autores vêm ressaltando os problemas metodológicos de uma série de estudos transculturais (SINGER, 1975, 1984; BERNER e BERNER, 1987; LEFF, 1990). LEFF (1990) considera que estes problemas se devam às reais dificuldades metodológicas neste campo do conhecimento. Descartar todos estes estudos já realizados seria como "jogar fora o bebê com a água do banho" (LEFF, 1990). LITTLEWOOD e LIPSEGE (1987) destacam que a psiquiatria no Ocidente raramente emprega modelos derivados dos estudos antropológicos para pequenas comunidades a fim de estudar as síndromes e a patoplastia ligadas à cultura ocidental, tendendo a olhar-se como se fosse "culturalmente e cientificamente neutra". Examina várias conceptualizações biomédicas contemporâneas como intoxicações medicamentosas, roubo patológico, maus tratos na infância, agorafobia, e anorexia, entre outras, e sua associação estreita com pressupostos culturais e políticos implícitos, particularmente concernentes a papéis sexuais, noções de identidade e atribuição pessoal. FAVAZZA e OMAN (1984) consideram que, em algum grau, todos os transtornos são ligados à cultura. No entanto, como estamos imersos na nossa própria cultura é difícil vê-la objetivamente. Para eles, é "tão importante entender o contexto cultural da histeria no Vietnã e nos Estados Unidos como no Ártico".

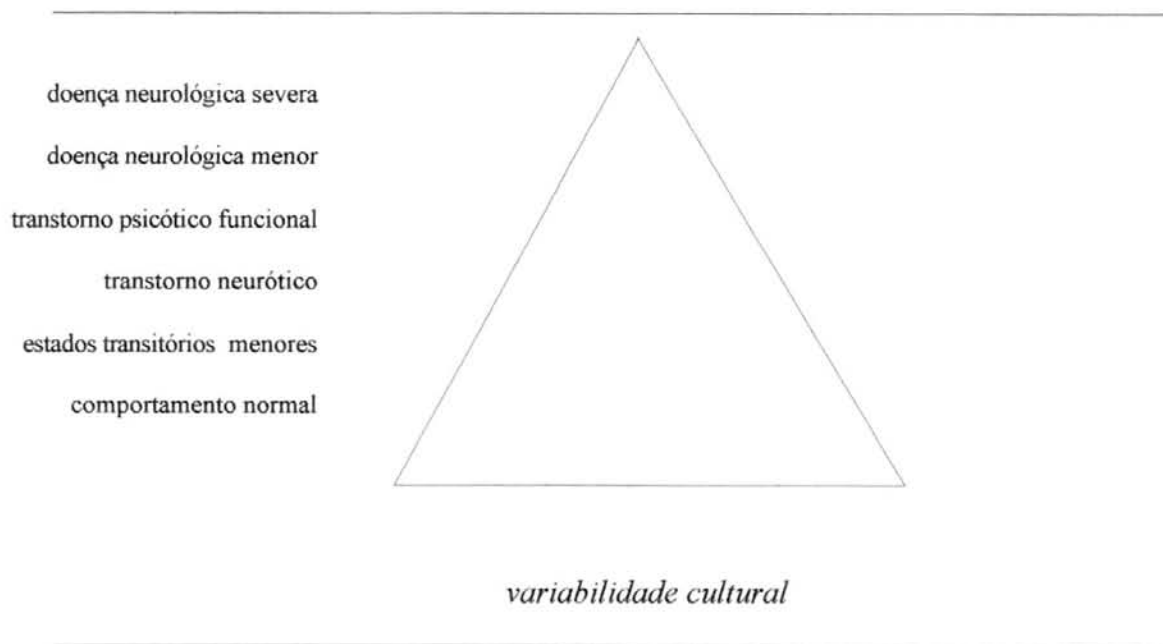
OBEYESEKERE (1985) destaca que o conceito de depressão através das sucessivas

classificações DSM foi tendo sua identificação facilitada, tendo sido reconhecida numa grande variedade de países e culturas, o que levou a uma conclusão aparentemente lógica de que seria uma doença universal. O autor, para ilustrar sua crítica a esta conclusão, usa o que ele chama de um exercício de "etnocentrismo reverso" no exemplo que segue: no sul da Ásia existe uma síndrome denominada "perda de sêmen". Um indivíduo que apresenta emagrecimento, com fantasias sexuais, poluição noturna e urina descolorida é diagnosticado como tendo "perda de sêmen". Embora estes sintomas possam ser encontrados em diferentes culturas, eles não foram fundidos em uma concepção de doença ("perda de sêmen") na cultura americana. Destaca, ainda, que dentro da religião budista muitos dos "sintomas", descritos como característicos de uma síndrome depressiva, são estágios evolutivos a serem buscados. O sofrimento, a desesperança, a consciência de que o prazer é ilusório são ideais a serem buscados e identificam o indivíduo como estando em um nível superior, mas nunca "doente".

1.3.2- Os sintomas nucleares

BERNER e BERNER (1987) consideram que a busca de sintomas nucleares (ou o que a psiquiatria alemã chama de "síndromes axiais") está ligada à hipótese de que as "verdadeiras doenças mentais" têm sempre um causa orgânica. Esta visão conduz à necessidade de distinção entre o que é determinante patogênico e o que é patoplástico ou, dito de outra forma, o que é "forma e conteúdo" (BIRNBAUM 1923, *apud* BERNER e BERNER, 1987; McHUGH e YUODOVSKY 1989). Assim, os fatores patoplásticos determinariam o "colorido" do quadro de base subjacente. Fatores culturais, nível socio-econômico e estrutura de personalidade seriam alguns destes fatores responsáveis pela "patoplastia". MARSELLA (1989) sugere uma estrutura em pirâmide para representar a influência patoplástica da variabilidade cultural (Figura 1).

FIGURA 1- Influência da variabilidade cultural sobre a manifestação dos sintomas (MARSELLA, 1989)



Este diagrama ilustra que o comportamento normal é muito determinado pela variabilidade cultural. Na medida em que a "organicidade" torna-se mais evidente, sua participação tende a diminuir.

1.3.3- As dificuldades metodológicas

A dificuldade metodológica central a ser resolvida nos estudos transculturais é a questão da equivalência, isto é, em que extensão uma palavra, conceito, escala ou norma pode ser considerada relevante ou aplicável a outros grupos que não aqueles para os quais foram desenvolvidos (ANDERSON,1984). FIGUEIREDO e LEMKAU (1980) discutiram algumas precauções referentes à validade e à confiabilidade da entrevista psiquiátrica em diferentes culturas. MARSELLA (1989) considera que existem quatro tipos de equivalência: a *lingüística*, a *conceitual*, a *de escala* e a *de normatização*. As equivalências *lingüística* e *conceitual* estão estreitamente relacionadas e referem-se à possibilidade de uma mesma palavra ou um mesmo conceito ter a mesma conotação em diferentes culturas. Por exemplo, o conceito de

"dependência" tem uma conotação negativa na cultura ocidental, relacionada especialmente com imaturidade. DOI (1973) (*apud* MARSELLA, 1989) mostra que na cultura japonesa o conceito desta mesma palavra (dependência) tem uma conotação positiva. LEMOINE e colaboradores (1981) e AMMAR e colaboradores (1981) salientam a ausência de uma tradução literal em alguns dialetos árabes para a palavra tristeza. KORTMANN e HORN (1988) estudando a validade do Questionário de Auto-Resposta (SRQ) para rastreamento de transtorno mental da OMS (HARDING, 1980) na Etiópia destacam alguns problemas de validade conceitual de algumas perguntas do SRQ. Como exemplo cita a pergunta "Você vem chorando mais do que o seu habitual?". Na Etiópia, as pessoas costumam freqüentar os funerais da maioria da vizinhança e mesmo de inimigos. Nestas ocasiões o choro faz parte do ritual. Esta pergunta pode-se referir ao número de funerais que um indivíduo freqüentou recentemente e que não representa necessariamente um item que rastreia humor depressivo.

A equivalência *de escalas* muitas vezes é de difícil obtenção em diferentes culturas. O formato de escalas tem sido precocemente utilizado na cultura ocidental, pois os indivíduos são desde muito cedo expostos a notas, questionários, provas, questões dicotômicas do tipo verdadeiro ou falso, etc. Em culturas não ocidentais, os indivíduos não estão tão habituados com estes instrumentos. Frequentemente têm dificuldade em responder questões que apresentam um grupo pré-estabelecido de respostas a serem analisadas e selecionadas, ou em optar de forma dicotômica entre sim ou não, sempre ou nunca, ou ainda têm mais tendência a responder a partir de uma opção que lhe pareça agradar mais ao seu entrevistador/pesquisador.

A equivalência *de normatização* é a base da distinção entre normal e doente (ou alterado). É evidente que as culturas diferem nas suas expectativas em relação aos seus membros, bem como na definição de padrões de comportamento e de moral aceitáveis. Conseqüentemente o que é "normal" variará entre as diferentes culturas, e o psiquiatra que está em uma cultura

estranha à sua, como pesquisador ou como clínico, deverá sempre considerar este fato (AALL, 1976). LEFF (1978), utilizando uma técnica diferencial semântica, comparou a capacidade de discriminação de pacientes e psiquiatras em relação aos conceitos de depressão, ansiedade e irritabilidade. Evidenciou que pacientes, ao contrário dos psiquiatras, não foram capazes de discriminar as opções que diferenciavam ansiedade de depressão.

A procura destas equivalências é uma tarefa metodologicamente buscada para se poder falar em universalidade de dados. Por outro lado, há uma consciência entre os pesquisadores em relação à impossibilidade de realmente obtê-las (MUMFORD e col., 1991). Assim, não existe uma estratégia única, capaz de resolver estes problemas metodológicos inerentes à pesquisa transcultural (MARSELLA, 1989; ROGLER, 1993). Na tentativa de maximizar a comparabilidade transcultural e minimizar os vieses sempre presentes, duas estratégias gerais são empregadas:

1) o uso de instrumentos padronizados em diferentes culturas; e, 2) o uso de instrumentos desenvolvidos nas diferentes culturas.

No primeiro caso, com o objetivo de estudar as manifestações das doenças psiquiátricas (*i.e.*, sintomatologia subjetiva) comparativamente, vários instrumentos diagnósticos estruturados (p.ex. "*Present State Examination*" - PSE (WING e col., 1978), "*Composite International Diagnostic Interview*" - CIDI (OMS, 1991) ou escalas de avaliação (P.ex. "Escala de Hamilton para Depressão" (HAMILTON, 1960), "*Brief Psychiatric Rating Scale*" - BPRS (OVERALL e GORHAM, 1962), Questionário Geral de Saúde (GOLDBERG, 1978; CHAN, 1985) foram traduzidos, partindo do princípio de que estes instrumentos avaliavam características universais nas suas diferentes aplicações. O estudo de características psicométricas como validade e consistência interna (p.ex. Análise de Componentes Principais) em diferentes grupos culturais é uma estratégia útil e muito utilizada no sentido de verificar a

universalidade de instrumentos padronizados para as manifestações das doenças psiquiátricas (GUELFY, 1993).

Dentro desta perspectiva, diferentes delineamentos de pesquisa são possíveis. Entre eles, merecem destaque os *estudos transversais* em que, por exemplo, se compara a manifestação psiquiátrica (*i.e.*, sintomatologia subjetiva mas com valor para o diagnóstico de uma determinada doença mental) de pacientes de países diferentes, ou de etnias diferentes, dentro de um mesmo país. Já os *estudos longitudinais* podem ter uma perspectiva histórica que versa, por exemplo, sobre a modificação da manifestação psiquiátrica ao longo dos anos ou séculos, ou sobre o curso dos sintomas em uma coorte de pacientes. No entanto, as dificuldades metodológicas são muitas e estão distantes de uma resolução, encontrando-se muitos estudos que comparam populações heterogêneas de pacientes assumindo-as como homogêneas. Fatores como hospitalização, intensidade da manifestação, critérios diagnósticos imprecisos, formação heterogênea dos profissionais que avaliam os pacientes em culturas diferentes, ausência de utilização de entrevistas estruturadas ou semi-estruturadas que permitiriam uma homogeneidade na coleta de dados para o estabelecimento de um diagnóstico são algumas das falhas metodológicas (FABREGA, 1974) dentro desta perspectiva de pesquisa, usando o referencial metodológico da epidemiologia clínica (FLETCHER e col., 1989). KENDELL e colaboradores (1984), ao estudar os critérios diagnósticos de psiquiatras ingleses e americanos, enfatizaram a importância dos fatores culturais na forma como um observador percebe, interpreta e integra comunicações verbais e expressões comportamentais das doenças mentais. Outro problema é a operacionalização do conceito de Cultura, subcultura e sua diferenciação na interação com variáveis sociais, como classe social, educação, profissão, nível educacional.

No segundo caso, apesar da importância de procedimentos estatísticos na comparação do desempenho de um instrumento em duas culturas, muitas vezes eles não atingem problemas

centrais de ordem não-quantitativa, mas qualitativa (como, por exemplo, a *maneira* como foram coletados os dados em diferentes culturas). O principal interesse nos instrumentos "autóctones" (de perspectiva êmica) é procurar reduzir a etnocentricidade de vários conceitos hoje difundidos em saúde mental. Estes instrumentos devem ser coerentes com o sistema conceitual da cultura em questão e respeitar em todas as etapas suas características idiossincráticas. O primeiro passo para o desenvolvimento deste tipo de instrumento é o estudo das experiências subjetivas em psiquiatria, como foi descrito por MARSELLA (1989). A questão a ser resolvida com este tipo de abordagem é a de como tornar comparáveis instrumentos desenvolvidos em diferentes culturas. Vários pesquisadores que trabalham com metodologia em pesquisa transcultural têm apontado que a resposta a esta questão envolve o trabalho com a validade de construto, tanto dentro de uma cultura, como entre culturas diferentes. Este trabalho inicia com a explicitação do modelo teórico que explica o construto de interesse em um estudo. O segundo passo é o de desenvolver métodos sintônicos com cada cultura a fim de operacionalizar variáveis para este modelo. Assim, as comparações transculturais verificam se o modelo teórico é generalizável para as diferentes culturas. Esta metodologia, ao identificar semelhanças e/ou diferenças, contribui para a diminuição de vieses etnocêntricos no desenvolvimento dos conceitos em psiquiatria. Um exemplo deste tipo de preocupação metodológica aparece no trabalho de BEISER e colaboradores (1976), que descrevem um método de desenvolver um questionário para avaliar sintomas psiquiátricos voltado para as realidades locais. Através do exame das respostas deste questionário por 400 pessoas, utilizando uma análise de componentes principais, foram identificadas 4 dimensões para a expressão dos distúrbios neuróticos.

SEN E MARI (1986) discutem a aplicação de instrumentos psiquiátricos de pesquisa desenvolvidos em outros países a partir das suas experiências na Índia e no Brasil. Consideram que instrumentos desenvolvidos em países ocidentais podem ser adequadamente aplicados em

outros, considerando seus resultados na Índia e no Brasil. Enfatizam como fundamental que o entrevistador esteja familiarizado com as nuances das subculturas existentes nestes países.

Outros instrumentos vêm sendo desenvolvidos para serem aplicados em grupos étnicos específicos: Lista Indiana para a Entrevista Psiquiátrica (KAPUR e col., 1974), Escalas de Saúde do Senegal (BEISER e col., 1976), Escala de Depressão do Vietnã (KINZIE e col., 1982), uma escala nigeriana para sintomas somáticos (EBIGDO, 1982), Questionário de Saúde Chinês (CHENG e WILLIAMS, 1986), o PGI-N2 - Questionário de Saúde de Chandigarth (VERMA, 1978 *apud* MUMFORD e col. 1991), Inventário Somático de Bradford (MUMFORD e col., 1991) e o Inventário Chinês para Depressão (ZHENG e LIN, 1991).

Um movimento oposto na avaliação quantitativa é a individualização das escalas no sentido de adequá-las ao máximo ao indivíduo. São os chamados "Questionários Pessoais" (SHAPIRO, 1961). Este método envolve a construção individualizada de uma escala para cada paciente, a partir de um conjunto de adjetivos que podem ser usados para qualificar os sintomas experienciados por um dado paciente (MULHALL, 1976).

Mais recentemente vêm sendo desenvolvidos modelos estatísticos na área de "variáveis causais latentes" (p.ex., Análise LISREL, JÖRESKOG e SOİBOM, 1981, *apud* MARSELLA, 1989) que, apesar de complexos, são promissores na avaliação de instrumentos culturalmente sensíveis e simultaneamente capazes de generalizar conceitos na avaliação das manifestações clínicas (MARSELLA, 1989).

1.4- CULTURA E DEPRESSÃO

O reconhecimento e o debate sobre a importância da avaliação dos aspectos culturais em Psiquiatria têm aumentado (EVANS, 1991). Entre as várias estratégias de pesquisa para a depressão, a abordagem transcultural representa um meio útil para investigar as características

universais e específicas de etiologia, sintomatologia, curso e prognóstico dos transtornos depressivos (GIROLAMO, 1993).

Ao contrário do que ocorreu com a esquizofrenia, a psiquiatria, historicamente, não mostrou interesse em diferenciar sintomas primários de secundários em relação às síndromes depressivas (BERNER E BERNER, 1987), partindo do princípio de que a sintomatologia melancólica grave se sobreporia a todas as variações da patoplastia individual e cultural. A ligação de depressão com casos extremamente graves é uma concepção européia que tem como um dos marcos iniciais o conceito de ESQUIROL (1820) de *lipemania* (BERRIOS, 1995), e se implantou especialmente nos países germanofônicos (ANGST, 1973). Esta posição passou a ser contundentemente revista a partir do momento em que a psiquiatria ocidental veio a se ocupar progressivamente de uma população extra-hospitalar e que não se adequava a estes critérios que haviam sido estabelecidos dentro de uma perspectiva européia de atendimento asilar. O conceito de *depressão mascarada* (ANGST, 1973) constitui um conceito complementar, pois engloba os quadros depressivos que não reproduzem os quadros "clássicos" de depressão. A denominação *depressão mascarada* inclui não só os quadros com predominância de expressão somática, mas se estende a toda forma de manifestação sintomática que ocupa o primeiro plano em lugar dos sintomas nucleares da síndrome depressiva (MOUSSAOUI e TOUHAMI, 1984). PICHOT (1981) considera que se pode reconhecer elementos fundamentais nos grandes quadros nosológicos, qualquer que seja o contexto sintomatológico original em que se situa, mas que pode estar mascarado para um observador desprevenido. Historicamente, o diagnóstico de *neurastenia* (BEARD, 1869), baseado em alguns conceitos vigentes na época sobre eletricidade, conservação de energia, ação reflexa, hereditariedade e evolução, foi utilizado para descrever um estado de "exaustão" acompanhado por vários sintomas somáticos, no qual diversos aspectos assemelham-se à assim chamada "Síndrome da fadiga crônica" (ABBEY E GARFINKEL, 1991)

ou "Encefalomielite miálgica" (WESSELY, 1990).

Existe uma intrincada relação entre depressão e somatização. Todos os estados emocionais disfóricos envolvem concomitantes fisiológicos que o indivíduo pode perceber como sintomas e seletivamente focalizá-los. Esta focalização seletiva é justamente o que caracteriza o somatizador (LIPOWSKI, 1988). Soma-se a isto uma inabilidade dos profissionais de saúde a conceituar a depressão como existente somente quando o *paciente* reconhece em si uma alteração afetiva e a relata ao médico. Alguns pacientes deprimidos estão convencidos de que seus sintomas físicos são devidos à doença somática, minimizando ou negando seu sofrimento emocional. Outros podem apresentar estes sintomas, não porque não se sintam com humor deprimido, mas porque eles não desejam ser portadores de um diagnóstico psiquiátrico e tornarem-se conseqüentemente estigmatizados, ou ainda porque acreditam não ser apropriado discutir aspectos psicossociais com um médico clínico (PRESTIDGE e LAKE, 1987 e PARKER e col., 1984). KATON e colaboradores (1982) consideram que o componente afetivo só pode ser conhecido pelo paciente através da cognição: percebendo, nomeando, ordenando e valorizando sentimentos internos. Sem a percepção cognitiva do componente afetivo, o transtorno depressivo existe como uma síndrome somática expressa por sintomas vegetativos. A habilidade de perceber o estado afetivo associado depende do vocabulário para emoções que o paciente aprendeu e dos mecanismos cognitivos que desenvolveu para manejar sentimentos. O desenvolvimento de uma "mente psicologizada" é fundamentalmente um fenômeno da cultura ocidental do século XX. Assim, a habilidade de perceber um estado afetivo e relatá-lo a um médico parece ser um desenvolvimento recente. Os mesmos autores (KATON e col., 1982) consideram que a cultura influencia a depressão de três maneiras: Primeiro, através da ausência de palavras que descrevam estados emocionais internos. As palavras que podem designar as diferentes emoções nas diferentes línguas podem, também, restringir-se a termos somáticos

vagos, ou a termos que expressam tanto um conteúdo somático como afetivo, ou até a termos que apresentam diferenças sutis entre queixas somáticas e afetivas. Segundo, pela possibilidade de que a cultura condene a expressão de estados emocionais percebidos; e, terceiro, pela possibilidade de que a cultura forneça à pessoa doente crenças, metáforas e formas de ver o funcionamento do corpo, tornando-as coordenadoras da interpretação das mudanças corporais. Existem vários construtos culturais que envolvem, sintomas depressivos sem, no entanto, preencher critérios de depressão no sentido ocidental do termo. KRAUSE (1989) estudou uma síndrome denominada "coração que afunda" ("sinking heart") entre os punjabis (Índia), definida como uma doença na qual ocorrem sensações físicas no coração e no peito causadas por calor excessivo, exaustão, preocupação ou fracasso social. Está baseada em idéias culturalmente específicas sobre a pessoa e o coração, tendo por referencial a idéia de que os sintomas físicos, emocionais e sociais acompanham uns aos outros. A avaliação global dos estudos transculturais em depressão é complexa em função da variabilidade das estratégias de pesquisa usadas (MARSELLA, 1980)

MARSELLA e colaboradores (1985) consideram que os estudos transculturais sobre a epidemiologia das depressões, embora numerosos redundaram em poucas conclusões definitivas. As principais razões enumeradas pelos autores são (1) o ponto em que mudanças "normais" de humor são diferenciadas de mudanças "patológicas" é impreciso; (2) critérios diagnósticos utilizados em estudos epidemiológicos são variáveis; (3) procedimentos de amostragem e recrutamento de casos são heterogêneos; (4) padrões "não-ocidentais" de experiência depressiva são freqüentemente desconsiderados e (5) questões de confiabilidade diagnóstica em diferentes grupos culturais recebem pouca atenção.

Em função da ausência de um conceito claro de o que é depressão, sendo seus limites definidos dentro de uma perspectiva etnocêntrica, surgiram dados epidemiológicos em favor que

sustentavam a idéia de que a depressão seria um fenômeno muito raro em alguns países, particularmente na África negra (MATOT, 1982). LAMBO (1956) inicialmente constata que não há depressão na África negra. Quatro anos após, o mesmo autor (LAMBO 1960) mostrou que muitos casos de depressão endógena nos países africanos seriam considerados casos de neurastenia segundo os hábitos diagnósticos europeus, em função da predominância de sintomas de hipocondria e astenia, acompanhados de uma baixa concentração, lentificação e inércia, sendo a tristeza apenas moderada. RWEGELLERA (1981) revisa as possíveis razões para esta mudança em relação à prevalência de depressão na África. Destaca que os estudos anteriores baseavam-se em estatísticas de admissões hospitalares, não considerando pessoas que não procuravam os serviços de saúde. Considera que a maior disponibilidade de serviços de saúde, a modificação das atitudes sociais em relação ao deprimido no sentido de reconhecê-lo como alguém doente, o reconhecimento de que o quadro clínico do deprimido africano não é igual ao do europeu, e o aumento da expectativa de vida, com pessoas chegando à idade de 40 e 50 anos, ajudariam a entender a mudança da prevalência de depressão na África. DELILE E BOURGEOIS (1986), revisando a epidemiologia transcultural das depressões, evidenciam a universalidade deste diagnóstico. Justificam os achados iniciais contrários a esta afirmativa em alguns países, como produto não só de sua pouca infra-estrutura sanitária, mas especialmente às variações culturais da depressão.

O maior conhecimento da relação entre queixas físicas, depressão e cultura tem importantes aspectos teóricos e práticos, especialmente nos países ocidentais que progressivamente se tem tornado multiculturais (SINGER, 1984). WHITE (1982) estudou o papel das explicações culturais na tendência à "somatização" e à "psicologização". Comparou o modelo de doença presente em estudantes americanos e chineses de Hong Kong que habitavam o Havaí. Constatou que os americanos tem uma tendência a um modelo psicológico de interpretação dos

sintomas. Já os chineses, mais que um modelo somático, apresentavam uma tendência a encontrar explicações situacionais e externas para as doenças e sintomas. LEFF (1981), a partir da observação de que em muitas línguas não-ocidentais equivalentes para as palavras "*ansiedade*" e "*depressão*" não são encontrados, sugeriu que existe um desenvolvimento histórico e transcultural para as palavras que designam estados de sofrimento emocional. Num primeiro estágio, uma única palavra denota os acompanhantes somáticos da disforia de forma indiferenciada. Num segundo estágio lingüístico, o significado da palavra se amplia para incluir de forma indiferenciada, tanto os aspectos psicológicos, como os somáticos das emoções. No terceiro estágio, existe um direcionamento para a dimensão psicológica e um afastamento da dimensão somática. Esta explicação evolucionista etnocêntrica sustenta que várias línguas não-ocidentais permaneceriam no primeiro estágio do desenvolvimento. Contrários a esta hipótese, existem vários antropólogos com uma perspectiva centrada no significado. KLEINMAN (1982) menciona que no budismo existem inúmeros termos e idéias "psicológicas" desde o seu início. Em outras línguas não-ocidentais, como o *tamil* no Sul da Índia, não há a separação cartesiana dualista entre aspectos somáticos e psicológicos da experiência. Assumir que os sintomas somáticos seriam menos "reais" que os problemas psicológicos subjacentes seria também um exemplo do cartesianismo ocidental (WIG, 1984). KLEINMAN (1982) considera que a afirmação de que a "psicologização", que ocorre junto com o aumento do nível educacional e de ocidentalização, é feita por autores ocidentais ou por autores locais com uma formação ocidental divorciada de sua própria cultura, os quais tendem a ver os fenômenos somente a partir de uma perspectiva de saúde mental, o que decididamente é um ponto de vista ocidental.

WESTERMEYER (1988) estudando as diferenças de morbidade em diferentes países revisa os problemas metodológicos envolvidos. Apenas nos casos muito severos e avançados haveria a presença de auto-acusação ou de tristeza profunda. Nos estudos iniciais sobre os

aspectos transculturais, predominou a preocupação com as questões qualitativas da manifestação da doença depressiva. Muitas vezes não é claro se os dados comparados foram obtidos de forma consistente nos diferentes centros (MURPHY e col. 1964, 1967). KALUNTA (1981) revisa as formas através das quais a cultura pode influenciar a manifestação de depressão, em especial no meio africano. Destaca, ainda, a influência da forma como as crianças são criadas e o papel das punições físicas ou simbólicas e das modificações culturais significativas como industrialização, urbanização e quebra da tradição tribal e familiar. Salienta que na cultura Ocidental os sintomas cardinais da depressão são espontaneamente relatados pelos pacientes. Na África eles precisam ser buscados ativamente nas entrevistas. A raridade da culpabilidade na África e a tendência a observar sintomas persecutórios é entendido como uma predominância de mecanismos projetivos. KOVESS e colaboradores (1987) encontraram uma prevalência menor de depressão em comunidades rurais em relação às urbanas, no Canadá francês. BINITIE (1975), comparando pacientes nigerianos e britânicos através da análise de componentes principais, evidenciou a ausência de culpabilidade no fator principal entre os nigerianos, ao contrário do que observou com os britânicos. Por outro lado, os britânicos apresentavam muito menos sintomas somáticos que os nigerianos. O mesmo BINITIE (1981) conclui que a depressão é problema psiquiátrico freqüente na África, mas sua apresentação, caracterizada por múltiplas queixas somáticas, pode mascarar o humor depressivo. GUTIÉRREZ (1979), comparando sintomatologia depressiva através da escala de Hamilton em pacientes internados em Madri (Espanha) e Dacar (Senegal), encontrou diferença significativa em vários itens, sendo que a amostra senegalesa mostrou menos culpabilidade, mais agitação, ansiedade somática e sintomas paranóides. MEGGLÉ e colaboradores (1984) aplicaram os critérios do DSM III na Costa do Marfim, tendo concluído que apresentam utilidade clínica, embora reconheçam uma série de manifestações polimórficas da depressão nas quais o aspecto central é a perda da auto-estima

(MEGGLE e col., 1989). O mesmo autor destaca que não apenas na Costa do Marfim, mas também em alguns países da África, as perguntas sobre os sentimentos não são bem aceitas culturalmente, pois, obrigar a pessoa a falar de algo profundo, facilita que o sentimento seja perdido. Assim, perguntar a um deprimido se ele está triste é uma "má pergunta" à qual o paciente responde com um sorriso incomodado. MEGGLE (1987) atribui a erros de técnica de exame como este o fato de se pensar que a depressão é rara na África, o que ocorreu durante muito tempo. Refere que a semiologia dos sonhos na África adquire uma importância cultural considerável. É a partir dos sonhos que os curandeiros tradicionais fazem seus diagnósticos e sabem contra quem partir "em guerra" para livrar os pacientes de seus males. NDETEI E VADHER (1984), estudando pacientes de diversas procedências internados na Inglaterra, encontraram os sintomas característicos da depressão no Ocidente em todos os subgrupos. ORLEY e colaboradores (1979), estudando uma população feminina rural em Uganda encontraram nestas comunidades maior prevalência de transtornos depressivos do que num subúrbio de Londres. O perfil sintomatológico da amostra africana também apresentou maior frequência de sintomas do tipo anergia, auto-depreciação e culpa patológica, contrastando com os achados clássicos. ODEJIDE e colaboradores (1989), e DIOP (1967), revisando os estudos de depressão na África, relatam que nos trabalhos publicados até 1955 havia uma unanimidade no sentido de considerar que sentimentos de culpa, auto-depreciação, retardo severo e comportamento suicida eram menos prevalentes na África que na cultura ocidental. No entanto, os estudos mais recentes que utilizam metodologia mais rigorosa, têm mostrado que os sintomas nucleares da depressão são comuns entre pacientes africanos hospitalizados. Assim, por exemplo, MAJODINA E JOHNSON (1983), usando um instrumento padronizado para a avaliação de depressão em Accra, Gana, encontraram que entre 76 a 100% dos pacientes relataram sintomas nucleares de depressão, como tristeza, humor depressivo, anedonia, desesperança, ansiedade e

ou tensão, falta de energia, comprometimento do funcionamento social, falta de auto-confiança, perda de interesse e perda de habilidade de se concentrar. DHADPHALE e colaboradores (1989) estudaram a prevalência e a apresentação de transtorno depressivo em cuidados primários no Quênia. Todos os pacientes deprimidos apresentaram-se com queixas somáticas e pontuaram no item trabalho e atividades da escala de Hamilton. KEEGSTRA (1986), utilizando o "*Schedule for Standardized Assessment of Depressive Disorders*" (SADD)" para avaliação da sintomatologia depressiva em diferentes culturas, desenvolvido pela OMS, encontrou na Etiópia os mesmos sintomas nucleares da síndrome depressiva com um predomínio de sintomas somáticos. EDIGBO e IHEZUE (1982) discutem as dificuldades do uso das categorias diagnósticas ocidentais no meio africano e consideram que existem três tipos de pacientes: o homem tradicional africano, o africano ocidentalizado, e um tipo misto. Ponderam que o psiquiatra africano deve conhecer não só os sistemas diagnósticos ocidentais, mas também as diferentes ideologias destes três tipos para que possa aplicar os sistemas classificatórios de forma adequada. GUEYE e BOUSSOU (1981) descrevem uma modificação no quadro clínico habitualmente descrito no Senegal, caracterizada por uma diminuição das idéias de perseguição e pela emergência de idéias de culpabilidade e indignidade, com tendência às condutas suicidas. Observação semelhante é feita por DOUKI e colaboradores (1981) na Tunísia, MOUSSAOUI (1981) no Marrocos, e BENSMAIL e colaboradores (1981) na Argélia. Segundo os autores, esta "evolução" da semiologia depressiva parece ocorrer junto com uma modificação sócio-cultural em direção ao "modernismo", isto é, a um modelo urbano-industrial ocidental. HANK e colaboradores (1981) compararam a manifestação da depressão de pacientes hospitalizados na Espanha e no Senegal e observaram uma predominância de depressões com características hipocondríacas e paranóides no Senegal. IFABUMUYI (1981) descreve que alguns pacientes deprimidos africanos apresentam uma sensação de calor na cabeça, freqüentemente denominada

"síndrome do calor interno". Este sintoma é experienciado como uma dor na cabeça ou uma "sensação de formigamento, de aperto ou como se existisse pimenta na cabeça". HAFNER e colaboradores (1987) estudaram comparativamente a sintomatologia depressiva em Adis-Abeba (Etiópia) e Mannheim (Alemanha), utilizando a OMS/SADD. Controlados o sexo, a idade e a distribuição diagnóstica das duas amostras, pacientes deprimidos em Adis-Abeba mostraram significativamente mais sintomas somáticos, hipocondria, inquietude psicomotora e delírios de referência e perseguição, mas marcadamente menos sentimentos de culpa. Os autores concluíram que a presença mais freqüente de queixas somáticas na amostra africana vem em adição, mas não em substituição, à sintomatologia psicológica nuclear. CRAVERO e DIONOT (1981) descrevem as peculiaridades da manifestação da síndrome depressiva na Ilha de Reunião, uma possessão francesa no Pacífico, como uma predominância de sintomatologia somática e ausência de culpabilidade. NDETEI e VADHER (1984) compararam os achados de TEJA e colaboradores (1971), sobre freqüência de vários sintomas obtidos com a escala de Hamilton para depressão na Índia, com aqueles de KILOH e GARSIDE (1963), coletados em Newcastle, Inglaterra, e também com os de CARNEY (1965) em outra localidade na Inglaterra. Os pacientes indianos tinham significativamente mais sintomas somáticos, hipocondria, agitação e ansiedade, enquanto os ingleses apresentaram mais sintomas obsessivos e paranóides. Resultados semelhantes já haviam sido mostrados por VENKOBA (1966). NDETEI (1988), comparando doenças psiquiátricas em diferentes grupos de imigrantes na Inglaterra, observou que a sintomatologia religiosa e paranóide não tem o mesmo significado clínico nos vários grupos culturais e está mais associada com grupos africanos e indianos por razões culturais. CHAKRABROTY e SANDEL (1985 *apud* BERNER e BERNER, 1987) também encontraram queixas somáticas mais freqüentes na Índia, e em especial nas classes inferiores, tentando explicar seus achados pela maior naturalidade com que os indianos falam sobre seu corpo em relação ao indivíduo europeu.

GADA (1982) estudou a manifestação da sintomatologia depressiva em pacientes da Índia Ocidental através da escala de Hamilton para depressão e comparou seus achados com dados da literatura referentes a outras regiões culturalmente diferentes da Índia, assim como de outros países ocidentais. Sintomas somáticos foram significativamente mais comuns, enquanto insônia tardia, redução em trabalho e atividades e retardo foram significativamente menos frequentes, quando comparados com pacientes deprimidos do norte da Índia. Já na comparação com pacientes do sul da Índia, humor depressivo, sintomas somáticos, hipocondria, ansiedade e agitação estavam presentes em uma proporção de pacientes significativamente maior. Sentimentos de culpa, sintomas paranóides e obsessivos foram significativamente menos frequentes em relação a pacientes deprimidos ingleses. GUPTA e colaboradores (1991) utilizaram o *SADD* ("*Standardized Assessment of Depressive Disorders*"), replicando o estudo multicêntrico da OMS (SARTORIUS, 1981) no norte da Índia, encontrando uma frequência que variou de 76 a 100% de presença de 6 dos 7 sintomas considerados nucleares pela OMS. Além destes, encontraram uma frequência alta de desesperança, prejuízo do funcionamento social, irritabilidade, falta de auto-confiança, falta de apetite e sintomas somáticos. MUMFORD (1989) salienta a distinção entre "a experiência de sintomas somáticos" e "a expressão de sintomas somáticos". Enfatiza que não é claro se os pacientes indianos ou paquistaneses experienciam mais sensações somáticas que os pacientes do Ocidente ou se meramente se queixam mais. Para testar estas hipóteses, estudou duas amostras pareadas de estudantes na Inglaterra e no Paquistão. Em seu estudo, não houve evidências que sustentassem a noção de que os asiáticos experienciassem mais sensações somáticas associadas com sofrimento psicológico que os indivíduos ocidentais. LERNER e NOY (1968) avaliaram a influência de fatores sócio-econômicos e culturais sobre a manifestação da sintomatologia depressiva. Examinaram pacientes judeus, habitantes de Israel de origem étnica tanto oriental como ocidental, e encontraram uma relação estatisticamente

significativa entre queixas somáticas e baixo nível de educação. Outro achado foi a relação entre queixas somáticas e origem oriental dos imigrantes. No entanto, quando o nível de educação foi controlado, a diferença encontrada em função da etnia desapareceu (os imigrantes vindos do oriente eram de menor nível educacional). Os autores concluem enfatizando a importância de controlar diferentes variáveis sócio-culturais nos estudos transculturais. KOHN e colaboradores (1989), estudando imigrantes judeus provenientes da Rússia com o *Checklist-90*, (*SCL-90*) encontraram pontuações significativamente mais altas que em população deprimida não-judaica. SILVER (1987) estudou pacientes israelenses provenientes do Oriente e do Ocidente com e sem síndrome depressiva. Evidenciou que pacientes deprimidos têm mais queixas somáticas que não-deprimidos; no entanto, pacientes orientais ou ocidentais não diferiram quanto ao grau de queixas físicas, tanto no grupo dos deprimidos quanto no dos não deprimidos. BALL e CLAIRE (1990) estudaram a sintomatologia depressiva em pacientes judeus e não-judeus vivendo na Inglaterra com o "*Present State Examination*". "Hipocondria" e "tensão" foram mais frequentes entre os judeus. Por outro lado, "sintomas especiais de depressão" incluindo culpa, foram mais frequentes nos não-judeus. Estas diferenças foram observadas, mesmo após a intensidade da depressão ter sido controlada através dos escores totais da escala de Hamilton.

PFEIFER (1989) relata a ausência de dados epidemiológicos sobre a depressão na Nova Caledônia. Utilizando método etnográfico, observou que nessa sociedade quase isolada do contato com a cultura européia ocidental a manifestação da depressão se afasta do quadro clínico clássico: a agitação psicomotora é a principal expressão do transtorno de humor. A variação de humor observada abrange desde uma "depressão sorridente" até um quadro melancoliforme. Os temas de perseguição são frequentes e as queixas somáticas são raras. Os sintomas associados são anorexia, insônia e alucinações. Exemplificando a variedade de resultados de estudos desta natureza, YAP (1965), ao estudar uma amostra de pacientes deprimidos em Hong Kong,

sustentou a validade e a utilidade da categoria nosológica de depressão. Comparando seus achados com os da literatura concluiu não haver dados convincentes para falar em variações significativas da sintomatologia depressiva primária. Considera, no entanto, que analfabetos podem apresentar uma ênfase somática e nas culturas judaico-protestantes pode haver formas relativamente mais severas de depressão. TSENG e McDERMOTT (1975) justificaram a maior frequência de sintomas somáticos na China pelo fato de entre os chineses haver um desencorajamento pela educação a verbalizar os problemas pessoais. Na perspectiva chinesa, "sentimentos" são realidades privadas e embaraçosas que não devem ser examinadas. Assim, dificilmente o objetivo de uma terapia poderá ser a análise de sentimentos e a busca do "*insight* psicológico". Muito mais relevante é o "*insight* social". (KLEINMAN, 1980). MARSELLA e colaboradores (1973) estudaram amostras de norte-americanos de origem japonesa, chinesa e europeia com evidência clínica de depressão. Foi aplicada uma lista de sintomas depressivos, e os resultados foram submetidos à análise fatorial. Sintomas existenciais dominaram o padrão sintomático dos japoneses e caucasianos, enquanto sintomas somáticos foram mais característicos dos chineses. Além disso, os japoneses evidenciaram um padrão de sintomas interpessoais e em ambos os grupos orientais um padrão cognitivo semelhante. Os autores propuseram uma teoria para explicar estas diferenças através do condicionamento do "eu" nas experiências de socialização. DUNNER e colaboradores (1984) verificaram que o diagnóstico de depressão maior do DSM III pode ser utilizado com níveis de confiabilidade adequados na China. YING (1988), examinando a sintomatologia depressiva na comunidade de chineses vivendo nos Estados Unidos, utilizando a escala CES-D, encontrou uma impossibilidade de separar sintomas somáticos e afetivos através da análise fatorial.

A predominância de sintomas somáticos e neuro-vegetativos foi confirmada por numerosos estudos realizados na Índia (RAO, 1970; SETHI E NATHAWAT, 1972), em

Bangladesh (RAHMAN,1970), Taiwan (RIN E LIN, 1972), em Java (PFEIFER, 1969 *apud* ANGST, 1973), em Papua (BURTON-BRADLEY, 1969) e em certas regiões da Europa, como no sul da Itália e no Lácio (PRIORI, 1967, *apud* ANGST, 1973).

Ao longo dos anos, várias hipóteses têm sido propostas para explicar a tendência à somatização em algumas comunidades. Entre elas estão deficiência linguística para a expressão de emoções (LEFF, 1981), expectativas e aprendizagem social (GOLDBERG E BLACKWELL, 1970), percepção das expectativas dos trabalhadores de saúde ocidentais envolvidos nestas pesquisas (KIRMAYER, 1984), o estigma social das doenças mentais (GOLDBERG E BLACKWELL, 1970), exigências sociais requeridas para obter um papel de doente (MECHANIC, 1978), idiomas culturais ou metáforas (KLEINMAN, 1980), interação e associação entre sintomas físicos e psicológicos (GOLDBERG E BLACKWELL, 1970) entre outros. CHENG (1989), estudando morbidade psiquiátrica menor em comunidade de pacientes chineses, não encontrou uma diferença significativa na presença de somatização em relação ao Ocidente. Discute que em sociedades menos desenvolvidas nas quais existe um menor conhecimento de doença mental, é natural que as pessoas interpretem sua doença como física e seletivamente relatem apenas os desconfortos físicos apresentados. Se por alguma razão o médico ou mesmo o psiquiatra não investiga ativamente os sintomas psicológicos, o quadro restringe-se de forma artificial à "somatização". Poderíamos supor o inverso quanto aos pacientes ocidentais mais informados em relação à doença mental. Na medida em que eles identificam seu sofrimento psíquico e conseguem relatá-lo ao seu clínico ou psiquiatra, poder-se-ia supor que a ausência de queixas somáticas é artificial, resultado do mascaramento provocado pela supervalorização do sofrimento psíquico. Por outro lado, médicos generalistas raramente investigam ativamente sintomas como culpa, pessimismo, sentimentos de fracasso, bem como insatisfação com a imagem corporal (SCHWAB e cols; 1967c e 1967d).

NAKANE e colaboradores (1991) estudaram a prevalência e a natureza dos sintomas depressivos entre centros na Ásia (Nagasaki, Xangai e Seul). A prevalência de depressão em pacientes que procuravam os três centros pela primeira vez foi em torno de 20%, sugerindo que a prevalência de depressão na Ásia não seja muito menor que nos países ocidentais como anteriormente sugerido. Os pacientes coreanos apresentaram maior intensidade de sintomatologia depressiva medida pela escala de Hamilton, mais diagnósticos de depressão reativa, além de escores superiores nos itens de ansiedade somática e psíquica. Foram discutidas características culturais do povo coreano, como a de falarem mais franca e diretamente de seus sintomas, e características peculiares da psiquiatria coreana, como maior influência da psiquiatria dinâmica e hábitos diagnósticos, como o de considerar as depressões como reativas quando há fator desencadeante.

Entre os países árabes, nos quais as queixas somáticas são também freqüentes, observa-se um outro tipo de sintomatologia que pode conduzir a outros diagnósticos, e que por sua vez contrasta com a África negra, que é a freqüência de temas de perseguição. AMMAR e colaboradores (1981) em um estudo envolvendo a Argélia, Tunísia e Marrocos evidenciaram que as idéias de culpa são raras, e o humor depressivo dificilmente é verbalizado. Observações semelhantes em pacientes hospitalizados no Marrocos foram mostrados por PAES e colaboradores (1981). GORBHAL (1981, *apud* GUELFÍ e col., 1981b) insistiu na raridade de culpa exprimida e suicídio entre africanos do norte e, inversamente, sobre a maior prevalência de idéias de perseguição, queixas somáticas e manifestação de dependência afetiva. GUELFÍ e colaboradores (1981b), estudando pacientes hospitalizados franceses e africanos do norte, encontraram uma diferença incontestável nos africanos do norte apenas nas idéias de perseguição e na somatização utilizando o "*Brief Psychiatric Rating Scale*" (BPRS-42), e o "*Minnesota Multiphasic Personality Inventory*" (MMPI) e teste de Rorschach. AMMAR e colaboradores

(1981) sugerem que na África do Norte os sintomas como humor depressivo e desejo de morte devam ser ativamente pesquisados através de entrevistas semi-dirigidas, ao contrário das queixas somáticas que são ricas e espontaneamente descritas pelos pacientes. STOLLER (1959, *apud* ANGST, 1973) descreveu as "depressões sorridentes" na Tailândia. EL-ISLAM e colaboradores (1988) utilizando o "*Standardized Assessment of Depressive Disorders (SADD)*" da OMS avaliaram cem pacientes deprimidos no Kuwait internados. A análise de Componentes Principais mostrou a presença de sintomas nucleares da depressão semelhante aos obtidos no estudo da OMS (SARTORIUS e colaboradores, 1983). No entanto, influências culturais patoplásticas foram observadas como a pouca frequência de sentimentos de desesperança e tentativas de suicídio. A frequência de sentimentos de culpa foi baixa com uma predominância de somatização.

LITTLEWOOD (1985b) descreve que mulheres vindas do terceiro mundo, estabelecidas após o casamento na Inglaterra e isoladas da sua cultura de origem, modificam sua sintomatologia ao longo dos episódios recidivantes da depressão, passando de idéias de possessão para sintomas histéricos e finalmente ao quadro melancólico típico do país que as acolheu.

É digno de nota que em certas línguas não existe um termo equivalente a "depressão" como é o caso de alguns dialetos no Camododja (BOROFFKA, 1968, *apud* ANGST, 1973), já em outras, esta palavra tem um segundo sentido, como por exemplo no caso do japonês que tem o significado de "belo", (BEALL, 1969), ou ainda uma conotação eminentemente somática, como no caso de alguns dialetos árabes tunisianos.

As comunidades quéchuas do altiplano andino parecem ser particularmente sensíveis à reciprocidade nas relações interpessoais. O estado de *pena* (um equivalente ao conceito de ansiedade e depressão) refere-se a uma emoção, a uma situação ou aflição que ocorre como consequência de uma série de eventos de vida, especialmente rupturas interpessoais ou morte

(TOUSIGNANT E MALDONADO, 1989). Quando esta condição se torna insustentável ela transforma-se em doença. *Pena* é uma palavra que pertence simultaneamente a muitos sistemas de referência, como o orgânico, o da esfera emocional e indiretamente o de uma atitude geral em relação à vida. É um processo dinâmico evolutivo, mais do que um "quadro clínico". Primeiro vem um estado de sofrimento que insidiosamente transforma-se em diferentes graus de gravidade que variam desde um mal-estar social até uma condição letal. A semiologia da *pena* é diferente da semiologia da biomedicina. Os sintomas não são vistos como constitutivos de uma doença: eles são produzidos pela doença. É como se os sintomas da *pena* possuísem uma realidade independente da doença. Os sintomas desaparecerão em um lugar e aparecerão em outro se a *pena* for embora (TOUSIGNANT, 1984). Emoções similares à *pena* ocorrem em muitas culturas, senão na maioria. A título de exemplo citaríamos *fago* (compaixão/amor/tristeza) e *lalomweiu* (solidão/tristeza) entre os Ifaluks (LUTZ, 1982 *apud* TOUSIGNANT E MALDONADO, 1989) ou *neurastenia* entre os chineses estudados por KLEINMAN (1982) ou ainda *dépression* no Québec (MURPHY e col. 1964). Entre os habitantes de Trinidad (América Central) e na cultura afro-caribenha, é conhecido um estado específico denominado de *tabanka* que os indivíduos podem apresentar após a perda de um companheiro sexual numa disputa com outra pessoa. *Tabanka* é caracterizado por cansaço, anorexia, insônia, sentimentos de desvalia, raiva, perda de interesse no trabalho e em outras atividades e especialmente por uma preocupação com o infiel. É mais comum entre homens casados e nas classes sociais mais altas, conduzindo ao uso pesado de álcool e ocasionalmente à sintomatologia psicótica e ao suicídio (LITTLEWOOD, 1985a). A noção de *nervos* presente em alguns países ocidentais, especialmente em subpopulação de nível sócio educacional mais baixo, também oferece uma ligação entre conceitos de depressão e ansiedade (NATIONS e col., 1988), traduzindo um estado reversível ("ele está nervoso") ou uma predisposição individual ("ele é nervoso") (RABELO e col. 1995,

DUARTE, 1993).

No Brasil é chamativo que, apesar da reconhecida riqueza cultural do país, existe uma pequena quantidade de dados disponíveis sobre as características da sintomatologia depressiva. STAINBROOK (1954, *apud* PINHO e col., 1969) relatou que depressão e sentimento de culpa eram raros em pacientes previdenciários hospitalizados no estado da Bahia, mas muito mais frequentes em pacientes hospitalizados privados da mesma região. LUCENA (1969) revisa os aspectos culturais da patologia mental em alguns grupos brasileiros. Procura delinear a partir de dados antropológicos e sociológicos a história da formação da sociedade brasileira e após revisa e discute alguns dados epidemiológicos regionais da prevalência dos principais transtornos psiquiátricos. PINHO (1955), estudando a psicose maníaco-depressiva através de registros de casos observou a temática do catolicismo nos sentimentos de culpa da fase melancólica, referindo porém que este sintoma não ocorria com a prevalência habitualmente proposta. PINHO e colaboradores (1969), estudando dois grupos de cem pacientes baianos deprimidos (um de clínica privada e outro de serviço público), concluem que, na Bahia, é alta a prevalência de fenômenos da esfera corporal e baixa a de idéias de culpa e de perseguição. BUSNELLO e colaboradores (1983a, 1983b), estudando a natureza dos aspectos psiquiátricos e psicossociais de uma amostra de pacientes ambulatoriais em cuidados primários, salienta que as classificações internacionais da época (CID-9 e DSM III) não eram apropriadas para um número significativo de pacientes que procuravam atendimento, sugerindo que estes sistemas seriam aplicáveis às classes mais altas dos países em desenvolvimento. SOUGEY e col. (1994) realizaram um estudo comparativo com pacientes internados nas regiões Sudeste e Nordeste do Brasil. Os pacientes foram avaliados de forma padronizada, utilizando o Sistema LICET-D10. Encontraram um perfil de depressão associado com sintomatologia delirante na Região Nordeste em contraste com um perfil de inibição e lentificação no Sudeste. BASTOS (1995), a partir de quatro casos de

depressão delirante, destaca a importância do diagnóstico diferencial com esquizofrenia, salientando que idéias delirantes e alucinações são sintomas depressivos comuns no Brasil.

ESCOBAR e colaboradores (1983) compararam a sintomatologia depressiva de uma amostra de pacientes hospitalizados na Colômbia e nos Estados Unidos utilizando um protocolo padronizado que incluía uma entrevista estruturada e a escala de Hamilton para depressão. Concluíram pela similaridade de sintomas entre ambas as culturas, com a amostra sul-americana tendo índice de somatização e escore total da escala de Hamilton mais elevados. CADORET e WILSON (1983), comentando o artigo de ESCOBAR e col. (1983), enfatizam a importância dos sintomas somáticos na síndrome depressiva também nos países industrializados ocidentais e sugerem que eles também deveriam fazer parte dos "sintomas nucleares da depressão" e serem incorporados nos critérios diagnósticos para depressão.

O estudo colaborativo de depressão coordenado pela OMS representa uma das mais extensas comparações transculturais da sintomatologia depressiva (SARTORIUS e col., 1980a, 1980b, 1980c; JABLENSKY e col., 1981; SARTORIUS e col., 1983). Quinhentos e setenta e três pacientes de cinco países (Canadá, Índia, Irã, Japão e Suíça) foram entrevistados por clínicos experientados usando um instrumento padronizado (*SADD - "Schedule for Standardized Assessment of Depressive Disorders"*, SARTORIUS e col., 1983) bem como critérios definidos para depressão. Os resultados revelaram padrões similares de depressão em todos os centros. No entanto, houve considerável variação na frequência com que certos sintomas apareceram nas diferentes amostras. Por exemplo, sentimentos de culpa estiveram presentes em 68% da amostra suíça, mas somente em 32% da amostra iraniana. Idéias de suicídio estavam presentes em 70% da amostra canadense, mas somente em 40% da amostra japonesa. Somatização apareceu em 57% da amostra iraniana, contrastando com 27% da amostra canadense.

THORNICROFT e SARTORIUS (1993) realizaram um seguimento de 439 destes

pacientes (79% da amostra) dez anos após, para avaliar o curso clínico, contato com serviços, atos suicidas e adaptação social. Um terço dos pacientes foi reinternado ao menos uma vez, sendo que 18% tiveram uma evolução clínica considerada muito pobre. Em relação ao comprometimento social, 24% o tiveram de forma severa. Os melhores cursos clínicos foram de pacientes com "depressões endógenas" em relação às "depressões psicogênicas". Morte por suicídio ocorreu em 11% dos casos, com 14% dos pacientes tendo realizado tentativas de suicídio frustradas.

WESTERMEYER (1986) estudou a sintomatologia depressiva de refugiados Hmong (Ásia) nos Estados Unidos através de dois instrumentos de auto-avaliação de depressão: a escala de auto-avaliação de Zung e da escala de depressão da Lista de Sintomas de 90 itens (*SCL-90*). Os dois instrumentos tiveram altos níveis de correlação. No entanto, na análise de itens observou-se que sintomas particulares devem ser cuidadosamente observados em uma amostra de refugiados. Distúrbio do sono, perda de peso, ideação suicida, flutuação diurna de sintomas, agitação, remorso, perda de interesse e sentimento de desvalia são sintomas capazes de indicar depressão maior e depressão incapacitante. Sentimentos de desesperança, sentimento de inutilidade e solidão são sintomas freqüentes na população de refugiados "não-deprimida", bem como dificuldades de realizar atividades, problemas com decisão, falta de prazer e problemas alimentares.

BERRIOS e colaboradores (1992) desenvolveram um instrumento para avaliar sentimentos de culpa. Destacaram dois tipos de culpa: a culpa delirante ou vergonha e a culpa "afetiva", ligada a um sentimento geral de desvalia. Observaram que os escores de culpabilidade e intensidade de depressão não se correlacionaram, sugerindo que os sentimentos de culpa possam ser um possível marcador comportamental para um subtipo de depressão.

RADFORD e colaboradores (1991a e 1991b) comparam o processo de decisão entre

pacientes australianos e japoneses, propondo uma nova metodologia para os estudos da influência da cultura na depressão. O processo de decisão varia de cultura para cultura. Seus resultados sugerem que a depressão remove a influência da cultura no processo de decisão; em outras palavras, se por um lado o comportamento normal de decisão é influenciado e moldado pela cultura, uma doença (depressão) pode remover a influência da cultura, nivelando as diferentes populações. MATSUMI e MARSELLA (1976) estudaram o significado do conceito de depressão em uma população de japoneses, japoneses vivendo nos Estados Unidos e brancos caucasianos norte-americanos, utilizando o método de associação de palavras de Szalay. Através deste método os japoneses associaram palavras como "chuva", "nuvens" e "molhado" à palavra "*yuntsu*" o equivalente mais próximo da palavra ocidental "depressão". Os americanos brancos e japoneses americanos associaram as palavras "*sadness*" (tristeza), "*loneliness*" (solidão), "*down*" (para baixo). É discutida a base cultural destas associações refletindo o aspecto coletivo da cultura japonesa em relação ao culto do indivíduo na cultura ocidental, bem como a relação do homem com a natureza que é, na cultura japonesa, uma contínua busca de harmonia, contrastando com a noção de "dominar" a natureza, típica da cultura ocidental.

SINGER (1984), ao revisar a influência da cultura sobre a depressão, sintetiza-a sob três enfoques: (a) fatores culturais capazes de gerar ou reforçar a depressão. Dentre estes, salienta as experiências precoces, as mudanças culturais e a ausência de coesão social; (b) fatores culturais "protetores" de depressão. Destaca o papel dos rituais e das crenças, da rede familiar extensa e não restrita à família conjugal e o papel da "provisão de *status*" ou do papel social para as diferentes etapas de vida, como no caso do idoso, mulher pós-menopausa e adolescentes; (c) fatores culturais que alteram a manifestação da depressão ou determinam sua escolha. Isto fica evidente nas crenças e através da forma que o "*papel de doente*" assume em cada cultura. Existem culturas que definem o *papel de doente* mais em termos somáticos, como no caso das

classes sociais inferiores, iliterados ou grupos primitivos. O *papel de doente* para sujeitos que seriam diagnosticados como deprimidos pode ser completamente negado, como no caso de algumas sociedades africanas em que não há uma palavra para expressar depressão. Este papel pode ser considerado como um teste divino, como entre os huteritas, ou como um dom especial e uma vocação para liderança religiosa, como em algumas comunidades africanas.

SINGER (1984) critica de um modo geral a não sofisticação metodológica da maioria dos estudos transculturais. Considera que existem evidências insuficientes para sustentar a idéia de que a doença depressiva em comunidades primitivas e não-ocidentais tenham características significativamente diferentes. Julga que o alegado aumento na morbidade com aumento da complexidade da civilização provavelmente reflete muito mais um aumento na disponibilidade de recursos de atendimento e um alargamento dos conceitos de doença mental. A prevalência aumentada do sentimento de "vergonha" em culturas não-ocidentais em relação ao sentimento de culpa própria dos ocidentais também seria mais um problema na interpretação de símbolos por um observador estranho à cultura estudada. Ainda que considere o papel patoplástico da cultura, enfatiza a ausência de dados inequívocos que possam definir "que tipo de manifestação para qual cultura".

Uma teoria abrangente sobre a interrelação entre cultura e depressão tem uma importância prática evidente, auxiliando também na compreensão da relação entre o homem e seu meio sócio-cultural. Um maior conhecimento tanto sobre a depressão como sobre a cultura é necessário para que esta teoria possa ser formulada de forma consistente (SARTORIUS, 1973). O método epidemiológico, os estudos biológicos e investigações antropológicas precisam cada qual evoluir não só dentro de sua perspectiva, mas de forma interativa.

1.5- DEPRESSÃO, CULTURA E OUTRAS VARIÁVEIS

Pacientes deprimidos pertencentes à classe baixa tendem a relatar mais queixas somáticas (SCHWAB, 1967c). GOLDING E LIPTON (1990) estudaram a relação entre humor depressivo, usando a escala CES-D para avaliação de depressão e depressão maior, tendo o DIS como instrumento diagnóstico numa amostra de americanos mexicanos e americanos não-hispânicos. Encontraram que baixo nível sócio-econômico e isolamento social contribuem para humor depressivo independentemente do diagnóstico de depressão maior. Baixo nível de educação está associado com humor depressivo persistente. Diferenças étnicas na educação foram responsáveis pelas diferenças em todos os componentes do humor depressivo, exceto falta de afeto positivo, que foram atribuídos a diferenças de língua. SCHWAB e colaboradores (1967a e 1967b), estudando o Inventário de Depressão de Beck em 153 pacientes médicos internados, observaram que escores mais elevados de depressão estavam correlacionados com nível sócio-econômico baixo. STOKER e colaboradores (1969) compararam a sintomatologia de um grupo de mulheres americanas de origem mexicana e de origem anglo-saxônica. As pacientes de origem mexicana tinham um predomínio de depressão, agitação, queixas somáticas, oralidade e repressão. Já as anglo-americanas tinham uma prevalência de compulsividade, projeção, suspeição e racionalização.

TONKS e colaboradores (1970), comparando sintomatologia depressiva entre negros e brancos americanos, concluíram não ser possível diferenciar as duas populações com base em diferenças sintomatológicas. FABREGA e colaboradores (1988) estudaram as diferenças psicopatológicas entre brancos e negros em uma população urbana americana, controlando para nível de educação, gênero e idade. Observaram que os pacientes com depressão unipolar diferiam na manifestação de alguns sintomas depressivos (negros tinham menos diminuição de libido e mais insônia). Os dois grupos, no entanto, não diferiram nos sintomas característicos de

depressão, como afeto deprimido, retardo psicomotor, desinteresse pelos outros, diminuição de apetite, diminuição de peso, entre outros. Sugerem que as diferenças encontradas em alguns estudos possam dever-se à ausência de controle estatístico de variáveis de confusão. Neste estudo não ficou evidenciada uma maior tendência a somatização entre negros, embora os autores afirmem que o instrumento utilizado ("*Initial Evaluation Form*" - *IEF*) não seja especificamente desenvolvido para este fim. FLASKERUD e HU (1992) estudaram 26400 pacientes em tratamento ambulatorial e hospitalar em um distrito de saúde de Los Angeles. Através de regressão logística, encontraram que a etnia (brancos, negros, asiáticos, latinos) tem uma relação significativa e consistente com o diagnóstico, usando como covariadas idade, sexo, gênero, nível sócio-econômico e língua primária. Brancos e asiáticos tiveram mais diagnósticos de transtornos afetivos que negros ou latinos; negros e asiáticos receberam mais diagnósticos de esquizofrenia e latinos tiveram menos diagnósticos de ambos os quadros. Os autores discutem os problemas metodológicos nestas conclusões, em especial o fato de algumas etnias eventualmente procurarem menos os serviços de saúde ou de apenas o fazerem em situações mais graves.

CHANG (1985) avaliou através da escala para depressão de Zung estudantes universitários nos Estados Unidos de três etnias: brancos, negros e chineses. Não encontrou diferença quantitativa nos resultados entre os três grupos. Os fatores que contribuíram para as maiores variâncias diferiram no seu conteúdo entre os três grupos étnicos: uma mistura de queixas somáticas e afetivas caracterizaram o grupo negro; preocupações existenciais e cognitivas caracterizaram o grupo branco e queixas somáticas caracterizaram o grupo chinês.

SCHWAB e colaboradores (1967c e 1967d), estudando os aspectos sócio-culturais da depressão em pacientes norte-americanos internados em unidades de Medicina Interna, concluíram que as características demográficas de pacientes deprimidos e a frequência da

depressão variam com a classe social. Embora sem controlar para outras variáveis, como raça ou etnia, concluíram que para avaliar depressão é importante ter em mente que os sintomas variam de classe social para classe social.

MATHEW e colaboradores (1982) estudaram a relação entre sintomas vegetativos, ansiedade e depressão. Concluíram que depressão avaliada através do Inventário de Beck para depressão foi o fator preditivo mais associado com os sintomas vegetativos.

1.6- QUANTIFICAÇÃO DA MANIFESTAÇÃO CLÍNICA DA DEPRESSÃO

O termo *psicometria* foi utilizado pela primeira vez em 1764 pelo filósofo suíço Charles Bonnet (GUELF, 1993). Na sua obra *Contemplação da Natureza* ele escreve: "O número de conclusões acertadas que diferentes espíritos tiram de um mesmo princípio não poderia servir de base à construção de uma *psicometria*?; não se poderia imaginar que algum dia será possível medir os espíritos como se medem os corpos?" No entanto, o inglês Francis Galton é considerado o verdadeiro pai da psicometria e de uma psicologia estatística. Para ele, "até o momento que os fenômenos de um ramo qualquer do conhecimento não for submetido à medida e ao número, este ramo do conhecimento não pode assumir o *status* e a dignidade de ciência" (GALTON, 1879, *apud* GUELF, 1993). Galton desenvolveu as noções de correlação e regressão e igualmente introduziu em psicologia a medida diferencial e o teste de associação de imagens ou palavras, precursor dos testes de associação de Kraepelin, retomado por Jung e de testes projetivos do tipo Rorschach. No mesmo ano em que aparece o artigo de Galton "Experimentos psicométricos", Wundt começava, num pequeno reduto da Universidade de Leipzig, os trabalhos de psicofisiologia que iriam rapidamente separar as funções mentais superiores da psicofísica das sensações de Weber e de Fechner, mostrando que não existe uma psicofísica separada do psiquismo. Os trabalhos de Wundt influenciaram profundamente seu

compatriota Kraepelin e o psicólogo americano James McKeen Cattel. Cattel, após seu doutorado em Leipzig e depois de ser aluno de Galton, retornou aos Estados Unidos onde passou a lecionar psicologia estatística, introduzindo o termo "*mental test*" em 1890. Kraepelin em 1896 afirmou "...Nós temos, antes de tudo, de investigar se é possível através de testes psicológicos determinar desvios individuais, que não podem ser reconhecidos pela observação comum. Se tivermos sucesso, estaremos com as determinações quantitativas à nossa disposição para estabelecermos o limite entre saúde e doença de forma muito mais precisa e válida do que agora". Apesar de vários trabalhos notáveis na virada do século, das tentativas de Kraepelin de motivar os psiquiatras à análise experimental e à codificação, a quantificação de fenômenos psicopatológicos permanecerá em compasso de espera até o advento dos psicofármacos na década de 50.

A quantificação da sintomatologia das depressões refere-se aos instrumentos que permitem mensurar os aspectos sintomatológicos dos estados depressivos e aos métodos que possibilitam analisar os dados obtidos (PICHOT, 1978). Na grande maioria dos casos, as pesquisas nesta área têm um objetivo prático: a determinação das modificações produzidas por psicofármacos no estado dos pacientes. Além deste objetivo prático direto, algumas pesquisas são mais ambiciosas e de aplicação mais ampla, tendo por objetivo estudar a estrutura sintomática dos estados depressivos, comparar práticas diagnósticas entre clínicos de um mesmo país ou de países diferentes ou ainda contribuir a precisar o diagnóstico clínico (PICHOT e col. 1980).

Costuma-se dividir os instrumentos nesta área em dois grandes grupos: os testes mentais e as escalas de avaliação (GUELFY, 1983). Nos testes mentais, um estímulo padronizado é apresentado ao sujeito em avaliação, e sua reação medida e comparada a uma amostra da população. Já nas escalas de avaliação, o comportamento do sujeito é observado numa situação

semi-estrurada (entrevista psiquiátrica, ambiente hospitalar, p.ex.) e seus componentes são apreciados quanto a sua presença e/ou intensidade por um observador independente ou pelo próprio paciente.

Nas últimas décadas, houve uma proliferação de escalas de avaliação para depressão, a ponto de hoje existirem em torno de trinta em língua inglesa (SNAITH, 1993). O mesmo autor (SNAITH, 1981), anos antes, já havia sugerido que chegara o momento de "se declarar uma moratória" na publicação de novas escalas para depressão e concentrar esforços em avaliar cuidadosamente as já existentes para avaliar no que realmente elas poderiam ser melhoradas.

A construção de escalas de avaliação depende da teoria sobre a etiologia da depressão (biológica x psicodinâmica), modelo de doença (contínuo x descontínuo), forma de obtenção da informação (auto-resposta x observação do comportamento) e critérios de avaliação de resposta a um tratamento (cognitivo x fisiológico x comportamental x afetivo) (HUGHES, 1982).

O critério de avaliação de resposta a um tratamento permite classificar as escalas de avaliação de depressão em *abrangentes*, isto é aquelas que contemplam os diferentes componentes da síndrome depressiva (p.ex., a escala de Hamilton para a depressão) ou *específicas*, em que uma escala é desenvolvida para avaliar um aspecto particular da síndrome depressiva (p. ex., a escala de identificação depressiva de Widlöcher).

Em relação à forma de obtenção do dado clínico, as escalas de avaliação costumam ser divididas em escalas de hetero-avaliação e escalas de auto-avaliação. As escalas de hetero-avaliação podem ser desenvolvidas para serem administradas por um observador treinado que preencha a escala depois de uma entrevista clínica ou através da observação nas atitudes do paciente dentro de um ambiente específico (unidade de internação, p.ex.). Ambos os tipos de escalas têm suas vantagens e desvantagens. As escalas de auto-avaliação estão na estreita dependência de certas características do paciente: disponibilidade para cooperar, nível

educacional, intensidade da doença. Além disto, certos pacientes podem falsear dados de forma deliberada (anorexia nervosa, personalidade anti-social, busca de ganho secundário, p.ex.) ou por não-compreensão (demência senil). Por outro lado, as escalas de auto-avaliação possuem um custo de aplicação baixo, são fáceis de administrar, requerendo pouco tempo da equipe envolvida. Sua principal vantagem teórica reside na capacidade de quantificar sintomas subjetivos, como culpa e pessimismo. A avaliação por clínicos deste tipo de sintoma requer interpretação do comportamento do paciente, o que introduz uma variabilidade importante. Outra vantagem das escalas de auto-avaliação é a sua capacidade de detectar e quantificar estados depressivos leves, bem como a sua particular indicação nos casos de avaliação do grau de satisfação com o tratamento proposto. A confiabilidade e validade de vários destes instrumentos são adequadas, embora se possa questionar o pressuposto de que definições de termos como "humor", "culpa", "pessimismo" sejam estáveis entre diferentes indivíduos. As próprias definições de muitos termos psicológicos variam em função da cultura e do nível sócio-econômico. Mesmo dentro de um mesmo grupo, o significado de um termo psicológico varia ao longo do tempo, tanto qualitativamente quanto quantitativamente, à medida em que uma pessoa torna-se mais deprimida. Os pacientes deprimidos tendem a responder a qualquer questão dentro de uma perspectiva negativa, superestimando a intensidade de seus sintomas depressivos e focalizando seletivamente os eventos negativos, tendo dificuldade de avaliar seu estado prévio de humor normal. (HUGUES e col., 1982). As escalas de hetero-avaliação também apresentam deficiências que, embora menores, podem tornar-se igualmente sérias, quando não reconhecidas e devidamente tratadas. Diferenças no referencial teórico, estilo de entrevista, expectativas do entrevistador em relação ao paciente, formação profissional, experiência com população de pacientes leve ou gravemente deprimidos, forma de treinamento prévio realizado para a utilização da escala são todos elementos que influenciarão a interpretação dos dados clínicos

obtidos (SNAITH, 1981; HUGUES e cols, 1982).

Entres as escalas de avaliação de depressão mais utilizadas destacaríamos as seguintes:

1) *Escala de Hamilton para Depressão (HDRS)*- A escala de Hamilton (HAMILTON, 1960 e 1967) foi desenvolvida para medir modificações da sintomatologia depressiva efetuadas pelos medicamentos antidepressivos surgidos no final da década de 1950. A escala definitiva de Hamilton (1967) é composta por vinte e um itens, sendo os dezessete primeiros itens que compõem o escore total. Os quatro últimos itens (variação diurna, despersonalização, sintomas delirantes, sintomas obsessivos) são sintomas que representam diferenças qualitativas na depressão que não devem ser computados no escore total.

2) *Escala de Depressão de Raskin (RASKIN e col. 1969)*. Trata-se de uma escala composta por apenas três itens (discurso do sujeito, comportamento e queixas associadas). Os autores consideraram útil definir, mais do que itens, domínios, o que confere à escala uma característica de avaliação global da depressão.

3) *Escala de Montgomery-Asberg (MONTGOMERY-ASBERG, 1979)*. Esta escala foi extraída do *CPRS (Comprehensive Psychiatric Rating Scale)*, que é um instrumento de avaliação de sintomatologia psiquiátrica geral. Na sua construção difere de outras escalas, pois não se propôs avaliar os itens mais característicos de uma síndrome depressiva, mas sim os mais sensíveis à modificação ocorrida após um tratamento com medicação antidepressiva e que melhor se correlacionavam à modificação, calculados pelo escore total da escala de Hamilton 17 itens.

4) *Escala de Melancolia de Bech-Rafaelsen (BECH e RAFAELSEN, 1980, 1986)*. Esta escala foi construída a partir da escala original de depressão de Cronholm-Ottoson. Representa uma integração dos itens com melhores qualidades psicométricas destas duas escalas. Seis itens da escala de Hamilton foram conservados, justamente os que estavam fortemente correlacionados a uma nota de avaliação global clínica da intensidade da síndrome depressiva. Propõe-se ser uma

medida unidimensional da depressão.

5) *Escala de Lentificação Depressiva* (WIDLÖCHER, 1983a, 1983b). A escala de lentificação depressiva foi desenvolvida a partir da noção de que a lentificação não é um sintoma, mas uma organização da vida psíquica do deprimido, sendo um núcleo comum a diferentes estados depressivos, além de ser o modelo experimental de depressão em várias espécies animais e alvo preferencial da farmacoterapia. A escala abrange quatorze itens que descrevem o comportamento motor, verbal, idéico, hedônico e cognitivo dos deprimidos. O décimo quinto item é a impressão global de lentificação e não deve ser computado no escore total.

6) *Escala de Depressão de Carrol* (CARROL, 1981; FEINBERG e col., 1981; SMOUSE e col., 1981). A escala de Depressão de Carrol foi desenvolvida a partir da constatação de que os instrumentos de auto-avaliação mais utilizados (escala de Beck ou de Zung) não apresentavam boa correlação e capacidade de discriminar diferentes intensidades do estado depressivo em relação à escala de Hamilton. Os autores propuseram, então, uma escala que é na verdade uma transposição dos itens da escala de Hamilton para uma escala de auto-avaliação através da transposição para cinquenta e dois proposições do tipo "sim" ou "não". Cada item da escala de Hamilton avaliados de zero a quatro foram transformados em quatro afirmações com gravidade crescente, e em dois afirmações para os itens de zero a dois.

7) *Escala de depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D)* (RADLOFF, 1977).

A CES-D é um auto-questionário estruturado de vinte itens que tem sido largamente utilizado nas enquetes epidemiológicas na população geral, mas igualmente para triagem de sintomatologia depressiva em diferentes subamostras de pacientes. A escala CES-D foi desenvolvida a partir de 1971 pelos pesquisadores do Centro de Pesquisas Epidemiológicas do Instituto Nacional de Saúde Mental dos EUA com a finalidade de realizar estudos epidemiológicos de sintomatologia depressiva na população geral. Sua finalidade consiste em

identificar e avaliar a severidade da sintomatologia depressiva baseada na frequência e na duração dos sintomas depressivos. Consiste numa escala de vinte itens de auto-resposta. Todos os itens foram selecionados a partir de escalas previamente desenvolvidas, com o objetivo de representar os principais sintomas de uma síndrome depressiva, utilizando como critério o julgamento clínico, a frequência de uso em outros questionários e estudos de análise fatorial (MYERS e WEISSMAN, 1980). As principais contribuições para a composição da escala de *CES-D* foram do *MMPI* e as escalas desenvolvidas por Zung, Beck, Raskin e Gardner (WEISSMAN e col., 1975).

8) *Escala de Newcastle para Depressão*. A escala de Newcastle para depressão foi desenvolvida para diferenciar pacientes com depressão endógena e com depressão neurótica. CARNEY e SHEFFIELD (1972) estudaram a validade e a confiabilidade desta escala e sua relação com a escala de Hamilton. Verificaram que a classificação em depressão endógena predizia boa resposta à eletroconvulsoterapia. Não observaram diferença no escore total da escala de Hamilton entre as duas categorias e mostraram evidências, embora inconclusivas, de que as depressões neuróticas obedeceriam a critérios dimensionais, enquanto as endógenas, a critérios categoriais.

9) *Escala Visual Analógica do Humor* (FOLSTEIN E LURIA, 1973). A escala utiliza o método visual analógico (AITKEN, 1969) para avaliação do humor. Neste método, são propostos dois adjetivos antagônicos que correspondem aos dois extremos de uma linha de 100mm graduada milimetricamente. O paciente escolhe o ponto da linha que melhor descreve o seu sintoma. Esta escala discriminou adequadamente pacientes deprimidos e maníacos de outros pacientes psiquiátricos.

10) *Inventário de Beck para Depressão* (BECK e cols, 1961; BECK e col. 1974). O Inventário de Beck é uma escala de auto-avaliação que apresenta duas versões: a versão original em 21 itens

e a versão abreviada de 13 itens. Ambas as versões buscam a avaliação prioritária de aspectos cognitivos da depressão. A forma abreviada consta dos itens mais fortemente correlacionados com o escore total da versão em 21 itens e com a avaliação clínica da intensidade da sintomatologia depressiva.

11) *Escala de Depressão da OMS* (BECH, 1980b, SARTORIUS e col., 1983). Esta escala é parte de um instrumento maior denominado "Formulário para avaliação de normalizada de Transtornos Depressivos da OMS" (FNTD/OMS) - "*Schedule for Standardized Assessment of Depressive Disorders*" (SADD)". Consiste em uma lista de comprovação de trinta e nove sinais e sintomas de transtornos depressivos definidos num glossário que acompanha o formulário. A lista de comprovação permite a inclusão de sintomas raros e específicos de cada cultura.

12) *Escala de Zung para Depressão* (ZUNG, 1965; ZUNG, 1967). É uma escala de auto-avaliação composta por vinte itens, apresentados como frases, que devem ser pontuados de acordo com a frequência em que vêm ocorrendo na vida do paciente.

HUGUES e colaboradores (1982) destacam que não existe a "melhor" escala de avaliação de depressão. A escolha deve basear-se nos objetivos do estudo e no tipo de população de pacientes deprimidos que vai ser estudada. A utilização de mais de uma medida é de interesse como forma de tornar mais abrangente a avaliação da sintomatologia. No entanto, o critério de escolha de uma escala de avaliação de depressão tem sido arbitrário e determinado muito mais pela tradição e pelos costumes locais do que propriamente pelas características psicométricas ou de características da população estudada (CARROL e col., 1973). Alguns indicadores têm sido propostos como critérios de seleção para uma escala de avaliação de depressão. KEARNS e colaboradores (1982) mostraram que a Escala de Depressão de Montgomery-Asberg distingue adequadamente os diferentes graus de depressão, enquanto a Escala de Hamilton para depressão foi menos sensível na separação entre depressões moderadas e severas. Os mesmos autores

encontraram uma sensibilidade ainda menor no inventário de auto-avaliação de Beck. A escala de Hamilton tem uma ênfase em sintomas psicomotores e na somatização, aspectos estes que não existem na escala de Montgomery-Asberg. KEARNS e colaboradores (1982) sugerem que a escala de Hamilton deve ser utilizada quando a pesquisa desejar avaliar a sintomatologia depressiva de forma ampla nos seus aspectos psíquicos, comportamentais e somáticos. Já a escala de Montgomery-Asberg é mais adequada em pacientes com doença física concomitante ou que provavelmente teriam efeitos colaterais somáticos de um tratamento que está sendo instituído. O Inventário de Depressão de Beck, ao enfatizar os aspectos cognitivos da depressão, seria mais adequado a uma aplicação em pacientes com depressões leves, em que estes aspectos estão em primeiro plano. Em depressões severas com sintomas psicóticos, em que os concomitantes fisiológicos estão muito presentes, a escala de Hamilton, por exemplo, seria mais adequada (HUGHES e col., 1982).

KINZIE e MANSON (1987) revisaram o uso dos sete instrumentos de auto-avaliação mais empregados em estudos transculturais. Destacaram os problemas inerentes à utilização de questionários de auto-avaliação e as precauções que um clínico deve ter quando se vale destes questionários, entre eles, o nível educacional, a tendência do paciente a responder o que é socialmente aceito, as características de sensibilidade e de especificidade da escala. Sugere que cada clínico deva desenvolver familiaridade pessoal com a escala, trabalhar consistentemente na mesma população e correlacionar os resultados com a impressão clínica. Lembra que não há substituto para uma entrevista clínica completa. No uso em pesquisa transcultural, descreve a heterogeneidade na escolha dos instrumentos e da metodologia utilizados. Vários estudos transculturais que utilizam escalas de auto-avaliação não se preocupam em mencionar eventuais dificuldades na aplicação dos questionários, detendo-se exclusivamente na análise estatística dos resultados. Outros destacam as dificuldades no entendimento das questões e a influência das

diferenças culturais e socio-econômicas na interpretação das respostas.

A escala de auto-avaliação para depressão de ZUNG de 20 itens foi usada extensivamente em estudos transculturais, alguns deles coordenados pelo próprio autor. ZUNG (1969) usou a escala de auto-avaliação para depressão de Zung em 6 países (Japão, Austrália, Checoslováquia, Inglaterra, Alemanha e Suíça) utilizando pacientes internados e ambulatoriais deprimidos, não-deprimidos e normais. Encontrou escores médios semelhantes em todos os centros para os pacientes deprimidos, que diferiram significativamente em relação a normais e a não-deprimidos. O menor coeficiente de correlação com a impressão clínica (0,43) foi obtido entre os pacientes japoneses, a única população não-ocidental estudada. ZUNG (1972) estudou a sintomatologia depressiva em adultos normais na Checoslováquia, Inglaterra, Alemanha, Espanha, Suécia e Estados Unidos, utilizando a escala concebida pelo autor. Através de análise fatorial, encontrou semelhanças qualitativas nos diferentes países. Existem estudos utilizando a escala de Zung na Índia (ZUNG e MASTER, 1975 *apud* KINZIE E MANSON, 1987), Holanda (ZUNG e col., 1975, *apud* KINZIE E MANSON, 1987), Espanha (CONDE LOPEZ e col., 1970 e CONDE LOPEZ e SANCHEZ DE VEGA, 1969), China (CHEN, 1978), Coréia (SHONG, 1977).

PERRIS e colaboradores (1981) compararam a manifestação da síndrome depressiva entre pacientes do sul da Itália e do norte da Suécia através de uma escala de auto-avaliação de depressão de Zung e de uma subescala de hetero-avaliação para depressão do "*Comprehensive Psychological Rating Scale*" (ASBERG e col., 1978). Na avaliação pelos clínicos, pacientes italianos tiveram escores superiores em variáveis referentes a retardo motor e hipocondria, e pacientes suecos, nos itens "inabilidade de sentir" e "agitação". Contrariamente, nas escalas de auto-avaliação os pacientes suecos tiveram escores superiores nos itens "perda de peso", "taquicardia" e "agitação", enquanto os pacientes italianos em "desesperança", "perda de

interesse" e "insatisfação". Esta discrepância nas medidas de auto e hetero-avaliação foram discutidas pelos autores como refletindo diferenças culturais na capacidade dos pacientes dos dois países de expressar verbalmente seus sintomas ou na maneira em que os médicos dos dois países dão peso aos diferentes sintomas. ZELDINE e colaboradores (1975) discutem a utilização da escala de Hamilton na África, pondo em dúvida a sua validade de face. Embora sem estudá-la do ponto de vista psicométrico, questionam a adequação especialmente das âncoras, para a pontuação da gravidade do sintoma.

A escala *CES-D* para avaliação de sintomatologia depressiva apresentou correlações significativas com a escala de Zung e de Beck, mostrando coeficientes de 0,90 e 0,81, respectivamente. COMSTOCK e HELSING (1976), em estudo de base populacional, compararam a sintomatologia depressiva de 5172 indivíduos nas cidades de Kansas e Washington, utilizando um questionário de auto-avaliação para depressão (*CES-D - Center for Epidemiologic Studies - depression*). Encontraram mais deprimidos entre negros do que entre brancos. Entre os negros não havia diferença entre homens e mulheres. Após o ajuste para outras variáveis independentes, a probabilidade de apresentar sintomas de depressão foi maior entre adultos jovens, não-casados, sem emprego fora de casa, mal pagos e com baixo nível educacional. CRAIG e colaboradores (1979), estudando a prevalência e a persistência da sintomatologia depressiva encontraram uma associação entre sexo, idade e estado civil e prevalência. A persistência de sintomas depressivos, que pode ser considerada uma medida da presença de uma verdadeira síndrome depressiva, parece menos afetada pela idade e pelo sexo, mas está altamente associada com o nível educacional. O estudo de validação da *CES-D* em cinco populações distintas mostrou que esta escala é um instrumento sensível para rastrear sintomas depressivos e avaliar mudanças nos sintomas ao longo do tempo em populações psiquiátricas (WEISSMAN e cols, 1977). A validação da *CES-D* em uma população rural nos

EUA revelou que se trata de um instrumento capaz de distinguir pacientes e não-pacientes, diferentes grupos de pacientes, bem como diferente severidade de sintomatologia depressiva (HUSAINI e col., 1980). MYERS e WEISSMAN (1980) encontraram uma relação modesta entre sintomas auto-relatados através da escala *CES-D* e o diagnóstico de depressão maior e menor. Concluem, analisando as características de sensibilidade e especificidade, que as escalas de sintomas são úteis para uma primeira avaliação (*screening*) de pessoas deprimidas com a finalidade de pesquisa, mas são indicadores grosseiros de depressão clínica na comunidade. Resultados semelhantes foram obtidos por ROBERTS e VERNON (1983). ZIMMERMAN (1983) discute as razões da baixa concordância na identificação de casos entre as escalas de auto-avaliação de depressão (em especial a *CES-D*) e o diagnóstico de depressão, maior baseado nos critérios *RDC*. Enfatiza a baixa validade de face destas escalas em relação aos critérios *RDC*. As escalas de auto-avaliação para depressão mais usadas - Escala de ZUNG (ZUNG, 1965), Escala de de RASKIN (RASKIN e cols, 1969), Inventário para de depressão de BECK (BECK e colaboradores, 1961) e *CES-D* (RADLOFF, 1977) - foram elaboradas antes dos atuais critérios diagnósticos para quantificar os sintomas de depressão e não para serem instrumentos diagnósticos. Propõe um instrumento de auto-avaliação com o objetivo específico de rastrear casos de depressão maior, segundo o DSM III (ZIMMERMAN, 1986). SHEK (1991) mostrou que, embora a versão chinesa do Inventário de depressão de Beck apresentasse correlação positiva com todas as medidas de bem-estar psicológico estudadas, ela se correlacionou fortemente com o fator depressão da versão chinesa do Questionário Geral de Saúde e com a α Escala de *LEEDS-d* (depressão), sugerindo que se trate de um instrumento que mede mais depressão do que sintomas psiquiátricos em geral. A Escala de LEEDS de Auto-avaliação de Ansiedade e Depressão (SNAITH e col., 1976) é um desenvolvimento do Inventário de Auto-Avaliação de Wakefield (SNAITH e col., 1971).

A escala de auto-avaliação de Beck consiste em uma versão original de 21 itens (BECK, 1961) e em uma versão abreviada de 13 itens, os mais fortemente correlacionados com o escore global de 21 itens (coeficiente de correlação superior a 0,90). METCLAFE e GOLDMAN (1965) apresentaram um primeiro estudo de validação deste instrumento norte-americano em uma amostra de pacientes ingleses internados, mostrando ser um instrumento sensível a modificação pelo tratamento e correlacionado com a impressão clínica.

A versão árabe do Inventário de Depressão de Beck (WEST, 1985) mostrou um coeficiente de correlação de 0,63 com a impressão clínica da profundidade da depressão (nível de significância menor que 0,001). WILLIAMS e colaboradores (1972) compararam três métodos de avaliar a sintomatologia depressiva em pacientes internados gravemente deprimidos: através de uma escala de hetero-avaliação (HAMILTON, 1960), de auto-avaliação (BECK, 1961) e de uma escala de comportamento na Unidade de Internação, centrada em comportamento verbal, sorriso, atividade motora e tempo permanecido fora do quarto e preenchido pela enfermagem. Encontrou boa correlação entre os três métodos e discute as vantagens do terceiro método.

As respostas dos pacientes em pesquisas estão sujeitas a variáveis denominadas "tendências de respostas". Tendências de respostas são predisposições ou atitudes no respondente que introduzem fontes de variância nas respostas e constituem um fonte de viés, se estão relacionadas sistematicamente a variáveis dependentes e/ou independentes no estudo (VERNON e col., 1982). Exemplos destas tendências são necessidade de aprovação social, tendência a concordar ou a dizer sim ao que é perguntado e desejo de obter vantagens. Existem estudos mostrando que americanos de origem hispânica e negros têm uma tendência maior a concordar (responder "sim") ao que é perguntado em situação de entrevista (ADAY e col., 1980). VERNON e colaboradores (1982) verificaram que as tendências a respostas (aquiescência e necessidade de aprovação social) estiveram diferentemente correlacionadas com sintomas de depressão da

CES-d em diferentes grupos étnicos americanos. No entanto, seus efeitos não foram de magnitude suficiente para alterar a maioria das associações entre escores nos sintomas e variáveis demográficas.

As escalas de auto-avaliação são diretamente influenciadas por características do respondente que envolvem a influência de seu nível de escolaridade, sua capacidade de concentração e seu desejo de apresentar-se como doente ou de agradar ao pesquisador (SNAITH e cols, 1976).

A presença de vários sintomas de ansiedade na escala de Hamilton para depressão faz com que seja questionada a sua especificidade e a sua capacidade de discriminar ansiedade e depressão (RISKIN e cols, 1987).

2- OBJETIVOS

2.1- GERAIS

2.1.1- Comparar a manifestação da síndrome depressiva em duas amostras de pacientes deprimidos oriundas da população de duas cidades de países culturalmente diferentes, através da aplicação de dois critérios de diagnóstico e de diversas escalas para graduação de sintomas depressivos;

2.1.2- Avaliar a influência do sexo, da idade e do nível educacional sobre o tipo e a intensidade dos sintomas depressivos.

2.2- ESPECÍFICOS

2.2.1- Identificar a estrutura dos sintomas depressivos, através da análise de componentes principais nas duas amostras e para todas as escalas utilizadas, visando a observar semelhanças ou diferenças das características principais (centrais) das síndromes depressivas;

2.2.2- Analisar o efeito da idade e do nível educacional sobre a organização da estrutura central desta síndrome;

2.2.3- Avaliar a presença de comorbidade identificadas pelos sistemas diagnósticos utilizados e a distribuição dos sintomas depressivos nas duas amostras.

3- SUJEITOS E MÉTODOS

3.1- LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado em três unidades de internação (duas de serviços franceses, na cidade de Paris e uma brasileira, na cidade de Porto Alegre). As duas unidades francesas são de serviços universitários que fazem parte do *Centro Hospitalar Sainte-Anne*. São eles o *Service Hospitalo-Universitaire de Santé Mentale et de Thérapeutique* (Serviço do Professor Henri Loo) e na *Clinique de Maladies Mentales e de l'Encéphale* (Serviço do Professor Samuel Lajeunesse). No Brasil, foi realizado na Unidade de Internação do Serviço de Psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul .

O *Service Hospitalo-Universitaire de Santé Mentale et de Thérapeutique* possui uma Unidade de Internação com uma capacidade de cem leitos. Já a *Clinique de Maladies Mentales et de l'Encéphale* tem uma capacidade de cento e trinta leitos. A Unidade de Internação do *Hospital de Clínicas de Porto Alegre* é de trinta e cinco leitos.

3.2- PERÍODO DO ESTUDO

3.2.1- Fase francesa

A coleta de dados realizou-se entre os meses de janeiro e julho de 1993, durante o período do projeto “sanduíche” concedido e financiado pelo CNPq.

3.2.2- Fase brasileira

A coleta de dados realizou-se entre os meses de maio de 1994 e dezembro de 1995.

3.3- SELEÇÃO DA AMOSTRA

Durante o período do estudo foram avaliados todos os pacientes que internaram por uma síndrome depressiva, respeitando os critérios de inclusão e exclusão.

Os pacientes foram incluídos no estudo após o cumprimento de duas fases, sendo a primeira realizada pelo médico assistente responsável pela internação, através de sua avaliação clínica e diagnóstica.

Os critérios de inclusão foram os seguintes:

- a) Início de um episódio depressivo atual definido como os primeiros três dias após a internação.
- b) Presença de ao menos dois dos sintomas seguintes:
 - Humor depressivo
 - Idéias de suicídio
 - Desesperança
 - Sentimento de inutilidade
 - Hipocondria e/ou ansiedade
 - Sentimento de capacidade diminuída
 - Auto-acusações ou culpabilidade
 - Incapacidade de sentir ou de desfrutar
 - Lentificação ídeo-motora
- c) Ser considerado um indivíduo da nacionalidade do país em estudo (francês na França/ brasileiro no Brasil) definida pelo seguinte:
 - ter a língua oficial do país em estudo como primeira língua;

- ter sido educado no país em estudo durante pelo menos os dez primeiros anos de vida;
- ter vivido a maior parte da vida no país em estudo.

Estes critérios visaram a obter uma amostra de sujeitos com sintomatologia depressiva maximizada (imediatamente após a internação), sem que os tratamentos propostos tenham iniciado um efeito marcante (critério de inclusão "a"). A opção por critérios amplos de entrada no estudo em relação às características da síndrome depressiva foi semelhante ao empregado no estudo transcultural da OMS (SARTORIUS e cols., 1982), acrescidos apenas do parâmetro de lentificação ídeo-motora (critério "b"). A utilização de critérios restritivos para estudos transculturais de depressão tem sido criticada pelo risco de "eliminar as diferenças", isto é, de examinar justamente os casos semelhantes entre as duas culturas (aqueles que preenchem os critérios de "depressão maior" do DSM III-R) para concluir que "não há diferenças", caindo em um argumento tautológico.

Com o critério "c", tentou-se definir o que na prática passaríamos a chamar de um "brasileiro" no Brasil e de um "francês" na França. Nesta operacionalização, estamos conscientes de termos contemplado especialmente a questão da emigração. A definição de "brasileiro" ou "francês" é algo complexo (RIBEIRO, 1995), de difícil operacionalização, ainda mais se considerarmos a particular riqueza das diferentes sub-culturas destes países.

Os critérios de exclusão (ou de não-inclusão) foram os seguintes:

- a) Doença física real em evolução.
- b) Transtornos mentais orgânicos segundo o DSM III-R.
- c) Transtornos ligados ao uso de substâncias ilegais ou álcool (dependência) segundo o DSM III-R.

- d) Esquizofrenia segundo o DSM III-R.
- e) Presença de dificuldades de linguagem ou de audição.
- f) Retardo mental (Q.I. = 70 ou menos).

Com estes critérios, procurou-se não incluir pacientes com outros diagnósticos psiquiátricos ou aqueles que pudessem apresentar sintomas e sinais não-decorrentes de síndrome depressiva (p.ex., queixas somáticas em pacientes com doença física em evolução), ou que pudessem dificultar a investigação semiológica (p.ex., dificuldades de linguagem ou de audição).

3.4- SELEÇÃO E ELABORAÇÃO DE INSTRUMENTOS

3.4.1- Diagnóstico

4.1.1- *Composite International Diagnostic Interview (CIDI)* - nas versões francesa (PULL, 1991) e brasileira (TORRES DE MIRANDA, 1991). Este instrumento permite a obtenção dos dados necessários para fazer o diagnóstico das principais categorias diagnósticas da CID-10 e do DSM III-R de forma completamente padronizada. Dentre outros instrumentos diagnósticos estruturados, este foi selecionado por ser disponível de forma padronizada nas duas línguas nas quais o estudo seria realizado. A característica de ser completamente estruturado apresentou vantagens adicionais, pois facilitou sua aplicação pelo entrevistador bilingüe (M.P.A.F.), além de auxiliar na padronização do processo diagnóstico. O entrevistador foi treinado em *Centro de Treinamento para aplicação do CIDI* em Paris, permitindo-o aplicar o instrumento na amostra francesa. Na amostra brasileira,

o CIDI foi aplicado por 4 entrevistadores treinados pelo mesmo pesquisador responsável. Após o treinamento, foram realizadas 10 entrevistas para cálculo de índice de homogeneidade de classificação através do teste Kappa, obtendo um grau de confiabilidade de 100% entre os diagnósticos realizados pelos entrevistadores em duplas.

3.4.2. Avaliação da sintomatologia depressiva.

3.4.2.1- Escala de Depressão de Hamilton com 17 itens (HDRS-17)- Foi selecionada por ser uma escala clássica e também por ser uma das mais utilizadas na avaliação de sintomatologia depressiva. Na distribuição de seus itens há uma marcada influência de sintomas que avaliam ansiedade e queixas somáticas.

3.4.2.2- Escala de Montgomery-Asberg (MADRS)- Trata-se de uma escala com distribuição variada de sintomas da síndrome depressiva, construída a partir dos itens que mais variaram com o uso de medicamentos antidepressivos.

3.4.2.3- Escala de Lentificação Depressiva (ELD)- Foi utilizada por ser um escala com um construto diferente das demais, centrando seus itens na lentificação motora, de linguagem e de processos cognitivos da depressão.

3.4.2.4- Escala Complementar (EC)- Esta escala foi desenvolvida a partir da Escala de Avaliação da Depressão e da Mania (PICHOT, não publicada). O instrumento original era composto

de 140 itens que avaliavam a sintomatologia depressiva e maníaca. A EC foi construída a partir da eliminação dos itens referentes à mania e dos já avaliados pelas demais escalas de depressão utilizadas neste estudo. O instrumento ficou constituído de quarenta e seis itens. A versão em português foi construída a partir da tradução já existente do instrumento original (SOUGEY, 1987).

Optou-se por utilizar quatro instrumentos de avaliação depressiva com construtos complementares, no sentido de cobrir uma variedade de sintomas possíveis de ocorrer dentro de uma síndrome depressiva.

3.4.3- Guia para entrevista semi-estruturada adaptado a quatro escalas de depressão.

Foi elaborado um guia para uma entrevista semi-estruturada adaptado às quatro escalas de depressão utilizada no estudo. A versão original foi feita em francês (FLECK e cols., 1994), sendo realizada uma versão em português, seguida de retro-tradução comparada com o original em francês (FLECK, 1997).

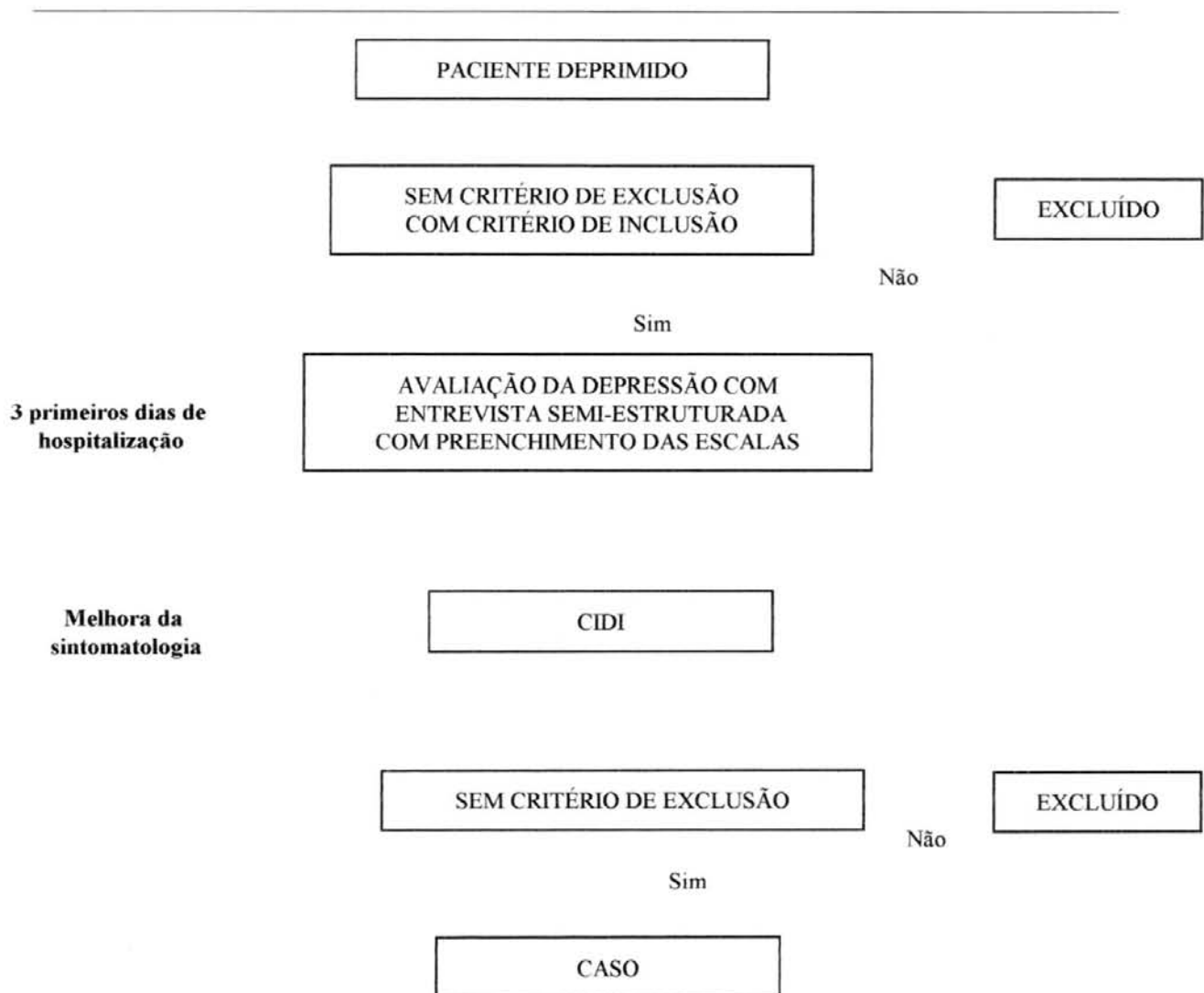
Para cada item das escalas, o guia propõe uma questão geral aberta, que permite ao paciente expor livremente sua percepção sobre a presença ou não do sintoma. A resposta a esta questão informa sobre a gravidade e frequência do sintoma. A seguir, questões mais precisas são propostas, permitindo ao avaliador definir os diferentes graus de intensidade da sintomatologia, medida por cada escala. Na construção do guia, foram reagrupadas questões referentes aos mesmos aspectos da sintomatologia depressiva, avaliados pelas diferentes escalas (por exemplo, todas as questões

referentes à avaliação do humor depressivo são propostas em seqüência). Cada um dos itens avaliados é precedido do número do item correspondente nas diferentes escalas (por exemplo, o item humor depressivo corresponde ao item 1 na HDRS-17, 2 da MADRS e 6 da Escala Complementar). No final do guia, encontra-se uma lista de sintomas, cuja avaliação está baseada na observação do paciente pelo clínico durante a entrevista (por exemplo, "tristeza aparente") ou no julgamento clínico (por exemplo, "capacidade do paciente de dar-se conta de seu estado"), e que, portanto, dispensam perguntas ao paciente. A formulação das questões para a escala de Hamilton foram baseadas na versão francesa (GUELFY e CROQUILLON-DOUBLET, 1992) do guia para a entrevista estruturada adaptada à escala de avaliação de depressão de Hamilton (WILLIAMS, 1988). As questões referentes a ELD e a MADRS foram criadas a partir de definições de cada item das escalas. Para a Escala Complementar, foram utilizadas as questões propostas por P. PICHOT no manual de aplicação da Escala de apreciação de depressão e de mania (EADM 1) (PICHOT, não publicado; SOUGEY, 1983 e THIBAUT, 1983). Como para certos itens, neste manual não estavam definidas perguntas (por exemplo, em alguns subtipos de idéias delirantes ou sintomas obsessivos), foram adaptadas questões utilizadas pelo *CIDI (Composite International Diagnostic Interview, versão francesa e brasileira, OMS, 1991a e 1991b)*. A versão francesa do guia foi inicialmente testada em dez pacientes deprimidos. Foram feitas várias modificações, sobretudo na seqüência de questões, para melhorar a operacionalidade sob o ponto de vista da relação com o paciente. A entrevista mostrou-se eficaz para coletar dados suficientes para o preenchimento de quatro escalas. Sua duração aproximada é de 45 minutos.

3.5- LOGÍSTICA

O presente estudo foi desenvolvido em duas fases consecutivas: a fase francesa e a fase brasileira, seguindo o fluxograma abaixo.

Figura 2- Fluxograma para a inclusão ou exclusão de pacientes



3.6- ANÁLISE DOS DADOS

A análise foi desenvolvida da seguinte forma:

6.1- Análise de componentes principais para cada escala de avaliação de depressão com rotação VARIMAX e escolha do número de fatores através do método de simulação (LÉBART E DREYFUS, 1972; FLECK e BOURDEL, 1997) e de KAISER. O método de simulação mantém os fatores com *auto-valores (raíz característica)* acima daqueles obtidos por uma matriz composta por números gerados ao azar (randomicamente). Já o método de KAISER mantém os fatores com *auto-valores* acima de 1.

6.2- Análise de variância e de co-variância entre os diferentes fatores, extraídos pela análise de componentes principais e de outras variáveis como idade, sexo, escolaridade, comorbidade.

6.3- Comparação de médias (teste T) dos escores dos itens de cada escala.

6.4- Coeficiente de correlação de *Spearman* entre o escore total das diferentes escalas.

As amostras francesa e brasileira foram estudadas individualmente e comparativamente, como princípio geral de análise de dados. Para alguns resultados, a amostra francesa e brasileira foram agrupadas como uma amostra única.

4- RESULTADOS

4.1. COMPOSIÇÃO DA AMOSTRA ESTUDADA

A análise das variáveis demográficas das amostras brasileira e francesa estão apresentadas nas tabelas 1 a 6.

A média de *idade* dos brasileiros estudados foi significativamente menor que a dos franceses ($p= 0,03$) conforme tabela 1.

Não houve diferença na distribuição quanto ao *sexo* e *estado civil* nas duas amostras estudadas (tabelas 2 e 3).

A amostra francesa apresenta um *nível de escolarização* superior à amostra brasileira, tanto na média (tabela 4), como na distribuição das diferentes classes de anos de escolarização (tabela 5). Enquanto 1/3 da amostra brasileira tem até o primeiro grau, apenas 5% da amostra francesa distribuem-se nesta faixa. Ao contrário, 62 % da amostra francesa têm nível de 3º grau ou pós-graduação, enquanto 28% da amostra brasileira atingiram este nível.

A amostra brasileira tem uma distribuição em termos de renda mensal muito inferior à amostra francesa. Apenas 14% na amostra brasileira tem renda superior a 1.600 reais enquanto 97% da amostra francesa tem renda superior a 1.200 reais (tabela 6).

Tabela 1- Comparação de média de *idade* nas amostras brasileira e francesa

| PAÍS | n | média* | d.padrão | mediana | mínima | máxima |
|--------|----|--------|----------|---------|--------|--------|
| BRASIL | 70 | 41,43 | 15,33 | 42,50 | 17 | 79 |
| FRANÇA | 60 | 46,95 | 13,24 | 47,00 | 23 | 72 |

* $p= 0,03$

Teste T de Student.

Tabela 2- Comparação da distribuição em relação ao sexo nas amostras brasileira e francesa

| PAÍS | n | masculino | feminino | p (qui ²) |
|--------|----|-----------|----------|-----------------------|
| BRASIL | 70 | 16 (23%) | 54 (77%) | 0,95 |
| FRANÇA | 60 | 14 (23%) | 46 (77%) | |

Tabela 3- Comparação da distribuição em relação ao estado civil nas amostras brasileira e francesa

| PAÍS | n | casado | solteiro | separado | viúvo | qui ² |
|--------|----|----------|----------|----------|--------|------------------|
| BRASIL | 70 | 36 (51%) | 20 (29%) | 10 (14%) | 4 (6%) | 0,93 |
| FRANÇA | 60 | 32 (54%) | 18 (30%) | 8 (13%) | 2 (3%) | |

Tabela 4- Comparação do número de anos de escolarização nas amostras brasileira e francesa.

| PAÍS | n | média* | d.padrão | mediana | minima | máxima |
|--------|----|--------|----------|---------|--------|--------|
| BRASIL | 70 | 9,64 | 4,25 | 9,00 | 0 | 20 |
| FRANÇA | 60 | 13,88 | 4,10 | 13,00 | 6 | 27 |

* p= 0,00001

Teste T de Student

Tabela 5- Comparação da distribuição do número de anos de escolarização nas amostras brasileira e francesa.

| PAÍS | n | 0 - 4a | 5 - 8a | 9 - 11a | 12-16a | > 16 a | qui ² |
|--------|----|--------|----------|----------|----------|---------|------------------|
| BRASIL | 70 | 4 (6%) | 24 (35%) | 22 (31%) | 15 (21%) | 5 (7%) | 0,0001 |
| FRANÇA | 60 | 0 (0%) | 5 (8%) | 12 (20%) | 28 (47%) | 5 (25%) | |

Tabela 6- Distribuição em relação a renda mensal das amostras brasileira e francesa

| BRASIL (em R\$) | | FRANÇA (em R\$) | |
|-----------------|------------------|-----------------|------------------|
| < 300 | 13 (19%) | < 1.200 | 3 (5%) |
| 300 a 799 | 31 (44%) | 1.200 a 1799 | 13 (22%) |
| 800 a 1.599 | 15 (22%) | 1.800 a 2.399 | 12 (20%) |
| > 1.600 | 10 (14%) | 2.400 a 3.199 | 15 (25%) |
| Sem resposta | 1 (1%) | > 3.200 | 16 (26%) |
| | | Sem resposta | 1 (2%) |
| Total | 70 (100%) | Total | 60 (100%) |

A intensidade da sintomatologia depressiva avaliada segundo as diferentes escalas (tabela 7) mostra pacientes severamente deprimidos, correspondendo a síndromes depressivas que necessitaram internação hospitalar. O escore total das escalas não mostrou diferença significativa entre as duas amostras, exceto na Escala Complementar (EC). Nesta, a amostra brasileira apresentou uma pontuação significativamente maior.

Tabela 7- Comparação da intensidade da sintomatologia depressiva na amostra brasileira e francesa

| | HDRS * | | MADRS ¹ | | ELD ² | | EC ³ | |
|--------|--------|------|--------------------|------|------------------|------|-----------------|-------|
| | Total | dp | Total | dp | Total | dp | Total | dp |
| BRASIL | 28,74 | 6,09 | 37,29 | 8,13 | 29,27 | 8,93 | 26,65 | 13,29 |
| FRANÇA | 26,60 | 7,33 | 37,92 | 8,43 | 28,82 | 9,27 | 19,85 | 9,67 |
| p | 0,07 | | 0,67 | | 0,78 | | 0,001 | |

Teste z.

* HDRS: Escala de Hamilton para depressão; ¹ MADRS: Escala de Montgomery-Asberg para depressão;

²ELD: Escala de lentificação depressiva; ³ EC: Escala complementar de avaliação da sintomatologia depressiva.

4.2- COMPARAÇÃO DO ESCORE DOS ITENS DAS ESCALAS

As tabelas 8 a 11 apresentam a comparação item a item das quatro escalas de avaliação de depressão utilizadas nas amostras brasileira e francesa controlada para idade e escolaridade.

Houve diferença significativa na média de pontuação de dois itens na Escala de Hamilton- 21 itens. A amostra brasileira teve média superior à francesa no item *ansiedade psíquica (10)*. No item *agitação (9)*, a amostra francesa apresentou média superior à brasileira (tabela 8).

Tabela 8- Comparação do escore dos itens da Escala de Hamilton para depressão - 21 itens (HDRS-21) entre as amostras brasileira e francesa, controlada para idade e escolaridade.

| | BRASIL | | FRANÇA | | F | Sig F |
|---|-------------|----------|-------------|----------|-------|---------|
| | média (dp) | sujeitos | média (dp) | sujeitos | | |
| 1. Humor depressivo | 3,30 (0,75) | 70 | 3,12 (0,82) | 60 | 2,62 | 0,077 |
| 2. Sentimentos de culpa | 1,63 (0,95) | 61 | 1,40 (0,94) | 45 | 1,29 | 0,279 |
| 3. Suicídio | 2,67 (0,96) | 67 | 2,07 (1,22) | 50 | 2,30 | 0,105 |
| 4. Insônia precoce | 1,47 (0,84) | 54 | 0,87 (0,87) | 33 | 1,56 | 0,213 |
| 5. Insônia do meio da noite | 1,41 (0,79) | 57 | 1,35 (0,88) | 44 | 0,37 | 0,690 |
| 6. Insônia tardia | 1,07 (0,86) | 47 | 1,10 (0,86) | 41 | 1,07 | 0,343 |
| 7. Trabalho e atividades | 3,14 (0,75) | 70 | 3,03 (0,66) | 60 | 0,77 | 0,467 |
| 8. Retardo | 1,77 (0,84) | 63 | 1,70 (0,81) | 54 | 1,68 | 0,191 |
| 9. Agitação | 1,64 (0,96) | 63 | 1,65 (1,15) | 45 | 13,10 | 0,0001* |
| 10. Ansiedade psíquica | 2,79 (0,92) | 70 | 2,40 (1,24) | 56 | 6,70 | 0,002 * |
| 11. Ansiedade somática | 1,67 (1,03) | 61 | 1,62 (1,19) | 46 | 0,86 | 0,425 |
| 12. Sintomas somáticos gastro-intestinais | 0,96 (0,52) | 59 | 1,28 (0,83) | 46 | 2,63 | 0,76 |
| 13. Sintomas somáticos gerais | 1,67 (0,63) | 64 | 1,72 (0,58) | 56 | 0,06 | 0,946 |
| 14. Sintomas genitais | 1,53 (0,78) | 58 | 1,48 (0,79) | 49 | 1,86 | 0,159 |
| 15. Hipocondria | 0,81 (1,18) | 25 | 0,70 (0,97) | 18 | 0,77 | 0,471 |
| 16. Perda de peso | 1,14 (0,97) | 42 | 1,06 (0,97) | 34 | 2,34 | 0,101 |
| 17. <i>Insight</i> | 0,05 (0,23) | 4 | 0,05 (0,22) | 3 | 0,60 | 0,548 |
| 18. Variação diurna | 0,74 (0,72) | 41 | 0,92 (0,83) | 37 | 0,28 | 0,758 |
| 19. Despersonalização | 1,17 (1,11) | 40 | 1,07 (0,92) | 38 | 0,99 | 0,375 |
| 20. Sintomas paranóides | 0,76 (0,94) | 35 | 0,30 (0,79) | 9 | 0,33 | 0,719 |
| 21. Sintomas obsessivo-compulsivos | 0,27 (0,61) | 13 | 0,18 (0,50) | 8 | 0,77 | 0,463 |

MANOVA

n= número de indivíduos que tiveram alguma pontuação no item (resposta diferente de 0)

Na tabela 9, são apresentados os resultados referentes à Escala de Montgomery-Asberg controlada para idade e escolaridade. A amostra francesa apresenta escores médios mais elevados

nos itens *dificuldade de concentração (6)*, *inibição motora (7)* e *pensamentos pessimistas (9)*.

Nos demais itens, não houve diferença significativa.

Tabela 9- Comparação do escore dos itens da Escala de Montgomery-Asberg para depressão (MADRS) entre as amostras brasileira e francesa, controlada para idade e escolaridade

| | BRASIL | | FRANÇA | | F | Sig F |
|--------------------------------|-------------|----|-------------|----|-------|---------|
| | média (dp) | n | média (dp) | n | | |
| 1. Tristeza aparente | 4,07 (1,48) | 70 | 4,01 (1,34) | 59 | 0,00 | 0,996 |
| 2. Tristeza relatada | 4,52 (1,20) | 70 | 4,42 (1,05) | 60 | 0,20 | 0,659 |
| 3. Tensão interior | 3,71 (0,78) | 70 | 3,63 (1,28) | 57 | 0,13 | 0,720 |
| 4. Alteração de sono | 3,44 (1,72) | 63 | 3,23 (1,80) | 51 | 0,21 | 0,646 |
| 5. Diminuição do apetite | 3,17 (1,62) | 57 | 3,07 (2,05) | 44 | 0,28 | 0,597 |
| 6. Dificuldade de concentração | 3,81 (1,50) | 64 | 4,43 (1,03) | 59 | 8,94 | 0,003 * |
| 7. Inibição motora | 3,97 (1,18) | 67 | 4,48 (0,97) | 59 | 12,48 | 0,001 * |
| 8. Incapacidade de sentir | 4,06 (1,26) | 69 | 3,98 (1,28) | 60 | 0,02 | 0,888 |
| 9. Pensamentos pessimistas | 2,93 (1,50) | 69 | 3,65 (1,10) | 60 | 5,63 | 0,019 * |
| 10. Pensamentos suicidas | 3,59 (1,50) | 70 | 2,95 (1,93) | 57 | 1,67 | 0,198 |

MANOVA

n= número de indivíduos que tiveram alguma pontuação no item (resposta diferente de 0)

A tabela 10 mostra a comparação dos itens das duas amostras na Escala de Lentificação Depressiva controlada para idade e escolaridade. Não houve diferença significativa entre nenhum dos 14 itens que compõem a escala. Observa-se uma tendência dos pacientes brasileiros a terem uma maior lentificação especialmente dos itens motores da escala, embora esta diferença não fosse significativamente. A *Apreciação geral do retardo (15)*, que é um item de avaliação clínica global e que não compõe o escore total da escala (itens de 1 a 14), foi maior na amostra brasileira.

Tabela 10- Comparação do escore dos itens da Escala de Lentificação depressiva (ELD) entre as amostras brasileira e francesa, controlada para idade e escolaridade.

| | BRASIL | | FRANÇA | | F | Sig F |
|---|-------------|----|-------------|----|-------|----------|
| | média (dp) | n | média (dp) | n | | |
| 1. Passos e marcha | 2,13 (0,93) | 65 | 1,73 (1,78) | 46 | 3,30 | 0,072 |
| 2. Lentidão e escassez de movimentos (tronco e membros) | 2,29 (1,04) | 63 | 2,08 (1,14) | 51 | 0,24 | 0,627 |
| 3. Lentidão e escassez de movimentos (cabeça e pescoço) | 2,01 (0,92) | 64 | 1,92 (1,09) | 51 | 0,13 | 0,716 |
| 4. Linguagem e fluxo verbal | 1,49 (0,88) | 57 | 1,20 (0,99) | 42 | 2,95 | 0,089 |
| 5. Modulação da voz | 1,14 (0,75) | 56 | 1,05 (0,79) | 45 | 0,17 | 0,679 |
| 6. Respostas breves | 1,36 (0,93) | 55 | 1,37 (0,99) | 45 | 0,00 | 0,995 |
| 7. Variedade dos temas espontaneamente abordados | 2,54 (0,76) | 69 | 2,50 (0,83) | 57 | 1,43 | 0,235 |
| 8. Fluência idéica | 2,50 (0,78) | 68 | 2,42 (0,77) | 58 | 1,00 | 0,320 |
| 9. Experiência subjetiva de ruminação mental | 2,24 (0,71) | 70 | 2,48 (0,70) | 60 | 1,87 | 0,173 |
| 10. Fadigabilidade | 2,64 (1,26) | 61 | 3,00 (0,82) | 59 | 3,88 | 0,051 |
| 11. Interesse pelas atividades habituais | 2,81 (0,82) | 69 | 2,75 (1,31) | 59 | 0,00 | 0,958 |
| 12. Percepção do curso do tempo presente | 2,29 (1,31) | 57 | 2,35 (1,31) | 49 | 0,18 | 0,673 |
| 13. Memória | 1,51 (1,20) | 50 | 1,43 (1,01) | 51 | 0,00 | 0,980 |
| 14. Concentração | 2,31 (0,97) | 67 | 2,53 (0,70) | 59 | 3,87 | 0,051 |
| 15. Apreciação geral do retardo | 2,78 (0,90) | 70 | 2,13 (0,89) | 58 | 13,81 | 0,0001 * |

MANOVA

n= número de indivíduos que tiveram alguma pontuação no item (resposta diferente de 0)

A comparação do escore dos itens da Escala Complementar controlada para idade e escolaridade é apresentada na tabela 11. Os pacientes brasileiros tiveram um escore superior em cinco itens avaliados pela escala complementar em relação aos pacientes franceses: *Monotonia afetiva (1)*, *Idéias niilistas (21)*, *Presença de idéias delirantes e alucinações (25)*, *Auto-compaixão (34)* e *Desconfiança (38)*. Em nenhum item os pacientes franceses tiveram escores

superiores.

Tabela 11- Comparação do escore dos itens da Escala Complementar (EC) entre as amostras brasileira e francesa, controlados para idade e escolaridade.

| | BRASIL | | FRANÇA | | F | Sig F |
|--|-------------|----|-------------|----|------|---------|
| | média (dp) | n | média (dp) | n | | |
| 1. Monotonia afetiva | 2,64 (1,18) | 64 | 2,07 (0,97) | 53 | 4,54 | 0,035 * |
| 2. Labilidade | 0,17 (0,66) | 5 | 0,12 (0,45) | 4 | 0,41 | 0,526 |
| 3. Incontinência afetiva | 0,49 (0,83) | 19 | 0,18 (0,57) | 6 | 3,10 | 0,081 |
| 4. Obnubilação da consciência | 0,00 (0,00) | 0 | 0,02 (0,13) | 1 | 0,16 | 0,689 |
| 5. Sonolência | 0,01 (0,12) | 1 | 0,03 (0,26) | 1 | 0,01 | 0,935 |
| 6. Qualidade da depressão | 3,43 (1,08) | 67 | 3,65 (0,84) | 59 | 0,50 | 0,482 |
| 7. Hipersônia | 0,26 (0,81) | 7 | 0,58 (1,36) | 10 | 2,04 | 0,156 |
| 8. Bulimia | 0,36 (0,89) | 11 | 0,40 (1,01) | 9 | 1,72 | 0,192 |
| 9. Ganho de peso | 0,46 (1,18) | 11 | 0,30 (1,03) | 5 | 0,17 | 0,679 |
| 10. Preocupações macabras | 1,84 (1,39) | 48 | 1,47 (1,33) | 37 | 0,66 | 0,417 |
| 11. Alucinações acústico-verbais catatímicas | 0,27 (0,93) | 6 | 0,00 (0,00) | 0 | 2,64 | 0,106 |
| 12. Alucinações acústico-verbais não catatímicas | 0,21 (0,81) | 5 | 0,03 (0,26) | 1 | 0,44 | 0,510 |
| 13. Alucinações psíquicas | 0,30 (1,01) | 6 | 0,00 (0,00) | 0 | 1,72 | 0,193 |
| 14. Outras alucinações | 0,61 (1,24) | 15 | 0,15 (0,68) | 3 | 2,77 | 0,099 |
| 15. Comportamento alucinatório | 0,03 (0,24) | 1 | 0,00 (0,00) | 0 | 0,02 | 0,900 |
| 16. Idéias de catástrofe | 0,53 (1,06) | 16 | 0,50 (1,02) | 13 | 0,00 | 0,960 |
| 17. Idéias pejorativas concernentes à aparência física | 0,80 (1,22) | 24 | 0,70 (1,06) | 19 | 0,00 | 0,948 |
| 18. Idéias de referência | 0,46 (1,00) | 13 | 0,35 (0,90) | 9 | 0,04 | 0,836 |
| 19. Idéias de perseguição | 0,64 (1,16) | 19 | 0,33 (0,82) | 9 | 1,93 | 0,167 |
| 20. Idéias de prejuízo | 0,36 (0,96) | 10 | 0,15 (0,58) | 4 | 2,25 | 0,137 |
| 21. Idéias nihilistas | 2,03 (1,26) | 56 | 1,37 (1,23) | 36 | 6,13 | 0,015 * |
| 22. Idéias de ciúme | 0,23 (0,73) | 7 | 0,10 (0,44) | 3 | 0,36 | 0,547 |
| 23. Outras idéias anormais | 0,13 (0,68) | 3 | 0,00 (0,00) | 0 | 0,58 | 0,447 |

Tabela 11 (cont.) - Comparação do escore dos itens da Escala Complementar (EC) entre as amostras brasileira e francesa, controlados para idade e escolaridade.

| | BRASIL | | FRANÇA | | F | Sig F |
|--|-------------|----|-------------|----|-------|----------|
| | média (dp) | n | média (dp) | n | | |
| 24. Passagem ao ato delirante | 0,04 (0,36) | 1 | 0,07 (0,52) | 1 | 0,69 | 0,408 |
| 25. Presença de idéias delirantes ou alucinações | 1,51 (1,38) | 40 | 0,13 (0,72) | 2 | 22,33 | 0,0001 * |
| 26. Desrealização | 0,96 (1,38) | 25 | 0,32 (0,79) | 9 | 3,81 | 0,053 |
| 27. Despersonalização | 1,17 (1,38) | 33 | 1,25 (1,16) | 34 | 0,01 | 0,927 |
| 28. Sintomas obsessivos | 0,56 (1,16) | 14 | 0,32 (0,89) | 8 | 1,13 | 0,290 |
| 29. Perda da sensibilidade ou do movimento | 0,10 (0,54) | 3 | 0,03 (0,26) | 1 | 1,01 | 0,317 |
| 30. Atitude passivo-dependente | 0,06 (0,34) | 2 | 0,03 (0,26) | 1 | 0,06 | 0,807 |
| 31. Atitude manipuladora | 0,09 (0,44) | 3 | 0,08 (0,38) | 3 | 0,38 | 0,540 |
| 32. Atitude dominadora | 0,03 (0,24) | 1 | 0,05 (0,29) | 2 | 0,12 | 0,728 |
| 33. Atitude histriônica | 0,21 (0,56) | 10 | 0,22 (0,67) | 7 | 0,06 | 0,803 |
| 34. Auto-compaixão | 0,99 (1,12) | 32 | 0,75 (1,07) | 21 | 4,01 | 0,047 * |
| 35. Atribuição da responsabilidade aos outros | 0,10 (0,39) | 5 | 0,03 (0,26) | 1 | 0,62 | 0,433 |
| 36. Impulsividade | 0,20 (0,63) | 7 | 0,13 (0,60) | 4 | 0,50 | 0,483 |
| 37. Hostilidade e agressividade | 0,29 (0,68) | 12 | 0,08 (0,38) | 3 | 3,17 | 0,077 |
| 38. Desconfiança | 0,83 (1,08) | 29 | 0,37 (0,92) | 9 | 5,63 | 0,019 * |
| 39. Uso abusivo de álcool no episódio atual | 0,11 (0,55) | 4 | 0,07 (0,25) | 4 | 0,00 | 0,948 |
| 40. Uso abusivo de drogas no episódio atual | 0,19 (0,55) | 8 | 0,18 (0,72) | 4 | 0,19 | 0,660 |
| 41. Apresentação geral | 1,60 (1,08) | 51 | 1,60 (1,25) | 42 | 0,53 | 0,468 |
| 42. Apresentação do vestuário (modo de vestir) | 0,27 (0,68) | 10 | 0,63 (0,90) | 23 | 3,47 | 0,065 |
| 43. Biotipo pícnico | 0,86 (1,13) | 30 | 0,58 (0,96) | 18 | 0,17 | 0,683 |
| 44. Não cooperação com o tratamento | 0,04 (0,20) | 3 | 0,12 (0,52) | 3 | 0,80 | 0,379 |
| 45. Reticência | 0,10 (0,39) | 5 | 0,23 (0,77) | 6 | 0,13 | 0,714 |
| 46. Capacidade de dar-se conta do seu estado | 0,10 (0,46) | 4 | 0,07 (0,36) | 2 | 0,12 | 0,746 |

MANOVA

n= número de indivíduos que tiveram alguma pontuação no item (resposta diferente de 0).

4.3- DIAGNÓSTICO

O perfil diagnóstico utilizando o Instrumento *CIDI* das duas amostras estudadas é mostrado nas tabelas 12 até 24. São apresentados os diagnósticos de transtornos de humor das duas amostras segundo o DSM III-R e CID-10, bem como os diagnósticos de comorbidade atual.

Nas tabelas 12 e 13, está representada a distribuição segundo o DSM III-R do diagnóstico da síndrome depressiva apresentada em cada uma das amostras. Na tabela 14, é mostrada a comparação da distribuição dos diagnósticos nas amostras brasileira e francesa através do teste do qui ².

Os diagnósticos de transtornos de humor, com os critérios DSM III-R distribuem-se de forma semelhante nas duas amostras, com exceção dos subtipos que incluem a presença de sintomas psicóticos. Houve uma maior presença de sintomas psicóticos nos episódios isolados no Brasil. Nesta mesma direção, foi o achado de que houve mais "ausência de sintomas psicóticos" nas depressões recorrentes na França.

Em ambas as amostras, a entrevista *CIDI* não diagnosticou transtorno de humor segundo o DSM III-R num grupo de pacientes, embora estes pacientes fossem portadores de uma síndrome depressiva suficientemente grave para que merecesse uma internação psiquiátrica.

Tabela 12- Diagnóstico da amostra BRASILEIRA segundo DSM III-R através da entrevista CIDI

| | | |
|---|---|-----------|
| <i>Depressão maior</i> | | |
| 296.22 | Episódio isolado, moderado | 4 (6%) |
| 296.23 | Episódio isolado severo sem características psicóticas | 12 (17%) |
| 296.24 | Episódio isolado, severo com características psicóticas | 9 (13%) |
| 296.30- | Recorrente não-especificado | 1 (1%) |
| 296.32 | Recorrente, moderado | 4 (6%) |
| 296.33 | Recorrente, severo, sem características psicóticas | 14 (20%) |
| 296.34 | Recorrente, severo, com características psicóticas | 16 (22%) |
| | <i>Total</i> | 50 |
| <i>Transtorno bipolar (episódio depressivo)</i> | | |
| 296.53 | Depressivo, severo sem características psicóticas | 1(1%) |
| | <i>Total</i> | 1 |
| <i>Sem diagnóstico de transtorno do humor</i> | | 9(13%) |
| <i>TOTAL</i> | | 70 (100%) |

Tabela 13- Diagnóstico da amostra FRANCESA segundo DSM III-R através da entrevista CIDI

| | | |
|---|---|-----------|
| <i>Depressão maior</i> | | |
| 296.22 | Episódio isolado, moderado | 3 (5%) |
| 296.23 | Episódio isolado, severo sem características psicóticas | 10 (17%) |
| 296.32 | Recorrente, moderado | 5 (8%) |
| 296.33 | Recorrente, severo, sem características psicóticas | 25 (42%) |
| 296.34 | Recorrente, severo, com características psicóticas | 8 (13%) |
| <i>Total</i> | | 51 (85%) |
| <i>Transtorno bipolar (episódio depressivo)</i> | | |
| 296.52 | Depressivo moderado | 1 (1%) |
| 296.53 | Depressivo, severo sem características psicóticas | 4 (7%) |
| <i>Total</i> | | 5 (8%) |
| <i>Sem diagnóstico de transtorno do humor</i> | | 4 (7%) |
| TOTAL | | 60 (100%) |

Tabela 14- Comparação entre os diagnósticos (DSM III-R) de transtornos de humor com a entrevista CIDI (FRANÇA x BRASIL)

| | | BRASIL | FRANÇA | Qui ² | p |
|------------------------------------|--------------------------------------|--------|--------|------------------|---------|
| Depressão Maior | | 60 | 51 | 0,04 | 0,91 |
| 291.22 | Episódio isolado moderado | 4 | 3 | 0,044 | 0,83 |
| 296.23 | Episódio isolado sev sem sint psicót | 12 | 10 | 0,005 | 0,94 |
| 296.24 | Episódio isolado sev com sint psicót | 9 | 0 | 8,3 | 0,004 * |
| 296.30 | Recorrente não-especificado | 1 | 0 | 0,006 | 0,94 |
| 296.32 | Recorrente, moderado | 4 | 5 | 0,34 | 0,56 |
| 296.33 | Recor severo sem sint psicótico | 14 | 25 | 7,2 | 0,007 * |
| 296.34 | Recor severo com sint psicótico | 16 | 8 | 1,9 | 0,16 |
| Transtorno bipolar | | 1 | 5 | 2,1 | 0,15 |
| 296.52 | Depressivo moderado | 0 | 1 | 0,006 | 0,94 |
| 296.53 | Depressivo sev sem sint psicótico | 1 | 4 | 1,2 | 0,27 |
| Sem diagnóstico t. de humor | | 9 | 4 | 1,4 | 0,24 |

* p < 0,05

Nas tabelas 15 e 16, está representada a distribuição segundo a CID-10 do diagnóstico da síndrome depressiva apresentada em cada uma das amostras. Na tabela 17, é mostrada a comparação da distribuição dos diagnósticos nas amostras brasileira e francesa através do teste do qui ².

Utilizando os critérios da CID-10 através da entrevista CIDI, não se observa diferença estatisticamente significativa na distribuição diagnóstica de transtorno de humor entre as amostras brasileira e francesa.

Cabe salientar que os dois sistemas classificatórios apresentaram uma concordância apenas parcial na classificação dos casos. Isto ficou evidenciado, por exemplo, pela presença de diagnóstico esquizo-afetivo pelo CID 10 em pacientes classificados com transtorno de humor com sintomas psicóticos pelo DSM III-R.

Em ambas as amostras, a entrevista CIDI não diagnosticou transtorno de humor segundo os critérios da CID-10 num grupo de pacientes, embora estes pacientes fossem portadores de uma síndrome depressiva suficientemente grave para que merecesse uma internação psiquiátrica.

Tabela 15- Diagnóstico da amostra brasileira, segundo CID-10, através da entrevista CIDI

| | | |
|---|---|------------------|
| <i>F32- Episódios depressivos</i> | | |
| F32.00 | Episódio leve, sem sintomas somáticos. | 2 (3%) |
| F32.10 | Episódio moderado, sem sintomas somáticos | 4 (6%) |
| F32.11 | Episódio moderado, com sintomas somáticos | 1 (1%) |
| F32.20 | Episódio severo sem sintomas psicóticos | 14 (20%) |
| F32.30 | Episódio severo com sintomas psicóticos | 6 (9%) |
| <i>Total</i> | | <i>27 (39%)</i> |
| <i>F33- Transtorno depressivo recorrente</i> | | |
| F33.00 | Episódio atual leve sem sintomas somáticos | 1 (1%) |
| F33.10 | Episódio atual moderado sem sintomas somáticos | 7 (10%) |
| F33.20 | Episódio atual severo sem sintomas psicóticos | 16 (24%) |
| F33.30 | Episódio atual severo com sintomas psicóticos | 4 (6%) |
| <i>Total</i> | | <i>28 (40%)</i> |
| <i>F31- Transtorno afetivo bipolar</i> | | |
| F31.40 | Episódio atual de depressão severa, sem sintomas psicóticos | 2 (3%) |
| F31.50 | Episódio atual de depressão severa, com sintomas psicóticos | 1 (1,5%) |
| F31.60 | Episódio atual misto | 1 (1,5%) |
| <i>Total</i> | | <i>4 (6%)</i> |
| <i>F34- Transtornos de humor persistentes</i> | | |
| F34 | Distimia | 1 (1%) |
| <i>Total</i> | | <i>1 (1%)</i> |
| <i>F25- Transtornos esquizo-afetivos</i> | | |
| F25.10 | Tipo depressivo | 2 (3%) |
| F25.20 | Tipo misto | 1 (1%) |
| <i>Total</i> | | <i>3 (4%)</i> |
| <i>Sem diagnóstico de transtorno de humor</i> | | <i>7 (10%)</i> |
| TOTAL | | 70 (100%) |

Tabela 16- Diagnóstico da amostra francesa, segundo CID-10, através da entrevista CIDI

| | | | |
|---|---|--|-----------|
| <i>F32- Episódios depressivos</i> | | | |
| F32.10 | Episódio moderado, sem sintomas somáticos | | 2 (3%) |
| F32.11 | Episódio moderado, com sintomas somáticos | | 1 (2%) |
| F32.20 | Episódio severo sem sintomas psicóticos | | 17 (28%) |
| F32.30 | Episódio severo com sintomas psicóticos | | 2 (3%) |
| | <i>Total</i> | | 22 (36%) |
| <i>F33- Transtorno depressivo recorrente</i> | | | |
| F33.00 | Episódio atual leve sem sintomas somáticos | | 2 (3%) |
| F33.10 | Episódio atual moderado sem sintomas somáticos | | 5 (8%) |
| F33.11 | Episódio atual moderado com sintomas somáticos | | 3 (5%) |
| F33.20 | Episódio atual severo sem sintomas psicóticos | | 17 (29%) |
| F33.30 | Episódio atual severo com sintomas psicóticos | | 1 (2%) |
| | <i>Total</i> | | 28 (47%) |
| <i>F31- Transtorno afetivo bipolar</i> | | | |
| F31.30 | Episódio atual de depressão leve ou moderado sem sintomas somáticos | | 1 (2%) |
| F31.40 | Episódio atual de depressão severa, sem sintomas psicóticos | | 3 (5%) |
| F31.8 | Episódio atual de depressão severa, com sintomas psicóticos | | 1 (2%) |
| | <i>Total</i> | | 5 (9%) |
| <i>F25- Transtorno esquizo-afetivo</i> | | | |
| F25.1 | Tipo depressivo | | 2 (3%) |
| | <i>Total</i> | | 2 (3%) |
| <i>Sem diagnóstico de transtorno de humor</i> | | | 3 (5%) |
| <i>TOTAL</i> | | | 60 (100%) |

Tabela 17- Comparação entre os diagnósticos (CID-10) de transtornos de humor com a entrevista CIDI (FRANÇA x BRASIL)

| | | BRASIL | FRANÇA | X ² | p |
|-------------|---|--------|--------|----------------|------|
| F.32 | Episódio Depressivo | 27 | 22 | 0,05 | 0,82 |
| F32.00 | Episódio leve sem sint somáticos | 2 | 0 | 0,36 | 0,54 |
| F32.10 | Episódio moderado sem sint som | 4 | 2 | 0,05 | 0,82 |
| F32.11 | Episódio moderado com sint som | 1 | 1 | 0,36 | 0,54 |
| F32.20 | Episódio severo sem sint psicóticos | 14 | 17 | 1,23 | 0,27 |
| F32.30 | Episódio severo com sint psicóticos | 6 | 2 | 0,76 | 0,38 |
| F.33 | Transtorno depressivo recorrente | 28 | 28 | 0,36 | 0,55 |
| F33.00 | Depressão leve sem sint somáticos | 1 | 2 | 0,02 | 0,89 |
| F33.10 | Depressão moderada sem sint som | 7 | 5 | 0,1 | 0,74 |
| F33.11 | Depressão moderada com sint som | 0 | 3 | 1,7 | 0,19 |
| F33.20 | Depressão severa sem sint psicótic | 16 | 17 | 0,27 | 0,5 |
| F33.30 | Depressão severa com sint psicótic | 4 | 1 | 0,55 | 0,45 |
| F31 | Transtorno afetivo bipolar | 4 | 5 | 0,34 | 0,56 |
| F31.30 | Depressão leve/moderada sem sint som | 0 | 1 | 0,006 | 0,94 |
| F31.40 | Depressão severa sem sint psicótic | 2 | 3 | 0,03 | 0,86 |
| F31.50 | Depressão severa com sint psicótic | 1 | 0 | 0,006 | 0,94 |
| F31.60 | Depressão mista | 1 | 0 | 0,006 | 0,94 |
| F31.80 | Depressão severa com sint psicótic | 0 | 1 | 0,006 | 0,94 |
| F25 | Transtorno Esquizo-afetivo | 3 | 2 | 0,03 | 0,86 |
| F25.10 | Tipo depressivo | 2 | 2 | 0,12 | 0,72 |
| F25.11 | Tipo misto | 1 | 0 | 0,006 | 0,94 |
| | Sem diagnóstico de Transtorno do humor | 7 | 3 | 0,2 | 0,65 |

Quando a amostra brasileira e francesa são divididas em casos de "depressão pura" e naqueles que apresentam um outro diagnóstico associado à presença de um transtorno de humor (comorbidade), observa-se que não houve diferença significativa entre as duas amostras (tabela 18).

Tabela 18- Número de pacientes com "Depressão Pura" e "Depressão com Comorbidade", segundo o DSM III-R e CID 10

| | "Depressão Pura" | | Depressão + Comorbidade | | qui ² | p |
|-----------|------------------|----------|-------------------------|----------|------------------|-----|
| | BRASIL | FRANÇA | BRASIL | FRANÇA | | |
| DSM III-R | 25 (36%) | 30 (50%) | 45 (64%) | 30 (50%) | 2,7 | 0,1 |
| CID-10 | 31 (44%) | 25 (42%) | 39 (56 %) | 35 (58%) | 0,2 | 0,6 |

Na tabela 19, são apresentados os resultados referentes ao exame do efeito da presença de comorbidade associado ao diagnóstico de transtorno de humor sobre a distribuição em relação ao sexo.

A proporção mulheres/homens variou quando se consideraram "todas as depressões", "depressão pura" e "depressão + comorbidade". Na amostra brasileira, a presença de comorbidade aumentou a diferença na proporção mulheres/homens nas duas classificações.

Já na amostra francesa, observa-se um comportamento oposto quando se analisa o sistema DSM III-R e o CID-10. No sistema DSM III-R, a presença de comorbidade aumenta a diferença entre homens e mulheres como na amostra brasileira. Quando se considera o CID-10, observou-se, ao contrário, que a presença de comorbidade diminuiu a relação mulheres/homens.

Tabela 19- Relação de mulheres/homens em "depressão pura" e "depressão + comorbidade", segundo os critérios DSM III-R e CID-10

| | BRASIL | | FRANÇA | |
|---|-----------|------------|------------|------------|
| | DSM III-R | CID-10 | DSM III-R | CID-10 |
| Todas as depressões | 3,4 M: 1H | 3,4 M: 1H | 3,3 M: 1H | 3,3 M: 1 H |
| "Depressão pura " | 1,5 M: 1H | 1,6 M: 1 H | 2,3 M: 1 H | 4,0 M: 1 H |
| "Depressão + comorbidade" | 6,5 M: 1H | 8,8 M: 1 H | 5,0 M: 1 H | 2,9 M: 1 H |
| "Depressão + comorbidade" (sem dependência a ansiolíticos e tabaco) | 6,7 M: 1H | 5,2 M: 1 H | 5,0 M: 1 H | 4,0 M: 1 H |
| "Depressão + comorbidade" (sem transt. de ansiedade) | ----- | 6,0 M: 1H | 4,0 M: 1 H | 1,2 M: 1 H |

Nas tabelas 20 a 22, são apresentados os diagnósticos de comorbidade atual com a síndrome depressiva apresentada em ambas as amostras. Na tabela 22, é mostrada a comparação da frequência de distribuição dos diagnósticos de comorbidade nas amostras brasileira e francesa através do teste do qui ².

Com os critérios DSM III-R, os pacientes brasileiros apresentam um maior número de comorbidade com transtornos de ansiedade em relação aos pacientes franceses. Já os pacientes franceses apresentam uma maior dependência a hipnóticos e ansiolíticos (tabela 22).

Tabela 20- Comorbidade diagnóstica (DSM III-R) dos transtornos de humor através da entrevista CIDI (BRASIL)

| | | |
|-----------------------|---------------------------------------|-------------|
| 300.40 | Distímia | 21 (30 %) * |
| 300.29 | Fobia simples | 20 (29%) |
| 300.23 | Fobia social | 13 (19%) |
| 300.22 | Agorafobia | 13 (19%) |
| 300.21 | Transtorno de pânico com agorafobia | 9 (13%) |
| 300.30 | Transtorno obsessivo-compulsivo | 5 (7%) |
| 300.01 | Transtorno de pânico sem agorafobia | 4 (6%) |
| 307.80 | Transtorno somatoforme doloroso | 4 (6%) |
| 300.02 | Ansiedade generalizada | 3 (4%) |
| 304.10 | Dependência a hipnóticos/ansiolíticos | 3 (4%) |
| 307.51 | Bulimia | 2 (3%) |
| 305.10 | Dependência de nicotina | 1 (1%) |
| Total de diagnósticos | | 98 ** |
| Total de pacientes | | 70 |

* % sobre 70 pacientes.

** Mais que um diagnóstico por paciente.

Tabela 21- Comorbidade diagnóstica (DSM III-R) dos transtornos de humor através da entrevista CIDI (FRANÇA)

| | | |
|-----------------------|--|------------|
| 300.40 | Distimia | 10 (17%) * |
| 304.10 | Dependência de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos | 9 (15%) |
| 300.29 | Fobia simples | 8 (13%) |
| 300.23 | Fobia social | 8 (13%) |
| 300.01 | Transtorno de pânico sem agorafobia | 6 (10%) |
| 300.02 | Ansiedade generalizada | 6 (10%) |
| 300.21 | Transtorno de pânico com agorafobia | 4 (7%) |
| 305.10 | Dependência de nicotina | 3 (5%) |
| 300.22 | Agorafobia | 2 (3%) |
| 300.30 | Transtorno obsessivo-compulsivo | 2 (3%) |
| 307.51 | Bulimia | 2 (3%) |
| 300.81 | Transtorno de somatização | 2 (3%) |
| Total de diagnósticos | | 62 ** |
| Total de pacientes | | 60 |

* % sobre 60 pacientes.

** Um paciente pode ter mais que um diagnóstico.

Tabela 22- Comparação do número de diagnósticos de comorbidade (DSM-III-R) com a entrevista CIDI (FRANÇA x BRASIL)

| | BRASIL | FRANÇA | X ² | p |
|--|------------|------------|----------------|--------|
| Transtornos de ansiedade | 32 (46%) | 16 (27%) | 5,0 | 0,03 * |
| Distimia | 21 (30%) | 10 (17%) | 3,2 | 0,08 |
| Dependência de hipnóticos/ansiolíticos | 3 (4%) | 9 (15%) | 4,4 | 0,04 * |
| Dependência de nicotina | 1 (1%) | 3 (5%) | 0,4 | 0,51 |
| Bulimia | 3 (4%) | 2 (3%) | 0,08 | 0,86 |
| Transtornos somatoformes | 4 (6%) | 2 (3%) | 0,02 | 0,82 |
| TOTAL DE DIAGNÓSTICOS | 65* | 42* | | |

* Um paciente pode apresentar comorbidade em mais de um grupo.

Nas tabelas 23 a 25, são apresentados os diagnósticos de comorbidade atual com a síndrome depressiva apresentada em ambas as amostras, utilizando os critérios da CID-10. Na tabela 25 é mostrado a comparação da frequência de distribuição dos diagnósticos de comorbidade na amostra brasileira e francesa através do teste do qui ².

Utilizando os critérios do CID-10, os pacientes franceses apresentam um maior número de casos com dependência a hipnóticos e sedativos do que os brasileiros. Os demais grupos diagnósticos não apresentaram diferença significativa (tabela 25).

Tabela 23- Comorbidade diagnóstica (CID-10) dos transtornos de humor através da entrevista CIDI (BRASIL)

| | | |
|-----------------------|---|-------------|
| F40.2 | Fobia específica (isolada) | 21 (30 %) * |
| F40.1 | Fobia social. | 10 (14 %) |
| F17.20 | Dependência de tabaco (atualmente abstinente) | 8 (11%) |
| F41.11 | Ansiedade generalizada | 7 (10%) |
| F40.00 | Agorafobia sem transtorno de pânico | 7 (10%) |
| F13.20 | Dependência de sedativos/hipnóticos (atualmente abstinente) | 4 (6%) |
| F50.10 | Anorexia nervosa atípica | 3 (4%) |
| F42.0 | Transtorno obsessivo-compulsivo com idéias obsessivas em 1º plano | 2 (3%) |
| F44.4 | Transtorno motor dissociativo | 2 (3%) |
| F44.5 | Convulsões dissociativas | 2 (3%) |
| F44.6 | Anestesia dissociativa e perdas sensoriais | 1 (1%) |
| F45.4 | Síndrome dolorosa somatoforme persistente | 1 (1%) |
| F44.0 | Amnésia dissociativa | 1 (1%) |
| F13.10 | Utilização nociva para a saúde de sedativos/hipnóticos | 1 (1%) |
| Total de diagnósticos | | 70 ** |
| Total de pacientes | | 70 |

* % sobre 70 pacientes.

** Mais que um diagnóstico por paciente

Tabela 24- Comorbidade diagnóstica (CID-10) dos transtornos de humor através da entrevista CIDI (FRANÇA)

| | | |
|-----------------------|---|------------|
| F13.20 | Dependência de sedativos/hipnóticos | 14 (23%) * |
| F17.20 | Dependência de tabaco | 13 (22%) |
| F40.2 | Fobia específica (isolada) | 8 (13 %) |
| F40.1 | Fobia social | 7 (12 %) |
| F41.1 | Ansiedade generalizada | 7 (12%) |
| F41.80 | Outros transtornos ansiosos específicos | 6 (10%) |
| F42.0 | Transtorno obsessivo-compulsivo com idéias obsessivas em 1º plano | 2 (3%) |
| F40.0 | Agorafobia sem transtorno de pânico | 1 (2%) |
| F41.0 | Transtorno de pânico | 1 (2%) |
| F50.10 | Anorexia nervosa atípica | 1 (2%) |
| Total de diagnósticos | | 60** |
| Total de pacientes | | 60 |

* % sobre 60 pacientes.

** Um paciente pode ter mais que um diagnóstico.

Tabela 25- Comparação do número de diagnósticos de comorbidade (CID-10) com a entrevista CIDI (FRANÇA x BRASIL)

| | BRASIL | FRANÇA | Qui ² | p |
|---|----------|----------|------------------|---------|
| F40. Transtornos de ansiedade fóbica | 27 (39%) | 14 (23%) | 3,5 | 0,06 |
| F41. Outros transtornos de ansiedade | 7(10%) | 12 (20%) | 2,6 | 0,11 |
| F42. Transtorno obsessivo-compulsivo | 2 (3%) | 2 (3%) | 0,12 | 0,72 |
| F44. Transtorno dissociativo | 2 (3%) | 0 (0%) | 0,36 | 0,54 |
| F45. Transtorno somatoforme | 1 (1%) | 0 (0%) | 0,01 | 0,94 |
| F13.20. Síndrome de dependência de sedativos/hipnóticos | 5 (7%) | 14 (23%) | 6,8 | 0,009 * |
| F17.20. Síndrome de dependência de tabaco | 8 (11%) | 13 (21%) | 2,5 | 0,11 |
| F50. Transtornos alimentares | 3 (4%) | 1 (2%) | 0,12 | 0,72 |
| TOTAL DE DIAGNÓSTICOS | 55 | 56 | | |

* Um doente pode apresentar comorbidade em mais de um grupo.

4.4- ANÁLISE DE COMPONENTES PRINCIPAIS DAS DIFERENTES ESCALAS

Na análise de Componentes Principais das quatro escalas, serão apresentados os resultados através de dois métodos da escolha do número de fatores: o método de Kaiser (autovalor > 1) e o método de simulação, descrito anteriormente.

4.4.1- Escala de Hamilton para depressão -17 itens (HDRS-17).

As tabelas 26 a 32 referem-se à Análise de Componentes Principais da Escala de Hamilton.

Na tabela 26, fica evidenciado que treze dos 17 itens da HDRS-17 apresentam coeficiente de saturação superior a 0,3 em relação ao Fator 1 sem rotação ("*fator geral*") nas amostras brasileira e francesa. Os itens *suicídio (2)*, *sintomas genitais (14)* e *insight (17)* mostram níveis de correlação inferiores nas duas amostras. Já o item *agitação (9)* apresentou coeficiente de saturação baixo apenas na amostra brasileira, e *hipocondria (15)*, na francesa.

Tabela 26- Fator 1 (sem rotação) das amostras brasileira e francesa da Análise de Componentes Principais da Escala de Hamilton para depressão HDRS-17

| | BRASIL (21 % da variância) | FRANÇA (25% da variância) |
|---|-------------------------------|------------------------------|
| 1. Humor depressivo | 0,58 * | 0,71 * |
| 2. Sentimentos de culpa | 0,39 * | 0,33 * |
| 3. Suicídio | 0,02 | 0,20 |
| 4. Insônia precoce | 0,50 * | 0,53 * |
| 5. Insônia do meio da noite | 0,68 * | 0,62 * |
| 6. Insônia tardia | 0,53 * | 0,53 * |
| 7. Trabalho e atividades | 0,65 * | 0,53 * |
| 8. Retardo | 0,42 * | 0,69 * |
| 9. Agitação | 0,27 | 0,54 * |
| 10. Ansiedade psíquica | 0,54 * | 0,60 * |
| 11. Ansiedade somática | 0,48 * | 0,57 * |
| 12. Sintomas somáticos gastro-intestinais | 0,55 * | 0,42 * |
| 13. Sintomas somáticos gerais | 0,47 * | 0,52 * |
| 14. Sintomas genitais | 0,27 | 0,25 |
| 15. Hipocondria | 0,35 * | 0,23 |
| 16. Perda de peso | 0,47 * | 0,52 * |
| 17. <i>Insight</i> | 0,05 | -0,11 |

* Coeficiente de saturação > 0,3

A Análise de Componentes Principais da HDRS-17, utilizando o método de Kaiser (*auto-valor* > 1) para a definição do número de fatores, reteve 6 fatores. O fator 1 ("Depressão") que explica 21% da variância total, é constituído por sintomas nucleares da depressão: *humor depressivo* (1), *retardo* (8), *trabalho e atividades* (7), *ansiedade psíquica* (10) e *sentimentos de culpa* (2). O fator 2 ("Insônia") explica 14% da variância e agrupa os três itens relativos à insônia: *insônia tardia* (6), *insônia precoce* (4) e *insônia do meio da noite* (5). O fator 3 ("Ansiedade Somática") é um fator que agrupa 3 sintomas: *sintomas somáticos gerais* (13),

hipocondria (15) e ansiedade somática (11), explicando 11% da variância total. Este é um fator de ansiedade exclusivamente somática. Os demais fatores apresentam pouco significado clínico.

Tabela 27- Análise de Componentes Principais da HDRS-17 na amostra brasileira, utilizando o método de KAISER (rotação VARIMAX)

| | 1 (21%) Depressão | 2 (14%) Insônia | 3 (11%) Ansiedade somática | 4 (9%) | 5 (7%) Somático gastro-int | 6 (6%) |
|--|-------------------------|-----------------------|-------------------------------------|-----------|-------------------------------------|-----------|
| 1. Humor depressivo | 0,87 * | | | | | |
| 8. Retardo | 0,81 * | | | | | |
| 7. Trabalho e atividades | 0,71 * | | 0,35 | | | - 0,35 |
| 10. Ansiedade psíquica | 0,57 * | | | 0,27 | | |
| 2. Sentimento de culpa | 0,53 * | | | | | 0,28 |
| 6. Insônia tardia | | 0,84 * | | | | |
| 4. Insônia precoce | | 0,81 * | | | | |
| 5. Insônia do meio da noite | | 0,79 * | | | 0,25 | |
| 13. Sintomas somáticos gerais | | | 0,75 * | | 0,27 | |
| 15. Hipocondria | | | 0,66 * | 0,47 | | |
| 11. Ansiedade somática | | | 0,64 * | | | 0,43 |
| 17. <i>Insight</i> | - 0,26 | | | 0,76 * | | |
| 9. Agitação | 0,28 | | | 0,68 * | | |
| 16. Perda de peso | | 0,27 | | | 0,81 * | |
| 12. Sintomas somáticos gastro-intestinais | | | 0,45 | | 0,70 * | |
| 14. Sintomas genitais | | | | | | 0,72 * |
| 3. Suicídio | | | | - 0,54 * | | 0,56 * |

* Coeficiente de saturação > 0,5

Os coeficientes de saturação < 0,25 foram omitidos.

A tabela 28 apresenta a Análise de Componentes Principais da escala de Hamilton, utilizando o método de simulação para escolha do número de fatores.

O método de simulação realiza uma Análise de Componentes Principais a partir de uma

matriz de números randomizados. Os *auto-valores* obtidos são comparados com os da amostra estudada para definir o limiar a partir do qual eles se distribuem acima dos obtidos por números ao acaso. O método de simulação manteve quatro fatores, sendo os três primeiros semelhantes na sua constituição aos obtidos através do método de Kaiser. O quarto fator apresentou significado clínico menor ao agrupar *insight* (17), *agitação* (9) e *suicídio* (3) (com *coeficiente de saturação negativo*).

Tabela 28- Análise de Componentes Principais da HDRS-17 na amostra brasileira utilizando o método de SIMULAÇÃO (rotação VARIMAX)

| | 1 (21%) Depressão | 2 (14%) Insônia | 3 (11%) Ansiedade Somática | 4 (9%) |
|-----------------------------------|-------------------------|-----------------------|-------------------------------------|-----------|
| 1. Humor depressivo | 0,87 * | | | |
| 8. Retardo | 0,81 * | | | |
| 7. Trabalho e atividades | 0,69 * | | | |
| 10. Ansiedade psíquica | 0,57 * | 0,26 | | |
| 2. Sentimento de culpa | 0,52 * | | | |
| 6. Insônia tardia | | 0,84 * | | |
| 5. Insônia do meio da noite | | 0,82 * | | |
| 4. Insônia precoce | | 0,79 * | | |
| 11. Ansiedade somática | | | 0,74 * | |
| 13. Sintomas somáticos gerais | | | 0,70 * | |
| 12. Sintomas somáticos gastro-int | | | 0,61 * | 0,34 |
| 15. Hipocondria | | | 0,53 * | 0,39 |
| 17. <i>Insight</i> | - 0,26 | | | 0,74 * |
| 9. Agitação | | | | 0,65 * |
| 3. Suicídio | | | 0,39 | - 0,64 * |
| 16. Perda de peso | | 0,44 | | |
| 14. Sintomas genitais | | | 0,37 | |

* coeficiente de saturação > 0,5

Os coeficientes de saturação < 0,25 foram omitidos.

Na tabela 29 estão apresentados os resultados da Análise de Componentes Principais na amostra francesa, utilizando o método de Kaiser. Com este método, foram retidos seis fatores. O fator 1 ("Depressão") agrupa sintomas do núcleo depressivo: *retardo (8)*, *humor depressivo (1)*, *trabalho e atividades (7)* e *sintomas somáticos gerais (13)*. O fator 2 ("Ansiedade") reúne itens de ansiedade somática e psíquica: *ansiedade psíquica (10)*, *hipocondria (15)*, *ansiedade somática (11)* e *agitação (9)*. O fator 3 (Insônia) agrupa os três itens referentes à insônia. Os demais fatores apresentam pouco significado clínico.

Tabela 29- Análise de Componentes Principais da HDRS-17 na amostra francesa, usando o método de KAISER (rotação VARIMAX)

| | 1 (21%) Depressão | 2 (14%) Ansiedade | 3 (11%) Insônia | 4 (9%) | 5 (7%) | 6 (6%) |
|--------------------------------------|-------------------------|-------------------------|-----------------------|-----------|-----------|-----------|
| 8. Retardo | 0,82 * | | | | | |
| 1. Humor depressivo | 0,82 * | | | | | |
| 7. Trabalho e atividades | 0,77 * | | 0,35 | | | -0,35 |
| 13. Sintomas somáticos gerais | 0,61 * | | | | 0,42 | |
| 10. Ansiedade psíquica | | 0,79 * | | | | |
| 15. Hipocondria | | 0,78 * | - 0,33 | | | |
| 11. Ansiedade somática | | 0,70 * | 0,25 | | | |
| 9. Agitação | | 0,64 * | | | | |
| 6. Insônia tardia | | | 0,78 * | | | |
| 4. Insônia precoce | | | 0,76 * | | | |
| 5. Insônia do meio da noite | | | 0,72 * | 0,26 | 0,26 | |
| 12. Sintomas somáticos gastro-intest | | | | 0,77 * | | |
| 16. Perda de peso | | 0,33 | | 0,65 * | | |
| 3. Suicídio | | | | 0,61 * | | 0,46 |
| 14. Sintomas genitais | | | 0,45 | | 0,84 * | |
| 2. Sentimento de culpa | 0,33 | | | | | 0,53 * |
| 17. <i>Insight</i> | | | | - 0,54 * | | 0,88 * |

* Coeficiente de saturação > 0,5

Os coeficientes de saturação < 0,25 foram omitidos.

A análise de Componentes Principais na amostra francesa utilizando o método de simulação é apresentada na tabela 30. O método de simulação reteve três fatores com estrutura semelhante à dos obtidos através do método de Kaiser. O item *sentimento de culpa* (2) foi agregado ao fator 1 ("Depressão") associado aos itens que já o compunham na solução com seis fatores. No fator 2 ("Ansiedade"), o item com características somáticas (*perda de peso*, 16) foi agregado aos demais itens obtidos através do método de Kaiser. O fator 3 ("Insônia") permaneceu com os mesmos itens. O método de simulação, ao selecionar três fatores, eliminou justamente os últimos três fatores mantidos pelo método de Kaiser e de menor significação clínica

Tabela 30- Análise de Componentes Principais da HDRS-17 na amostra francesa, usando o método de SIMULAÇÃO (rotação VARIMAX)

| | 1 (25%) Depressão | 2 (13%) Ansiedade | 3 (9%) Insônia |
|---|-------------------------|-------------------------|----------------------|
| 7. Trabalho e atividades | 0,76 * | | |
| 1. Humor depressivo | 0,75 * | | |
| 13. Sintomas somáticos gerais | 0,70 * | | |
| 8. Retardo | 0,70 * | | |
| 2. Sentimento de culpa | 0,56 * | | |
| 15. Hipocondria | | 0,75 * | - 0,35 |
| 10. Ansiedade psíquica | | 0,73 * | 0,25 |
| 11 Ansiedade somática | | 0,71 * | |
| 9. Agitação | | 0,69 * | |
| 16. Perda de peso | | 0,53 * | |
| 6. Insônia tardia | | | 0,75 * |
| 5. Insônia do meio da noite | | | 0,74 * |
| 4. Insônia precoce | | | 0,73 * |
| 3. Suicídio | 0,29 | | |
| 14. Sintomas genitais | 0,48 | | |
| 12. Sintomas somáticos gastro-intestinais | | 0,44 | |
| 17. <i>Insight</i> | | | |

* Coeficiente de saturação > 0,5

Os coeficientes de saturação < 0,25 foram omitidos.

Ao comparar a análise de Componentes Principais da HDRS-17 nas amostras brasileira e francesa, observa-se que os três primeiros fatores foram os de maior significado clínico e mantidos pelo método de simulação.

Em ambas as amostras, o fator 1 agrupou sintomas nucleares da depressão, embora, na amostra brasileira, a *ansiedade psíquica* (10) nele estivesse presente. O fator "Insônia" apareceu em ambas as amostras, embora, na amostra brasileira ele tenha sido o segundo fator em termos de importância para explicar a variância total e 3º na amostra francesa. O fator "Ansiedade" teve diferença mais importante entre as duas amostras. Na amostra brasileira, foi um fator de ansiedade somática. Já, na amostra francesa, balanceou itens somáticos e psíquicos.

Nas tabelas 31 e 32, são apresentadas as Análises de Componentes Principais da amostra brasileira com escolaridade alta (escolaridade acima de 8 anos). Observa-se que a estrutura fatorial desta subamostra assemelha-se mais com aquela obtida na amostra total brasileira do que na amostra total francesa. Isto pode sugerir que as diferenças observadas em relação à estrutura de componentes da amostra francesa ocorram muito mais pelas reais diferenças culturais, independentes da escolarização formal, do que pela diferença de níveis de escolaridade entre as amostras brasileira e francesa.

Tabela 31- Análise de Componentes Principais da HDRS-17 na amostra brasileira com escolaridade > 8 anos, utilizando o método de KAISER (rotação VARIMAX) (n = 42)

| | 1 (20%) Depressão | 2 (15%) Insônia | 3 (12) Sintomas Somáticos | 4 (9%) | 5 (8%) | 6 (7%) | 7 (6%) |
|---|-------------------------|-----------------------|------------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 8. Retardo | 0,88 * | | | | | | |
| 1. Humor depressivo | 0,84 * | | | | | | |
| 7. Trabalho e atividades | 0,70 * | | 0,38 | | | | - 0,25 |
| 6. Insônia tardia | | 0,84 * | | | | | |
| 5. Insônia do meio da noite | | 0,80 * | 0,27 | | | | |
| 4. Insônia precoce | | 0,77 * | | | | 0,41 | |
| 16. Perda de peso | | 0,52 * | 0,56 * | | | - 0,30 | |
| 12. Sintomas somáticos gastro-intestinais | | | 0,77 * | | | | |
| 13. Sintomas somáticos gerais | | | 0,76 * | | | | |
| 3. Suicídio | | | | 0,83 * | | | |
| 11. Ansiedade somática | | | | 0,61 * | | | 0,40 |
| 17. Insight | - 0,43 | | 0,32 | - 0,52 * | | | 0,41 |
| 9. Agitação | | | | | 0,80 * | | |
| 10. Ansiedade psíquica | | | | | 0,76 * | | |
| 2. Sentimentos de culpa | 0,39 | | | 0,46 | 0,53 * | | |
| 15. Hipocondria | | | 0,29 | | | 0,88 * | |
| 14. Sintomas genitais | | | | | | | 0,86 * |

* Coeficiente de saturação > 0,5
Os coeficientes de saturação < 0,25 foram omitidos.

Tabela 32- Análise de Componentes Principais da HDRS-17 na amostra brasileira com escolaridade > 8 utilizando o método de SIMULAÇÃO (rotação VARIMAX)

| | 1 (20%) Depressão | 2 (15%) Insônia | 3 (12%) Ansiedade somática | 4 (9%) |
|-----------------------------------|-------------------------|-----------------------|-------------------------------------|-----------|
| 1. Humor depressivo | 0,84 * | | | |
| 8. Retardo | 0,79 * | | | |
| 2. Sentimento de culpa | 0,64 * | | | |
| 7. Trabalho e atividades | 0,59 * | | 0,44 | |
| 10. Ansiedade psíquica | 0,58 * | | | |
| 6. Insônia tardia | | 0,84 * | | |
| 5. Insônia do meio da noite | | 0,82 * | | |
| 4. Insônia precoce | | 0,75 * | | |
| 16. Perda de peso | | 0,58 * | 0,26 | 0,30 |
| 13. Sintomas somáticos gerais | | | 0,74 * | |
| 12. Sintomas somáticos gastro-int | | | 0,74 * | |
| 11. Ansiedade somática | | | 0,66 * | - 0,34 |
| 15. Hipocondria | | | 0,64 * | |
| 17. <i>Insight</i> | - 0,35 | | | 0,72 * |
| 9. Agitação | 0,28 | | | 0,54 * |
| 3. Suicídio | | | | - 0,74 * |
| 14. Sintomas genitais | 0,33 | | | |

* coeficiente de saturação > 0,5

Os coeficientes de saturação < 0,25 foram omitidos.

4.4.2- Escala de Montgomery-Asberg para depressão (MADRS).

As tabelas 33 a 35 apresentam os resultados da Análise de Componentes Principais das amostras brasileira e francesa.

Na tabela 31, observa-se que o fator 1 sem rotação ("fator geral") é constituído por todos os itens em ambas as amostras que apresentam coeficiente de correlação superior a 0,3 , com exceção do item *pensamentos suicidas (10)* na amostra brasileira (coeficiente = 0,04). Este perfil sugere uma unidimensionalidade na escala. No entanto, a importância relativa de cada item na constituição do fator 1, medido através do valor do coeficiente de saturação, difere entre as duas amostras. Pode-se observar que apenas o item *tristeza relatada*, o maior coeficiente de saturação nas duas amostras, ocupa a mesma posição em ambas. Assim, o segundo item em importância na amostra brasileira é a *incapacidade de sentir (8)* e na amostra francesa é a *dificuldade de concentração (6)*.

Tabela 33-Fator 1 (sem rotação) das amostras brasileira e francesa da Análise de Componentes Principais da Escala de Montgomery-Asberg para depressão (MADRS)

| | BRASIL (42 % da variância) | FRANÇA (42 % da variância) |
|--------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 1. Tristeza aparente | 0,80 * | 0,70 * |
| 2. Tristeza relatada | 0,88 * | 0,86 * |
| 3. Tensão interior | 0,70 * | 0,47 * |
| 4. Alteração de sono | 0,38 * | 0,44 * |
| 5. Diminuição do apetite | 0,33 * | 0,54 * |
| 6. Dificuldade de concentração | 0,70 * | 0,78 * |
| 7. Inibição motora | 0,77 * | 0,77 * |
| 8. Incapacidade de sentir | 0,86 * | 0,76 * |
| 9. Pensamentos pessimistas | 0,45 * | 0,55 * |
| 10. Pensamentos suicidas | 0,04 | 0,36 * |

* Coeficiente de saturação > 0,3

A Análise de Componentes Principais da Escala de Montgomery-Asberg na amostra brasileira, utilizando o método de Kaiser, é mostrada na tabela 32.

Através do método de Kaiser, foram definidos três fatores. O fator 1 ("Depressão") reúne os itens nucleares da depressão (*tristeza relatada (1)*, *tristeza aparente (2)*, *incapacidade de sentir (8)*, *inibição motora (7)*), associados a um sintoma cognitivo, *dificuldade de concentração (6)*, e a ansiedade psíquica (*tensão interior (3)*). O fator 2 ("Funções neurovegetativas") agrupa os itens *diminuição do apetite (5)* e *alteração do sono (4)* que avaliam alterações de funções neurovegetativas potencialmente alteradas durante o episódio depressivo. O terceiro fator ("Desesperança") é um fator que agrupa os *pensamentos suicidas (10)* e *pensamentos pessimistas (9)* e é um item coerente com a idéia de que pensamento suicida esteja mais associado ao pessimismo do que ao "núcleo depressivo".

Tabela 34- Análise de Componentes Principais da MADRS na amostra brasileira, utilizando o método de KAISER (rotação VARIMAX)

| | 1 (42%) | 2 (13%) | 3 (11%) |
|--------------------------------|------------|------------|------------|
| 2. Tristeza relatada | 0,86 * | | |
| 1. Tristeza aparente | 0,85 * | | |
| 8. Incapacidade de sentir | 0,81 * | 0,333 | |
| 7. Inibição motora | 0,80 * | | |
| 6. Dificuldade de concentração | 0,68 * | | |
| 3. Tensão interior | 0,67 * | | |
| 5. Diminuição do apetite | | 0,81 * | |
| 4. Alteração do sono | | 0,72 * | 0,42 |
| 10. Pensamentos suicidas | | | 0,81 * |
| 9. Pensamentos pessimistas | 0,39 | | 0,51 * |

* coeficiente de saturação > 0,5

Os coeficientes de saturação < 0,25 foram omitidos.

**Análise de Componentes Principais da MADRS na amostra brasileira,
utilizando o método de SIMULAÇÃO (rotação VARIMAX)**

O método de simulação para a escolha do número de fatores a manter na Análise de Componentes Principais evidenciou que apenas o fator 1 deveria ser mantido. Isto é, em uma matriz gerada por números ao acaso com desvio padrão semelhante à amostra estudada, obtém-se *auto-valores (eigen values)* superiores aos obtidos na amostra brasileira. O método de simulação ao não evidenciar fatores na Escala de Montgomery-Asberg, sugere que se trata de uma escala unidimensional, o que é corroborado pela forte correlação da maioria dos itens com o fator 1 sem rotação (tabela 33).

Na tabela 35, está representada a Análise de Componentes Principais da escala de Montgomery-Asberg na amostra francesa, utilizando o método de Kaiser para a seleção de fatores. Os fatores mantidos através do método de Kaiser na amostra francesa foram semelhantes aos da amostra brasileira. Os coeficientes de saturação dos itens em relação aos respectivos fatores apresentaram, no entanto, uma variação.

O item *tensão interior (3)*, que avalia ansiedade psíquica não se manteve no fator 1 ("Depressão"), agregando-se aos sintomas neuro-vegetativos do fator 2. O comportamento do sintoma "ansiedade" (representado por *tensão interior (3)*) foi semelhante àquele observado na escala de Hamilton para depressão anteriormente descrito, e que fazia parte do fator 2 junto com os demais sintomas somáticos de ansiedade.

Tabela 35- Análise de Componentes Principais da MADRS na amostra francesa, utilizando o método de *KAISER* (rotação VARIMAX)

| | 1 (42%) | 2 (13%) | 3 (11%) |
|--------------------------------|------------|------------|------------|
| 8. Incapacidade de sentir | 0,89 * | | |
| 7. Inibição motora | 0,83 * | | |
| 6. Dificuldade de concentração | 0,74 * | 0,42 | |
| 2. Tristeza relatada | 0,69 * | 0,41 | 0,31 |
| 1. Tristeza aparente | 0,62 * | | 0,42 |
| 3. Tensão interior | | 0,78 * | |
| 5. Redução do apetite | 0,28 | 0,75 * | |
| 4. Alteração do sono | | 0,69 * | |
| 10. Pensamentos suicidas | | | 0,78 * |
| 9. Pensamentos pessimistas | 0,48 | | 0,57 * |

* coeficiente de saturação > 0,5

Os coeficientes de saturação < 0,25 foram omitidos

Análise de Componentes Principais da MADRS na amostra francesa, utilizando o método de *SIMULAÇÃO* (rotação VARIMAX)

Da mesma forma que na amostra brasileira, o método de simulação para a escolha do número de fatores a manter na Análise de Componentes Principais evidenciou que apenas o fator 1 deveria ser mantido. Este achado associado à boa correlação de todos os itens com o fator 1 sem rotação, na amostra francesa (tabela 33), reforça a idéia de unidimensionalidade da escala de Montgomery-Asberg.

4.4.3- Escala de lentificação depressiva (ELD)

Tabela 36- Fator 1 (sem rotação) das amostras brasileira e francesa da Análise de Componentes Principais da Escala de Lentificação Depressiva (ELD).

| | BRASIL (49 % da variância) | FRANÇA (52% da variância) |
|--|-------------------------------|------------------------------|
| 1. Passos e marcha | 0,79 * | 0,79 * |
| 2. Lentidão e escassez de movimentos (tronco e membros) | 0,84 * | 0,86 * |
| 3. Lentidão e escassez de movimentos (cabeça e pescoço) | 0,86 * | 0,86 * |
| 4. Linguagem e fluxo verbal | 0,74 * | 0,85 * |
| 5. Modulação da voz | 0,75 * | 0,85 * |
| 6. Respostas breves | 0,73 * | 0,81 * |
| 7. Variedade dos temas espontaneamente abordados | 0,71 * | 0,85 * |
| 8. Fluência idéica | 0,81 * | 0,80 * |
| 9. Experiência subjetiva de ruminação mental | 0,68 * | 0,72 * |
| 10. Fadigabilidade | 0,44 * | 0,48 * |
| 11. Interesse pelas atividades habituais | 0,72 * | 0,57 * |
| 12. Percepção do curso do tempo presente | 0,33 * | 0,54 * |
| 13. Memória | 0,52 * | 0,41 * |
| 14. Concentração | 0,69 * | 0,46 * |

* Coeficiente de saturação > 0,3

Todos os itens nas amostras brasileira e francesa apresentaram coeficientes de saturação superiores a 0,3, sugerindo a unidimensionalidade da escala.

Tabela 37- Análise de Componentes Principais da ELD na amostra brasileira utilizando o método de KAISER (rotação VARIMAX)

| | 1 (49%) | 2 (14%) | 3 (10%) |
|--|------------|------------|------------|
| 4. Linguagem | 0,89 * | | |
| 5. Modulação da voz | 0,86 * | | |
| 2. Lentidão e escassez de movimentos (tronco e membros) | 0,83 * | | |
| 6. Respostas breves | 0,79 * | | |
| 3. Lentidão e escassez de movimentos (cabeça e pescoço) | 0,79 * | | |
| 1. Marcha | 0,60 * | 0,47 | |
| 10. Fatigabilidade | | 0,83 * | |
| 13. Memória | | 0,79 * | |
| 11. Interesse | 0,28 | 0,71 * | |
| 14. Concentração | 0,27 | 0,67 * | |
| 7. Variedade dos temas espontaneamente abordados | 0,34 | | 0,86 * |
| 9. Experiência subjetiva de ruminação mental | | 0,3 | 0,82 * |
| 8. Fluência idéica | 0,47 | | 0,76 * |
| 12. Percepção do curso do tempo presente | | 0,45 | 0,34 |

* Coeficiente de saturação > 0,5

Os coeficientes de saturação < 0,25 foram omitidos.

A análise em componentes principais na amostra brasileira, utilizando o método de Kaiser para determinar o número de fatores a reter, evidenciou três fatores. O fator 1, que explica 49% da variância da amostra, reúne os itens motores (*lentidão e escassez de movimentos (tronco e membros)* (2), *lentidão e escassez de movimentos (cabeça e pescoço)* (3), *marcha* (1)) e de fala (*linguagem* (4), *modulação da voz* (5), *respostas breves* (6)). O fator 2 explica 14% da variância total e agrupa os itens de atividade mental (cognição) subjetiva: *fatigabilidade* (10), *memória* (13), *interesse* (11) e *concentração* (14). O fator 3, responsável por 10% da variância total, reagrupou três itens de atividade mental (cognição) objetiva: *variedade dos temas espontaneamente abordados* (7), *experiência subjetiva de ruminação mental* (9) e *fluência*

idéica (8).

Tabela 38- Análise de Componentes Principais da ELD na amostra brasileira, utilizando o método de SIMULAÇÃO (rotação VARIMAX)

| | 1 (49%) | 2 (14%) |
|---|------------|------------|
| 3. Lentidão e escassez de movimentos (cabeça e pescoço) | 0,88 * | |
| 5. Modulação da voz | 0,86 * | |
| 4. Linguagem | 0,83 * | |
| 6. Respostas breves | 0,83 * | |
| 2. Lentidão e escassez de movimentos (tronco e membros) | 0,80 * | 0,31 |
| 8. Fluência idéica | 0,73 * | 0,35 |
| 7. Variedade dos temas espontaneamente abordados | 0,66 * | 0,28 |
| 1. Marcha | 0,63 * | 0,47 |
| 10. Fatigabilidade | | 0,78 * |
| 11. Interesse | 0,37 | 0,76 * |
| 13. Memória | | 0,74 * |
| 14. Concentração | 0,35 | 0,73 * |
| 12. Percepção do curso do tempo presente | | 0,54 * |
| 9. Experiência subjetiva de ruminação mental | 0,48 | 0,51 * |

* coeficiente de saturação > 0,5

Os coeficientes de saturação < 0,25 foram omitidos

A Análise de Componentes Principais da amostra brasileira, utilizando o método de simulação, apresentou 2 fatores. O fator 1 agrupou três itens motores (*lentidão e escassez de movimentos (cabeça e pescoço) (3)*, *lentidão e escassez de movimentos (tronco e membros) (2)*, *marcha (1)*), três de fala (*modulação da voz (5)*, *linguagem (4)*, *respostas breves (6)*); dois itens de atividade mental (cognição) objetiva: *fluência idéica (8)* *variedade dos temas espontaneamente abordados (7)*. O fator 2 explica 14% da variância total e agrupa os seis itens de atividade mental (cognição) subjetiva: *fatigabilidade (10)*, *interesse (11)*, *memória (13)*, e *concentração (14)*, *percepção do curso do tempo presente (12)* e *experiência subjetiva de*

ruminação mental (9).

Foi calculado o escore médio para cada paciente da amostra brasileira para o fator 1 ("lentificação objetiva") e fator 2 ("lentificação subjetiva"). Em 50 dos 70 sujeitos, o fator 2 teve escore superior; em 18, o fator 1 teve escore superior e em 2 tiveram escores iguais. Estes resultados se mantiveram inalterados quando controlados para idade e escolaridade.

Tabela 39- Análise de Componentes Principais da ELD amostra francesa, utilizando o método de KAISER (rotação VARIMAX)

| | 1 (52%) | 2 (14%) |
|---|------------|------------|
| 6. Respostas breves | 0,88 * | |
| 4. Linguagem | 0,87 * | |
| 3. Lentidão e escassez de movimentos (cabeça e pescoço) | 0,86 * | 0,28 |
| 5. Modulação da voz | 0,86 * | |
| 2. Lentidão e escassez de movimentos (tronco e membros) | 0,83 * | 0,29 |
| 1. Marcha | 0,81 * | |
| 7. Variedade dos temas espontaneamente abordados | 0,63 * | 0,59 * |
| 12. Percepção do curso do tempo presente | 0,53 * | |
| 14. Concentração | | 0,80 * |
| 11. Interesse | | 0,78 * |
| 8. Fluência idéica | 0,57 * | 0,60 * |
| 9. Experiência subjetiva de ruminação mental | 0,49 | 0,58 * |
| 13. Memória | | 0,55 * |
| 10. Fatigabilidade | 0,26 | 0,48 |

* coeficiente de saturação > 0,5

Os coeficientes de saturação < 0,25 foram omitidos

O método de Kaiser na Análise de Componentes Principais da amostra francesa reteve dois fatores. O fator 1, que explica 52% da variância é um fator heterogêneo constituído por itens

que representam os diferentes tipos de sintomas avaliados pela escala. Assim, nele estão contidos três itens de fala: *respostas breves (6)*, *linguagem (4)*, *modulação da voz (5)*; quatro itens motores: *lentidão e escassez de movimentos (cabeça e pescoço) (3)*, *modulação da voz (5)*, *lentidão e escassez de movimentos (tronco e membros) (2)*, *marcha (1)*; um item de atividade mental (cognição) objetiva: *variedade dos temas espontaneamente abordados (7)* um item de atividade mental (cognição) subjetiva: *percepção do curso do tempo presente (12)*. Já o fator que explica 14% da variância total agrupa unicamente itens de atividade mental subjetiva: *concentração (14)*, *interesse (11)*, *fluência idéica (8)*, *experiência subjetiva de ruminação mental (9)*, *memória (13)* e *fatigabilidade (10)*.

Análise de Componentes Principais da ELD na amostra francesa, utilizando o método de SIMULAÇÃO (rotação VARIMAX)

O método de simulação para a escolha do número de fatores a manter na Análise de Componentes Principais evidenciou que apenas o fator 1 deveria ser mantido, reforçando a idéia da unidimensionalidade da escala.

4.4.4- Escala complementar da sintomatologia depressiva (EC)

Tabela 40- Análise de Componentes Principais da EC na amostra brasileira, utilizando o método de *KAISER* (rotação *VARIMAX*)

| | Nº de pacientes ** | 1 (17%)* Psicose | 2 (8%)* | 3 (7%)* Psicose | 4 (6%)* Psicose | 5 (6%)* Histrio nismo |
|--|--------------------------|------------------------|------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------------|
| 19. Idéias de perseguição | 9 | 0,81 * | | | 0,35 | |
| 20. Idéias de prejuízo | 10 | 0,81 * | | | | |
| 38. Desconfiança | 9 | 0,64 * | | 0,25 | | |
| 27. Despersonalização | 33 | 0,56 * | | 0,31 | | |
| 45. Reticência | 5 | | 0,81 * | | | |
| 29. Perda de movimentos | 3 | | 0,81 * | | | |
| 46. Capacidade de dar-se conta de seu estado | 4 | | 0,79 | | | |
| 21. Idéias nihilistas | 56 | | | 0,73 * | | |
| 25. Presença de idéias delirantes | 40 | | | 0,71 * | | |
| 1. Monotonia afetiva | 64 | | | 0,63 * | | |
| 16. Idéias de. catástrofe | 6 | | | | 0,77 * | |
| 10. Preocupações macabras | 48 | | | | 0,75 * | |
| 13. Alucinações psíquicas | 6 | | | | 0,69 * | |
| 36. Impulsividade | 7 | | | | | 0,76 * |
| 37. Hostilidade | 12 | | | | | 0,72 * |
| 31. Atitude manipuladora | 3 | | | | | 0,68 * |
| 33. Atitude histriônica | 10 | | | | | 0,52 * |

* Coeficiente de saturação > 0,5

Os coeficientes de saturação < 0,25 foram omitidos.

** Número de pacientes que pontuaram no item (resposta > 0)

Tabela 40- (cont.) Análise de Componentes Principais da EC na amostra brasileira, utilizando o método de KAISER (rotação VARIMAX)

| | Nº de pacientes ** | 6 (5%) Psicose | 7 (5%) Atípico | 8 (4%) | 9 (4%) | 10 (4%) |
|---------------------------------|--------------------------|----------------------|----------------------|-----------|-----------|------------|
| 12. Alucinações não-catatímicas | 5 | 0,79 * | | | | |
| 23. Outras idéias anormais | 3 | 0,70 * | | | | |
| 14. Outras alucinações | 15 | 0,61 * | | | | |
| 9. Ganho de peso | 11 | | 0,94 * | | | |
| 8. Bulimia | 11 | | 0,93 * | | | |
| 28. Sintomas obsessivos | 14 | | | 0,86 * | | |
| 22. Idéias de ciúme | 7 | | | 0,65 * | | |
| 42. Apresentação do vestuário | 10 | | | | 0,77 * | |
| 7. Hipersônia | 7 | | | | | 0,81 * |

* Coeficiente de saturação > 0,5

Os coeficientes de saturação < 0,25 foram omitidos.

** Número de pacientes que pontuaram no item (resposta > 0)

Tabela 40- (Cont) Análise de Componentes Principais da EC amostra brasileira, utilizando o método de KAISER (rotação VARIMAX)

| | Nº de pacientes ** | 11 (3%) | 12 (3%) | 13 (3%) | 14 (3%) |
|-------------------------------------|--------------------------|------------|------------|------------|------------|
| 6. Qualidade da depressão | 67 | 0,81 * | | | |
| 43. Físico pícnico | 30 | | 0,72 * | | |
| 39. Uso de álcool no episódio atual | 4 | | | 0,90 * | |
| 44. Não-cooperação com o tratamento | 3 | | | | 0,88 * |

* Coeficiente de saturação > 0,5

Os coeficientes de saturação < 0,25 foram omitidos.

** Número de pacientes que pontuaram no item (resposta > 0)

A análise de Componentes Principais utilizando o método de Kaiser, manteve quatorze

fatores. No entanto, observa-se que muitos itens que compõem os fatores são representados por um número limitado de pacientes, isto é, por ser uma escala "complementar", muitos pacientes não apresentavam o sintoma. Observa-se também que alguns fatores são formados por poucos itens e até mesmo por um item, com explicação restrita da variância total, o que limita sua validade como fator. Do ponto de vista clínico, vários se assemelham representando a dimensão "psicose". Vários fatores não apresentam relevância clínica. Portanto a solução com o método de Kaiser não parece satisfatória clinicamente.

Tabela 41- Análise de Componentes Principais da EC na amostra brasileira, utilizando o método de SIMULAÇÃO (rotação VARIMAX)

| | Nº de pacientes ** | 1 (17%) Psicose | 2 (8%) | 3 (7%) Contato interno/ externo | 4 (6%) histrio- nismo | 5 (6%) Atipici- dade |
|---|--------------------------|-----------------------|-----------|---|--------------------------------|-------------------------------|
| 18. Idéias de referência | 13 | 0,73 * | | | | |
| 13. Alucinações psíquicas | 6 | 0,71 * | | | | |
| 16. Idéias de catástrofe | 16 | 0,69 * | | | | |
| 27. Despersonalização | 33 | 0,65 * | | 0,25 | | |
| 26. Desrealização | 25 | 0,63 * | | | | |
| 20. Idéias de prejuízo | 10 | 0,60 * | | 0,40 | | |
| 11. Alucinações catatímicas | 6 | 0,58 * | 0,28 | | | |
| 25. Presença de idéias delirantes e de alucinações | 40 | 0,56 * | | 0,37 | | |
| 19. Idéias de perseguição | 19 | 0,55 * | | 0,43 | | |
| 14. Outras alucinações | 15 | 0,51 * | | | | |
| 46. Capacidade de dar-se conta de seu estado | 4 | 0,34 | 0,76 * | | | |
| 2. Labilidade afetiva | 5 | 0,27 | 0,70 * | | 0,31 | |
| 29. Perda de movimentos | 3 | | 0,57 * | 0,37 | | |
| 23. Outras idéias anormais | 3 | 0,47 | 0,54 * | | | |
| 41. Apresentação geral | 51 | | | 0,65 * | | |
| 38. Desconfiança | 29 | 0,39 | | 0,63 * | | |
| 34. Auto-compaixão | 32 | | | 0,60 * | -0,28 | |
| 45. Reticência | 5 | | 0,53 * | 0,57 * | | |
| 42. Apresentação do vestuário | 10 | | | 0,50 * | 0,31 | |
| 36. Impulsividade | 7 | | | | 0,75 * | |
| 33. Atitude histriônica | 10 | | | | 0,65 * | |

* Coeficiente de saturação > 0,5

Os coeficientes de saturação < 0,25 foram omitidos.

** Número de pacientes que pontuaram no item (resposta > 0)

Tabela 41- (Cont.) Análise de Componentes Principais da EC amostra brasileira, utilizando o método de SIMULAÇÃO (rotação VARIMAX)

| | Nº de pacientes ** | 1 (17%) Psicose | 2 (8%) | 3 (7%) Contato interno/ externo | 4 (6%) histrio- nismo | 5 (6%) Atipici- dade |
|--|--------------------------|-----------------------|-----------|---|--------------------------------|-------------------------------|
| 31. Atitude manipuladora | 3 | | | | 0,64 * | |
| 37. Hostilidade | 12 | | | | 0,58 * | |
| 1. Monotonia afetiva | 64 | 0,34 | | | 0,53 * | |
| 8. Bulimia | 11 | | | | | 0,87 * |
| 9. Ganho de peso | 11 | | | | | 0,88 * |
| 35. Atribuição da responsabilidade aos outros | 5 | | | | | 0,48 |
| 43. Físico pícnico | 30 | | | | | 0,41 |

* Coeficiente de saturação > 0,5

Os coeficientes de saturação < 0,25 foram omitidos.

** Número de pacientes que pontuaram no item (resposta > 0)

Através do método de simulação, obtiveram-se cinco fatores, sendo que quatro deles com significado clínico.

O fator 1 explica 17% da variância total e corresponde a um fator "psicose". É composto pelos seguintes itens: *idéias de referência*(18), *alucinações psíquicas* (13), *idéias de catástrofe* (16), *despersonalização* (27), *desrealização* (26), *idéias de prejuízo* (20), *alucinações catafímicas* (11), *presença de idéias delirantes e de alucinações* (25), *idéias de perseguição* (19), *outras alucinações* (14).

O fator 2 explica 8% da variância total, reunindo os itens abaixo com um significado clínico não-evidente: *capacidade de dar-se conta de seu estado* (46), *labilidade afetiva* (2), *perda de movimentos* (29), *outras idéias anormais* (23), *reticência* (45).

O fator 3 explica 7% da variância total e reúne itens que descrevem a relação do indivíduo consigo e com os outros: *apresentação geral* (41), *desconfiança* (38), *auto-*

compaixão (34), reticência (45), apresentação do vestuário (42).

O fator 4 explica 6% da variância e é composto por itens com uma conotação "histriônica": *impulsividade (36), atitude histriônica (33), atitude manipuladora (31), hostilidade (37), monotonia afetiva (1).*

O fator 5 explica 6% da variância e é constituído por itens com características parciais de depressão atípica: *bulimia (8) ganho de peso (9).*

Tabela 42- Análise de Componentes Principais da EC na amostra francesa, utilizando o método de KAISER (rotação VARIMAX)

| | Nº de pacientes | 1 (16%) Psicose | 2 (10%) Histri- nismo | 3 (8%) Descon- fiança | 4 (7%) | 5 (7%) Atipici- dade |
|----------------------------------|-----------------|-----------------------|--------------------------------|--------------------------------|-----------|-------------------------------|
| 19. Idéias de perseguição | 9 | 0,86 * | | 0,33 | | |
| 18. Idéias de referência | 9 | 0,77 * | | | | |
| 38. Desconfiança | 9 | 0,74 * | | 0,58 * | | |
| 20. Idéias de prejuízo | 4 | 0,65 * | | | 0,42 | |
| 16. Idéias de catástrofe | 13 | 0,50 * | | | | |
| 31. Atitude de manipulação | 3 | | 0,81 * | | | |
| 36. Impulsividade | 4 | | 0,80 * | | 0,26 | |
| 33. Atitude histriônica | 7 | | 0,78 * | | | |
| 2. Labilidade afetiva | 4 | | 0,67 * | | | |
| 44. Não cooperação ao tratamento | 3 | | | 0,81 * | | |
| 34. Auto- compaixão | 1 | | | 0,69 * | 0,27 | |
| 45. Reticência | 6 | | | 0,62 * | | |
| 42. Apresentação do vestuário | 23 | | | | 0,78 * | |
| 41. Apresentação geral | 42 | | | 0,30 | 0,69 * | |
| 37. Hostilidade | 3 | | | | 0,65 * | |
| 9. Ganho de peso | 5 | | | | | 0,92 * |
| 8. Bulimia | 9 | | | | | 0,89 * |
| 7. Hipersônia | 10 | | | | | 0,56 * |

* Coeficiente de saturação > 0,5

Os coeficientes de saturação < 0,25 foram omitidos.

Tabela 42- (Cont.) Análise de Componentes Principais da EC na amostra francesa, utilizando o método de KAISER (rotação VARIMAX)

| | Nº de pacientes | 6 (6%) Psicose | 7 (5%) | 8 (5%) | 9 (4%) | 10 (4%) |
|--|--------------------|----------------------|-----------|-----------|-----------|------------|
| 14. Outras alucinações | 3 | 0,83 * | | 0,27 | | |
| 26. Desrealização | 9 | 0,78 * | | | | |
| 27. Depersonalização | 34 | 0,61 * | | | | |
| 22. Idéias de ciúme | 3 | | 0,86 * | | | |
| 43. Físico pícnico | 8 | | | 0,81 * | | |
| 40. Uso de álcool no episódio atual | 4 | | | | 0,81 * | |
| 3. Incontinência afetiva | 6 | | | 0,35 | 0,52 * | |
| 39. Uso de droga no episódio atual | 4 | | | | | 0,67 * |
| 17. Idéias pejorativas da aparência física | 19 | | | | | 0,65 * |
| 6. Qualidade da depressão | 59 | 0,32 | | | | - 0,49 |

* Coeficiente de saturação > 0,5

Os coeficientes de saturação < 0,25 foram omitidos.

Através do método de Kaiser, foram retidos dez fatores para a amostra francesa, sendo identificado significado clínico em quatro fatores: fatores 1 e 4 "psicose", agrupando itens de alteração de pensamento (fator 1) e de senso-percepção (fator 4), fator 4, com características paranóides; fator 2 agrupou itens com características histriônicas e fator 5 com características de depressão atípica. Os demais fatores caracterizaram-se por não possuir significado clínico evidente (fatores 4, 9 e 10) ou serem compostos por apenas 1 item (fatores 7 e 8).

Tabela 43- Análise de Componentes Principais da EC na amostra francesa, utilizando o método de SIMULAÇÃO (rotação VARIMAX)

| | Nº de pacientes | 1 (16%) | 2 (10%) |
|-------------------------------|-----------------|---------|---------|
| 38. Desconfiança | 9 | 0,85 * | |
| 19. Idéias de perseguição | 9 | 0,83 * | |
| 41. Apresentação geral | 42 | 0,68 * | |
| 16. Idéias de catástrofe | 13 | 0,65 * | |
| 45. Reticência | 6 | 0,57 * | |
| 20. Idéias de prejuízo | 4 | 0,55 * | |
| 42. Apresentação do vestuário | 23 | 0,54 * | |
| 18. Idéias de referência | 9 | 0,53 * | |
| 33. Atitude histriônica | 7 | | 0,68 * |
| 36. Impulsividade | 4 | | 0,67 * |
| 2. Labilidade afetiva | 4 | | 0,57 * |
| 31. Atitude manipulativa | 3 | | 0,52 * |
| 43. Físico pícnico | 8 | | -0,50 * |
| 9. Ganho de peso | 5 | | -0,50 * |

* Coeficiente de saturação > 0,5

Os coeficientes de saturação < 0,25 foram omitidos.

O método de simulação para a escolha de fatores permitiu identificar dois fatores na Análise de Componentes Principais da amostra francesa.

O fator 1, responsável por 16% da variância, é um fator "psicose", composto pelos seguintes itens: *desconfiança (38)*, *idéias de perseguição (19)*, *apresentação geral (41)*, *idéias de catástrofe (16)*, *reticência (45)*, *idéias de prejuízo (20)*, *apresentação do vestuário (42)*, *idéias de referência (18)*.

O fator 2, que explica 10% da variância total, é um fator "histrionismo" composto pelos seguintes itens: *atitude histriônica (33)*, *impulsividade (36)*, *labilidade afetiva (2)*, *atitude manipulativa (31)*, com os itens *físico pícnico (43)*, *ganho de peso (9)* com coeficiente de correlação negativo.

4.5- ANÁLISE DISCRIMINANTE

Com o objetivo de estudar as variáveis que permitiriam discriminar entre brasileiros e franceses, utilizou-se a seguinte metodologia:

- 1) Considerou-se a amostra de pacientes brasileiros e franceses como uma amostra única, isto é, constituída por 130 sujeitos (60 franceses e 70 brasileiros).
- 2) Realizou-se uma análise de Componentes Principais das quatro escalas em estudo nesta "amostra total", utilizando o método de simulação como critério de escolha do número de fatores a reter.
- 3) Foi feita uma análise discriminante, considerando as médias de idade, escolaridade, comorbidade, média dos escores totais das escalas e média dos escores nos fatores das escalas em relação ao país (Brasil x França).

Tabela 44- ANÁLISE DISCRIMINANTE (idade, escolaridade, comorbidade, escores totais das escalas e dos fatores) em relação ao PAÍS (Brasil e França)

| NÚMERO DO PASSO | VARIÁVEIS | | VALOR DE "F" | |
|-----------------|--|-------|--------------|---------|
| | ENTRADA | SAÍDA | ENTRADA | SAÍDA |
| 1 | ESCOLARIDADE * | | 33,22 | |
| 2 | IDADE * | | 10,51 | |
| 3 | Escala complementar - § F1 ("Psicose") | | 7,26 | |
| 4 | MADRS - F1 ("Fator Geral") * | | 6,90 | |
| 5 | TOTAL HDRS - 17 § (Escore total) | | 6,13 | |
| 6 | HDRS-17 - F2 § ("Ansiedade") | | 7,86 | |
| 7 | | IDADE | | ...1,24 |

* Escore na amostra francesa > amostra brasileira

§ Escore na amostra brasileira > amostra francesa

As variáveis discriminantes são apresentadas na Tabela 44. As variáveis com maior capacidade de discriminação foram variáveis não-psicopatológicas: escolaridade e idade. O fator psicopatológico que mais discriminou foi o Fator 1 ("Psicose") da Escala Complementar que aparece com mais intensidade no Brasil. Segue-se o Fator 1 ("fator geral") da Escala de Montgomery-Asberg (escore superior na amostra francesa), que prioriza sintomas cognitivos da depressão em relação aos de ansiedade e somáticos. O escore total da Escala de Hamilton é a variável seguinte da análise discriminante. O escore total da escala de Hamilton é composto por vários itens somáticos e de ansiedade, tendo a amostra brasileira apresentado escores superiores. Finalmente, o Fator 2 ("ansiedade") composto pelos itens *hipocondria (15)*, *agitação (9)*, *ansiedade somática (11)*, *sintomas somáticos gastro-intestinais (12)* e *ansiedade psíquica (10)* teve intensidade maior na amostra brasileira.

Tabela 45- CLASSIFICAÇÃO JACKKNIFED PARA ANÁLISE DISCRIMINANTE

| PAÍS | % CORRETO | NÚMERO DE CASOS | |
|---------------|-----------|-----------------|--------|
| | | BRASIL | FRANÇA |
| BRASIL | 75,7 | 53 | 17 |
| FRANÇA | 76,7 | 14 | 46 |

Os fatores selecionados pela análise discriminante permitem classificar com aproximadamente 75% de correção pacientes nas suas respectivas amostras através da técnica de Jackknifed para Análise discriminante (Tabela 45)

4.6- OUTRAS ANÁLISES

4.6.1- Correlação entre os escores dos fatores da escala de Hamilton e escores totais das outras escalas.

Tabela 46- Matriz de correlação dos fatores da HDRS-17 e escores totais das escalas na amostra brasileira

| | TOTAL HDRS-17 | TOTAL MADRS | TOTAL ELD |
|----------------------|----------------------|--------------------|------------------|
| TOTAL HDRS-17 | ----- | 0,82 | 0,73 |
| F1 (Depressão) | 0,56 | 0,69 | 0,84 |
| F2 (Insônia) | 0,52 | 0,40 | 0,09 |
| F3 (Ansiedade) | 0,59 | 0,40 | 0,20 |
| TOTAL MADRS | ----- | ----- | 0,78 |

$r > 0,23$ para $\alpha=0,5$

Os escores totais das escalas de Hamilton de Montgomery-Asberg e de Lentificação Depressiva apresentam altos coeficientes de correlação entre si. Os fatores 2 ("Insônia") e 3 ("Ansiedade") apresentam coeficientes mais baixos em relação aos escores totais das três escalas. Já o fator 1, que representa o "núcleo depressivo", mostra coeficientes altos de correlação com os escores totais das escalas de Montgomery-Asberg e Lentificação depressiva (Tabela 46).

Estes achados aparecem em relação às amostras brasileira e francesa.

Tabela 47- Matriz de correlação dos fatores da HDRS-17 e escores totais das escalas na amostra francesa

| | TOTAL HDRS-17 | TOTAL MADRS | TOTAL ERD |
|----------------------|----------------------|--------------------|------------------|
| TOTAL HDRS-17 | ----- | 0,85 | 0,65 |
| F1 (Depressão) | 0,51 | 0,66 | 0,77 |
| F2 (Ansiedade) | 0,58 | 0,27 | 0,24 |
| F3 (Insônia) | 0,43 | 0,30 | 0,11 |
| TOTAL MADRS | ----- | ----- | 0,74 |

$r > 0,25$ para $\alpha = 0,5$

Influência da prática religiosa em relação aos itens das 4 escalas de depressão

O efeito da prática religiosa foi avaliado apenas no Brasil, por ser aferível mediante uma pergunta não permitida do ponto-de-vista ético em protocolos de pesquisa na França. Considerou-se praticante toda pessoa que tem uma religião (ou mais de uma) e que frequenta regularmente seu culto, independentemente da natureza da religião.

Não foram encontradas diferenças no escore médio de qualquer dos itens das quatro escalas de depressão quando comparados os pacientes brasileiros que praticavam com os que não praticavam uma religião quando controlados para idade e nível de escolaridade.

4.6.2- Influência da comorbidade

A influência da comorbidade sobre a sintomatologia depressiva medida pela escala de Hamilton para depressão - 17 itens foi estudada utilizando os dois critérios diagnósticos com os quais a entrevista CIDI realiza os diagnósticos: DSM III-R e CID-10. Os pacientes foram divididos em relação à presença de comorbidade da seguinte forma: (1) "depressão pura", para aqueles pacientes que possuíam apenas um diagnóstico referente a sua síndrome depressiva; (2) "depressão + comorbidade", para aqueles pacientes que possuíam um ou mais diagnósticos atuais associados à síndrome depressiva. Foram comparados os escores médios dos itens da HDRS-17, com e sem controle, para idade e escolaridade. Em seqüência, são mostrados os escores médios dos fatores da Análise de Componentes Principais da respectiva amostra, com e sem controle, para idade e escolaridade.

Nas tabelas 49 a 56, são apresentados os resultados referentes às amostras francesa e brasileira, utilizando o DSM III-R. Após, são apresentados os resultados de ambas as amostras, utilizando a CID-10 (Tabelas 57 a 64).

4.6.2.1- Diagnósticos segundo os critérios do DSM III-R

4.6.2.1.1 Amostra FRANCESA.

Tabela 48- Comparação dos escores médios (itens e escore total) dos pacientes com "depressão pura" e "depressão com comorbidade" (DSM III-R)

| | DEPRESSÃO PURA (n=30) | | DEPRESSÃO + COMORBIDADE (n=30) | | p |
|--|--------------------------|------------|--------------------------------------|------------|----------------|
| | média | dp | média | dp | |
| 1. Humor depressivo | 3,10 | 0,93 | 3,13 | 0,73 | 0,877 |
| 2. Sentimentos de culpa | 1,40 | 1,00 | 1,40 | 0,90 | 1,000 |
| 3. Suicídio | 1,80 | 1,27 | 2,33 | 1,12 | 0,090 |
| 4. Insônia precoce | 0,67 | 0,76 | 1,07 | 0,94 | 0,076 |
| 5. Insônia do meio da noite | 0,97 | 0,93 | 1,77 | 0,64 | 0,0006 * |
| 6. Insônia tardia | 0,93 | 0,87 | 1,27 | 0,83 | 0,134 |
| 7. Trabalho e atividades | 3,10 | 0,71 | 2,97 | 0,61 | 0,440 |
| 8. Retardo | 1,77 | 0,97 | 1,63 | 0,61 | 0,528 |
| 9. Agitação | 1,37 | 1,27 | 1,93 | 0,94 | 0,055 |
| 10. Ansiedade psíquica | 2,07 | 1,28 | 2,73 | 1,11 | 0,036 * |
| 11. Ansiedade somática | 1,23 | 1,28 | 2,00 | 0,98 | 0,012 * |
| 12. Sintomas somáticos gastro-intestinais | 1,03 | 0,89 | 1,53 | 0,68 | 0,018 * |
| 13. Sintomas somáticos gerais | 1,63 | 0,67 | 1,80 | 0,48 | 0,274 |
| 14. Sintomas genitais | 1,50 | 0,78 | 1,47 | 0,82 | 0,872 |
| 15. Hipocondria | 0,60 | 1,28 | 0,80 | 1,10 | 0,517 |
| 16. Perda de peso | 0,87 | 0,97 | 1,27 | 0,94 | 0,112 |
| 17. <i>Insight</i> | 0,07 | 0,25 | 0,03 | 0,18 | 0,561 |
| Total | 24,10 | 6,3 | 29,10 | 7,5 | 0,007 * |

Teste T de Student

Os pacientes com "depressão + comorbidade" apresentam intensidade de sintomatologia depressiva (medida pelo escore total da HDRS) superior aos pacientes com "depressão pura".

Na comparação de médias item a item, os pacientes apresentam escores estatisticamente mais

altos nos seguintes itens: *insônia do meio da noite (5)*, *ansiedade psíquica (10)*, *ansiedade somática (11)* e *sintomas somáticos gastro-intestinais (12)* (Tabela 48).

Tabela 49- MANOVA dos itens da HDRS em relação a presença ou não de comorbidade, controlada para idade e escolaridade.

| | VALOR DE F | SIGNIFICÂNCIA DE F |
|---|------------|--------------------|
| 1. Humor depressivo | 0,024 | 0,877 |
| 2. Sentimentos de culpa | 0,228 | 0,880 |
| 3. Suicídio | 2,598 | 0,113 |
| 4. Insônia precoce | 2,120 | 0,151 |
| 5. Insônia do meio da noite | 12,327 | 0,001 * |
| 6. Insônia tardia | 3,721 | 0,59 |
| 7. Trabalho e atividades | 0,150 | 0,700 |
| 8. Retardo | 0,045 | 0,833 |
| 9. Agitação | 2,318 | 0,134 |
| 10. Ansiedade psíquica | 3,340 | 0,073 |
| 11. Ansiedade somática | 5,619 | 0,021 * |
| 12. Sintomas somáticos gastro-intestinais | 6,220 | 0,016 * |
| 13. Sintomas somáticos gerais | 2,053 | 0,157 |
| 14. Sintomas genitais | 0,048 | 0,828 |
| 15. Hipocondria | 0,941 | 0,336 |
| 16. Perda de peso | § | |
| 17. <i>Insight</i> | § | |
| 18. TOTAL | 7,97 | 0,007 * |

§ sem variância

* $p < 0,05$

Quando se realiza a análise de variância controlando para idade e escolaridade (Tabela 49), observa-se que os mesmos itens (*insônia do meio da noite (5)*, *ansiedade somática (11)* e *sintomas somáticos gastro-intestinais (12)*) permanecem com escores mais elevados no grupo com "depressão + comorbidade". O item *ansiedade psíquica (10)* não apresenta diferença

quando controlado para idade e escolaridade.

Tabela 50- Comparação dos escores médios dos fatores nos pacientes com "depressão pura" e "depressão com comorbidade".

| | DEPRESSÃO PURA (n=30) | | DEPRESSÃO + COMORBIDADE (n=30) | | p |
|--|--------------------------|-----|--------------------------------------|-----|---------|
| | média | dp | média | dp | |
| Fator 1 (Depressão) Itens 7,1,13,8,2 | 11,0 | 3,2 | 10,9 | 2,4 | 0,927 |
| Fator 2 (Ansiedade) Itens 15, 10, 11, 9, 16 | 6,1 | 4,5 | 8,7 | 3,1 | 0,012 * |
| Fator 3 (Insônia) Itens 6, 4, 5 | 2,6 | 1,2 | 4,1 | 2,0 | 0,005 * |

* p < 0,05

Quando foram comparados o escore nos três fatores entre os grupos "depressão pura" e "depressão + comorbidade", constatou-se que o fator 1 (que inclui os itens nucleares da depressão) teve a mesma intensidade. No entanto, o fator 2 ("Ansiedade") e o fator 3 ("Insônia") apresentaram médias estatisticamente superiores no grupo que apresenta comorbidade associada a depressão (Tabela 50).

Tabela 51- MANOVA dos fatores da HDRS em relação a presença ou não de comorbidade, controlada para idade e escolaridade.

| | VALOR DE F | SIGNIFICÂNCIA DE F |
|--|------------|--------------------|
| Fator 1 (Depressão) Itens 7,1,13,8,2 | 0,008 | 0,927 |
| Fator 2 (Ansiedade) Itens 15, 10, 11, 9, 16 | 6,734 | 0,012 * |
| Fator 3 (Insônia) Itens 6, 4, 5 | 8,614 | 0,05 * |

* p < 0,05

A análise de variância controlando para idade e escolaridade confirma o escore mais elevado nos fatores 2 e 3 no grupo "depressão + comorbidade" (Tabela 51).

4.6.2.1.2- Amostra BRASILEIRA

Tabela 52- Comparação dos escores médios (itens e escore total) dos pacientes com "depressão pura" e "depressão com comorbidade" (DSM III-R)

| | DEPRESSÃO PURA (n=25) | | DEPRESSÃO + COMORBIDADE (n=45) | | p |
|--|--------------------------|------|--------------------------------------|------|---------|
| | média | dp | média | dp | |
| 1. Humor depressivo | 3,12 | 0,83 | 3,40 | 0,69 | 0,135 |
| 2. Sentimentos de culpa | 1,60 | 1,04 | 1,64 | 0,91 | 0,853 |
| 3. Suicídio | 2,58 | 1,08 | 2,73 | 0,89 | 0,473 |
| 4. Insônia precoce | 1,32 | 0,90 | 1,56 | 0,81 | 0,268 |
| 5. Insônia do meio da noite | 1,24 | 0,88 | 1,51 | 0,73 | 0,107 |
| 6. Insônia tardia | 0,88 | 0,83 | 1,18 | 0,86 | 0,165 |
| 7. Trabalho e atividades | 2,84 | 0,85 | 3,31 | 0,63 | 0,010 * |
| 8. Retardo | 1,60 | 0,96 | 1,87 | 0,76 | 0,204 |
| 9. Agitação | 1,60 | 1,12 | 1,67 | 0,88 | 0,784 |
| 10. Ansiedade psíquica | 2,56 | 0,92 | 2,91 | 0,90 | 0,125 |
| 11. Ansiedade somática | 1,40 | 0,91 | 1,82 | 1,07 | 0,101 |
| 12. Sintomas somáticos gastro-intestinais | 0,84 | 0,37 | 1,02 | 0,58 | 0,164 |
| 13. Sintomas somáticos gerais | 1,60 | 0,71 | 1,71 | 0,59 | 0,484 |
| 14. Sintomas genitais | 1,68 | 0,63 | 1,44 | 0,84 | 0,226 |
| 15. Hipocondria | 0,56 | 1,19 | 0,96 | 1,17 | 0,182 |
| 16. Perda de peso | 1,24 | 0,97 | 1,09 | 0,97 | 0,535 |
| 17. <i>Insight</i> | 0,12 | 0,33 | 0,02 | 0,15 | 0,173 |
| Total | 26,76 | 6,33 | 29,84 | 5,73 | 0,041 * |

* p < 0,05

Na amostra brasileira, o grupo de pacientes com diagnóstico de "depressão + comorbidade" apresenta um escore total da HDRS maior do que o grupo "depressão pura"

(Tabela 52). No entanto, quando são comparados item a item, o grupo "depressão + comorbidade" apresenta escore superior apenas no item *trabalho e atividades* (7).

Tabela 53- MANOVA dos itens da HDRS em relação a presença ou não de comorbidade, controlada para idade e escolaridade.

| | VALOR DE F | SIGNIFICÂNCIA DE F |
|---|------------|--------------------|
| 1. Humor depressivo | 2,083 | 0,154 |
| 2. Sentimentos de culpa | 0,157 | 0,693 |
| 3. Suicídio | 1,722 | 0,194 |
| 4. Insônia precoce | 1,867 | 0,176 |
| 5. Insônia do meio da noite | 2,058 | 0,156 |
| 6. Insônia tardia | 1,902 | 0,173 |
| 7. Trabalho e atividades | 6,445 | 0,013 * |
| 8. Retardo | 1,358 | 0,248 |
| 9. Agitação | 0,114 | 0,737 |
| 10. Ansiedade psíquica | 2,047 | 0,157 |
| 11. Ansiedade somática | 3,222 | 0,077 |
| 12. Sintomas somáticos gastro-intestinais | 0,850 | 0,360 |
| 13. Sintomas somáticos gerais | 0,272 | 0,604 |
| 14. Sintomas genitais | 0,898 | 0,347 |
| 15. Hipocondria | 2,397 | 0,126 |
| 16. Perda de peso | 1,249 | 0,268 |
| 17. <i>Insight</i> | § | |
| 18. TOTAL | 4,00 | 0,500 * |

* p < 0,05

Não houve modificação nos dados obtidos anteriormente, quando utilizada a Análise de variância, controlando para idade e escolaridade (Tabela 53).

Tabela 54- Comparação dos escores médios dos fatores nos pacientes com "depressão pura" e "depressão com comorbidade".

| | DEPRESSÃO PURA (n=25) | | DEPRESSÃO + COMORBIDADE (n=45) | | p |
|--|--------------------------|-------|--------------------------------------|-------|-------|
| | média | dp | média | dp | |
| Fator 1 (Depressão) Itens 1,8,7,10,2 | 11,720 | 3,260 | 13,333 | 2,702 | 0,056 |
| Fator 2 (Insônia) Itens 6,5,4 | 3,440 | 2,329 | 4,244 | 1,932 | 0,126 |
| Fator 3 (Ansiedade) Itens 11,13,12,15 | 4,400 | 2,198 | 5,511 | 2,399 | 0,060 |
| Fator 4 17,9,3 | 4,280 | 1,458 | 4,422 | 1,118 | 0,649 |

A comparação dos escores médios dos fatores na amostra brasileira entre os grupos "depressão pura" e "depressão + comorbidade", utilizando os critérios do DSM III-R, não mostra diferença (Tabela 54).

Tabela 55- MANOVA dos fatores da HDRS em relação a presença ou não de comorbidade controlada para idade e escolaridade.

| | VALOR DE F | SIGNIFICÂNCIA DE F |
|--|------------|--------------------|
| Fator 1 (Depressão) Itens 1,8,7,10,2 | 3,709 | 0,058 |
| Fator 2 (Insônia) Itens 6,5,4 | 2,747 | 0,102 |
| Fator 3 (Ansiedade) Itens 11,13,12,15 | 3,576 | 0,063 |
| Fator 4 17,9,3 | 0,094 | 0,761 |

Não há diferença significativa nos escores dos fatores entre os grupos de "depressão pura" e "depressão + comorbidade" segundo o DSM III-R, quando controlado para idade e escolaridade (Tabela 55).

4.6.2.2- Diagnósticos segundo os critérios da CID-10

4.6.2.2.1 Amostra FRANCESA.

Tabela 56- Comparação dos escores médios (itens e escore total) dos pacientes com "depressão pura" e "depressão com comorbidade" (CID 10)

| | DEPRESSÃO PURA (n=25) | | DEPRESSÃO + COMORBIDADE (n=35) | | p |
|---|--------------------------|------|--------------------------------------|------|---------|
| | média | dp | média | dp | |
| 1. Humor depressivo | 3,16 | 0,90 | 3,09 | 0,78 | 0,734 |
| 2. Sentimentos de culpa | 1,56 | 0,82 | 1,29 | 0,96 | 0,270 |
| 3. Suicídio | 1,60 | 1,26 | 2,40 | 1,09 | 0,011 * |
| 4. Insônia precoce | 0,76 | 0,88 | 0,94 | 0,87 | 0,428 |
| 5. Insônia do meio da noite | 1,08 | 0,91 | 1,54 | 0,82 | 0,043 * |
| 6. Insônia tardia | 1,04 | 0,89 | 1,14 | 0,85 | 0,651 |
| 7. Trabalho e atividades | 3,04 | 0,73 | 3,03 | 0,62 | 0,948 |
| 8. Retardo | 1,72 | 0,98 | 1,69 | 0,68 | 0,881 |
| 9. Agitação | 1,56 | 1,26 | 1,71 | 1,07 | 0,612 |
| 10. Ansiedade psíquica | 2,24 | 1,33 | 2,51 | 1,17 | 0,402 |
| 11. Ansiedade somática | 1,20 | 1,04 | 1,91 | 1,22 | 0,021 * |
| 12. Sintomas somáticos gastro-intestinais | 1,04 | 0,89 | 1,46 | 0,74 | 0,053 |
| 13. Sintomas somáticos gerais | 1,72 | 0,54 | 1,71 | 0,62 | 0,971 |
| 14. Sintomas genitais | 1,44 | 0,77 | 1,51 | 0,82 | 0,723 |
| 15. Hipocondria | 0,40 | 1,04 | 0,91 | 1,25 | 0,097 |
| 16. Perda de peso | 0,88 | 0,97 | 1,20 | 0,96 | 0,211 |
| 17. <i>Insight</i> | 0,04 | 0,20 | 0,06 | 0,24 | 0,769 |
| Total | 24,48 | 8,06 | 28,11 | 6,46 | 0,058 |

* p < 0,05

Na amostra francesa, com os critérios da CID 10 o grupo "depressão + comorbidade" não apresentou diferença significativa no escore total da HDRS em relação ao grupo "depressão pura" (Tabela 56). No entanto, o grupo "depressão + comorbidade" apresentou escore superior

nos itens *suicídio (3)*, *insônia do meio da noite (5)* e *ansiedade somática (11)*.

Tabela 57- MANOVA dos itens da HDRS em relação a presença ou não de comorbidade, controlada para idade e escolaridade.

| | VALOR DE F | SIGNIFICÂNCIA DE F |
|---|------------|--------------------|
| 1. Humor depressivo | 0,090 | 0,723 |
| 2. Sentimentos de culpa | 0,961 | 0,298 |
| 3. Suicídio | 9,177 | 0,013 * |
| 4. Insônia precoce | 0,347 | 0,496 |
| 5. Insônia do meio da noite | 2,856 | 0,053 |
| 6. Insônia tardia | 0,160 | 0,637 |
| 7. Trabalho e atividades | 0,000 | 0,981 |
| 8. Retardo | 0,006 | 0,924 |
| 9. Agitação | 0,117 | 0,739 |
| 10. Ansiedade psíquica | 0,730 | 0,471 |
| 11. Ansiedade somática | 6,698 | 0,025 * |
| 12. Sintomas somáticos gastro-intestinais | 2,448 | 0,059 |
| 13. Sintomas somáticos gerais | 0,001 | 0,957 |
| 14. Sintomas genitais | 0,087 | 0,715 |
| 15. Hipocondria | 3,743 | 0,081 |
| 16. Perda de peso | 1,576 | 0,204 |
| 17. <i>Insight</i> | § | |
| 18. TOTAL | 3,59 | 0,063 |

§ sem variância

* $p < 0,05$

Quando controlados para idade e escolaridade, os pacientes com "depressão + comorbidade" segundo o CID-10, apresentam escores superiores apenas nos itens *suicídio (3)* e *ansiedade somática (11)*. Os demais itens não apresentam diferença significativa (Tabela 57).

Tabela 58- Comparação dos escores médios dos fatores nos pacientes com "depressão pura" e "depressão com comorbidade".

| | DEPRESSÃO PURA (n=25) | | DEPRESSÃO + COMORBIDADE (n=35) | | p |
|--|--------------------------|-------|--------------------------------------|-------|-------|
| | média | dp | média | dp | |
| Fator 1 (Depressão) Itens 7,1,13,8,2 | 11,200 | 2,972 | 10,800 | 2,699 | 0,589 |
| Fator 2 (Ansiedade) Itens 15, 10, 11, 9, 16 | 6,280 | 4,208 | 8,257 | 3,807 | 0,063 |
| Fator 3 (Insônia) Itens 6, 4, 5 | 2,880 | 2,205 | 3,628 | 2,001 | 0,176 |

Não houve diferença no escore dos três fatores da HDRS, quando os pacientes da amostra francesa foram divididos de acordo com a presença ou não de comorbidade segundo a CID 10 (Tabela 58). Este achado difere do encontrado quando o critério diagnóstico foi o DSM III-R.

Tabela 59- MANOVA dos fatores da HDRS em relação a presença ou não de comorbidade controlada para idade e escolaridade.

| | VALOR DE F | SIGNIFICÂNCIA DE F |
|--|------------|--------------------|
| Fator 1 (Depressão) Itens 7,1,13,8,2 | 0,023 | 0,518 |
| Fator 2 (Ansiedade) Itens 15, 10, 11, 9, 16 | 0,179 | 0,04 * |
| Fator 3 (Insônia) Itens 6, 4, 5 | 0,060 | 0,177 |

* p < 0,05

Apenas o fator 2 (Ansiedade) apresenta diferença significativa entre os grupos "depressão pura" e "depressão + comorbidade" segundo o CID-10, quando controlados para idade e escolaridade (Tabela 59).

4.6.2.2.2- Amostra BRASILEIRA

Tabela 60- Comparação dos escores médios (itens e escore total) dos pacientes com "depressão pura" e "depressão com comorbidade" (CID 10)

| | DEPRESSÃO PURA (n=31) | | DEPRESSÃO + COMORBIDADE (n=39) | | p |
|---|--------------------------|------|--------------------------------------|-------|---------|
| | média | dp | média | dp | |
| 1. Humor depressivo | 3,10 | 0,79 | 3,46 | 0,68 | 0,042 * |
| 2. Sentimentos de culpa | 1,61 | 0,95 | 1,64 | 0,96 | 0,903 |
| 3. Suicídio | 2,45 | 1,06 | 2,85 | 0,84 | 0,087 |
| 4. Insônia precoce | 1,16 | 0,93 | 1,72 | 0,69 | 0,005 * |
| 5. Insônia do meio da noite | 1,16 | 0,93 | 1,62 | 0,59 | 0,022 * |
| 6. Insônia tardia | 0,87 | 0,85 | 1,23 | 0,84 | 0,081 |
| 7. Trabalho e atividades | 2,94 | 0,89 | 3,31 | 0,57 | 0,049 * |
| 8. Retardo | 1,68 | 0,94 | 1,85 | 0,74 | 0,406 |
| 9. Agitação | 1,68 | 0,98 | 1,62 | 0,96 | 0,791 |
| 10. Ansiedade psíquica | 2,58 | 0,96 | 2,95 | 0,86 | 0,095 |
| 11. Ansiedade somática | 1,16 | 0,90 | 2,08 | 0,96 | 0,000 * |
| 12. Sintomas somáticos gastro-intestinais | 0,84 | 0,52 | 1,05 | 0,51 | 0,091 |
| 13. Sintomas somáticos gerais | 1,61 | 0,72 | 1,72 | 0,56 | 0,493 |
| 14. Sintomas genitais | 1,45 | 0,81 | 1,59 | 0,75 | 0,463 |
| 15. Hipocondria | 0,55 | 1,09 | 1,03 | 1,22 | 0,094 |
| 16. Perda de peso | 1,19 | 0,95 | 1,10 | 0,99 | 0,699 |
| 17. <i>Insight</i> | 0,10 | 0,30 | 0,03 | 0,016 | 0,204 |
| Total | 26,13 | 6,73 | 30,82 | 4,65 | 0,002 * |

* p < 0,05

Utilizando os critérios diagnósticos da CID 10 na amostra brasileira, observa-se que o grupo com "depressão + comorbidade" apresenta escores superiores nos seguintes itens da HDRS: *humor depressivo (1), insônia precoce(4), insônia do meio da noite (5), trabalho e atividades (7), ansiedade somática (11)* (Tabela 60). O grupo com presença de comorbidade

também apresentou um escore total da HDRS superior àquele sem comorbidade.

Tabela 61- MANOVA dos itens da HDRS em relação a presença ou não de comorbidade, controlada para idade e escolaridade.

| | VALOR DE F | SIGNIFICÂNCIA DE F |
|---|------------|--------------------|
| 1. Humor depressivo | 2,048 | 0,046 * |
| 2. Sentimentos de culpa | 0,004 | 0,948 |
| 3. Suicídio | 2,789 | 0,65 |
| 4. Insônia precoce | 5,102 | 0,007 * |
| 5. Insônia do meio da noite | 3,597 | 0,017 * |
| 6. Insônia tardia | 2,220 | 0,086 |
| 7. Trabalho e atividades | 2,231 | 0,041 * |
| 8. Retardo | 0,403 | 0,444 |
| 9. Agitação | 0,056 | 0,796 |
| 10. Ansiedade psíquica | 2,124 | 0,104 |
| 11. Ansiedade somática | 14,448 | 0,0001 * |
| 12. Sintomas somáticos gastro-intestinais | 0,873 | 0,065 |
| 13. Sintomas somáticos gerais | 0,185 | 0,500 |
| 14. Sintomas genitais | 0,333 | 0,457 |
| 15. Hipocondria | 3,995 | 0,094 |
| 16. Perda de peso | 0,094 | 0,749 |
| 17. <i>Insight</i> | § | |
| 18. TOTAL | 11,51 | 0,001 * |

§ sem variância

* $p < 0,05$

Controlando para idade e escolaridade através da Análise de covariância, observa-se que os mesmos resultados foram obtidos (Tabela 61).

Tabela 62- Comparação dos escores médios dos fatores nos pacientes com "depressão pura" e "depressão com comorbidade".

| | DEPRESSÃO PURA (n=25) | | DEPRESSÃO + COMORBIDADE (n=45) | | p |
|--|--------------------------|-------|--------------------------------------|-------|---------|
| | média | dp | média | dp | |
| Fator 1 (Depressão) Itens 1,8,7,10,2 | 11,903 | 3,429 | 13,205 | 2,441 | 0,080 |
| Fator 2 (Insônia) Itens 6,5,4 | 3,194 | 2,372 | 4,564 | 1,651 | 0,009 * |
| Fator 3 (Ansiedade) Itens 11,13,12,15 | 4,161 | 2,311 | 5,872 | 2,166 | 0,002 * |
| Fator 4 17,9,3 | 4,226 | 1,383 | 4,487 | 1,121 | 0,385 |

* p < 0,05

O grupo de "depressão + comorbidade" segundo os critérios da CID 10 para amostra brasileira apresenta um escore superior nos fatores 2 ("Insônia") e 3 ("Ansiedade"). O fator 1, contendo itens que compõe o núcleo depressivo, e o fator 4, composto por itens sem um significado clínico evidente, não diferiram em relação a presença ou não de comorbidade (Tabela 62).

Tabela 63- MANOVA dos fatores da HDRS em relação a presença ou não de comorbidade, controlada para idade e escolaridade.

| | VALOR DE F | SIGNIFICÂNCIA DE F |
|--|------------|--------------------|
| Fator 1 (Depressão) Itens 1,8,7,10,2 | 25,813 | 0,077 |
| Fator 2 (Insônia) Itens 6,5,4 | 31,869 | 0,007 * |
| Fator 3 (Ansiedade) Itens 11,13,12,15 | 51,330 | 0,002 * |
| Fator 4 17,9,3 | 1,343 | 0,359 |

* p < 0,05

A análise de variância do escore dos fatores controlado para idade e escolaridade entre

os grupos "depressão pura" e "depressão + comorbidade" mostrou resultados semelhantes (Tabela 63), isto é, o fator 1 (que inclui os itens nucleares da depressão) e o fator 4 (sem relevância clínica evidente) tiveram a mesma intensidade. No entanto, o fator 2 (ansiedade) e o fator 3 (insônia) apresentaram médias estatisticamente superiores no grupo que apresenta comorbidade associada a depressão.

Os achados na amostra brasileira em relação a presença de comorbidade, utilizando o CID 10 como critério diagnóstico, são diferentes daqueles obtidos pelo DSM III-R.

5- DISCUSSÃO

As dificuldades metodológicas inerentes à pesquisa transcultural foram destacadas na introdução desta tese. A partir da consciência destas dificuldades e da impossibilidade de controlá-las na sua totalidade, delineou-se um estudo com algumas peculiaridades:

1) um mesmo pesquisador entrevistou as duas amostras com o objetivo de diminuir o viés da diferença cultural e de formação de entrevistadores nas duas culturas; 2) uma entrevista semi-estruturada foi desenvolvida no sentido de fazer com que todos os sintomas que compõem as diferentes escalas fossem sistematicamente avaliados; 3) utilizou-se uma entrevista completamente estruturada (CIDI) para fazer o diagnóstico segundo o DSM III-R e a CID-10. Isto possibilitou que se padronizasse a forma de fazer o diagnóstico nas diferentes culturas; 4) foram definidos previamente critérios de inclusão e exclusão; 5) definiu-se o momento do episódio depressivo em que a avaliação seria realizada (3 primeiros dias seguintes à hospitalização); 6) utilizaram-se pacientes provenientes de internações psiquiátricas de Hospitais Universitários dos dois países.

5.1- AS CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA

A amostra obtida na França e no Brasil foi composta por pacientes com depressões severas, utilizando os pontos de corte de qualquer uma das escalas utilizadas para avaliar intensidade da sintomatologia depressiva, o que era esperado para pacientes deprimidos hospitalizados. A distribuição da amostra dos dois países não diferiu em relação à intensidade da sintomatologia depressiva, ao sexo e ao estado civil.

Os pacientes deprimidos franceses tiveram idade superior, maior nível de escolarização e maior renda mensal, diferenças estas que refletem uma diferença entre a população dos dois

países em estudo. Cabe ressaltar que a média do nível de escolaridade em ambos os países foi superior à média da população geral local. Por exemplo, 6% da amostra de pacientes deprimidos brasileiros tinham até quatro anos de escolarização. Os dados do IBGE indicam que 31% da população da região metropolitana de Porto Alegre e 54% da população brasileira encontram-se nesta faixa. Na França metropolitana, 10,8% da população acima de 15 anos tem mais de 12 anos de escolarização. Na amostra de pacientes deprimidos franceses, 28% possuía este nível de escolarização. O fato de a amostra de pacientes deprimidos nos dois países apresentar nível de educação superior à respectiva população pode ser explicado pelo local de recrutamento de pacientes. Hospitais universitários, por serem serviços de referência, tendem a receber pacientes de nível sócio-cultural mais elevado. Além disso, há a propensão de que, num mesmo centro, os pacientes que procuram os serviços de saúde mental possuam um nível cultural superior àqueles que buscam serviços de outra natureza, como por exemplo de clínica médica (WELLS, 1989).

A distribuição em relação ao sexo e ao estado civil mostrou-se semelhante nos dois países, com uma preponderância no sexo feminino. WEISSMAN e KLERMAN (1977), ao revisarem os estudos epidemiológicos da diferença entre os sexos na depressão, nos Estados Unidos e em outros países nos quarenta anos precedentes a seu trabalho, evidenciaram que as mulheres são mais atingidas, em uma proporção que varia entre 1,5:1 e 3,1:1. PERUGI e colaboradores (1990) encontraram uma diferença na relação mulheres/homens mais marcada nas depressões unipolares recorrentes (4:1), seguidas pelas depressões unipolares de episódio único e bipolares tipo I (2:1), constatando a aproximadamente a mesma relação nas bipolares tipo II.

Embora os dados demográficos nos permitam considerar as duas amostras como comparáveis, cabe salientar que se tratava de pacientes com síndromes depressivas

suficientemente severas para que necessitassem de hospitalização para seu tratamento. Nos serviços universitários envolvidos, os critérios de internação para as síndromes depressivas são semelhantes e incluem necessidade de procedimentos diagnósticos, risco de suicídio ou homicídio, capacidade amplamente reduzida de cuidar da alimentação, abrigo e vestuário, história de sintomas de rápida progressão e ruptura dos sistemas habituais de apoio (KAPLAN e SADOCK, 1993).

Estes resultados, a princípio, devem ser cuidadosamente considerados para permitir generalização para depressões leves, moderadas ou para pacientes que procuram atendimento de cuidados primários por sintomas depressivos.

5.2- A sintomatologia depressiva no Brasil e França

5.2.1- Semelhanças

5.2.1.1- O "núcleo depressivo".

5.2.1.1.1- Escala de Hamilton para Depressão (HDRS-17)

A Análise de Componentes Principais (ACP) da HDRS-17 permitiu identificar um núcleo de sintomas depressivos que guardam uma forte semelhança nos dois países como o fator principal. Em ambos, estavam presentes o humor depressivo, os sentimentos de culpa, sentimento de incapacidade/desinteresse e retardo psicomotor. A presença da ansiedade psíquica na amostra brasileira e os sintomas somáticos gerais (cansaço físico) na amostra francesa completaram o bloco sindrômico principal.

Estes sintomas, identificados como fazendo parte do núcleo depressivo, foram os mesmos identificados por BECH e colaboradores (1975, 1981), utilizando um modelo estatístico

diferente da Análise de Componentes Principais (modelo de Rasch) conforme mostra a Tabela abaixo, exceto pela alternância de ansiedade psíquica e sintomas somáticos nestas duas amostras.

Tabela I- Itens do Fator 1 da ACP (França e Brasil) e itens selecionados segundo o modelo de RASCH (Bech e col. 1981)

| | Modelo de RASH | Fator 1 ACP Brasil | Fator 1 ACP França |
|-------------------------------|----------------|--------------------|--------------------|
| 1. Humor Depressivo | X | X | X |
| 2. Sentimentos de culpa | X | X | X |
| 7. Trabalho e Atividades | X | X | X |
| 8. Retardo | X | X | X |
| 10. Ansiedade. Psíquica | X | X | |
| 13. Sintomas Somáticos Gerais | X | | X |

A comparação entre as diferentes análises de componentes principais da HDRS-17 (ver Tabela II) apresenta muitas dificuldades (FLECK e col., 1995). Em primeiro lugar, existem várias versões da escala de Hamilton, encontrando-se análises de componentes principais com versão mais utilizada, a de 17 itens (RAMOS-BRIEVA e CORDERO-VILLAFILA, 1988), mas também com a de 21 itens (RHOADES e OVERALL, 1983), 23 itens (CLEARY e GUY, 1977) e com a versão de 26 itens (GUELFY e col., 1981 e DREYFUS e col., 1981). Em segundo lugar, as amostras utilizadas nestes estudos são muito heterogêneas em relação a idade, sexo, intensidade de depressão e regime de tratamento (internação ou ambulatório). Em terceiro lugar, alguns autores usam tipos de análises estatísticas diferentes (Análise Fatorial ou Análise de Componentes Principais), bem como diferentes números de fatores e modelos matemáticos de rotação (Varimax ou oblíqua). Esta grande heterogeneidade redundou em resultados algo discordantes, a ponto de autores questionarem a estabilidade da estrutura fatorial da escala de Hamilton (O'BRIEN & GLAUDIN).

Tabela II- Principais estudos fatoriais usando a escala de Hamilton para depressão *

| Autor | Número | Homens/ mulheres | Idade (anos) | Escore total | Versão | Método | Rotação | Fatores mantidos |
|--------------------------------|--------|---------------------|-----------------|--------------|--------|--------|----------------|---------------------|
| HAMILTON (1960) | 49 | só homens | ? | ? | 17 | AF | Varimax | 4 |
| HAMILTON (1967) | 272 | 152/120 | ? | ? | 17 | ACP | Varimax | 6 |
| MICHAUX e col. (1969) | 220 | 54/104 | 35 | ? | 17 | AF | Varimax | 7 |
| PAYKEL e col. (1970) | 220 | 57/163 | ? | ? | 28 | ACP | sem rotação | 3 |
| WECKOWICZ e col. (1971) | 52 | só homens | ? | ? | 17 | ACP | Varimax | 6 |
| MOWBRAY (1972) | 347 | 134/213 | ? | 19 | 17 | ACP | sem rotação | 6 |
| SARTESCHI e col. (1973) | 497 | 71/426 | 53 | ? | 17 | AF | Varimax | 3 |
| CLEARY e GUY (1977) | 779 | 312/467 | 38 | ? | 23 | ACP | Varimax | 6 |
| GUELFY e col. (1981) | 272 | 152/120 | ? | ? | 26 | ACP' | Varimax | 6 |
| DREYFUS e col. (1981) | 85 | ? | ? | ? | 26 | ACP | Varimax | 4 |
| RHOADES e OVERALL (1983) | 420 | ? | ? | ? | 21 | AF | Obliqua | 7 |
| MAIER e col. (1985) | 293 | 91/202 | 41 | 22 | 17/21 | AF | Varimax | 4 |
| CORDERO e RAMOS (1986) | 115 | 37/78 | 44 | 27 | 17 | ACP | Varimax | 50 |
| O'BRIEN e GLAUDIN (1988) | 365 | 256/109 | 35 | 22 | 17 | ACP | Varimax | 6 |
| BERRIOS e BULBENA (1989) | 1204 | 491/713 | 42 | 22 | 17 | ACP | Varimax | 4 |
| FLECK e col. (1995) | 60 | 46/14 | 47 | 27 | 17 | ACP | Varimax | 3 |

* Tabela baseada em Berrios, G. e Bulbena, A. "The Hamilton depression scale and the numerical description of the symptoms of depression". In: Bech, P. e Coppen, A. *The Hamilton scales. (Psychopharmacology series)*. Berlim. Springer-Verlag. 1990.

Apesar destas diferenças, certos fatores são comuns às diferentes análises da HDRS-17. Vários autores encontraram um fator "*melancolia*" incluindo itens como *humor depressivo, suicídio, sentimentos de culpa e retardo* (HAMILTON, 1967) ou *retardo, humor depressivo e trabalho e atividades* (MARCOS e SALAMERO, 1990) ou ainda *retardo, humor depressivo, trabalho e atividades e sentimentos de culpa* (RAMOS-BRIEVA e CORDERO-VILLAFILA, 1988).

5.2.1.1.2- Escala de Montgomery-Asberg para Depressão (MADRS)

A outra escala utilizada que avalia a sintomatologia depressiva de forma abrangente é a de Montgomery-Asberg. Nesta escala, a Análise de Componentes Principais mostrou uma estrutura fatorial semelhante entre os dois países. Quando foi utilizado o método de simulação para a escolha do número de fatores, a escala de MADRS mostrou um comportamento unidimensional (presença de um único fator). O método de Kaiser permitiu a identificação de três fatores. O fator 1 também apresentou uma composição que caracteriza um "núcleo depressivo" nas duas amostras (*humor triste tanto aparente como expresso, inibição motora, incapacidade de sentir* (que inclui desinteresse) e *dificuldade de concentração*). Na amostra brasileira, o item que avalia ansiedade psíquica foi também agregado ao "núcleo depressivo", como havia ocorrido com a escala de Hamilton. Embora a estrutura dos fatores guarde semelhança nas duas amostras, há diferenças na organização interna dos itens, isto é, os itens com coeficiente de saturação maior em cada fator são diferentes. Para ilustrar, os cinco itens com maior coeficiente de saturação na amostra brasileira foram *tristeza relatada, incapacidade de sentir, tristeza aparente, inibição motora e tensão interior*. Já na amostra francesa, os cinco itens de maior coeficiente de saturação foram *tristeza relatada, dificuldade de concentração, inibição motora, incapacidade de sentir e tristeza aparente*. Observa-se que os itens de natureza cognitiva

têm uma importância maior na constituição do "fator geral" (fator 1 sem rotação - tabela 33) da amostra francesa. Por outro lado, na amostra brasileira os itens relativos a *tristeza* e *tensão interior* apresentam coeficientes de saturação e importância relativa superiores à amostra francesa na constituição do fator 1 sem rotação.

Chama a atenção o pequeno número de trabalhos sobre a Análise de Componentes Principais para a escala de Montgomery-Asberg na literatura em geral. Os próprios autores da escala (MONTGOMERY-ASBERG, 1979) não publicaram uma Análise de Componentes Principais do instrumento por eles desenvolvido. PELLET (1993) afirma que as análises realizadas, muitas não publicadas, sugerem a existência de um único fator geral, com o que concordam os achados do presente estudo, quando utilizado o método de simulação. GALINOWSKY e colaboradores (1991) observaram em sua análise três fatores com uma constituição idêntica à encontrada na amostra brasileira de nosso estudo, com a utilização do método de Kaiser para a seleção do número de fatores, com a diferença de que o fator 2 e 3 apareceram em ordem inversa. SCHMIDTKE e colaboradores (1988) fizeram uma análise em que juntaram os itens da HDRS-17 com os da MADRS e enfatizaram que na MADRS há mais registro de "sintomas psicológicos" do que na HDRS-17.

5.2.1.2- O diagnóstico de transtorno de humor

A comparação entre os diferentes diagnósticos das amostras brasileira e francesa, utilizando a entrevista CIDI, mostrou uma concordância entre os diagnósticos dos transtornos de humor nos pacientes que internam por uma síndrome depressiva. Isto foi observado tanto utilizando os critérios diagnósticos da CID-10 como do DSM III-R.

A diferença observada foi a presença de mais diagnósticos de episódios isolados com sintomas

psicóticos no Brasil e mais episódios recorrentes sem sintomas psicóticos na França. Estes achados são coerentes com a diferença na manifestação da sintomatologia psicótica nas duas amostras e serão discutidas a seguir.

5.2.2- Diferenças

5.2.2.1- Os diagnósticos de comorbidade

O termo "comorbidade" pode ser definido como "a presença de mais de um diagnóstico em uma pessoa num período definido de tempo" (WITTCHEN e ESSAU, 1993). Nesta definição ampla, tanto se pode considerar "o período de tempo", como a vida do indivíduo, ou ainda períodos arbitrariamente definidos (como, p.ex., último ano, últimos seis meses ou últimas semanas). FEINSTEIN (1970) enfatizou a importância deste conceito em psiquiatria, mas é a partir do sistema DSM III e particularmente na versão revisada (DSM III-R) que a comorbidade passou a ser um tópico de pesquisa clínica crescente. Se a comorbidade é um "fato" ou um "artefato", (WITTCHEN, 1996), se representa uma vulnerabilidade comum para diferentes transtornos, ou se determinados transtornos precederiam ou predisporiam a outros, são ainda questões controversas e relevantes do ponto-de-vista da pesquisa clínica. Os dados do *ECA* (*Epidemiologic Catchment Area*) (ROBINS e col., 1991) sugerem que 75% dos pacientes com depressão maior apresentam comorbidade ao longo da vida.

Em função do objetivo central de nosso estudo ter sido a comparação entre a sintomatologia depressiva atual de duas amostras, foi avaliada a presença da comorbidade *atual* (presença do transtorno nas últimas duas semanas). Utilizando qualquer um dos dois sistemas diagnósticos (DSM III-R e CID-10) os casos de depressão pura (sem comorbidade) variaram entre 36 e 50% na população francesa e na brasileira, não apresentando diferença em cada um

dos sistemas classificatórios utilizados, evidenciando a alta prevalência de comorbidade atual nos pacientes com depressões mais severas.

Não houve diferença na distribuição da maioria dos diagnósticos de comorbidade entre as duas amostras, utilizando a entrevista CIDI segundo os critérios da CID-10 e do DSM III-R. No entanto, os *transtornos de ansiedade* segundo o DSM III-R foram mais prevalentes no Brasil, e a *dependência de hipnóticos e sedativos* em ambos os critérios diagnósticos foram mais prevalentes na França. Os transtornos de ansiedade e os ligados a substâncias psicoativas são os que aparecem com mais frequência em comorbidade com transtornos de humor, tanto em estudos epidemiológicos como clínicos (KESSLER e col., 1996; ANGST, 1996; MERIKANGAS e col., 1996).

A maior prevalência de *dependência de hipnóticos e sedativos* na França pode ser uma explicação para a menor prevalência de *transtornos de ansiedade* segundo o DSM III-R: os franceses, ao utilizarem mais substâncias psicoativas usadas para tratamento de ansiedade, teriam menos sintomas que permitiriam o diagnóstico de transtorno de ansiedade. Além disso, como os franceses possuem uma variedade menor de sintomas na síndrome depressiva (avaliados pela Escala Complementar), é possível que seus sintomas possam ser explicados mais facilmente através do diagnóstico de transtorno de humor e conseqüentemente o número de diagnósticos de comorbidade fiquem mais restritos.

Cabe também salientar para a diferença nos dois sistemas de classificação (DSM III-R e CID-10): que a diferença no número de diagnóstico de comorbidade para *transtornos de ansiedade* só ocorreu quando se utilizava os critérios DSM III-R.

Quando se comparam os dois sistemas diagnósticos, observa-se que em ambas as amostras o sistema DSM III-R diagnostica mais transtornos de pânico do que a CID 10,

provavelmente em função da ênfase na presença de ansiedade antecipatória como critério diagnóstico. A CID-10, ao oferecer maior variedade de diagnósticos para sintomas dissociativos que o DSM III-R, registrou um maior número de diagnósticos deste tipo no Brasil.

5.2.2.2- O comportamento da "ansiedade psíquica"

A ansiedade psíquica, avaliada tanto pela HDRS quanto pela MADRS, mostra um comportamento semelhante. Na amostra brasileira, ela se correlaciona mais fortemente com os itens nucleares da depressão, enquanto que na francesa ela se correlaciona mais fortemente com os itens somáticos de ansiedade. Isto fica evidente através da constituição do fator 2 da HDRS na França. Neste caso, a ansiedade psíquica está agrupada com itens, como hipocondria, ansiedade somática, agitação e perda de peso. Já no Brasil, o Fator 3 ("ansiedade somática") é constituído unicamente por itens somáticos (ansiedade somática, sintomas somáticos gerais, sintomas somáticos gastro-intestinais e hipocondria).

A literatura brasileira sobre a manifestação da sintomatologia depressiva é pequena (LEME E LOPES, 1966). PINHO e colaboradores (1969), embora sem definir claramente a metodologia utilizada para avaliação da sintomatologia, concluíram que no meio baiano é alta a incidência de fenômenos da esfera corporal e baixa a de idéia de culpa e de perseguição. SOUGEY e colaboradores (1994) realizaram o único estudo encontrado que avalia de forma padronizada a sintomatologia depressiva de uma amostra de pacientes brasileiros hospitalizados, comparando os pacientes da região nordeste com uma amostra de pacientes da região sudeste do país. Os autores utilizaram o Sistema LICED-D10 (*List of Integrated Criteria for the Evaluation of Taxonomy for depressive disorders*, PULL e cols, 1981; SOUGEY, 1992) como avaliação padronizada dos pacientes. Neste estudo, os autores não encontraram sintomas

somáticos como preponderantes em nenhuma das amostras. Não há referência de estudos no nosso meio que comparem a sintomatologia depressiva no Brasil com de outras culturas de forma não- impressionística. Os nossos dados sugerem que quando se permite aos pacientes falar livremente a falar de sua sintomatologia e após se argúi objetivamente quanto à presença de outros sintomas, através de uma entrevista semi-estruturada a síndrome depressiva nuclear se manifesta. No entanto, a forma como os sintomas se correlacionam entre si, (isto é, quem está mais lentificado, está também com o humor mais deprimido ou quem está com mais ansiedade somática, também está com mais ansiedade psíquica) é que varia em alguns aspectos nas duas amostras. Na amostra brasileira, a ansiedade psíquica varia de forma relacionada aos sintomas nucleares da depressão: quem apresenta ansiedade psíquica mais intensa, apresenta também mais humor depressivo, mais lentificação motora, mais sentimentos de culpa, mais dificuldade no trabalho e atividades, o que representa o núcleo principal de sintomas pela HDRS-17 e pela MADRS. Já na amostra francesa, a ansiedade psíquica está relacionada aos sintomas de ansiedade somática, hipocondria e agitação, formando um fator complementar. Desta forma, os deprimidos brasileiros parecem diferenciar sofrimento "psíquico" de sofrimento "somático". Já os franceses parecem diferenciar o eixo sentir-se "deprimido" e sentir-se "ansioso". Estes achados mantiveram-se mesmo após o controle para nível de escolaridade. KATON e col. (1982), ao revisar os componentes da somatização e da depressão, consideraram que a percepção do estado afetivo é uma experiência cognitiva que consiste num processo de dar significado a sintomas. Esta experiência cognitiva é composta por uma experiência somática e por uma experiência existencial ou psicológica. Utilizando este modelo, podemos considerar que entre os pacientes franceses a experiência cognitiva de estar deprimido (ou ansioso) é uma experiência integrada de sintomas somáticos e existenciais. Já entre os brasileiros a dissociação entre sintomas somáticos e existenciais é maior. WHITE (1982), ao comparar uma amostra de estudantes

americanos e chineses, evidenciou que os americanos tinham mais tendência a explicar sintomas somáticos através de construtos emocionais, conseqüentemente integrando estas duas dimensões.

5.2.2.3- A importância do "fator insônia" e do "fator ansiedade"

Embora a constituição do "fator insônia" tenha sido semelhante nas duas amostras, com o item *insônia tardia* tendo o maior coeficiente de saturação, a sua importância na explicação da variância total foi diferente. Para a amostra brasileira, ele consistiu no fator 2, responsável por 14% da variância total. Na amostra francesa, sua importância relativa foi menor, situando-se como o fator 3, e explicando 11% da variância da amostra total.

Um comportamento inverso foi apresentado pelo "fator ansiedade". Além de sua constituição interna ter variado (ver Discussão- 5.2.2.2), sua importância relativa para a explicação da variância total também foi diferente. Na amostra brasileira, o "fator ansiedade" foi o fator 3, e responsável pela explicação de 11% da variância total. Na amostra francesa, sua importância relativa foi maior, constituindo o fator 2 e explicando 13% da variância total.

Assim, os itens relativos à insônia são um aspecto sintomatológico importante na amostra brasileira, sendo, depois do núcleo depressivo, o principal grupo de itens relativos a sintomas desta amostra. Este achado pode eventualmente ser utilizado, por exemplo, como agrupamento de sintomas para rastreamento de depressões mais severas na comunidade, pois são de mais fácil investigação que os sintomas nucleares da depressão ou que os sintomas de ansiedade para um instrumento aplicado por investigadores não-psiquiatras.

5.2.2.4- A sintomatologia psicótica

A sintomatologia psicótica está presente em um número maior de pacientes brasileiros

que na amostra francesa, e sua intensidade é maior que na população francesa. Isto fica evidente através dos diferentes itens da Escala Complementar que avaliam a sintomatologia psicótica e da comparação do fator 1 ("psicose") da Escala Complementar. Este achado não pode ser explicado pela intensidade da sintomatologia depressiva, já que a "média" dos escores globais das diferentes escalas são semelhantes, exceção feita ao escore global da Escala Complementar, que não apresenta interesse clínico. Este achado permanece, mesmo controlado para idade e nível de escolaridade. Assim, podemos pensar que as vivências psicóticas são mais prevalentes nos pacientes brasileiros hospitalizados. Sabe-se que a religião tem grande importância na cultura brasileira, especialmente as religiões afro-brasileiras, o espiritismo e as outras práticas sincréticas. Estas religiões não só estimulam o pensamento mágico, como também legitimam as experiências alucinatórias e outras alterações formais de pensamento. Entre os franceses, experiências deste gênero por parte do paciente são culturalmente muito menos legitimadas, e encaradas como formas não-aceitas socialmente de expressar o sofrimento. O teste de hipótese referente ao efeito da religiosidade para explicar a maior prevalência de sintomatologia psicótica ficou prejudicado por não ser eticamente permitido inquirir sobre prática religiosa em projetos de pesquisa na França. Entre os brasileiros estudados, não houve diferença entre os escores no fator 1 "psicose" da escala complementar entre os praticantes e não praticantes de uma religião. Este resultado, não afasta esta hipótese explicativa. NDETEI (1988), estudando pacientes de origens étnicas variadas vivendo em Londres, encontrou uma frequência superior de fenomenologia paranóide e religiosa em pacientes de origem africana e indiana. No entanto, NDETEI & VADHER (1984) ao estudar diferentes síndromes depressivas em pacientes hospitalizados, através do sistema *PSE/CATEGO* (WING e col. 1974), não encontraram diferença entre sub-síndromes (inclusive psicótica) e origem étnica. DHADPHALE e colaboradores (1989), utilizando a escala de Hamilton-21 itens, encontraram, em pacientes quenianos, uma frequência

de sintomas paranóides superior a de sintomas somáticos.

SOUGEY e colaboradores (1994) comparando uma amostra de pacientes deprimidos hospitalizados em duas regiões brasileiras (sudeste e nordeste), através de dezesseis itens do sistema LICET-D10 (*List of Integrated Criteria for the Evaluation of Taxonomy for depressive disorders*, PULL e cols, 1984; SOUGEY, 1992), encontraram que os pacientes da região nordeste se diferenciavam dos da região sudeste por apresentarem maior sintomatologia psicótica, enquanto os da região sudeste apresentavam maior perda de energia. Embora estes dados sejam sobre um número pequeno de pacientes não tendo sido controlados para escolaridade, nível sócio-econômico e idade, é possível supor que esta diferença encontrada entre duas regiões brasileiras culturalmente distintas possa ser análoga à encontrada entre os pacientes brasileiros e franceses. É sabido que historicamente e culturalmente o sudeste brasileiro é bastante distinto do nordeste (RIBEIRO, 1995). O primeiro, representado pela *cultura caipira*, iniciada pela ocupação de mamelucos paulistas que capturavam índios para a venda, seguida pela mineração, pela cafeicultura e finalmente pela industrialização, apresenta hoje uma estrutura social caracteristicamente urbana, industrial, com parâmetros sócio-econômicos próximos àqueles dos países ocidentais desenvolvidos. Já o nordeste, representado pela *cultura crioula*, tem como instituição formadora fundamental o engenho açucareiro, apresentando uma forte influência da cultura afro-brasileira com uma estrutura social que reflete ainda um modelo social tradicional e hierarquizado.

5.2.2.5- A lentificação

A escala de lentificação depressiva apresentou uma estrutura fatorial diferente entre a amostra francesa e brasileira.

Na amostra francesa, um fator único foi isolado na Análise de Componentes Principais com o método de simulação. O fator único apresentou boa correlação com os quatorze itens que compõem a escala.

Já na amostra brasileira, foram identificados dois fatores: fator 1 ("lentificação objetiva"), composto por itens observáveis pelo entrevistador (motores, de fala e fluência idéica); fator 2 ("lentificação subjetiva"), composto por itens descritos pelo paciente (p.ex., interesse, memória, concentração, percepção do tempo). É importante notar que os itens de "lentificação subjetiva" são na sua maioria cognitivos. Assim, podemos destacar que na amostra francesa a lentificação comporta-se como uma dimensão única, isto é, o que o paciente aparenta está altamente relacionado ao que ele percebe e descreve. Na amostra brasileira, uma dimensão de lentificação observada (pelo entrevistador) se separa da dimensão percebida pelo paciente. No entanto, cinquenta pacientes brasileiros apresentaram o escore médio de "lentificação subjetiva" (fator 2) superior à "lentificação objetiva" (fator 1). Apenas dezoito pacientes apresentaram o inverso, isto é, o escore médio de "lentificação subjetiva" superior ao de "lentificação objetiva". Em dois casos os escores médios foram idênticos. Isto reforça a hipótese de que, em pacientes deprimidos, a intensidade do que é percebido pelo próprio paciente é superior ao que é constatado pelo observador.

5.2.2.6- A sintomatologia complementar

A amostra brasileira apresentou um maior número de fatores na escala complementar e um maior número de itens desta escala positivados. Isto sugere que, além de um núcleo depressivo semelhante nas amostras, um maior número de sintomas deva ser pesquisado para realmente caracterizar do ponto-de-vista sintomatológico um deprimido hospitalizado no Brasil.

Resultados semelhantes foram encontrados por MEZZICH e RAAB (1980) comparando a sintomatologia depressiva no Peru e nos Estados Unidos: trinta e seis itens complementares eram mais freqüentes na amostra do Peru e apenas oito eram mais freqüentes na amostra dos Estados Unidos.

5.2.2.7- A comparação entre itens nas diferentes escalas

Diferentemente do que ocorre na Análise de Componentes Principais, que torna possível observar o aspecto qualitativo da relação dos itens das escalas, a análise do escore item a item permite apreciar que sintomas são mais intensos em cada uma das duas populações estudadas.

Onze (13%) dos 87 itens que compõem as quatro escalas estudadas diferiram em seus escores na comparação (controlada para idade e escolaridade) entre a amostra brasileira e a francesa: em 7 itens variados, a amostra brasileira obteve escores superiores, enquanto que na amostra francesa se observaram escores mais elevados em 4 itens diversos (Tabela 3).

Tabela III- Sintomas que obtiveram escores médios significativamente maiores na França e no Brasil

| Escore Brasil > França | Escore França > Brasil |
|---|--|
| SINTOMAS PSICÓTICOS | SINTOMAS COGNITIVOS |
| 21. Ideias niilistas (EC) | 6. Dificuldade de concentração (MADRS) |
| 25. Presença de idéias delirantes ou alucinações (EC) | 9. Pensamentos pessimistas (MADRS) |
| 38. Desconfiança (EC) | MOTORES |
| 34. Auto-compaixão (EC) | 7. Inibição motora (MADRS) |
| HUMOR | 9. Agitação (HDRS) |
| 1. Monotonia afetiva (EC) | |
| ANSIEDADE | |
| 10. Ansiedade psíquica (HDRS) | |
| LENTIFICAÇÃO | |
| 15. Apreciação geral de retardo (ELD) | |

HDRS= Escala de Hamilton para depressão-21 itens; MADRS= Escala Montgomery-Asberg para Depressão; ELD= Escala de lentificação depressiva; EC= Escala Complementar.

Cabe ressaltar que, dos itens em que a amostra brasileira apresentou média superior, predominaram os de *sintomatologia psicótica*, o que já foi discutido anteriormente. Não foram encontrados na amostra brasileira escores superiores em itens de natureza *somática* ou *neuro-vegetativa*. Estudos que compararam sintomatologia depressiva entre os Estados Unidos e países latino-americanos, como o Peru (MEZZICH e RAAB, 1980) e Colômbia (ESCOBAR e col. 1983) evidenciaram uma diferença maior, com marcada preponderância de sintomas somáticos nos países latino-americanos, especialmente no Peru. MEZZICH e RAAB (1980), examinando sessenta e quatro pacientes com depressão hospitalizados nos Estados Unidos e noventa e três pacientes deprimidos ambulatoriais no Peru, observaram que trinta e seis itens investigados foram mais freqüentes na amostra peruana em relação à norte-americana, enquanto apenas oito itens foram mais freqüentes no Estados Unidos. Esta diferença deu-se em função da diferente distribuição de sintomas somáticos nas duas amostras, já que vinte e dois itens

somáticos foram mais freqüentes no Peru contra quatro nos Estados Unidos. ESCOBAR e colaboradores (1983), estudando o perfil sintomático de trinta e dois pacientes nos Estados Unidos e quarenta pacientes na Colômbia, observaram que os pacientes colombianos apresentaram escores superiores no fator *ansiedade-somatização* da Escala de Hamilton 21 itens. Na África, BINITIE (1975), comparando duas amostras de pacientes hospitalizados em Benin (Nigéria) e em Londres através da Análise Fatorial da Escala de Hamilton para Depressão - 21 itens, encontrou os itens *humor depressivo, sintomas somáticos gerais, trabalho e atividades e suicídio* fazendo parte do fator 1 de ambas as amostras. O fator 1 na amostra africana foi complementado por *sintomas gastro-intestionais, retardo e insight*. Já o fator 1 da amostra inglesa foi completado por *ansiedade psíquica, culpa e ansiedade somática*. Os resultados não permitem diferenciar as duas amostras com base nos sintomas somáticos. No estudo multicêntrico da OMS (SARTORIUS e col.1983), quinhentos e setenta e três pacientes de cinco países (Canadá, Índia, Irã, Japão e Suíça) foram entrevistados por clínicos experientados, usando um instrumento padronizado (*SADD - "Schedule for Standardized Assessment of Depressive Disorders"*, SARTORIUS e cols, 1983), bem como critérios definidos para depressão. Os resultados revelaram padrões similares de depressão em todos os centros. A amostra iraniana apresentou a maior freqüência de sintomas de somatização (57%), contrastando com 27% da amostra canadense. KEEGSTRA (1986), estudando 52 pacientes ambulatoriais em Adis-Abeba (Etiópia), com o uso de avaliação semelhante ao estudo da OMS, observou uma freqüência elevada de sintomas somáticos. BALL e CLARE (1990), comparando uma amostra de habitantes de Londres judeus (n=25) e não judeus (n=26), através do *Present State Examination (PSE; WING e col., 1974)* e da escala de Hamilton para depressão, entre outros instrumentos, encontraram hipocondria mais freqüentemente em judeus. GADA e colaboradores (1982) estudaram cem pacientes ambulatoriais indianos e compararam os resultados

com os de outros quatro estudos (dois indianos e dois ocidentais), tendo observado mais sintomas somáticos em pacientes indianos do que nos pacientes ingleses, utilizando a escala de Hamilton.

Uma das diferenças do presente estudo em relação aos demais citados foi o controle estatístico para as variáveis "idade" e "escolaridade", não realizado (curiosamente) por nenhum destes. É possível supor que parte das diferenças por eles encontradas possam ser devidas a estas variáveis. No entanto, mesmo se no presente estudo fossem avaliadas os escores não controlados, apenas dois itens somáticos apresentariam diferença significativa (*insônia precoce (HDRS)* e *sintomas somáticos gastro-intestinais (HDRS)*). Uma explicação para a menor diferença em relação aos sintomas somáticos constatada no presente estudo pode ser pela forma como eles foram avaliados. Nos estudos de MEZZICH e RAAB (1980), de ESCOBAR e colaboradores (1983), da OMS (SARTORIUS e col., 1983), de KEEGSTRA (1986) e de BALL e CLARE (1990) os sintomas somáticos foram avaliados através da frequência com que apareceram em opções dicotômicas do tipo sim-ou-não. Em sintomas onde há um *continuum* de intensidade, a transformação em variáveis dicotômicas pode ampliar pequenas diferenças existentes. No nosso estudo, os sintomas somáticos foram pesquisados através dos escores dos itens presentes nas escalas de avaliação para depressão e comparados, utilizando os escores médios. Uma outra explicação para esta diferença é a de que a amostra brasileira estudada provém de uma região do país que possui vários indicadores sócio-econômicos que a aproximam de países desenvolvidos, o que lhe concederia uma posição intermediária entre os países ditos subdesenvolvidos e desenvolvidos.

Já a amostra francesa teve sintomas mais intensos em relação a itens *cognitivos* e *motores*. Estes achados são coerentes com os resultados que evidenciaram que pacientes de países ocidentais desenvolvidos apresentam maior frequência de sintomas cognitivo-existenciais, quando deprimidos (MARSELLA e col., 1973; GUELFY e col., 1981b).

5.3- Outros resultados

5.3.1- Depressão e distribuição em relação ao sexo

A distribuição em relação ao sexo dos pacientes deprimidos nas duas amostras foi em torno de 3,4 mulheres para cada homem. A preponderância do sexo feminino entre pacientes deprimidos tem sido um dado constante nos estudos ao longo de várias décadas, em diferentes culturas e utilizando diferentes critérios diagnósticos. Os estudos de revisão apontam para uma relação aproximada de 2 mulheres para 1 homem (LEGUAY, 1995), variando de 1,1M : 1H a 3,1M :1H (WEISSMAN e KLERMAN, 1997). KOVESS (1996) numa amostra de cento e trinta e três pacientes, mostrou que a relação numérica entre os sexos se altera com a intensidade da depressão: em depressões leves esta relação foi de 1,1 e em depressões graves, de 2,8 mulheres para 1 homem (KOVESS, 1996).

Quando os pacientes com depressão pura foram analisados separadamente daqueles com comorbidade, esta relação foi modificada. A relação entre mulheres e homens tendeu a aproximar-se nos casos de depressão pura nas amostras brasileiras e francesa, utilizando o critério DSM III-R. UCHOA e colaboradores (1992) examinou pacientes com depressão pura através da entrevista SCID (*Structured Clinical Interview for DSM III-R*, SPITZER e col., 1992), utilizando os critérios do DSM III-R e encontraram a uma relação mulheres/homens de 1:1. Esta relação passava a 2:1 quando eram examinados os pacientes com comorbidade. Para os critérios da CID-10, a amostra brasileira mantém o mesmo comportamento, isto, é uma relação mais próxima de 1:1 para depressão pura do que quando são incluídos os pacientes com comorbidade. Já a amostra francesa comporta-se em relação ao CID 10 de maneira oposta: ocorre um aumento da relação mulheres/homens no caso da depressão pura, e uma diminuição desta relação, no caso da comorbidade. O fato de na mesma população (francesa) dois sistemas diagnósticos terem tido

desempenhos antagônicos leva a reflexão sobre o desempenho destes sistemas em qualquer população. O presente estudo não foi desenhado para investigar o desempenho de dois sistemas classificatórios sobre duas populações diferentes. No entanto, poderíamos indiretamente questionar sobre a eventual possibilidade de o sistema DSM III-R possuir critérios mais válidos para a população francesa que os da CID-10. Ao compararmos as *diretrizes diagnósticas* "episódio depressivo", segundo a CID-10, e os *critérios diagnósticos* do DSM III-R para "depressão maior", observamos que são bastantes semelhantes (Tabela IV). A CID-10 inclui 2 critérios cognitivos a mais (*diminuição da auto-estima e pessimismo em relação ao futuro*) e não considera *hipersônia, aumento de apetite e retardo psicomotor* como diretrizes de um episódio depressivo. Observa-se também que a quase totalidade destes critérios está representada por itens das diferentes escalas presentes no fator 1 (o fator que explica a maior parte da variância) destas diferentes escalas. Assim, podemos presumir que as diferenças no desempenho dos dois sistemas diagnósticos se devam mais a diferenças nos diagnósticos de comorbidade do que nos da síndrome depressiva.

Tabela IV- Lista de critérios diagnósticos em relação aos diferentes sistemas diagnósticos e fator 1 das diferentes escalas

| Critérios diagnósticos (CID-10 + DSM III-R) | CID-10 | DSM III-R | FATOR 1 HDRS | | FATOR 1 MADRS | | FATOR 1 ELD | | FATOR 1 EC | |
|---|--------|--------------|-----------------|----|------------------|----|----------------|----|---------------|----|
| | | | BR | FR | BR | FR | BR | FR | BR | FR |
| Humor deprimido | x | x | x | x | x | x | | | | |
| Perda de interesse/prazer | x | x | x | x | x | x | | x | | |
| Diminuição de energia/fatigabilidade | x | x | | x | | | | x | | |
| Diminuição de atenção/concentração | x | x | | | x | x | | x | | |
| Diminuição da auto-estima/auto- confiança | x | | | | | | | | | |
| Idéias de culpa e inutilidade | x | x | x | x | | | | | | |
| Visões desoladas e pessimistas do futuro | x | | | | x | x | | | | |
| Idéias ou atos auto-lesivos ou suicídio | x | x | | | | x | | | | |
| Sono perturbado | x | | | | x | x | | | | |
| Diminuição do apetite | x | | | | x | x | | | | |
| Perda/ganho de peso ou diminuição/aumento de apetite | | x | | | | | | | | |
| Insônia/hipersônia | | x | | | | | | | | |
| Agitação/retardo psicomotor | | x | x | x | x | x | x | x | | |

HDRS: Escala de Hamilton para depressão; MADRS: Escala de Montgomery-Asberg para depressão;
ELD: Escala de lentificação depressiva; EC: Escala complementar de avaliação da sintomatologia depressiva.

5.3.2- Análise discriminante entre as amostras brasileira e francesa

A análise discriminante de variáveis demográficas e sintomatológicas, tomando como amostra a totalidade de pacientes (brasileiros + franceses), evidenciou a *escolaridade* e a *idade*, como principais variáveis discriminantes entre a amostra brasileira e francesa. A variável sintomatológica mais importante foi o fator "*psicose*" da escala complementar. As variáveis

discriminantes seguintes (*fator 1 da MADRS*) sugerem uma discriminação a partir de um maior comprometimento de sintomas cognitivos da depressão. As variáveis seguintes referem-se a Escala de Hamilton (*escore total e Fator 2 - "Ansiedade"*). Ambas evidenciam uma discriminação a partir do peso maior dos sintomas de ansiedade e de alguns itens somáticos na amostra brasileira.

5.3.3- Validade concorrente entre as escalas de depressão

As escalas utilizadas apresentaram coeficientes de correlação altos e semelhantes aos encontrados por outros autores. No presente estudo, o coeficiente de correlação entre o escore total da de Hamilton-17 itens e o de Montgomery-Asberg foi de 0,82, no Brasil, e 0,85, na França. Outros estudos mostram resultados semelhantes: no Brasil, DRACTU e colaboradores (1987) encontraram 0,89; na Alemanha, SCHMIDKE e col. (1988), 0,85; na França, PELLET e colaboradores (1980), 0,88. O coeficiente de correlação obtido entre a escala de Hamilton-17 itens e a escala de Lentificação Depressiva foi de 0,73 no Brasil e de 0,65 na França. Em estudos franceses, foram encontrados coeficientes de 0,41 (JOUVENT e col., 1980), 0,42 (WIDLÖCHER, 1983b) e 0,68 (LECRUBIER, 1983).

O coeficiente de correlação entre a Escala de Lentificação e a de Montgomery-Asberg no Brasil e na França foi, respectivamente 0,78 e 0,74. Não foram encontrados na literatura internacional outros estudos de validade convergente entre estas duas escalas.

5.3.4- A culpa e a influência da prática religiosa no Brasil

Não foi possível estudar o efeito da prática religiosa sobre a sintomatologia depressiva

na França, pelo impedimento ético de registrar em projetos de pesquisa informações sobre a prática religiosa de uma pessoa. (Este impedimento está ligado às perseguições religiosas ocorridas durante a II Guerra Mundial).

Os indivíduos que possuíam uma prática religiosa regular no Brasil não apresentaram uma pontuação mais baixa nos itens *suicídio (HDRS)*, *pensamentos suicidas (MADRS)*, *sentimentos de culpa (HDRS)*, *pensamentos pessimistas (MADRS)*, bem como *Fator 1- Psicose (EC)* bem como em qualquer outro item das diferentes escalas quando controlados o efeito para idade e escolaridade.

A idéia de que a freqüência do aparecimento de sentimentos de culpa possa ser culturalmente definida possui várias referências na literatura. KRAEPELIN (1904) registrou em suas observações acerca da depressão na Ilha de Java a ausência de sentimentos de culpa. Vários autores que descreveram comparativamente a síndrome depressiva registraram este dado no Brasil (STAINBROOK, 1954 *apud* ANGST, 1973), na África negra (BINITIE, 1975; KALUNTA, 1981; ORLEY, 1979; HAFNER, 1987), na África do Norte (AMMAR e col., 1981, GORBHAL, 1981), bem como no Oriente Médio (EL-ISLAM, 1988) e na Ásia (GADA, 1982). O estudo da OMS (1983), que comparou a sintomatologia depressiva em cinco centros, com avaliação padronizada realizada por entrevistadores experientes e treinados, evidenciou que 68% dos pacientes da amostra suíça, contra 32% da amostra iraniana apresentavam sentimentos de culpa. Existem algumas tentativas de explicar este fenômeno a partir da influência da cultura judaico-cristã no Ocidente, ou ainda através da importância de mecanismos projetivos em culturas ditas "tradicionais", o que explicaria também a maior freqüência de sintomas paranóides nestas culturas.

No entanto, existem autores que questionam este achado. Na verdade, os estudos que o sustentam têm, na sua maioria, uma base impressionística ou apresentam problemas

metodológicos que parecem decorrentes de uma busca de confirmação de uma hipótese apriorística. BERRIOS e colaboradores (1992), ao proporem e desenvolverem uma escala para avaliar culpa, destacam a ausência de formas adequadas para registrar este sintoma. SINGER (1984), ao criticar de um modo geral a não-sofisticação metodológica da maioria dos estudos transculturais, considera que a menor prevalência de culpa observada em culturas não-ocidentais poderia ser mais um artefato de um problema semântico de interpretação de símbolos produzido por um observador estranho à cultura estudada do que propriamente uma diferença real. CHENG (1989) observou que, embora, na sua amostra, as pacientes deprimidas chinesas negassem sentimentos de culpa, associavam culpa necessariamente à criminalidade. Expressavam seu pensamento depressivo através de auto-acusação ou de vergonha. Outro aspecto, frequentemente não controlado nos estudos, é a intensidade da depressão. É possível que alguns sintomas, entre eles os sentimentos de culpa, possam não só ser culturalmente influenciados, mas também aparecerem mais claramente em depressões mais severas. Nosso estudo lidava com pacientes deprimidos hospitalizados com características diagnósticas e de intensidade de depressão comparáveis. Além disso, a cultura dita ocidental tem marcada influência no Brasil especialmente no sul.

5.3.5- Relação da comorbidade sobre a intensidade dos fatores na HDRS

Ao estudar a relação da comorbidade com a intensidade dos escores nos fatores da HDRS em ambas as populações, observou-se que a presença de comorbidade tende a aumentar o escore total da escala de Hamilton. No entanto, este aumento deve-se aos escores de itens que compõem os fatores "*ansiedade*" e "*insônia*". O fator 1, representado pelos sintomas nucleares da depressão, não se modifica pela presença ou ausência de comorbidade.

Este achado fica evidente, na amostra francesa, quando se utilizam os critérios diagnósticos do DSM III-R e, na amostra brasileira, quando se utilizam critérios da CID 10. Em nossa revisão, não encontramos estudos transculturais que simultaneamente tenham utilizado dois sistemas diagnósticos com entrevistas estruturadas. O processo diagnóstico em psiquiatria parece não ser o mesmo, quando se utiliza uma entrevista estruturada ou uma entrevista clínica (SAGUIR, 1971; FLECK e col. 1995b), embora vários estudos tenham mostrado razoável confiabilidade entre entrevistas estruturadas e clínicas, com pacientes cooperativos sem sintomas psicóticos (JANCA e col., 1992; SPENGLER e WITTCHEN, 1988). Como é sabido, o sistema DSM III-R e a CID-10 possuem pressupostos comuns: a busca de serem ateóricos, a ênfase na descrição dos quadros clínicos com acento na sintomatologia e no curso do transtorno, a operacionalização através da utilização de critérios ou diretrizes diagnósticas. Ambos têm como principal objetivo aumentar a confiabilidade dos diagnósticos para que os psiquiatras possam chegar a "uma linguagem comum" (SARTORIUS e col. 1993 e 1995). Além dos princípios gerais comuns, existem várias diferenças menores nos critérios para os diferentes transtornos. O impacto destas diferenças está ainda longe de ser estabelecido. Neste estudo, quando se avaliou a relação da comorbidade com a sintomatologia depressiva nuclear em duas populações diferentes, observou-se que a presença de comorbidade na França, segundo o DSM III-R, apresentou resultados semelhantes aos do Brasil, com respeito à comorbidade, segundo os critérios da CID 10. É possível concluir que alguns critérios diagnósticos, embora possuindo confiabilidade semelhante (MELLSOP e col., 1991), tenham uma validade diferente para diferentes populações, o que ficaria mais evidente em pacientes com múltiplos diagnósticos (comorbidade).

6- CONCLUSÕES

6.1- Principais

6.1.1- Foi identificado um núcleo de sintomatologia depressiva bastante semelhante entre as amostras de pacientes deprimidos hospitalizados no Brasil e na França, composto por *humor depressivo, culpabilidade, diminuição de trabalho e atividades, e retardo*. Estes sintomas foram idênticos à quatro dos seis sintomas nucleares descritos por Bech (1981). Os outros dois da descrição de Bech (1981) (*ansiedade psíquica e sintomas somáticos gerais*), aparecem de forma alternada no Brasil (*ansiedade psíquica*) e na França (*sintomas somáticos gerais*).

6.1.2- O componente "ansiedade" da síndrome depressiva tem um comportamento diferente nas duas amostras. Na amostra brasileira, a ansiedade psíquica foi quantitativamente mais elevada que na francesa e qualitativamente mais relacionada aos sintomas nucleares da depressão, fazendo parte do "fator nuclear". Na amostra francesa ficou mais relacionada a sintomas somáticos de ansiedade, compondo as características acessórias da depressão (fator II).

Assim, na amostra brasileira, o que é "psíquico" e o que é "somático" e, na amostra francesa, o que é "depressão" e o que é "ansiedade" ficaram agrupados separadamente.

6.1.3- A sintomatologia psicótica é mais freqüente e mais intensa na amostra brasileira, e constituiu-se no principal fator sintomatológico com poder discriminante entre as duas amostras.

6.1.4- Os achados não permitem afirmar que a depressão na amostra brasileira tenha uma "preponderância de sintomas somáticos" e na francesa "preponderância de sintomas cognitivos".

A diferença observada foi de natureza qualitativa e não quantitativa. Assim, foi constatado que os franceses conseguem discriminar sintomas depressivos de sintomas de ansiedade. Já a amostra brasileira separa sofrimento psíquico de sofrimento "físico" (somático), sem discriminar depressão de ansiedade.

6.1.5- Os achados não são explicados por diferenças de nível educacional e de idade apresentadas entre as duas populações. Consequentemente, acredita-se que as diferenças ocorram muito mais por influência de aspectos mais gerais e abrangentes da estrutura cultural de cada amostra.

6.2- Secundárias

6.2.1- A presença de comorbidade em ambas as populações relaciona-se com a maior intensidade nas depressões às custas dos fatores secundários, mantendo inalterada a intensidade dos sintomas nucleares da depressão.

6.2.2- A presença de comorbidade está associada a uma relação aumentada de mulheres para homens. Os casos de depressão pura apresentam relação mais próxima de 1 para 1 e esta relação é dependente do sistema diagnóstico utilizado.

6.3.3- Os indivíduos que tinham uma prática religiosa regular (independente do credo) no Brasil não tiveram escores menores em nenhum dos itens das escalas de depressão.

Cabe salientar que estas conclusões devam ser consideradas para pacientes com síndromes depressivas suficientemente graves para estarem internados. Além disso, referem-se a amostras pequenas e restritas a regiões específicas de ambos os países com características culturais particulares. Mais estudos em diferentes regiões de nosso país são necessários para estabelecer um real perfil da sintomatologia depressiva na população brasileira.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AAL, L.J. (1976). "The western psychiatrist and his non-western clientele." *Canadian Psychiatric Association Journal* 21(6):353-359.
- ABBEY, S.E. e GARFINKEL, P.E. (1991). "Neurasthenia and chronic fatigue syndrome: the role of culture in the making of a diagnosis". *American Journal of Psychiatry* 148(12):1638-1645.
- ADAY, L.A.; CHIU, G.Y.; ANDERSEN, R. (1980). "Methodological issues in health care surveys of the Spanish heritage population". *American Journal of Public Health* 70: 367-74.
- AITKEN, R.C.B. (1969). "Measurement of feelings using visual analogue scales". *Proceedings of the Royal Society of Medicine* 62(10):989-993.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3ª edição) - DSM III*, Washington, APA.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1987) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3ª edição revisada) - DSM III-R*, Washington, APA.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1995). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4ª edição) - DSM IV*, Washington, APA.
- AMMAR, R.S.; DOUKI, S.; BOUCEBCI, M.; CHKILI, T. e MOUSSAOUI, D. (1981). Aspects cliniques et psychopathologiques de la dépression au Maghreb. *Psychopathologie Africaine*, XVII(1/2/3): 16-26, 1981.
- ANDERSON, R.B.(1984). "On the comparability of meaningful stimuli in cross-cultural research". Em: MEZZICH, J. e BERGANZA, C. *Culture and Psychopathology*, Nova Iorque, Columbia University Press.
- ANGST, J. (1973). "La dépression masquée du point de vue transculturel". Em: KIELHOLTZ, P. *La dépression masquée*, Paris, Masson.
- ANGST, J. "Comorbidity of mood disorders: a longitudinal study". *British Journal of Psychiatry* 168 (suppl. 30):31-37, 1996.
- ASBERG, M.; MONTGOMERY, S.A.; PERRIS, C. e col. (1978) "A comprehensive psychopathological rating scale". *Acta Psychiatrica Scandinavica* suppl. 271:5-27.
- BALL, R.A e CLARE, A.W.(1990). "Symptoms and social adjustment in jewish depressives". *British Journal of Psychiatry* 156:379-383.
- BASTOS, C.L. (1995) "Delírio persecutório e depressão: uma abordagem transcultural e suas conseqüências terapêuticas." *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 44(10):507-513.
- BEALL, L. (1969). "The psychopathology of suicide in Japan." *Transcultural Psychiatric*

Research Review 6:41.

BEARD, G. (1869). "Neurasthenia, or nervous exhaustion". *Boston Medical and Surgical Journal* 80:217-221.

BECH, P.; GRAM, L.F.; DEIN, E. e col. (1975). "Quantitative rating of depressive states: correlation between clinical assessment, Beck's self rating scale and Hamilton objective rating scale". *Acta Psychiatrica Scandinavica* 51:161-170.

BECH, P. e RAFAELSEN, O.J. (1980a). "The use of rating scale exemplified by a comparison of the Hamilton and the Bech-Rafaelsen melancholia scale". *Acta Psychiatrica Scandinavica* 285(62):128-131.

BECH, P.; GRAM, L.F.; REISBY, H. e RAFAELSEN, O.J. (1980b). "The WHO depression scale. Relationship to the Newcastle scales". *Acta Psychiatrica Scandinavica* 62:140-153.

BECH, P.; ALLERUP, P.; GRAM, L.F. e col. (1981). "The Hamilton depression scale: evaluation of objectivity using logistic models". *Acta Psychiatrica Scandinavica* 63:290-299.

BECH, P.; KASTRUP, M. e RAFAELSEN, O.J. (1986). "Mini-compendium of rating scales for states of anxiety, depression, mania e schizophrenia with corresponding DSM III syndromes". *Acta Psychiatrica Scandinavica* suppl. 326:1-37.

BECK, A.T.; WARD, C.H.; MENDELSON, M e col. (1961). "An Inventory for measuring depression". *Archives of General Psychiatry* 4:53-63.

BECK, A.T. e BEAMESDERFER, A. (1974). "Assessment of Depression: The Depression Inventory". Em: PICHOT, P. *Psychological measurements in Psychopharmacology. Mod Probl. in Pharmacopsychiatry* 7:151-159, Paris, Karger.

BEISER, M.; BENFARI, R.; COLLOMB, H. e RAVEL, J.L. (1976) "Measuring psychoneurotic behavior in cross-cultural surveys". *The Journal of Nervous and Mental Disease* 163(1):10-23.

BENSMAIL, B.; BENTORKI, H. e TOUARI, M. (1981). "La dépression en Algérie: Aspects culturels et évolution épidémiologique". *Psychopathologie Africaine* XVII(1/2/3):143-153.

BERNER, P. e BERNER, D. (1987). "Approche transculturelle de la dépression". *Psychologie Médicale* 19(12):2205-2209.

BERRIOS, G. e BULBENA, A. (1990). "The Hamilton depression scale and the numerical description of the symptoms of depression". Em: BECH, P. e COPPEN, A. *The Hamilton scales. (Psychopharmacology series)*, Berlin,. Springer-Verlag.

BERRIOS, G.E.; BULBENA, A.; BAKSHI, N. e cols. (1992). "Feelings of guilt in Major Depression: conceptual and psychometric aspects". *British Journal of Psychiatry* 169:781-787.

- BERRIOS, G. (1995). "Mood disorders". Em: BERRIOS, G. e PORTER, R. *A History of Clinical Psychiatry: The origin and History of Psychiatric Disorders*, Londres, Athlone.
- BIBEAU, G. (1981). "Prelables a une épidemiologie anthropologique de la dépression". *Psychopathologie Africaine* XVII(1/2/3):96-112.
- BINITIE, A. (1975). "A factor-analytical study of depression across cultures (African and European)". *British Journal of Psychiatry* 127:559-563.
- BINITIE, A. (1981). "The clinical manifestations of dépression in africans". *Psychopathologie Africaine* XVII(1/2/3):36-40.
- BLEULER, E. (1950). *Dementia Praecox or the group of Schizophrenias*, Nova Iorque. International Universities Press, (1911).
- BRILL, A.A. (1913). "Piblokto or hysteria among Peary's eskimos". *The Journal of Nervous and Mental Disease* 40:514-520.
- BRODY, E. (1967). "Transcultural Psychiatry, human similarities and socio-economic evolution". *American Journal of Psychiatry* 124(5): 617-622.
- BURTON-BRADLEY, B.G. (1969). "Papua and New Guinea - transcultural psychiatry. I. Historical precursors. II. The first one thousand referrals". *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 3, 124.
- BUSNELLO, E.; LIMA, B e BERTOLOTE, J.M. (1983a). "Aspectos interculturais de classificação e diagnóstico - tópicos psiquiátricos e psicossociais na Vila São José do Murialdo". *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 32(4):207-210.
- BUSNELLO, E.; LIMA, B.; GOMES, R. e BERTOLOTE, J.M. (1983b). "Identificação e manejo dos doentes mentais crônicos num local de cuidados primários em Porto Alegre, Brasil". *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 32(6):359-363.
- CADORET, R. e WILSON, D. (1983). "Somatization among depressed patients in industrialized nations". *American Journal of Psychiatry* 140(8):1103-1104.
- CARNEY, M.W.P.; ROTH, M. e GARSIDE, R.F. (1965). "The diagnosis of depressive syndromes and prediction of ECT response". *British Journal of Psychiatry* 111:659-674.
- CARNEY, M.W.P. e SHEFFIELD, B.F. (1972). "Depression and Newcastle scales: their relationship to Hamilton's scale". *British Journal of Psychiatry* 121:35-40.
- CARROL, B.J.; FIELDING, J.M. e BLASHKI, T.G. (1973). "Depression rating scales: a critical review". *Archives of General Psychiatry* 28:361-366.
- CARROL, B.J.; FEINBERG, M.; SMOUSE, P.E. e col. (1981). "The Carrol rating scale for depression I. Development, reliability and validation". *British Journal of Psychiatry* 138:194-

200.

CHAN, D.(1985). "The Chinese version of the General Health Questionnaire: does language make a difference"? *Psychological Medicine* 15:147-155.

CHANG, W. (1985). "A cross-cultural study of depressive symptomatology". *Culture, Medicine and Psychiatry* 9:295-317.

CHEN, C.C. (1978). "Application of self rating symptom scales to psychiatric outpatients". *Bulletin of the Chinese Society of Neurology and Psychiatry* 4:47-56.24.

CHENG, T. e WILLIAMS, P. (1986). "The design and development of a screening questionnaire (CHQ) for use in community studies of mental disorders in Taiwan". *Psychological Medicine* 16:415-422.

CHENG, T.A. (1989). "Symptomatology of minor psychiatric morbidity: a cross-cultural comparison". *Psychological Medicine* 19:697-708.

CLEARY, P. e GUY, W. (1977). " Factors analysis of the Hamilton depression scale". *Drugs and Experimental Clinical Research* 1:115-120.

COLLOMB, H. (1966). "Psychiatrie et cultures". *Psychopathologie Africaine* I(2):259.

COMSTOCK, G. e HELSING, K. (1976). "Symptoms of depression in two communities". *Psychological Medicine* 6:551-563.

CONDE LOPEZ, V.; ESCRIBA, P.; IZQUIERDO, T. (1970). "Evaluacion estadistica y adaptacion castellana de la escala autoaplicada para la depression de Zung". *Archivos de Neurobiologia* 22: 185-206.

CONDE LOPEZ ,V. e SANCHEZ DE VEGA, J. (1969). "La escala autoaplicada para la depression de Zung". *Archivos de Neurobiologia* 21: 535-558.

CORDERO VILLAFÁFILA, A. e RAMOS-BRIEVA, J.A. (1988). "A new validation of the Hamilton rating scale for depression". *Journal of Psychiatric research* 22(1):21-28.

CRAIG, T.J e VAN NATTA, M.A. (1979). "Influence of demographic characteristics on two measures of depressives symptoms". *Archives of General Psychiatry* 36:149-154.

CRAVERO, J.P. e DIONOT, T. (1981). "Modalités expressives des dépressions a l'île de la Réunion". *Psychopathologie Africaine* XVII(1/2/3):64-72.

DALGALARRONDO P. (1994). *Os inícios da etnopsiquiatria*. Não publicado.

DE LA TOURRETE, G. (1884). "Étude sur une affection nerveuse caracterisée par de l'incordination motrice accompagné d'écholalie et de coprolalie: Jumping, Latah, Myriachit". *Archives of Neurologie* VII:158-200; IX:19-42, 68-74.

- DELILE, J.M. e BOURGEOIS M. (1986). "Épidémiologie transculturelle de la dépression". *Annales Médico-Psychologiques* 144(1):27-46.
- DEVEREUX, G. (1978). "Culture and symptomatology". *Ethnopsychiatria* 1-2:201-212.
- DHADPHALE, M.; COOPER, G. e CARTWRIGHT-TAYLOR, L. (1989). "Prevalence and presentation of depressive illness in a primary care health care setting in Kenya". *American Journal of Psychiatry* 146(5):659-661.
- DIOP, M. (1967). "La dépression chez le noir africain". *Psychopathologie Africaine* III(2):183-194.
- DOUKI, S.; ATTIA, S.; GHORBAL, F.; HAFFANI, F. e AMMAR, S. (1981). "Dépression et culpabilité en Tunisie". *Psychopathologie Africaine* XVII(1/2/3):154-158.
- DRATCU, L.; COSTA RIBEIRO, L.; CALIL, H. (1987). "Depression Assessment in Brazil: The first Application of the Montgomery-Asberg Depression Rating Scale". *British Journal of Psychiatry* 150:797-800.
- DREYFUS, J.F. ; GUELFY, J.D.; RUSCHEL, C. e col.(1981). "Structure factorielle de l'échelle de dépression de Hamilton II". *Annales Médico-Psychologiques (Paris)* 139:446-453.
- DUARTE, L.F.D. (1993). "Os nervos e a antropologia médica norte-americana: uma revisão crítica". *Physis* III(2):43-73.
- DUNNER, D.; JIE, S.Q.; PING, Z.Y. e col. (1984). "A study of primary affective disorder in the People's Republic of China". *Biological Psychiatry* 19(3):353-359.
- EBIGBO, O. e IHEZUE, U.H.(1982). "Uncertainty in the use of western diagnostic illness categories for labelling mental illness in Nigeria". *Psychopathologie Africaine* XVIII(1):59-74.
- EL-ISLAM, M.K.; MOUSSA, M.A.A.; MALASI, T.H. e col. (1988). "Assessment of depression in Kuwait by principal component analysis". *Journal of Affective Disorders*, 14:109-114.
- ELLENBERGER, H.F.(1981). "Psychiatrie transculturelle". Em: DUGUAY, R.; ELLENBERGER, H.F. e col. *Précis pratique de psychiatrie*, Paris, Maloine.
- ELLIS, G. (1893). "The Amok of the Malays". *The Journal of Mental Science* XXXIX:325-338.
- ELLIS, G. (1897). "A mental malady of the Malays". *The Journal of Mental Science* XLIII:32-40.
- ESCOBAR, J.I; GOMEZ, J. e TUASON, V.B. (1983). "Depressive phenomenology in North and South American patients". *American Journal of Psychiatry* 140(1): 47-51.
- ESQUIROL, J.E. (1820) "Mélancolie". Em: *Dictionnaire des Sciences Médicales par une Société de Médecins et de Chirurgiennes*, Paris, Panckoucke.

- EVANS, J. (1991) "Culture as a confounding variable". *Psychosomatic Medicine* 158:133.
- FABREGA, H.; SWARTZ, J.D.; WALLACE, C.A. (1968). "Ethnic differences in psychopathology. I. Clinical correlates under varying conditions". *Archives of General Psychiatry* 19: 218-226.
- FABREGA, H. (1974). "Problems implicit in the cultural and social study of depression, 36(5):377-398.
- FABREGA, H. (1988). "Black-White differences in psychopathology in an Urban Psychiatric population". *Comprehensive Psychiatry* 29(3):285-297.
- FABREGA, H.(1992). "Diagnosis interminable: Toward a culturally sensitive DSM-IV". *The Journal of Nervous and Mental Disease* 180(1):5-7.
- FABREGA, H. (1995). "Cultural challenges to the psychiatric enterprise". *Comprehensive Psychiatry* 36(5):377-383.
- FAVAZZA, A.R. e OMAM, M. (1984). "Overview: Foundations of cultural psychiatry". Em: MEZZICH, J. e BERGANZA, C. *Culture and psychopathology*, Nova Iorque, Columbia University Press.
- FEIGHNER, J.P; ROBINS, E.; GUZE, S. e col.(1972). "Diagnostic Criteria for use in psychiatric research". *Archives of General Psychiatry* 26:57-63.
- FEINBERG, M.; CARROLL, B.J.; SMOUSE, P.E. e RAWSON, S.G. (1981) "The Carrol rating scale of depression III. Comparison with others rating instruments". *The British Journal of Psychiatry* 138:205-209.
- FEINSTEIN, A.R. (1970). "The pre-therapeutic classification of comorbidity in chronic disease" *Journal of Chronic Diseases* 23, 455-468.
- FIGUEIREDO, J.M. e LEMKAU, V.(1980). "Psychiatric interview across cultures: some problems and prospects". *Social Psychiatry* 15:117-121.
- FLASKERUD, J.H. e LI-TZE, H. (1992). "Relationship of ethnicity to psychiatric diagnosis". *The Journal of Nervous and Mental Disease* 180:296-303.
- FLECK, M.P.A.; GUELFY, J.D.; POIRIER-LITTRE, M.F.; LOO, H. (1994). "Application d'un guide pour l'entretien structuré adapté à quatre échelles de dépression". *L'Encephale* 20:479-486.
- FLECK, M.P.A.; POIRIER-LITTRE, M.F.; GUELFY, J.D. e col. (1995a). "Factorial structure of the 17-item Hamilton depression rating scale". *Acta Psychiatrica Scandinavica* 92:168-172.
- FLECK, M.P.A.; WALLAUER, A.P.; SHIBA, A. e col. (1995b). "Avaliação diagnóstica de paciente com síndrome depressiva: um estudo comparativo entre entrevista clínica e estruturada". *Revista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre* 15:32-34.

FLECK, M.P.A.; CHAVES, M.L.F.; GUELFY, J.D. e col. (1997). "Aplicação da versão em português de um guia para entrevista semi-estruturada adaptada a quatro escalas de depressão". *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 46(4) (no prelo).

FLECK, M.P.A. e BOURDEL, M.C. (1997). "A escolha do número de componentes na análise de componentes principais: a propósito do método de simulação". *Revista de Saúde Pública* (enviado para publicação).

FLETCHER, R.; FLETCHER, S. e WAGNER, E. (1989). *Epidemiologia clínica*, Porto Alegre, Artes Médicas.

FOLSTEIN, M.F. e LURIA, R. (1973). "Reliability, validity, and clinical application of the visual analogue mood scale". *Psychological Medicine* 3:479-486.

FREUD, S. (1974). "Totem e tabu". Em: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* vol. 13, Rio de Janeiro, Imago (1917), pp13-194.

GADA, M.T. (1982). "A cross cultural study of symptomatology of depression: eastern versus western patients". *The International Journal of Social Psychiatry* 28(3):195-202.

GALINOVSKI, A.; ZAMIA, P. e SAYA, L. (1991). "A factor analysis of MADRS in Medifoxamine studies". *Congresso Mundial de Psiquiatria Biológica* (Florença, Itália).

GHORBAL, M. (1981). *Dépression et Culture. A propos de la dépression dans le Maghreb*, Paris, Masson.

GIROLAMO, G. (1993). "Cross-cultural differences in depression". *Focus on Depression* 4(2):28-38.

GIEL, R. (1966). "Problems of Transcultural Psychiatric Research". *Psychiatria, Neurologia, Neurochirurgia* 69:217-224.

GOLDBERG, D.P. e BLACKWELL, B. (1970). "Psychiatric illness in general practice: a detailed study using a new method of case-identification". *British Medical Journal* 2:439-443.

GOLDBERG, D.P. e HILLIER, V.F. (1979). "A scale version of the General Health Questionnaire". *Psychological Medicine* 9:139-145.

GOLDING, J.M. e LIPTON, R.I. (1990). "Depressed mood and major depressive disorder in two ethnic groups". *Journal of Psychiatric Research* 24(1):65-82.

GUELFY, J.D.; DREYFUS, J.F.; RUSCHEL, S. e col. (1981a) "Structure factorielle de l'échelle de dépression de Hamilton I". *Annales Médico-Psychologiques (Paris)* 139:199-214.

GUELFY, J.D.; SIMON, M.; MONTIER, C. e col. (1981b). "Étude comparative de la symptomatologie dépressive chez des patients hospitalisés de culture française et maghrébine". *Psychopathologie Africaine* XVII:171-189.

- GUELFY, J.D. (1983). "Sémiologie et échelles d'évaluation en psychiatrie de l'adulte". *L'évolution Psychiatrique* 48(2):485-505.
- GUELFY, J.D. (1993). *L'évaluation clinique standardisée en Psychiatrie*, Paris, Éditions Médicales Fabre.
- GUEYE, M. e M'BOUSSOU, M. (1981). "Évolution des conceptions thérapeutiques des états dépressifs en 20 ans a Fann (1961-1980)". *Psychopathologie Africaine* XVII(1/2/3):197-208.
- GUPTA, R.; SINGH, P.; VERMA, S. e col. (1991). "Standardized Assessment of Depressive Disorders: a replicated study from northern India". *Acta Psychiatrica Scandinavica* 84:310-312
- GUTIERREZ, J.L.A.(1979). "Aspectos transculturales de las depresiones". *Revista de Psiquiatria y Psicología Médica de Europa y America Latina* XIV(3):171-178.
- HAFNER, J.; TEN HORN, G.H.M.M. e MOSCHEL, G.(1987). "Kulturspezifische oder universelle depressive erkrankungen"? *Schweizer Archives für Neurologie und Psychiatrie*, 138(5):31-50.
- HALL, E.T. (1983). *The dance of life*, Nova Iorque, Ancor.
- HAMILTON, M. (1960). "A rating scale for depression". *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 26: 56-62.
- HAMILTON, M. (1967). "Development of a rating scale for primary depressive illness". *British Journal of Social and Clinical Psychology* 6:278-296.
- HANK, C.; AYUSO GUTTIERREZ, J.L. e RAMOS-BRIEVA, J.A. (1981). "Les formes cliniques de la dépression et culture: une étude comparative: Espagne/Sénégal". *Psychopathologie Africaine* XVII(1/2/3):73-78.
- HARDING, T.W.; DE ARANGO, M.V.; BALTAZAR, J. e col. (1980). "Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries". *Psychological Medicine* 10:231-241.
- HELMAN, C.H. (1991). "Research in primary care: the qualitative approach". Em: NORTON, P.G.; STEWARD, M.; TUDIVER, F.; BASS, M. e DUNN, E. *Primary care research: traditional and innovative approaches*, Londres, Sage.
- HUGHES, J.R.; O'HARA, M.W. e REHM, L.P. (1982). "Measurement of depression in clinical trials: an Overview". *Journal of Clinical Psychiatry* 43(3):85-88.
- HUSAINI, B.; NEFF, J.A.; HARRINGTON, J.B.; HUGHES, M.D. e STONE, R.H. (1980). "Depression in rural communities: validating the CES-D scale". *Journal of Community Psychology* 8:20-27.
- IFABUMUYI, O.I. (1981). "The dynamics of central heat in depression". *Psychopathologie*

Africaine XVII(1-2-3):127-133.

JABLENSKI, A. SARTORIUS, N. GULBINAT, W. e ERNBERG, G. (1981). "Characteristics of depressive patients contacting psychiatric services in four cultures". *Acta Psychiatrica Scandinavica* 63: 367-383.

JANCA, A.; ROBINS, L.N.; BUCHOLZ, K.K. e col. (1992). "Comparison of the Composite International Diagnostic Interview and clinical DSM III-R criteria checklist diagnoses". *Acta Psychiatrica Scandinavica* 85:440-443.

JILEK, W.G. (1995). "Emil Kraepelin and comparative sociocultural psychiatry". *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 245:231-238.

JOUVENT, R.; FRECHETE, D.; BINOUX, F. e col. (1980). "Le ralentissement psycho-moteur dans les états dépressifs: construction d'une échelle d'évaluation quantitative". *L'Encephale* VI:41-58.

KALUNTA, A. (1981). "Depressive illness its cultural aspects". *Psychopathologie Africaine* XVII(1/2/3):113-126.

KAPLAN, H. e SADOCK, B. (1993). " Transtornos do Humor". Em: KAPLAN, H. e SADOCK, B. *Compêndio de Psiquiatria*, Porto Alegre, Artes Médicas, pp 401.

KAPUR, R.L.; KAPUR, R.L. e CARSTAIRS, G.M. (1974). "Indian Psychiatric Interview Schedule (IPIS)". *Social Psychiatry* 9:61-65.

KATON, W.; KLEINMAN, A. e ROSEN, G. (1982). "Depression and somatization: a review. Part 1". *The American Journal of Medicine* 72:127-135.

KEARNS, N.P.; CRUICKSHANK, C.A.; MCGUIGAN, K.J. e col. (1982). "A comparison of depression rating scales". *British Journal of Psychiatry* 141:45-49.

KEEGSTRA, H.J. (1986). "Depressive disorders in Ethiopia: A standardized assessment using the SADD schedule". *Acta Psychiatrica Scandinavica* 73:658-664.

KENDELL, R.E.; COOPER, J.E.; GOURLAY, A.J. e col. (1971). "Diagnostic criteria of American and British psychiatrists". *Archives of General Psychiatry* 25:123-130.

KENDELL, R.E.; COOPER, J.E.; GOURLAY, A.J. e col. (1984). "Diagnostic criteria of American and British psychiatrists". Em: MEZZICH, J. e BERGANZA, C. *Culture and Psychopathology*, Nova Iorque, Columbia University Press.

KESSLER, R.C.; NELSON, C.B.; MCGONAGLE, K.A. e col. (1996). "Comorbidity of DSM III-R Major Depressive Disorder in the general population: results from the US National Comorbidity Survey". *British Journal of Psychiatry* 168 (suppl. 30):17-30.

KILOH, L.G. e GARSIDE, R.F. (1963). "The independence of neurotic and endogenous

depression". *British Journal of Psychiatry* 109:451-463.

KINZIE, J.D.; MANSON, S.P.; VINH, D.T. e col. (1982). "Development and validation of a vietnamese-language depression rating scale". *American Journal of Psychiatry* 139(10):1276-1281.

KINZIE, J.D. e MANSON, S.P. (1987). "The use of self-rating scales in cross-cultural psychiatry". *Hospital and Community Psychiatry* 38(2):190-196.

KIRMAYER, L.J.(1984). "Culture, affect and somatization". *Transcultural Psychiatry Research Review* 21, 237-261.

KLEINMAN, A. (1977). "Depression, somatization and the "new cross-cultural Psychiatry". *Social Science and Medicine* 11:3-10.

KLEINMAN, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture: An Expoloration of the borderland between anthropology, Medicine and Psychiatry*, Berkeley, University of California Press.

KLEINMAN, A. (1982) "Neurasthenia and depression: A study of somatization and culture in China". *Culture, Medicine and Psychiatry* 6:117-190.

KLEINMAN, A e GOOD, B. (1985). "Introduction: Culture and Depression". Em: KLEINMAN A e GOOD B. *Culture and Depression*. Berkeley, University of California Press.

KLEINMAN, A. (1987a). "Culture and clinical reality: commentary on culture-bound syndromes and international diseases classifications". *Culture, Medicine and Psychiatry* 11:49-52.

KLEINMAN, A. (1987b). "Anthopology an Psychiatry: the role of culture in cross-cultural research on illness". *British Journal of Psychiatry* 151, 447-454..

KOHN, R., FLAHERTY, J. e LEVAV, I. (1989). "Somatic symptoms among older soviet immigrantes: an exploratory study". *The International Journal of Social Psychiatry* 35(4):350-360.

KORTMANN, F.; HORN, S.T. (1988). "Comprehension and motivation in responses to a psychiatric screening instrument: Validity of the SRQ in Ethiopia". *British Journal of Psychiatry* 153:95-101.

KOVES, V.; MURPHY, H.B.M. e TOUSIGNANT, M. (1987). "Urban-rural comparisons of depressive disorders in French Canada". *The Journal of Nervous and Mental Disease* 175(8):457-465.

KRAEPELIN, E. (1974). "Comparative Psychiatry". Em: HIRSCH, S. e SHEPERD, M. *Themes and variations in European Psychiatry*, Bristol, John Wright e sons. (1904).

KRAUSE, I-B. (1989). "Sinking heart: a Punjabi communication of distress". *Social Science and*

Medicine 29(4):563-575.

KORTMAN, F. e TEN HORN S. (1988). "Comprehension and motivation in responses to a psychiatric screening instrument: Validation of the SRQ in Ethiopia". *British Journal of Psychiatry* 153:95-101.

KOVES, V. (1996). "Épidémiologie et Santé Mentale", Paris, Flammarion.

LAMBO, T.-A. (1956). "Neuropsychiatric observations in the WESTERN region of Nigeria". *British Medical Journal* 2:1388-1394.

LAMBO, T.-A. (1960). "Further neuropsychiatric observations in Nigeria". *British Medical Journal* 11:1696-1704.

LAPLANTINE, F. (1987). *Les médecines parallèles*, Paris, Presses Universitaires de France.

LAPLANTINE, F. (1988). *L'ethnopsychiatrie*. Paris. Presses Universitaires de France.

LECRUBIER, Y. (1983). "Les différents mesures: Présentation d'un instrument de mesure clinique". Em: WIDLÖCHER, D. *Le Ralentissement Dépressif*, Paris, Presses Universitaires de France.

LEFF, J. (1978). "Psychiatrists' versus patients' concepts of unpleasant emotions". *British Journal of Psychiatry* 133:306-313.

LEFF, J. (1981). *Psychiatry around the world: a transcultural view*, Nova Iorque, Marcel Dekker.

LEFF, J. (1990). "The "New cross-cultural Psychiatry". *British Journal of Psychiatry* 156:305-307.

LEGUAY, D. (1995). "Épidémiologie des troubles dépressifs". Em: ROUILLON, F.; LEPINE, J.P.; TERRA, J.L. *Épidémiologie psychiatrique*, Paris, IEEP.

LEME LOPES, J. (1966). "Psiquiatria Transcultural". *4eme Congrès de Psychiatrie* 1:235-228.

LEMOINE, P.; CAPPADORO, R. e MARIE-CARDINE, M. (1981). "La dépression chez les travailleurs maghrébins immigrés". *Psychopathologie Africaine* XVII(1/2/3):166-170.

LEWIS-FERNÁNDEZ R. e KLEINMAN, A. (1994). "Culture, personality and psychopathology". *Journal of Abnormal Psychology* 103(1):67-71.

LERNER, J. e NOY, P. (1968). "Somatic complaints in psychiatric disorders: social and cultural factors". *The International Journal of Social Psychiatry* 14(2):145-150.

LIPOWSKI, Z.J. (1988). "Somatization: the concept and its clinical application". *American Journal of Psychiatry* 145(11):1358-1368.

- LITTLEWOOD, R. (1985a). "An indigenous conceptualization of reactive depression in Trinidad". *Psychological Medicine* 15:275-281.
- LITTLEWOOD, R. (1985b). "The migration of cultural bound syndromes". *Psychiatry the State of the art* 8:635-639.
- LITTLEWOOD, R. (1990). "From categories to contexts: A decade of the "New cross-cultural Psychiatry". *British Journal of Psychiatry* 156:308-327.
- LITTLEWOOD, R. e LIPSEGE, M. (1987). "The butterfly and the serpent: Culture, Psychopathology and Biomedicine". *Culture, Medicine and Psychiatry* 11:289-335.
- LUCENA, J. (1969). "Aspectos culturais na patologia mental em certos grupos brasileiros". *Revista Brasileira de Psiquiatria* 3(1):7-30.
- MAJODINA, M.Z. e JOHNSON, F.Y.A. (1983). "Standardized assessment of depressive disorders in Ghana". *British Journal of Psychiatry* 143:442-446.
- MARCOS, T. e SALAMERO, M. (1990). "Factor study of the Hamilton Rating Scale for Depression and the Bech Melancholia Scale". *Acta Psychiatrica Scandinavica* 82:178-81.
- MARI, J.J. (1989) "Adaptação, validação e confiabilidade de instrumentos de pesquisa aplicados em Psiquiatria". Em: CENTRO DE PESQUISA EM PSICOBIOLOGIA CLÍNICA. *Escalas de avaliação para monitorização de tratamentos com psicofármacos*, São Paulo, Afip, pp 21-29..
- MARSELLA, A., KINZIE, D. e GORDON, P. (1973). "Ethnic variations in the expression of depression". *Journal of Cross-cultural Psychology* 4(4):435-459.
- MARSELLA, A. (1980). "Depressive experience and disorders across cultures". Em: TRIANDIS, H. C. e DRAGUNS, J. *Handbook of Cross-Cultural Psychology*, Boston, Allyn and Bacon.
- MARSELLA A, SARTORIUS N, JABLENSKY A e FENTON F. (1985). "Cross-cultural studies of Depressive Disorders: an overview. In: Culture and Depression", Berkeley, University of California Press.
- MARSELLA, A. (1988). "Cross-cultural research on severe mental disorders: issues and findings". *Acta Psychiatrica Scandinavica* 344:7-22.
- MARSELLA, A. (1989). "Ethnocultural issues in the assessment of psychopathology". In: WETZLER, S. *Measuring mental illness*, Washington, APA.
- MATHEW, R.J.; SWIHART, A.A. e WEINMAN, M.L. (1982). "Vegetative symptoms in anxiety and depression". *British Journal of Psychiatry* 141:162-165.
- MATOT, J.P. (1982). "La dépression en Afrique noire". *Annales médico-psychologiques* 140(10):1097-1106.

MATSUMI, J.T. e MARSELLA, A.J. (1976). "Cross-cultural variations in the phenomenological experience of depression". *Journal of Cross-Cultural Psychology* 7(4):379-396.

MAIER, W.; PHILLIP, M. e GERKEN, A. (1985). "Dimensionen der Hamilton-depressions-skala (HAMD)". *European Archives of Psychiatry and Neurology Sci* 234:417-422.

McHUGH, P.R. e YUODOVSKY, P.R.. *As Perspectivas da Psiquiatria*. Porto Alegre. Artes Médicas. 1989.

MECHANIC, D. (1972). "Social psychologic factors affecting the presentation of bodily complaints". *The New England Journal of Medicine* 286(21):1132-1139.

MECHANIC, D. (1978). "Sex, illness, illness behaviour and the use of health services". *Social Science and Medicine* 12, 207-214.

MEGGLÉ, D. (1984). "Le DSM III en Afrique: a propos des états dépressifs majeurs en Côte-D'Ivoire". *Annales Médico-Psychologiques* 142(5):663-673.

MEGGLÉ, D. (1987). "Les aspects actuels de la dépression en Côte d'Ivoire. Réflexions cliniques et psychopathologiques". *Revue Française de Psychiatrie* 4:21-24.

MEGGLÉ, D.; SÉRIE, E.; VEILLON, F. e col. (1989). "Les formes cliniques des états dépressifs majeurs observés en Côte-D'Ivoire". *Annales Médico-Psychologiques* 147(10):1037-1044.

MELLSOP, G.W.; THOMAS, C.S.; ELLIS, P.M. e col. (1991). "Reliability of the draft diagnostic criteria for research of ICD-10 in comparison with ICD-10 and DSM III-R". *Acta Psychiatrica Scandinavica* 84:332-335., 1991.

MERIKANGAS, K.R.; ANGST, J.; EATON, W. e col. (1996). "Comorbidity and boundaries of affective disorders with anxiety disorders and substance misuse: results of an international task force". *British Journal of Psychiatry* 168 (suppl. 30):58-67.

METCALFE, M. e GOLDMAN, E. (1965). "Validation of a inventory for measuring depression". *British Journal of Psychiatry* 111:240-242.

MEZZICH, J.E. e RAAB, E. S. (1980). "Depressive symptomatology across the Americas". *Archives of General Psychiatry* 37(7): 818-823.

MICHAUX, M.E.; SUZIEDELIS, A.; GERMIZE, K. e ROSSI, J.A. (1969). "Depression factors in depressed and in heterogeneous in-patient samples". *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 32:609-613.

MONTGOMERY, S. e ASBERG, M. (1979). "A new depression scale designed to be sensitive to change". *British Journal of Psychiatry* 134:382-389.

MOREAU DE TOURS, J. (1843). "Recherches sur les aliénés en orient: Notes sur les établissements qui leur sont consacrés a Malte (Ile de), au Caire (Égypte), a Smyrne (Asie-Mineure), a Constantinople (Turquie)". *Annales Médico-Psychologique (Paris)* 1: 103-132.

- MOUSSAOUI, D. (1981). "La dépression chez les migrants: indicateur de tendance évolutive pour la psychiatrie maghrébine". *Psychopathologie Africaine* XVII(1/2/3):163-165.
- MOUSSAOUI, D. e TOUHAMI, M. (1984). "Classification anthropologique des dépressions". *Annales Médico-Psychologique* 1125-1130.
- MOWBRAY, R.M. (1972). "The Hamilton rating scale for depression: a factor analysis". *Psychological Medicine* 2:272-280.
- MYERS, J.K. e WEISSMAN, M.M. (1980). "Use of a self-report symptom scale to detect depression in a community sample". *American Journal of Psychiatry* 137:(9)1081-1084.
- MULHALL, D. (1976). "Systematic self-assessment by P.Q.R.S.T. (Personal Questionnaire Rapid Scaling Technique)". *Psychological Medicine* 6:591-597.
- MUMFORD, D.B. (1989). "Somatic sensations and psychological distress among students in Britain and Pakistan". *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 24:321-326.
- MUMFORD, D.B.; BAVINGTON, J.T.; BHATNAGAR, Y. e col. (1991). "The Bradford somatic inventory: A multi-ethnic inventory of somatic symptoms reported by anxious and depressed patients in Britain and the Indo-Pakistan Subcontinent". *British Journal of Psychiatry*, 158:379-386.
- MURPHY, H.B.M. (1982). *Comparative Psychiatry*, Nova Iorque, Springer-Verlag.
- MURPHY, J.M. (1989). "Cross-cultural Psychiatry". Em: MICHELS, R.; CAVENAR Jr., J.; KEITH, H. e col. *Psychiatry*, Filadélfia, Lippincott/Basic Books.
- MURPHY HBM, WITTKOWER ED e CHANCE NA. (1964). "Cross-cultural inquiry into the symptomatology of depression". *Transcultural Psychiatry Research* 1: 5-22.
- MURPHY HBM, WITTKOWER ED e CHANCE NA. (1967). "Cross-cultural inquiry into the symptomatology of depression". *Int J. Psychiat in Med* 3: 6-18.
- NAKANE, Y.; OHTA, Y.; RADFORD, M e col. (1991). "Comparative study of affective disorders in three Asian countries. II Differences in prevalence rates and symptom presentation". *Acta Psychiatrica Scandinavica* 84:313-319.
- NATIONS, M.K., CAMING, L. e WALKER, F.B. (1988). "'Nerves': Folk idiom for anxiety and depression"? *Social Science and Medicine* 12:1245-1259.
- NIKELY, A.G. (1988). "Does DSM III-R diagnose depression in non-western patients"? *The International Journal of Social Psychiatry* 34(4):316-320
- NDETEI, D.M. e VADHER, A. (1984). "A cross-cultural comparative study of patterns of depression in a hospital-based population". *Acta Psychiatrica Scandinavica* 70:62-68.

- NDETEI, D.M. (1988). "Psychiatric phenomenology across countries: constitutional, cultural, or environmental"? *Acta Psychiatrica Scandinavica* suppl. 344:33-43.
- OBEYESEKERE G. (1985). "Depression, Buddhism and the work of Culture in Sri Lanka". Em: KLEINMAN A e GOOD B. *Culture and Depression*, Berkeley, University of California Press.
- O'BRIEN, K.P. e GLAUDIN, V. (1988). "Factorial structure and factor reliability of the Hamilton rating scale for depression". *Acta Psychiatrica Scandinavica* 78:113-120.
- ODEJIDE, A.O.; OYEWUNMI, L.K. e OHAERI, J.U. (1989). "Psychiatry in Africa: an Overview". *American Journal of Psychiatry* 146(6):708-716.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. (1989). *Composite International Diagnostic Interview, core version 1.0*, Genebra, OMS.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. (1991a). *Composite International Diagnostic Interview, versão em francês 1.0*, Genebra, OMS.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (1991b). *Composite International Diagnostic Interview, versão em português 1.0*, Genebra, OMS.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. (1992). *Classificação Internacional das Doenças - 10ª edição (CID-10)*, Genebra, OMS.
- ORLEY, J.; BLITT, D.M. e WING, J.R. (1979). "Psychiatric disorders in two african villages". *Archives of General Psychiatry* 36:513-520.
- OVERALL, J.E e GORHAM, D.R. (1962). "The brief psychiatric rating scale". *Psychological Report* 10:799-812.
- PAES, M.; CHKILI, T.; KTIOUET, J. e MESSAOUDI, A. (1981). "Aspects cliniques de la psychose maniaco-dépressive au Maroc". *Psychopathologie Africaine* XVII(1/2/3):31-35.
- PAYKEL, E.S.; KLERMAN, G.L.; PRUSSOFF, B.A. (1970). "Treatment setting and clinical depression". *Archives of General Psychiatry* 22:11-21.
- PARKER, G., ABESHOUSE, B., MOREY, B. e col. (1984). "Depression in general practice". *Med J Aust* 141: 154-158.
- PAZ, O. (1993). *El labirinto de la soledad*, Mexico, Fondo de Cultura Económica.
- PELICIER, Y. (1992). "Apport de l'Ethnopsychiatrie". Em: KOUPERNICK, C.; LÔO, H. e ZARIFIAN, E. *Précis de Psychiatrie*, Paris, Flammarion.
- PELLET, J.; BOBON, D.P.; MORMONT, I. e col. (1980). "Étude princeps de validation française de la MADS, sous-échelle Dépression de la CPRS". *Annales du Congrès de Psychiatrie et de Neurologie* 297-301.

- PELLET, J. (1993). "L'échelle de dépression de Montgomery-Asberg". Em: GUELFY, J.D. *L'évaluation clinique standardisée en Psychiatrie*, Paris, Éditions Médicales Pierre Fabre.
- PERRIS, C.; EISEMANN, M.; ERIKSSON, U e col. (1981). "Transcultural aspects of depressive symptomatology". *Psychiatria clin* 14:69-80.
- PERUGI, G.L.; MUSETTI, L.; SIMONINI, E. e col. (1990). "Gender-mediated clinical features of depressive illness: The importance of temperamental differences". *British Journal of Psychiatry* 157:835-841.
- PFEIFER, C. (1989). "Le concept de dépression en milieu mélanésien". *Revue Française de Psychiatrie* 3:14-16.
- PICHOT, P. (1978). "Psychopathologie quantitative des dépressions". Em: PICHOT, P. *Les voies nouvelles de la dépression*, Paris, Masson.
- PICHOT, P.; GUELFY, J.D. e PULL, C.B. (1980). "Sémiologie de la dépression". *Encyclopédie Médico-Chirurgicale* 37110(12):1-12.
- PICHOT, P. (1981). "Allocution de M. le Professeur Pierre Pichot". *Psychopathologie Africaine* XVII(1/2/3):11-15.
- PINHO, A.R. (1955). *O diagnóstico da Psicose Maníaco-Depressiva*, Tese.
- PINHO, A.R.; LESSA, L.M.; BLOISI, S. e col. (1969). "Fatores Sócio-culturais nas depressões". *Revista Brasileira de Psiquiatria* 3(1):63-96.
- PRESTIDGE, B.R. e LAKE, C.R. (1987). "Prevalence and recognition of depression among primary care out patients". *J Fam Pract* 25: 67-72.
- POSTEL, J. (1993). *Dictionnaire de Psychiatrie et de psychopathologie clinique*. Paris, Larousse.
- PULL, C.B.; PULL, M.C.; PICHOT, P. (1981). "LICED-10: une approche nouvelle du diagnostic de dépression". *Annales Médico-Psychologique* 142:831-847.
- RABELO, M.C.M.; ALVES, P.C.B. e SOUZA, I.M.A. (1995). "The many meanings of mental illness among the urban poor in Brazil". Em: HARPHAM, T. e BLUE, I. *Urbanization and Mental Health in developing countries*, Aldershot, Avebury.
- RADFORD, M.H.B. (1991a). "Cultural influences on depression: a new methodological approach and its results". *The Japanese Journal of Psychiatry and Neurology* 45:545-564.
- RADFORD, M.H.B. (1991b). "Decision making in clinically depressed patients. A transcultural social psychological study". *The Journal of Nervous and Mental Disease* 179(12):711-719.
- RADLOFF, L.S. (1977). "The CES-D scale: A self report depression scale for research in the general population". *Applied Psychological Measurements* 1:385-401.

- RAHMAN, R. (1970). "Depression - a preliminary review of 31 patients". *Transcultural Psychiatric Research Review* 7 (166).
- RAMOS-BRIEVA, J.A. e CORDERO-VILLAFILA, A. (1988). "A new validation of the Hamilton-rating scale for depression". *Journal of Psychiatric Research* 32(1):21-28.
- RAO, A. V. (1970). "A study of depression as prevalent in South India". *Transcultural Psychiatric Research* 7 (166).
- RASKIN, A.; SCHULTERBRANDT, M.S.; REATING, N. e McKEON, J.J. (1969). "Replication of factors of psychopathology in interview, ward behavior and self-report ratings of hospitalized depressives". *The Journal of Nervous and Mental Disease* 148(1):87-98.
- RHOADES, H.M. e OVERALL, J.E. (1983). "The Hamilton depression scale: factor analysis scoring and profile classification". *Psychopharmacological Bulletin* 19:91-96.
- RIBEIRO, D. (1995). *O povo brasileiro: a formação e o sentido do Brasil*, São Paulo, Companhia das Letras.
- RIN, H.; LIN, T.-Y. (1962). "Mental illness among Formosan aborigines as compared with the Chinese in Taiwan". *Journal of Mental Science* 108:134.
- RISKIN, J.H.; BECK, A.; BROWN, G. e col. (1987). "Taking the measure of anxiety and depression: validity of the reconstructed Hamilton scales". *The Journal of Affective Disorders* 175(8):474-479.
- ROBERTS, R.E. e VERNON, S. (1983). "The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale: its use in a community sample". *American journal of Psychiatry* 140:(1)41-46.
- ROBINS, L.N.; HELZER, J.E.; CROUGHAN, J e RATCLIFF, K.S. (1981). "National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule". *Archives of General Psychiatry* 38(4):381-389.
- ROBINS, N.; LOCKE, B.Z.; REGIER, D.A. (1991). "An overview of psychiatric disorders in America". Em: ROBINS, N. e REGIER, D.A. *Psychiatric disorders in America: The epidemiologic catchment area study*, Boston, Kluwer, pp 223-239..
- RODRIGUES, N. (1898). "Épidemie de folie religieuse au Brésil". *Annales Médico-Psychologiques* 55, 371-392.
- ROGLER, L.H. (1993). "Culturally sensitizing psychiatric diagnosis". *Journal of Nervous and Mental Disease* 181(7):401-408.
- ROMANOSKI, A.J.; NESTADT, G.; CHAHAL, R. e col. (1988). "Interobserver reliability of a "Standardized Psychiatric Examination" (SPE) for case ascertainment (DSM III)". *The Journal of Nervous and Mental Disease* 176:63-71.
- ROUSSEAU, J.J. (1973). *Discurso sobre a origem da desigualdade*. São Paulo, Abril

Cultural.(1755).

RWEGELLERA, C.G.C. (1981). "Cultural aspects of depressive illnesses: clinical aspects and psychopathology". *Psychopathologie Africaine*, XVII(1/2/3):41-63.

SAGHIR, M.T. (1971). "A comparison of some aspects of structured and unstructured psychiatric interview". *American Journal of Psychiatry* 128(2):180-184.

SARTORIUS, N.(1973). "Culture and epidemiology of depression". *Psychiatry, Neurology and Neurochirurgie* 76:489-487.

SARTORIUS, N. e JABLENSKY, A. (1980a). *Recherche multicentrique coordonnée par l'OMS sur l'évaluation des états dépressifs dans différents cultures*. Genebra, OMS.

SARTORIUS, N.; JABLENSKY, W.; GULBINAT, W. e ERNBERG, G (1980b). *Application of WHO scales for the assessment of depressive states in different cultures*. Genebra, OMS.

SARTORIUS, N.; JABLENSKY, W.; GULBINAT, W. e ERNBERG, G. (1980c). "WHO Collaborative study: assessment of depressive disorders". *Psychological Medicine* 10:743-749.

SARTORIUS, N.; DAVIDIAN, H.; ERNBERG, G. e col. (1983). *Transtornos depressivos en diferentes culturas*. Genebra, Organizacion Mundial de La Salud.

SARTORIUS,N.; JABLENSKY, A.; KORTEN, A. e col. (1986). "Early interpretation and first contact incidence of schizophrenia in different cultures. A preliminary report on the initial evaluation phase of the WHO collaborative study on determinants of outcome of severe mental disorders". *Psychological Medicine* 16(4):909-928.

SARTORIUS, N. (1988). "International perspectives of psychiatric classification". *British Journal of Psychiatry* 152(suppl.1):9-14.

SARTORIUS, N.; KALBER, C.T.; COOPER, B.M. e col. (1993). " Progress toward a common language in Psychiatry: Results from thje Field trial of the clinical guidelines accompanying the WHO Classification of Mental and Behavioural disorders in the ICD 10". *Archives of General Psychiatry* 50:115-124.

SARTORIUS, N.; ÜSTUN, B. KORTEN, A. e col. (1995). "Progress toward achieving a common language in Psychiatry II: Results from the International Field trials of the ICD 10 Diagnostic Criteria for Research for Mental and Behavioural disorders". *American Journal of Psychiatry* 152:10, 1427-1437.

SCHMIDTKE, A.; FLECKENSTEIN,P; MOISES, W. e BECKMANN, H. (1988). "Untersuchungen zur Reliabilität einer deutschen Version der Montgomery-Asberg Depression-Rating Scale (MADRS)". *Schweitzer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 139(2):51-65.

SCHWAB, J.; BIALOW, M.; CLEMMONS, R. e col. (1967a). "The Beck Depression Inventory with medical inpatients". *Acta Psychiatrica Scandinavica* 43:255-266.

SCHWAB, J.; BIALOW, M. e HOLZER, C. H. (1967b) "A comparison of two rating scales for depression". *Journal of Clinical Psychology* 23(1):94-96.

SCHWAB, J.J.; BIALOW, M e BROWN, J. e col. (1967c). "Sociocultural aspects of depression in medical inpatients: I. Frequency and social variables". *Archives of General Psychiatry* 17:533-538..

SCHWAB, J.J.; BIALOW, M e BROWN, J. e col. (1967d). "Sociocultural aspects of depression in medical inpatients: II. Symptomatology and class". *Archives of General Psychiatry* 17:539-543.

SEN, B. e MARI, J.(1986). "Psychiatric research instruments in the transcultural setting: experiences in India and Brazil". *Social Science and Medicine* 23(3):277-281.

SETHI, B.B.; NATHAWAT, S.S. (1972). "Neurotic and depressive patterns in India". *Transcultural Psychiatric Research Review* 9 (133).

SHAPIRO, M.B.(1961). "A method of measuring psychological changes specific to the individual psychiatric patient". *British Journal of Medical Psychology* 34:151-154.

SHEK, D.T.L. (1991). "What does the chinese version of the Beck Depression Inventory measure in chinese students - general psychopathoogy or depression"? *Journal of Clinical Psychology* 47(3):381-390.

SHONG, O.K.M. (1977). "A study of the self-rating depression scale (SDS) of psychiatric out-clinic patients". *Journal of the Korean Neuropsychiatric Assocation* 16: 84-94.

SILVER, H. (1987). "Physical complaints are part of the core depressive syndrome: evidence from a cross-cultural study in Israel". *Journal of Clinical Psychiatry* 48:(4):140-142.

SINGER, K. (1975). "Depressive disorders from transcultural perspective". *Social Science and Medicine* 9:289-301.

SINGER, K. (1984). "Depressive disorders from a transcultural perspective". Em: MEZZICH, J. e BERGANZA, C. *Culture and Psychopathology*, Nova Iorque, Columbia University Press.

SMOUSE, P.E.; FEINBERG, M.; CARROL, B.J. e col. (1981). "The Carrol rating scale for depression II. Factor analysis of the feature profiles". *The British Journal of Psychiatry* 138:201-204.

SNAITH, R.P.; AHMED, S.N.; MEHTA, S. e HAMILTON, M. (1971). "The assessment of the severity of primary depressive illness: Wakefield self-assessment depression inventory". *Psychological Medicine* 1:143-149.

SNAITH, R.P.; BRIDGE, W.K. e HAMILTON, M. (1976). "The Leeds Scales for the self-assessment of anxiety and depression". *British Journal of Psychiatry* 128:156-165.

- SNAITH, R.P. (1981). "Rating scales". *British Journal of Psychiatry* 138:512-514.
- SNAITH, R.P. (1993). "What do depression rating scales measure"? *British Journal of Psychiatry* 163:293-298.
- SOUGEY, E.B. (1992). "Aspectos transculturais das depressões". *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 41(4):177-183.
- SOUGEY, E.B.; CARVALHO, T.F. R e CAETANO, D. (1994). "Sintomatologia depressiva em duas regiões brasileiras". *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 43(4):221-223.
- SOUGEY, E.B. (1992). *Sistema LICED-D10: Multidiagnóstico computadorizado das depressões*, Tese de doutoramento, Unicamp-SP.
- SPENGLER, P. e WITTCHEN, H-U. (1988) "Procedural validity of standardized symptom questions for the assessment of psychotic symptoms - a comparison of the DIS with two clinical methods". *Comprehensive Psychiatry* 29:309-322.
- SPITZER, R.L.; ENDICOTT, J.; ROBINS, E. (1978) "Research Diagnostic Criteria (RDC): Rationale and reliability". *Archives of General Psychiatry* 35:773-782.
- SPITZER, R.L.; WILLIAMS, J.B.W.; GIBBON, M.; FIRST, M. (1992). "The Structured Clinical Interview for DSM III-R (SCID)". *Archives of General Psychiatry* 49:624-629.
- STAINBROOK, E. (1952). "Some characteristics of the psychopathology of schizophrenic behavior in bahian society". *American Journal of Psychiatry* 109:331-335.
- STEIN, D.J. (1993). "Cross-cultural Psychiatry and the DSM-IV". *Comprehensive Psychiatry* 34(5):322-329.
- STOKER, D.H.; ZURCHER, L.A.; FOX, W. (1968/1969). "Women in Psychotherapy: a cross-cultural comparison". *The International Journal of Social Psychiatry* 15(1):5-22, 1968/1969.
- TEJA, J.S. ; NARANG, R.L.; AGGARWAL, A.K. (1971). "Depression across cultures". *British Journal of Psychiatry* 119:253-260.
- THORNICROFT, G. e SARTORIUS, N. (1993). "The course and outcome of depression in different cultures: 10-year follow-up of the WHO Collaborative Study on the assessment of Depressive Disorders". *Psychological Medicine* 23:1023-1032.
- TONKS, C.M.; PAYKEL, E.S. e KLERMAN, G. (1970). "Clinical depressions among negroes". *American Journal of Psychiatry* 127(3):329-335.
- TOUSIGNANT, M. (1984). "Pena in the Ecuadorian sierra: a psychoanthropological analysis of sadness". *Culture, Medicine and Psychiatry* 8:381-398.
- TOUSIGNANT, M. e MALDONADO, M. (1989). "Sadness, depression and social reciprocity

in highland Ecuador". *Social Science and Medicine* 28(9):899-904.

TRINDADE, L. (1993). "Prefácio". Em: LAPLANTINE, F. *Aprender Etnopsiquiatria*, Rio de Janeiro, Editora Brasiliense.

TSENG, W. e Mc DERMOTT, J.F. (1975). "Psychotherapy: historical roots, universal elements and cultural variations". *American Journal of Psychiatry* 132:378-385.

UCHOA, L; BECK, A.; STEER, R. (1992). "Gender differences in comorbid anxiety and mood disorders". *American Journal of Psychiatry* 149:1409-1410.

VAN BRERO, P.C.J. (1895). "Latah". *The Journal of Mental Science* XLI:537-538.

VENKOBA, A. (1966). "Depression in southern India". *4eme Congrès Mondiale de Psychiatrie* 3:1882-1885.

VERNON, S.W.; ROBERTS, R. E. e LEE, E.U. (1982). "Response tendencies, ethnicity and depression scores". *American Journal of Epidemiology* 116(3):482-495.

WAGATSUMA, H. (1975). "Problems of language in cross-cultural research". *Annals of the New York Academie of Sciences* 141-150.

WECKOWICZ, T.E.; CROPLEY, A.J.; MUIR, W. (1971). "An attempt to replicate the results of a factor analytic study in depressed patients". *Journal of Clinical Psychology*, 27:30-31.

WEISS, M.G.; DOONGA, D.R.; SIDDHARTHA, S. e col. (1992). "The explanatory model interview catalogue (EMIC): contribution to cross-cultural research methods from a study of leprosy and mental health". *British Journal of Psychiatry* 160:819-830.

WEISSMAN MM, PRUSOFF B, NEWBERRY PB. (1975). *Comparison of CES-D, Zung, Beck Self Report Depression Scales. Technical report ADM 42-74-83*, Rockville, National Institute of Mental Health.

WEISSMAN M.M e KLERMAN G.L.(1977a). "Sex differences and the epidemiology of depression". *Archives of General Psychiatry* 34:98-111.

WEISSMAN, M.; SHOLOMSKAS, D.; POTTENGER, M. e col. (1977b). "Assessing depressive symptoms in five psychiatric populations: a validation study". *American Journal of Epidemiology* 106(3):203-214.

WELLS, K.; STEWARD, A.; HAYS, R.D. e col. (1989). "The functioning and well-being of depressed patients". *JAMA* 262(7):914-919.

WESSELY, S. (1990). "Old wine in new bottles: neurasthenia and 'ME'". *Psychological Medicine* 20:35-53.

WEST, J. (1985) "An arabic validation of a depression inventory". *The International Journal of*

Social Psychiatry 31(4):282-289.

WESTERMEYER, J. (1986). "Two self-rating scales for depression in hmong refugees: assessment in clinical and non-clinical samples". *Journal of Psychiatric Research* 20(2):103-113,

WESTERMEYER, J. (1988). "National differences in psychiatric morbidity: methodological issues, scientific interpretations and social implications". *Acta Psychiatrica Scandinavica* suppl.344:23-31.

WHITE, G. (1982). "The role of cultural explanations in "somatization" and "psychologization". *Social Science and Medicine* 16:1519-1530.

WIDLÖCHER, D. (1983a). *Le Ralentissement Dépressif*, Paris, Presses Universitaires de France.

WIDLÖCHER, D. (1983b). "Psychomotor retardation: clinical, theoretical and psychometric aspects". *Psychiatric Clinics of North America* 6(1):27-40.

WIG N.N. (1984). "Diagnostic et classification en Psychiatrie. Aspects transculturels". *Confrontations psychiatriques* 24:299-320.

WILLIAMS, J.G.; BARLOW, D.H.; AGRAS, W.S. (1972). "Behavioral measurements of severe depression". *Archives of General Psychiatry* 27(3):330-332.

WILLIAMS, J.B.W. (1988). "A structured interview guide for the Hamilton Depression rating scale". *Archives of General Psychiatry* 45(8):742-747.

WING, J.K.; COOPER, J.E; SARTORIUS, N. (1974). *The description and classification of psychiatric symptoms: an instruction manual for the PSE and CATEGO system*, Londres, Cambridge University Press.

WING, J.K.; MANN S.A.; LEFF, J.P. e NIXON, J.M. (1978). "The concept of a "case" in psychiatric population surveys". *Psychological Medicine* 8:203-217.

WING, J.K.; BABOR, T.; BRUGHA, T. e col. (1990). "SCAN: Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry". *Archives of General Psychiatry* 47:589-593.

WINSLOW, F. (1853). "Insanity in India". *The Journal of Psychological Medicine and Mental Pathology* VI:356-367

WITTCHEN, H.U. e ESSAU, C.A. (1993). "Epidemiology of anxiety disorders". Em: MICHELS, R. *Psychiatry*, Filadélfia, J.P. Lippincott e Co..

WITTCHEN, H-U. (1996). "What is comorbidity - Fact or artefact". *British Journal of Psychiatry* 168 (suppl. 30):7-8.

WITKOWER, E.D. (1964). "Perspectives de psychiatrie transculturelle". *L'Information Psychiatrique* 8:521-527.

- WITKOWER, E.D. (1965). "Transcultural Psychiatry". *Archives of General Psychiatry* 13:387-394.
- WITKOWER, E.D. (1966). "Perspectives of transcultural psychiatry". *4eme Congrès de Psychiatrie. Exerpta Médica Foundation* 1: 228-233.
- WITTENBORN, J.R. (1972). "Reliability, validity and objectivity of symptom-rating scales". *The Journal of Nervous and Mental Disease* 154(2):79-87.
- YAP, P.M. (1965). "Phenomenology of affective disorders in chines and other cultures". Em: REUCK, A.V.S. e PORTER, R. *Transcultural Psychiatry*, Londres, J e A Churchill.
- YING, Y-W. (1988). "Depressive symptomatologie among chinese-americans as measured by the CES-D". *Journal of Clinical Psychology* 44(5):739-746.
- ZELDINE, G.; AHYI, R; LEUCKX, R e col. (1975). "A propos de l'utilisation d'une échelle d'évaluation en psychiatrie transculturelle". *L'Encephale* I:133-145.
- ZHENG, Y.P. e LIN, K.M. (1991). "Comparison of the chinese depression inventory and the chinese version of the Beck Depression Inventory". *Acta Psychiatrica Scandinavica* 84:531-536.
- ZIMMERMAN, M.; CORYELL, W.; CORENTHAL, C. e WILSON, S. (1986). "A self-report scale to diagnose major depressive disorder". *Archives of General Psychiatry* 43(11):1076-1081.
- ZIMMERMAN, M.(1983). "Self-report depression scales". *Archives of General Psychiatry* 40(9)1035.
- ZUNG, W.W.K. (1965). "A self-rating depression scale". *Archives of General Psychiatry* 12:63-70.
- ZUNG, W.W.K. (1967). "Factors influencing teh Self-rating scale". *Archives of General Psychiatry* 16:543-547.
- ZUNG, W.W.K. (1969). "A cross-cultural survey of symptoms in depression". *American Journal of Psychiatry* 126 (01):116-121.
- ZUNG, W.W.K. (1972). "A cross-cultural survey of depressive symptomatology in normal adults". *Journal of Cross-cultural Psychology* 3(2):177-183.

7- ANEXOS

7.1 - TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

CONVITE À PARTICIPAÇÃO DE UM ESTUDO SOBRE OS SINTOMAS DA DEPRESSÃO

Estamos realizando um trabalho de pesquisa sobre como as pessoas se sentem quando estão deprimidas. Para isto, gostaríamos de contar com a sua colaboração durante alguns dias de sua hospitalização. Lhe faremos algumas perguntas que lhe orientarão sobre os diferentes sentimentos, pensamentos e sensações que o senhor (a) vem tendo durante esta fase de depressão.

Gostaria de deixar claro que esta pesquisa é independente de seu tratamento e em nada influenciará o seu tratamento, se o senhor (a) não estiver de acordo em participar.

Caso o senhor (a) concorde, poderemos passar as informações obtidas a partir desta pesquisa para o seu médico e isto poderá auxiliar na compreensão de seu caso.

Se você tiver alguma pergunta a fazer antes de decidir, sinta-se à vontade para fazê-la.

7.2- GUIA PARA A ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA ADAPTADA ÀS ESCALAS DE HAMILTON PARA DEPRESSÃO(HDRS) , MONTGOMERY-ASBERG (*MADRS), LENTIFICAÇÃO DEPRESSIVA (ERD) E ESCALA COMPLEMENTAR (**EC)**

versão em francês: FLECK e col., 1994
versão em português: FLECK e col., 1997

QUESTÃO INICIAL

Eu gostaria de lhe fazer algumas perguntas em relação à última semana. Como o senhor (a) se sente desde (dia da semana)... último(a) ?

**HUMOR DEPRESSIVO (TRISTEZA, DESESPERANÇA, AUTO-DEPRECIÇÃO).
HDRS: 1, MADRS:2; EC:6**

Qual é o seu estado de ânimo ao longo desta última semana?

O Sr.(a) vem se sentindo abatido, deprimido?

Triste? Sem esperança?

Ao longo desta última semana, quantas vezes o Sr. (a) se sentiu.....? Todos os dias? Durante todo o dia?

Ao longo desta última semana, seu estado de ânimo mudou durante o dia? Foi pior durante a manhã, depois do almoço ou de noite? Esta variação foi nítida, intensa?

Lhe aconteceu de chorar?

* O seu estado de ânimo foi influenciado pelas circunstâncias exteriores? O Sr.(a) sorri facilmente?

*** O sentimento de (utilizar a palavra empregada pelo paciente, p.ex. tristeza, "deprê", etc.) que o Sr. (a) sente é diferente daquele que o Sr.(a) sentiria ou que já sentiu depois da morte de alguém próximo (ou depois de ter visto um filme ou de ter lido uma história triste)? Como e em que é diferente?

**SENTIMENTOS DE CULPA
HDRS:2; MADRS:9**

O Sr.(a) se sentiu particularmente crítico em relação ao Sr.(a) mesmo ao longo desta última semana, tendo a impressão de fazer tudo errado ou de decepcionar os outros?

Se SIM:

O que o Sr.(a) tem pensado sobre isto?

O Sr. (a) tem se sentido culpado de ter feito ou de não ter feito alguma coisa?

O Sr. (a) tem pensado que o Sr. (a) é de alguma maneira a causa de sua própria depressão?

O Sr.(a) pensa que sua doença é uma punição?

* Estas idéias são ocasionais ou persistentes?

**TENDÊNCIA SUICIDA E PREOCUPAÇÕES MACABRAS
HADR:2; MADRS:10; EC:10**

Ao longo desta última semana, lhe ocorreu de pensar que a vida não valia a pena de ser vivida, que o Sr. (a) preferia estar morto?

O Sr.(a) tem vontade de fazer mal ao Sr.(a)?

Se SIM:

Em que o Sr.(a) pensa exatamente?

Estas idéias são passageiras? São freqüentes?

O Sr. (a) considera o suicídio como uma solução possível?

O Sr. (a) fez um projeto ou qualquer coisa contra o Sr.(a) ?

O Sr. (a) pensa seguidamente na morte? Na sua, na de seus próximos ?

Estas idéias são passageiras? São freqüentes?

REDUÇÃO DO SONO OU HIPERSÔNIA

HDRS:4; EC:7

Como o Sr.(a) tem dormido ao longo desta última semana?

O seu sono anda diferente em comparação com o seu sono de quando o Sr.(a) não estava doente?

O seu sono anda reduzido ou interrompido? Em quantas horas?

Quantas horas o Sr.(a) vem dormindo durante esta última semana?

Se hipersônia

O Sr.(a) tem tirado sestas longas durante o dia? Quantas horas o Sr.(a) tem dormido a mais durante o dia, comparando a quando o Sr.(a) não está doente?

INSÔNIA PRECOCE

HDRS:4

O Sr.(a) tem tido dificuldade de pegar no sono depois que deita?

Quanto tempo tem sido necessário para pegar no sono?

Ao longo desta última semana, quantas vezes o Sr. (a) teve dificuldade de pegar no sono no início da noite?

INSÔNIA NO MEIO DA NOITE

HDRS:5

Sempre na última semana, lhe aconteceu de acordar em plena noite?

Se SIM:

O Sr. (a) se levantou? O que o Sr.(a) fez? O Sr.(a) foi simplesmente ao banheiro?

Quando voltou à cama, o Sr.(a) foi capaz de dormir imediatamente?

O Sr.(a) tem a sensação que seu sono tem sido agitado ou perturbado ao longo de certas noites?

INSÔNIA TARDIA

HDRS:6

Durante esta última semana, a que horas o Sr.(a) acordou pela manhã (sem voltar a dormir a seguir)?

Se muito cedo:

Foi com despertador ou o Sr.(a) se acordou espontaneamente?

A que horas o Sr.(a) se acorda normalmente (quer dizer quando o Sr.(a) não está deprimido (a))?

TRABALHO E ATIVIDADES

HDRS:7; MADRS:7; ERD:11

Como o Sr.(a) tem passado o seu dia durante a última semana (quando o Sr. (a) não estava trabalhando)?

O Sr.(a) anda interessado no que faz ou o Sr.(a) tem a impressão de que deve se forçar para fazer as coisas?

O Sr.(a) tem dificuldade de começar as atividades?

O Sr.(a) tem dificuldade de realizar as atividades cotidianas?

O Sr.(a) teve de parar de fazer alguma coisa que o Sr.(a) tinha o hábito de fazer?

Se SIM: Por quê?

Existe alguma coisa que o Sr.(a) gostaria de fazer ou que espera com impaciência?

Quais são seus projetos daqui para frente?

INCAPACIDADE DE SENTIR

MADRS:8

O Sr.(a) tem sentido interesse pelo ambiente, pelos conhecidos, pelos amigos?

O Sr.(a) tem tido prazer nos seus interesses habituais?

O Sr.(a) tem tido a sensação de estar paralisado (a) emocionalmente? O Sr.(a) sente a capacidade de sentir raiva, pesar ou prazer?

ANSIEDADE PSÍQUICA E TENSÃO INTERIOR
HDRS: 10; MADRS:3

O Sr.(a) tem-se sentido particularmente tenso (a), irritado (a) ao longo desta última semana?

O Sr.(a) vem tendo sentimentos de mal-estar indefinidos, irritabilidade, agitação interior, angústia, tensão nervosa próxima ao pânico?

(perguntar sobre a intensidade, a frequência, a duração e o quanto necessita de apoio).

O Sr.(a) tem-se preocupado muito por pequenas questões que não lhe preocupariam no seu estado normal?

Se SIM: Quais coisas, por exemplo?

ANSIEDADE SOMÁTICA
HDRS: 11

Ao longo desta última semana, o Sr.(a) sentiu algum dos sintomas físicos seguintes: (ler a lista deixando um tempo de resposta depois de cada sintoma).

Boca seca?

Gases?

Indigestão?

Diarréia?

Cólicas?

Arrotos?

Palpitação?

Dor de cabeça?

Dificuldades para respirar?

Problemas para urinar? (Urina freqüentemente?)

Transpiração?

A que ponto estes sintomas lhe tem incomodado ao longo desta última semana? Eles tem sido muito intensos? O Sr.(a) tem sentido seguidamente? Com que frequência?

(NOTA: Não atribuir escore, se o sintoma é manifestamente de origem medicamentosa).

SINTOMAS SOMÁTICOS GASTRO-INTESTINAIS E BULIMIA
HDRS: 12, MADRS: 5, EC: 8

O Sr.(a) vem tendo apetite ao longo da semana passada? É comparável a seu apetite normal?

A comida tem gosto para o Sr. (a)?

O Sr.(a) deve-se forçar para comer?

Outras pessoas têm tido que forçá-lo a comer?

SE BULIMIA:

Como é este aumento de apetite? Seu pensamento tem estado muito dirigido à comida?

SINTOMAS SOMÁTICOS (GERAIS)
HDRS: 13, ERD: 10

O Sr.(a) tem tido energia ao longo desta semana?

O Sr.(a) tem-se sentido constantemente fatigado?

O Sr.(a) tem sentido uma sensação de peso nos membros, nas costas ou na cabeça?

SINTOMAS GENITAIS
HDRS: 14

Do ponto de vista sexual, houve modificações de seu interesse pela sexualidade ao longo desta semana passada? (Eu não falo da sua atividade sexual, mas de seu interesse pela sexualidade).

Este interesse modificou-se (em relação a antes da depressão)?

O Sr. (a) tem pensado bastante em sexo?

Se NÃO: Isto é habitual para o Sr. (a) ?

HIPOCONDRIA

HDRS: 15

Ao longo desta semana que passou, seus pensamentos têm sido centrados sobre sua saúde física ou sobre a maneira como seu corpo funciona (em relação ao seu estado habitual)?

Seus pensamentos têm sido centrados sobre a possibilidade de ter uma doença física grave?

Se SIM: Qual, por exemplo? Quantas vezes isto ocorreu? Quando o Sr.(a) falou a seu médico qual foi seu diagnóstico? O Sr.(a) tem falado muito sobre estes pensamentos com quem o (a) rodeia?

PERDA DE PESO E GANHO DE PESO

HDRS: 16, EC: 9

O Sr.(a) perdeu peso recentemente?

Se SIM: Quantos quilos?

EM CASO DE DÚVIDA: O Sr.(a) tem a impressão que suas roupas estão frouxas?

SE NÃO: O Sr.(a) engordou desde que está doente? Quantos quilos?

EM CASO DE DÚVIDA: O Sr.(a) pode utilizar as mesmas roupas de maneira confortável?

DIFICULDADES DE CONCENTRAÇÃO

MADRS: 6, ERD: 14

O Sr.(a) tem tido dificuldades para organizar os seus pensamentos ou para se concentrar?

Suas dificuldades são ocasionais?

O Sr.(a) tem tido dificuldades de ler ou de manter uma conversa?

O Sr.(a) tem tido capacidade de ler ou manter uma conversa?

Quando o Sr.(a) olha a TV, o Sr.(a) consegue se concentrar para compreender as informações?

MEMÓRIA

ERD: 13

O Sr.(a) tem tido dificuldades para se lembrar das coisas?

O que o Sr.(a) fez ontem?

Repita, por favor: livro, árvore, sol (a ser perguntado ao final da entrevista).

PERCEPÇÃO PELO DOENTE DO CURSO DO TEMPO PRESENTE

ERD:12

Para o Sr.(a) como passa ou transcorre o tempo presente em relação ao seu estado normal?

Na sua opinião, o tempo passa mais lentamente? Ele está suspenso?

ALUCINAÇÕES ACÚSTICO-VERBAIS CATATÍMICAS

ALUCINAÇÕES ACÚSTICO-VERBAIS NÃO-CATATÍMICAS

ALUCINAÇÕES PSÍQUICAS

EC: 11, 12, 13

O Sr.(a) vem escutando vozes que os outros não escutam durante esta última semana?

As vozes que o Sr.(a) escuta, provêm do exterior? Ou o Sr.(a) tem a impressão que falam dentro de sua cabeça?

O Sr.(a) pode distinguir o que dizem as vozes?

Estas vozes falam de sua infelicidade? De seus erros? Das suas qualidades? Elas são alegres ou tristes?

OUTRAS ALUCINAÇÕES

EC: 14

Já lhe aconteceu de ver alguém ou alguma coisa que outras pessoas presentes não conseguiam ver ou de ter uma visão enquanto o Sr.(a) estava completamente acordado?

O Sr.(a) vem se sentindo incomodado por cheiros estranhos em torno do Sr.(a) que ninguém mais parece ser capaz de sentir?

O Sr.(a) vem tendo sensações estranhas dentro do seu corpo ou sobre sua pele?

O Sr.(a) vem tendo outras sensações inabituais? Quais?

IDÉIAS DE CATÁSTROFE

EC: 16

O Sr.(a) tem pensado que um acontecimento desastroso para o Sr. (a), para seus familiares ou conhecidos ou para o mundo em geral está para acontecer? Fale-me um pouco sobre isto.

Se SIM: Isto é provável de acontecer?

IDÉIAS PEJORATIVAS EM RELAÇÃO A APARÊNCIA FÍSICA

EC: 17

O Sr.(a) pensa que a sua fisionomia ou seus traços se alteraram, tornando-se feios, que sua fisionomia chama a atenção, tendo-se tornado repugnante?

Se SIM: Sua impressão é modificada com a argumentação das pessoas que o (a) rodeiam?

IDÉIAS DE REFERÊNCIA

EC: 18

O Sr.(a) tem a impressão de que as coisas que acontecem tem um sentido especial? Acha que as pessoas tentam enviar-lhe mensagens? Acha que fazem alusões à sua pessoa?

Se SIM: O Sr.(a) pensa que talvez possa estar enganado (a), que possa ser fruto de sua imaginação?

IDÉIAS DE PERSEGUIÇÃO

EC: 19

O Sr.(a) tem a impressão que lhe desejam o mal? Sente-se ameaçado?

Se SIM: Sua impressão é modificada com a argumentação das pessoas que o (a) rodeiam?

IDÉIAS DE PREJUÍZO

EC: 20

O Sr.(a) tem a impressão que lhe querem roubar, trapacear, fazer perder o emprego?

Se SIM: Sua impressão é modificada com a argumentação das pessoas que o (a) rodeiam?

IDÉIAS NILISTAS

EC: 21

O Sr.(a) tem a impressão de que a vida é absurda, de que o mundo não tem sentido?

Se SIM: Sua impressão é modificada com a argumentação das pessoas que o (a) rodeiam?

IDÉIAS DE CIÚME

EC: 22

O Sr.(a) vem se sentindo muito incomodado por preocupações em relação a infidelidade de sua esposa (o) ou de sua (eu) parceira (o) ?

DESREALIZAÇÃO

EC: 26

O Sr.(a) tem a impressão de que as coisas mudaram ao seu redor recentemente? Que o Sr.(a) não as reconhece?

O Sr.(a) tem a impressão de que as coisas ao seu redor são irreais, como se tudo não passasse de uma imitação da realidade, de uma cena de teatro, em que as pessoas desempenham um papel que não é autêntico?

Se SIM: Com que frequência? Com que intensidade?

DESPERSONALIZAÇÃO

EC: 27

O Sr.(a) sente-se diferente? Como se estivesse fora de seu corpo, podendo observar-se do exterior?

O Sr.(a) tem a impressão de que o seu corpo ou parte dele não lhe pertence?

Diante do espelho, o Sr.(a) tem a impressão de estranheza de sua imagem?

Se SIM: Com que frequência? Com que intensidade?

SINTOMAS OBSESSIVOS

EC: 28

Agora queria perguntar-lhe se alguma vez se sentiu incomodado por ter pensamentos desagradáveis e persistentes. Um exemplo seria a idéia persistente de que suas mãos estão sujas ou de que elas tem germes. Mesmo sabendo que estas idéias ou comportamentos vem de seu próprio pensamento, a pessoa não resiste eficazmente. O Sr.(a) já se sentiu incomodado por pensamentos desagradáveis e persistentes deste tipo?

Algumas pessoas se sentem obrigadas a fazer repetidamente as mesmas coisas, mesmo sabendo que isto é bobagem, mas não conseguem resistir em fazê-las. Por exemplo, elas voltam muitas vezes para se certificarem de que trancaram a porta ou que fecharam o gás do fogão. O Sr.(a) já sentiu obrigado a refazer repetidamente alguma coisa?

Se SIM: Com que frequência? Com que intensidade?

DESCONFIANÇA

EC: 38

O Sr.(a) tem a impressão de que deve desconfiar das pessoas?

Tem a impressão de que falam do Sr.(a) pelas costas?

O Sr.(a) tem a impressão de que as pessoas são gentis na sua presença, mas de que quando sai, passam a falar mal so Sr.(a)?

A que ponto estes sintomas o incomodaram nesta última semana? Eles foram muito intensos? O Sr.(a) sentiu isto muito seguido? Com que frequência?

USO ABUSIVO DE ÁLCOOL CONTEMPORÂNEO AO EPISÓDIO ATUAL

EC: 39

O Sr.(a) tem tido necessidade diária de álcool para poder sentir-se melhor durante esta última semana?

O Sr.(a) teve problemas no seu trabalho ou com sua família ligado ao consumo de álcool?

USO ABUSIVO DE DROGAS CONTEMPORÂNEO AO EPISÓDIO ATUAL

EC: 40

O Sr.(a) tem tido necessidade diária de drogas (incluindo drogas prescritas, mas utilizadas em quantidade superior à prescrição) para poder sentir-se melhor durante esta última semana?

O Sr.(a) teve problemas no seu trabalho ou com sua família ligado ao consumo de drogas?

MEMÓRIA

ERD: 13

Quais são as três palavras que eu lhe pedi para memorizar há alguns minutos?

Itens seguintes: observação

RETARDO DO PENSAMENTO, DA LINGUAGEM

HDRS: 8

AGITAÇÃO

HDRS: 9

INSIGHT

HDRS: 17

TRISTEZA APARENTE

MADRS: 1

PASSOS E MARCHA (num percurso padrão)

ERD: 1

LENTIFICAÇÃO E ESCASSEZ DE MOVIMENTOS (tronco e membros)

ERD: 2

LENTIFICAÇÃO E ESCASSEZ DE MOVIMENTOS DA CABEÇA E PESCOÇO (mímica)

ERD: 3

LINGUAGEM E FLUXO VERBAL

ERD: 4

MODULAÇÃO DE VOZ (intensidade e modulação da fala)

ERD: 5

RESPOSTAS BREVES

ERD: 6

VARIEDADE NOS TEMAS ESPONTANEAMENTE ABORDADOS

ERD: 7

FLUÊNCIA IDÉICA (tema eventualmente proposto pelo examinador)

ERD: 8

EXPERIÊNCIA SUBJETIVA DE RUMINAÇÃO MENTAL

ERD: 9

APRECIÇÃO GERAL DO RETARDO

ERD: 15

MONOTONIA AFETIVA

EC: 1

LABILIDADE AFETIVA

EC: 2

INCONTINÊNCIA AFETIVA

EC: 3

OBNUBILAÇÃO DA CONSCIÊNCIA

EC: 4

SONOLÊNCIA

EC: 5

COMPORTAMENTO ALUCINATÓRIO

EC: 15

OUTRAS IDÉIAS ANORMAIS

EC: 23

PASSAGEM AO ATO (IMPULSO DELIRANTE)

EC: 24

PREMÊNCIA DE IDÉIAS DELIRANTES E/OU ALUCINACÕES

EC: 25

PERDA DA SENSIBILIDADE OU DO MOVIMENTO

EC: 29

ATITUDE PASSIVO-DEPENDENTE

EC: 30

ATITUDE MANIPULADORA

EC: 31

ATITUDE DOMINADORA

EC: 32

ATITUDE HISTRIÔNICA

EC: 33

AUTO-COMPAIXÃO

EC: 34

ATRIBUIÇÃO DA RESPONSABILIDADE AOS OUTROS

EC: 35

IMPULSIVIDADE

EC: 36

HOSTILIDADE/AGRESSIVIDADE

EC: 37

APRESENTAÇÃO GERAL

EC: 41

APRESENTAÇÃO DO VESTUÁRIO

EC: 42

BIÓTIPO PÍCNICO

EC: 43

NÃO-COOPERAÇÃO COM O TRATAMENTO

EC: 44

RETICÊNCIA

EC: 45

CAPACIDADE DE INTEIRAR-SE DO SEU ESTADO

EC: 46

7.3- ESCALA COMPLEMENTAR DE APRECIÇÃO DA SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA

1- MONOTONIA AFETIVA

Corresponde à diminuição da capacidade de modulação afetiva. O paciente permanece num determinado estado afetivo, independentemente da situação exterior.

0- Sem monotonia afetiva.

1-

2- Existe uma tonalidade afetiva marcada que é independente da situação exterior, mas persiste uma possibilidade de modulação afetiva.

3-

4- Sem modulação afetiva.

2- LABILIDADE

Corresponde a mudanças rápidas e espontâneas do estado afetivo/tímico (da tristeza à alegria ou vice-versa) eventualmente associadas a respostas emocionais intensas.

0- Sem mudanças rápidas e espontâneas de humor.

1-

2- Mudanças rápidas, mas ocasionais.

3-

4- Mudanças rápidas, freqüentes, inesperadas e exageradas.

3- INCONTINÊNCIA AFETIVA

Emergência súbita e excessiva de afetos que não podem ser controlados. As emoções de intensidade excessiva são desencadeadas por uma causa. Ao contrário, na labilidade afetiva as flutuações afetivas são espontâneas.

0- Sem emoções intensas, desencadeadas por uma causa.

1-

2- O paciente tem emoções excessivas desencadeadas por uma causa, mas pode retornar a seu estado anterior (por exemplo, o paciente chora facilmente com a evocação de lembranças tristes ou torna-se excessivamente irritado com qualquer frustração, mas pode retornar a seu estado anterior).

3-

4- Crises de choro ou riso desencadeadas por uma causa (tipo riso e choro espasmódico).

4- OBNUBILAÇÃO DA CONSCIÊNCIA

Diminuição da percepção e da compreensão dos fenômenos exteriores (pessoas, situações) com alterações (estreitamento) da orientação e perplexidade; eventualmente o paciente, sendo submetido a um estímulo persistente e com esforço é capaz de restabelecer por um instante o nível de consciência.

0- Ausente.

1-

2- O paciente parece momentaneamente não se aperceber claramente do que se passa em torno de si, mas torna-se presente sem dificuldades.

3-

4- Não pode manter-se acordado durante a entrevista ou qualquer outra atividade.

5- SONOLÊNCIA

Diminuição da capacidade de permanecer acordado e atento. Manifesta-se pela expressão facial, linguagem e atitude. Se o paciente está sob tratamento, interrogar como ele estaria sem a medicação e cotar, tentando eliminar a eventual sonolência medicamentosa.

- 0- Ausente.
 - 1-
 - 2- Moderada.
 - 3-
 - 4- Não consegue manter-se desperto durante a entrevista ou em outra atividade.
-

6- QUALIDADE DA DEPRESSÃO

Medida na qual os sentimentos depressivos são percebidos pelo paciente como qualitativamente diferentes do tipo de sentimento que ele experimentou ou experimentaria, após a perda de um ente querido. (Não se trata do fato de que os sentimentos sejam mais intensos ou de que eles estejam associados a outros sintomas, como a perda dos interesses).

- 0- Não há diferença
 - 1-
 - 2- A diferença é leve ou duvidosa (p.ex. o paciente diz que seu sentimento se parece um pouco com o que sentiu quando sua mãe morreu, mas é um pouco mais intenso).
 - 3-
 - 4- O paciente reconhece uma diferença qualitativa nítida (p.ex., o paciente diz que seu sentimento é único e muito diferente daquele que ele sentiu quando sua mãe morreu).
-

7- HIPERSONIA

O paciente desperta duas ou três horas mais tarde que de costume, com a sensação de não ter repousado o suficiente. Sente-se fático e sonolento durante todo o dia.

- 0- Ausente.
 - 1-
 - 2- O paciente dorme freqüentemente 1 ou 2 horas a mais.
 - 3-
 - 4- O paciente dorme freqüentemente 2 a 4 horas a mais.
-

8- BULIMIA

Aumento do apetite habitual, conduzindo a uma ingestão alimentar exagerada.

- 0- Apetite normal ou reduzido.
 - 1-
 - 2- Apetite ligeiramente aumentado.
 - 3-
 - 4- Aumento considerável do apetite. O paciente só pensa em comer. Seus familiares preocupam-se com a sua ingestão alimentar excessiva.
-

9- GANHO DE PESO

Desde o início do episódio atual, o ganho de peso não está em relação evidente com um tratamento medicamentoso.

0- Sem ganho de peso.

1-

2- Ganho de peso moderado (menos de 3kg em relação ao peso de antes do episódio. Se o paciente não se pesou recentemente, considerar a possibilidade de utilizar as mesmas roupas de maneira confortável.

3-

4- Ganho de peso importante (mais de 3kg em relação ao peso antes do episódio). Se o paciente não se pesou recentemente, considerar a impossibilidade de utilizar as mesmas roupas de maneira confortável.

10- PREOCUPAÇÕES MACABRAS

O paciente é invadido por idéias ou representações de morte e/ou de mutilações, rememora acontecimentos reais ou imagina dramas futuros. As preocupações podem concernir a sua própria morte ou a de pessoas que lhe são próximas.

0- Ausência de preocupações macabras.

1-

2- O paciente está preocupado de uma maneira ocasional por idéias ou representações de morte e/ou de mutilações.

3-

4- O paciente está preocupado de uma maneira persistente por idéias ou representações de morte e/ou de mutilações.

11- ALUCINAÇÕES ACÚSTICO-VERBAIS CATATÍMICAS

Fenômenos verbais psico-sensoriais, ocorrendo na ausência de qualquer estímulo externo identificável. As vozes que o paciente escuta falam com ele ou conversam entre elas. O conteúdo está relacionado com as modificações do humor do paciente.

0- Ausentes.

1-

2- Ilusões sensoriais auditivas. O paciente crê escutar alguns ruídos suspeitos "como se falassem com ele", mas não está certo disto. Estas ilusões estão em relação com as modificações de humor.

3-

4- Alucinações acústico-verbais verdadeiras, em relação com as modificações de humor.

12- ALUCINAÇÕES ACÚSTICO-VERBAIS NÃO-CATATÍMICAS

Alucinações acústico-verbais, cujas vozes que o paciente escuta evocam temas sem relação com a modificação de humor.

0- Ausentes.

1-

2- Ilusões sensoriais auditivas. Acredita ouvir certos ruídos suspeitos, que se assemelham a vozes, mas sem relação com as modificações de humor.

3-

4- Alucinações acústico-verbais verdadeiras, não relacionadas com as modificações de humor.

13- ALUCINAÇÕES PSÍQUICAS

Fenômenos endopsíquicos não sensoriais (ou seja, sem impressão de percepção externa): impressão de vozes dentro da cabeça, de comentários do próprio pensamento ou de que é repetido em eco, sem que haja impressão de sensorialidade das vozes.

0- Ausentes.

1-

2- Impressão fraca ou duvidosa de que falam dentro de sua cabeça, de comentários do próprio pensamento ou de que o repetem em eco, sem que tenha a impressão de sensorialidade das vozes.

3-

4- Impressão de que falam dentro da sua cabeça, de comentários do próprio pensamento ou de que o repetem em eco, sem que tenha a impressão de sensorialidade das vozes.

14- OUTRAS ALUCINAÇÕES

Existência de alucinações visuais, gustativas, cenestésicas, olfativas, etc.

Anotar: _____

Semais de um tipo anotar todos e cotar cada um.

0- Ausentes.

1-

2- Ilusões visuais, gustativas, cenestésicas, olfativas etc. Acredita ocorrerem-lhe certos fenômenos sensoriais "como se", mas não está certo disto.

3-

4- Alucinações (visuais, gustativas, cenestésicas, olfativas, etc.) verdadeiras.

15- COMPORTAMENTO ALUCINATÓRIO

Pela sua mímica, gestos e atitude, o paciente parece alucinar. No caso em que pelo menos num dos itens precedentes nº 11, 12, 13 e 14 o paciente recebeu a cotação 2, 3 ou 4, este item também será cotado 2, 3 ou 4. Todavia, pode acontecer de o paciente não exteriorizar verbalmente nenhuma alucinação (os itens nº11, 12, 13 e 14 foram cotados 0), mas seu comportamento nos faz cotar o item 1, 2, 3 ou 4.

0- Ausente.

1-

2- Dá a impressão, sem que se possa ter certeza, de estar alucinando.

3-

4- Comportamento alucinatório certo.

16- IDÉIAS DE CATÁSTROFE

Idéias de que um acontecimento desastroso para ele, para seus próximos, ou para todos, está por acontecer.

0- Ausentes.

1-

2- O paciente está preocupado com acontecimentos suscetíveis de serem desencadeados (p.ex., uma guerra atômica), mas cuja irrupção é muito improvável e/ou não tem o caráter catastrófico por ele atribuído.

3-

4- Certeza de que o evento vai ser desencadeado (a guerra vai estourar, o fim do mundo está próximo).

17- IDÉIAS PEJORATIVAS CONCERNENTES À APARÊNCIA FÍSICA

Convicção de que sua fisionomia ou seus traços mudaram e tornaram-se sem graça, de que chama a atenção ou de que está com uma aparência repugnante.

- 0- Ausentes.
 - 1-
 - 2- O paciente tem a impressão injustificada de transformação física desfavorável, mas é parcialmente acessível aos argumentos da realidade.
 - 3-
 - 4- Idéias delirantes de modificação desfavorável do aspecto físico com convicção absoluta.
-

18- IDÉIAS DE REFERÊNCIA

Idéias de que comentários com referência a objetos ou a acontecimentos aparentemente insignificantes referem-se ao paciente ou têm uma significação relacionada a ele. A idéia de referência deve ser cuidadosamente diferenciada da idéia de perseguição com o que é freqüentemente confundida. Uma idéia de referência pode ser ao mesmo tempo uma idéia de perseguição. Por exemplo, o paciente refere ter ouvido uma conversa, no curso da qual um interlocutor dizia: "É um imbecil, é preciso eliminá-lo" e pensa que falavam a seu respeito. Neste caso, cotar-se-á simultaneamente os dois itens. Existem, todavia, idéias de referência sem idéias de perseguição e vice-versa.

- 0- Ausentes.
 - 1-
 - 2- Tendência às idéias de referência, mas interrogado, o paciente reconhece que interpretou mal, que tudo é fruto de sua imaginação.
 - 3-
 - 4- Idéias delirantes inabaláveis.
-

19- IDÉIAS DE PERSEGUIÇÃO

Sentimento de servir de alvo da hostilidade dos outros (p.ex., suspeita das intenções dos outros. Tem a impressão de que as pessoas falam mal dele (zombadores, provocadores etc.) ou de que riem dele.

- 0- Ausentes.
 - 1-
 - 2- Tendência às idéias de perseguição, mas o paciente não adere e pode ser convencido da sua inexatidão.
 - 3-
 - 4- Idéias delirantes inabaláveis.
-

20- IDÉIAS DE PREJUÍZO

Sentimento de que atentam contra seus interesses legítimos. Arbitariamente não faremos entrar as idéias de prejuízo nas idéias de perseguição, das quais aquelas são uma forma particular. O prejuízo que lhe causaram ou que pensa que lhe desejam causar pode ser o exagero de um prejuízo real. O prejuízo pode concernir a bens materiais (dinheiro, posses diversas), à situação social (ou profissional) ou à reputação.

- 0- Ausentes.
 - 1-
 - 2- Vagas idéias de prejuízo, mas o paciente pode ser convencido com argumentos objetivos, pelo menos temporariamente, do seu caráter errôneo.
 - 3-
 - 4- Idéias delirantes com convicção absoluta.
-

21- IDÉIAS NIILISTAS

Idéias que se referem à ausência de sentido, ao absurdo e à inutilidade da vida (do próprio paciente ou em geral).

0- Ausentes.

1-

2- Idéias vagas de que a vida é absurda, de que o mundo não tem sentido, de que não há existência real, mas o sujeito pode ser convencido por argumentos objetivos, ao menos temporariamente, de seu caráter errôneo.

3-

4- Idéias delirantes com convicção absoluta.

22- IDÉIAS DE CIÚME

Preocupações concernentes à infidelidade eventual do parceiro sexual. Somente considerar como idéias de ciúme, se existir uma nítida discordância entre as preocupações (idéias) e o comportamento real do parceiro. Não levar em consideração o fato de o paciente considerar-se ou não culpado da infidelidade.

0- Ausentes.

1-

2- Moderadas. Vagos sentimentos de insegurança e desconfiança quanto à infidelidade do parceiro. O paciente pode ser convencido temporariamente da inexatidão de suas suspeitas.

3-

4- Convicção delirante inabalável, acompanhando-se, eventualmente, da procura de provas, da distorção dos fatos no sentido de suas convicções, da tentativa de provocar uma confissão.

23- OUTRAS IDÉIAS ANORMAIS

Cotar aqui todas as idéias anormais, de intensidade delirante ou não, não mencionadas especificamente nos itens precedentes. Por exemplo, idéias místicas; idéias de possessão.

Anotar: _____

Se mais de um tipo, anotar todas e cotar cada uma.

0- Ausentes.

1-

2- Outras idéias anormais, mas sem a convicção delirante absoluta.

3-

4- Outras idéias delirantes com convicção absoluta.

24- PASSAGEM AO ATO DELIRANTE (IMPULSO DELIRANTE)

A idéia delirante, seja qual for sua natureza, pode dar origem a um comportamento de passagem ao ato diretamente relacionado com o tema do delírio. Não levar em consideração o tema delirante. Não cotar aqui os ATOS SUICIDAS.

0- Ausente.

1-

2- Começo da passagem ao ato, mas o paciente conserva uma certa capacidade crítica que lhe permite o controle.

3-

4- Presença de maneira indiscutível.

25- PRESENÇA DE IDÉIAS DELIRANTES OU ALUCINAÇÕES

Este item diz respeito à presença ou não de fenômenos delirantes ou alucinatorios, seja qual for a natureza ou o conteúdo, a segurança na formulação diagnóstica ou a dimensão dos fenômenos no psiquismo do doente. Este item, em princípio, sobrepõe-se a um grande número de outros precedentes. Na cotação, não se levará em consideração nem a natureza, nem o conteúdo do fenômeno patológico.

0- Ausentes.

1-

2- O paciente apresenta idéias de caráter patológico, mas que não chegam a constituir uma preocupação clara, podendo ser dissipadas, pelo menos transitoriamente, quando se apresentam provas de sua inexatidão. No caso de se tratar de alucinações, não passam de uma suspeita para o observador, incapaz de afirmar sua existência.

3-

4- O paciente apresenta uma convicção delirante inabalável e/ou alucinações verdadeiras.

26- DESREALIZAÇÃO

Impressão de que o mundo exterior está mudando, de que as coisas se tornaram inabituais, irreconhecíveis e artificiais. Cotar em função da sintomatologia a partir do começo do episódio atual, sem levar em consideração a sintomatologia anterior.

0- Ausente.

1-

2- Impressão de que o mundo exterior mudou, tendo-se tornado irreconhecível.

3-

4- Impressão de que o mundo exterior é completamente irreal, como uma cena de teatro de marionetes.

27- DESPERSONALIZAÇÃO

Impressão de não ser mais o mesmo, de ter mudado. O paciente sente-se estranho, diferente e não se reconhece.

0- Ausente.

1-

2- Sente-se mudado, estranho, não reconhece mais a si próprio.

3-

4- Tem a impressão de desempenhar constantemente um papel, de ter saído do seu corpo, de ser irreal, ou então de que seu corpo, ou uma parte dele, não mais lhe pertence.

28- SINTOMAS OBSESSIVOS

Idéias ou comportamentos que se impõem ao paciente contra a sua vontade e que ele reconhece como inúteis, irracionais, parasitas.

0- Ausentes.

1-

2- Idéias ou comportamentos que se impõem ao doente de forma ocasional, sem perturbar excessivamente sua vida ou suas atividades.

3-

4- Idéias ou comportamentos que se impõem ao doente de forma persistente, perturbando muito sua vida ou suas atividades.

29- PERDA DE SENSIBILIDADE OU DO MOVIMENTO

Perturbação ou perda de uma atividade motora ou sensorial, sem base orgânica.

0- Ausente.

1-

2- Leve, mas sem impedir as atividades diárias.

3-

4- Perda persistente, levando à incapacidade de uma função sensorial ou motora, necessitando de uma ajuda (por exemplo, cegueira, impossibilidade de andar, afonia etc.).

30- ATITUDE PASSIVO-DEPENDENTE

Tendência à submissão, ao conformismo, à procura de apoio e segurança. Cotar em função da sintomatologia a partir do começo do episódio atual, sem levar em consideração a sintomatologia anterior.

0- Ausente.

1-

2- Pede conselhos e se conforma com o ponto-de-vista dos outros.

3-

4- Atitude sistemática de pedir conselhos para tudo e de se conformar com o ponto-de-vista dos outros.

31- ATITUDE MANIPULADORA

Tendência a explorar, manipular, utilizar os outros para manobras e discussões. Atitudes diretivas, reivindicativas. Cotar em função da sintomatologia a partir do começo do episódio atual, sem levar em conta a sintomatologia anterior.

0- Ausente.

1-

2- Presença de situações em que o paciente tem uma tendência a manipular os outros.

3-

4- Tendência geral a manipular os outros.

32- ATITUDE DOMINADORA

Tendência a tentar controlar e dirigir a entrevista. Cotar em função da sintomatologia a partir do começo do episódio atual, sem levar em conta a sintomatologia anterior.

0- Ausente.

1-

2- O paciente, mesmo tentando dirigir a entrevista, é acessível aos argumentos do clínico.

3-

4- O paciente controla e dirige a entrevista do início ao fim.

33- ATITUDE HISTRIÔNICA

Tendência a se comunicar por gestos ou propostas exageradas, artificiais ou tendência geral a assumir uma apresentação teatral. Cotar em função da sintomatologia a partir do começo do episódio atual, sem levar em conta a sintomatologia anterior.

0- Ausente.

1-

2- Presença de situações em que o paciente tem tendência a se comunicar por gestos ou por proposições dramáticas.

3-

4- Tendência geral a se comunicar por gestos ou por proposições exageradas.

34- AUTOCOMPAIXÃO

Atitude consistindo em lamuriar-se, queixar-se ou apiedar-se de si próprio. O paciente considera que seus problemas são únicos, ou em todo caso, mais importantes que os dos outros, lamenta-se a qualquer um que lhe dê ouvidos. Gostaria de que as pessoas se apiedassem, mas está persuadido de que ninguém quer ou pode lhe ajudar ou compreender. Cotar em função da sintomatologia a partir do começo do episódio atual, sem levar em conta a sintomatologia anterior.

0- Ausente.

1-

2- Tendência a só considerar os seus problemas e a lamentar-se de sua infelicidade.

3-

4- Tendência geral a atribuir inteira responsabilidade de todos os problemas atuais a outros.

35- ATRIBUIÇÃO DE RESPONSABILIDADE AOS OUTROS

Tendência a atribuir a outrem, de maneira injusta, a responsabilidade pelos problemas, insuficiências, dificuldades ou malogros pessoais. Cotar em função da sintomatologia a partir do começo do episódio atual, sem levar em conta a sintomatologia anterior.

0- Ausente.

1-

2- Tendência a atribuir a outrem, injustamente, uma parte da responsabilidade por alguns problemas pessoais.

3-

4- Tendência geral a atribuir a outrem a inteira responsabilidade por seus problemas pessoais.

36- IMPULSIVIDADE

Tendência a um comportamento imprudente, precipitado, impetuoso, sem refletir, nem considerar as conseqüências. Cotar em função da sintomatologia a partir do começo do episódio atual, sem levar em conta a sintomatologia anterior.

0- Ausente.

1-

2- Tendência a ter comportamentos imprudentes, precipitados e impetuosos.

3-

4- Tendência geral a ter comportamentos imprudentes, precipitados e impetuosos.

37- HOSTILIDADE E AGRESSIVIDADE

Tendência geral a expressar observações, censuras, recriminações, críticas cáusticas ou ofensivas a respeito dos outros. Eventualmente, animosidade, desprezo ou raiva pelos outros, que se pode exprimir por ameaça verbal, ou reação física violenta. Os atos violentos ditos altruístas são cotados no grau 4. Cotar em função da sintomatologia a partir do começo do episódio atual, sem levar em conta a sintomatologia anterior.

0- Ausente.

1-

2- Paciente reivindicador e hostil, mas não profere ameaças, nem comete atos agressivos.

3-

4- Paciente nitidamente hostil, proferindo ameaças ou cometendo atos físicos violentos.

38- DESCONFIANÇA

Tendência a duvidar da boa vontade dos outros e/ou a lhes atribuir intenções malévolas. O paciente não confia nas pessoas cujas intenções não lhe parecem corresponder exatamente a suas atitudes e propostas. Cotar em função da sintomatologia a partir do começo do episódio atual, sem levar em conta a sintomatologia anterior.

0- Ausente.

1-

2- O paciente perdeu a confiança nos seus familiares ou nos médicos, mas pode ser convencido das boas intenções deles.

3-

4- O paciente é excessivamente desconfiado, hesita em responder, evita falar dos outros e não pode ser convencido de que nada tem a temer.

39- ABUSO DE ÁLCOOL CONTEMPORÂNEO AO EPISÓDIO ATUAL

Uso excessivo de álcool. Necessidade diária de álcool para poder funcionar de maneira adequada; incapacidade de diminuir ou de parar o consumo de álcool com um comprometimento do funcionamento social ou profissional ligado ao consumo de álcool. Cotar em função da sintomatologia a partir do começo do episódio atual, sem levar em conta a sintomatologia anterior.

0- Ausente.

1-

2- O paciente tem necessidade diária de álcool para poder funcionar de maneira adequada, mas sem um comprometimento social ou profissional ligado ao consumo de álcool.

3-

4- O paciente tem necessidade diária de álcool para poder funcionar de maneira adequada, com um comprometimento social ou profissional ligado ao consumo de álcool.

40- USO ABUSIVO DE DROGAS CONTEMPORÂNEO AO EPISÓDIO ATUAL

Uso excessivo de drogas (incluindo drogas prescritas, mas utilizadas em quantidade superior à prescrição). Necessidade diária de drogas para poder funcionar de uma maneira adequada; incapacidade de diminuir ou de parar o consumo de drogas, com um comprometimento do funcionamento social ou profissional ligado ao consumo de drogas. Cotar em função da sintomatologia a partir do começo do episódio atual, sem levar em conta a sintomatologia anterior.

0- Ausente.

1-

2- O paciente tem necessidade diária de drogas para poder funcionar de maneira adequada, mas sem um comprometimento social ou profissional ligado ao consumo de drogas.

3-

4- O paciente tem necessidade diária de drogas para poder funcionar de maneira adequada, com um comprometimento social ou profissional ligado ao consumo de drogas.

41- APRESENTAÇÃO GERAL

Avaliar a apresentação geral do paciente. Observar o cuidado que ele tem em relação a esta apresentação (asseio corporal, vestuário, limpeza, penteado, etc.).

0- Apresentação geral normal.

1-

2- Sua apresentação denota uma certa negligência.

3-

4- Sua apresentação denota evidente falta de asseio corporal e do vestuário, sem relação com a moda.

42- APRESENTAÇÃO DO VESTUÁRIO (MODO DE VESTIR)

Trata-se aqui de avaliar o grau de adequação do modo de vestir-se à situação presente e não aos gostos e preferências pessoais. É importante avaliar o contexto onde o paciente se encontra (vestir camisola não é inadequado ao ambiente, se o paciente está hospitalizado).

- 0- Modo de vestir-se normal.
 - 1-
 - 2- Indumentária razoavelmente adaptada à situação.
 - 3-
 - 4- Indumentária totalmente inadaptada ao contexto, sem que haja nenhuma justificativa.
-

43- BIOTIPO PÍCNICO

Estrutura morfológica caracterizada pela predominância relativa das dimensões sagitais e transversais sobre as dimensões verticais. A morfologia é arredondada.

- 0- Morfologia claramente não-pícnica.
 - 1-
 - 2- Morfologia predominantemente pícnica.
 - 3-
 - 4- Morfologia pícnica típica.
-

44- NÃO-COOPERAÇÃO COM O TRATAMENTO

O paciente recusa-se a seguir a terapêutica que lhe é prescrita (medicamentos, hospitalização).

- 0- Ausente.
 - 1-
 - 2- O paciente diz não mais querer tomar a medicação, insiste em deixar o hospital, mas pode ser convencido do contrário.
 - 3-
 - 4- O paciente recusa toda e qualquer modalidade terapêutica e nada lhe convence da necessidade do tratamento.
-

45- RETICÊNCIA

Dissimulação voluntária de certos conteúdos da consciência: idéias delirantes, alucinações, incluindo, por exemplo, a reticência no que se refere a falar de certos aspectos da sua biografia ou a revelar as idéias de suicídio.

- 0- Ausente.
 - 1-
 - 2- O observador suspeita de que existam conteúdos de consciência dissimulados.
 - 3-
 - 4- O observador está certo da existência de idéias delirantes (às vezes um desdobramento do sistema delirante) e/ou de alucinações, mas o paciente dissimula toda a discussão sobre o assunto. Reticência nítida ou absoluta.
-

46- CAPACIDADE DE DAR-SE CONTA DE SEU ESTADO

Numa entrevista habitual, o paciente expõe seus problemas, e o médico tenta posteriormente objetivá-los com perguntas. Em certas condições, o paciente é incapaz de inteirar-se de seu estado e, por conseguinte, não pode ou não quer responder às perguntas que são formuladas. Eventualmente o paciente pode estar em mutismo.

0- O paciente responde de maneira adequada às perguntas que lhe são formuladas.

1-

2- O paciente tem dificuldade de inteirar-se do seu estado ou mostra-se desconfiado e reticente, mas a entrevista prossegue.

3-

4- A entrevista torna-se impossível e somente o comportamento, o estado tímico e o curso do pensamento podem ser analisados.

7.4- ESCALA DE LENTIFICAÇÃO DEPRESSIVA

Cada item deve ser cotado de 0 a 4, com base no modelo geral a seguir; em caso de excitação, os exemplos e indicações permitem escolher uma entre duas possibilidades.

- 0- Normal.
 - 1- Dúvida sobre o caráter patológico do fenômeno observado.
 - 2- Há sinal patológico, mas discreto.
 - 3- Evidente para qualquer observador.
 - 4- Muito intenso.
-

1- PAS PASSOS E MARCHA (num percurso padrão)

- 0- Normal.
 - 1- Discreta lentidão, cujo caráter patológico não é seguro.
 - 2- Observa-se apenas uma das seguintes particularidades:
 - falta de flexibilidade nos passos ou no balanço dos braços;
 - o paciente arrasta os pés;
 - passos em amplitude normal, mas lentos;
 - passos lentos e curtos.
 - 3- Vários desses sinais são nítidos.
 - 4- O paciente precisa ser apoiado para poder andar.
-

2- MOV LENTIDÃO E ESCASSEZ DE MOVIMENTOS (tronco e membros)

- 0- Movimentos adaptados, normais em amplitude, flexibilidade e ritmo; o tronco está confortavelmente instalado na poltrona, e os ombros descontraídos. A postura e os movimentos estão em harmonia com o discurso.
 - 1- Existe talvez uma leve "adinamia", difícil de interpretar.
 - 2- Uma certa imobilidade é indiscutível.
 - 3- Movimenta rara e lentamente apenas os membros, de maneira desajeitada e de fraca amplitude, ou mexe somente as mãos; suas raízes encontram-se estáticas. Tronco imóvel, seja apoiado no espaldar da cadeira, seja com os ombros completamente caídos.
 - 4- Recusa-se a levantar da cama ou permanece estático na cadeira. Nenhum movimento do tronco, nem mobilidade da cabeça-tronco.
-

3- MIM LENTIDÃO E ESCASSEZ DOS MOVIMENTOS DA CABEÇA E PESCOÇO (mímica)

- 0- A cabeça é móvel e seu porte é bem flexível; o olhar explora a sala, dirigindo-se comodamente, ora para o examinador, ora para outros locais de seu interesse. Os movimentos da boca são de amplitude normal.
 - 1- Há talvez uma redução da mobilidade, difícil de ser afirmada.
 - 2- A redução da mobilidade é leve, porém indiscutível; olhar freqüentemente fixo, mas ainda capaz de mobilidade; ainda expressa mímica, mas ela é monótona.
 - 3- O doente não mexe a cabeça. Ele não explora a sala; seu olhar é voltado mais freqüentemente para baixo, e raramente olha o examinador. Articula mal, e seus lábios mexem-se pouco; jamais sorri e sua mímica é glacial.
 - 4- Fácies toda glacial e dolorosamente inexpressiva.
-

4- LIN LINGUAGEM E FLUXO VERBAL

- 0- Fluxo supostamente normal.
 - 1- Lentidão quase imperceptível da linguagem.
 - 2- Lentidão nítida, mas que quase não atrapalha a conversação.
 - 3- O paciente fala somente sob firme insistência.
 - 4- Respostas estereotipadas.
-

5- VOZ MODULAÇÃO DA VOZ (intensidade e modulação da fala)

- 0- Supostamente normal
 - 1- Enfraquecimento quase imperceptível.
 - 2- Voz monótona e fraca, obrigando a bem prestar atenção.
 - 3- Fala difícil de ouvir, obrigando a fazer repetir certas passagens.
 - 4- Fala inaudível.
-

6- BRE RESPOSTAS BREVES

- 0- O paciente não tem dificuldade em dar respostas de extensão adequada.
 - 1- As respostas parecem um pouco breves.
 - 2- Respostas breves, mas que não atrapalham o curso da conversação.
 - 3- Respostas muito lacônicas (uma ou duas palavras...).
 - 4- Respostas monossilábicas.
-

7- VAR VARIEDADE NOS TEMAS ESPONTANEAMENTE ABORADADOS

- 0- Fácil associação de idéias, temática variada e rica.
 - 1- Temas relativamente ricos e variados, mas parece que o paciente tem dificuldades em passar de uma idéia para outra.
 - 2- Os temas novos, espontaneamente abordados, são raros e pobres.
 - 3- Espontaneamente, os temas novos estão ausentes; tendência à ruminação mental.
 - 4- Nenhuma elaboração; discurso muito pobre ou mesmo inexplorável (monotemático, monoidéico).
-

8- FLU FLUÊNCIA IDÉICA (Tema eventualmente "puxado pelo examinador")

- 0- Fácil associação de idéias.
 - 1- Temas relativamente ricos e variados, mas parece que o paciente tem dificuldades em passar de uma idéia para outra.
 - 2- Os temas novos são raros e pouco variados.
 - 3- Espontaneamente, os temas novos estão ausentes; tendência à ruminação mental.
 - 4- Nenhuma elaboração, linguagem muito pobre.
-

9- RUM EXPERIÊNCIA SUBJETIVA DE RUMINAÇÃO MENTAL

- 0- O paciente tem o sentimento de pensar como anteriormente, sem obstáculos.
 - 1- Dúvida entre 0 e 2.
 - 2- O paciente tem a impressão de que seus pensamentos focalizam-se em um a três assuntos, que lhe retornam sem cessar, incomodando seu dia-a-dia e invadindo seu mundo interior.
 - 3- O paciente tem o sentimento de que seus pensamentos espontâneos tendem sempre a levá-lo a uma única preocupação dolorosa.
 - 4- O paciente vivencia uma total incapacidade para desembaraçar-se de sua ruminação dolorosa.
-

10- FAD FADIGABILIDADE

- 0- A fadiga não é assinalada espontaneamente, nem é encontrada no interrogatório.
 - 1- A fadiga não é assinalada espontaneamente, mas pode ser evidenciada pelo interrogatório.
 - 2- O doente é incomodado pela fadiga em sua vida cotidiana (comer, vestir-se, fazer sua toalete, subir a um andar superior).
 - 3- A fadiga obriga o doente a reduzir suas atividades.
 - 4- Redução quase total das atividades, devido à fadiga.
-

11- INT INTERESSE PELAS ATIVIDADES HABITUAIS

0- Apesar da hospitalização, o doente mantém seus interesses habituais.

- 1- Há diminuição de certas atividades em que o paciente se interessava, o que ele atribui a sua hospitalização ou a qualquer outro pretexto.
 - 2- A interrupção de certas atividades (TV, jornal, tricô) é antes (ou igualmente) atribuída ao desinteresse que à fadiga.
 - 3- O desinteresse é muito extenso, afetando até mesmo o futuro do paciente (certos interesses são poupados: família, visitas).
 - 4- Desinvestimento completo.
-

12- TEM PERCEPÇÃO DO PACIENTE DO CURSO DO TEMPO PRESENTE

0- Idêntico ao vivido habitualmente.

- 1- O tempo presente passa lentamente, mas isto se deve à inatividade, à hospitalização.
 - 2- Há um transcurso mais lento do tempo percebido, mas identifica-se somente por um interrogatório preciso.
 - 3- O doente assinala espontaneamente um transcurso lento do tempo presente ou facilmente o confirma.
 - 4- O tempo presente está suspenso (percepção dolorosa de um tempo infinito).
-

13- MEM MEMÓRIA

0- O paciente afirma não ter nenhum transtorno mnésico, e o examinador não o encontra no interrogatório.

- 1- O doente evoca uma dificuldade mnésica, mas é difícil objetivá-la.
 - 2- O transtorno mnésico é objetivável (dificuldade em lembrar-se da refeição da véspera), mas ele pouco atrapalha.
 - 3- O transtorno de memória é descrito como uma limitação (não encontra mais seus objetos pessoais, esquece-se de quem foi que veio vê-lo e quando).
 - 4- Verdadeira amnésia.
-

14- CON CONCENTRAÇÃO

0- Faculdade de concentração normal.

- 1- O doente pensa que pode concentrar-se normalmente, mas parece difícil fazê-lo em certas tarefas que requerem um esforço de concentração.
 - 2- O doente assinala que se atrapalha em algumas atividades (leitura, cálculo, tarefas profissionais), que ele atribui à sua dificuldade de concentração.
 - 3- Há importante dificuldade de concentração, a qual torna impossível a compreensão de informações banais (jornal, TV).
 - 4- O transtorno atrapalha a própria entrevista.
-

15- APRECIÇÃO GERAL DO RETARDO

0- Nenhuma.

- 1- Questionável.
- 2- Limitado.
- 3- Moderado.
- 4- Severo.

7.5- ESCALA DE HAMILTON PARA DEPRESSÃO

1- ÂNIMO DEPRIMIDO

(Tristeza, desesperança, desamparo, inutilidade)

0- Ausente.

1- Esses estados afetivos são indicados apenas se perguntados.

2- Esses estados afetivos são espontaneamente referidos verbalmente.

3- Comunica estes estados afetivos não-verbalmente, isto é, através da expressão facial, da postura, da voz e da tendência de chorar.

4- Paciente refere APENAS esses estados afetivos em sua comunicação espontânea verbal e não-verbal.

2- SENTIMENTOS DE CULPA

0- Ausente.

1- Auto-recriminação, sente que tem desapontado as pessoas.

2- Idéias de culpa ou ruminção sobre erros passados ou fatos pecaminosos.

3- A doença presente é uma punição. Delírio de culpa.

4- Ouve vozes acusatórias ou denunciadoras e/ou experimenta alucinações visuais ameaçadoras.

3- SUICÍDIO

0- Ausente.

1- Sente que a vida não vale a pena de viver.

2- Deseja que estivesse morto ou quaisquer pensamentos de possível morte para si próprio.

3- Idéias ou gestos suicidas.

4- Tentativa de suicídio (qualquer tentativa séria, marque o índice 4).

4- INSÔNIA PRECOCE

0- Sem dificuldade de adormecer.

1- Queixa-se de ocasional dificuldade de adormecer, isto é, mais do que 1/2 hora.

2- Queixa-se de dificuldade de adormecer todas as noites.

5- INSÔNIA DO MEIO DA NOITE

0- Sem dificuldade.

1- O paciente queixa-se de estar inquieto e perturbado durante a noite.

2- Acordado durante a noite (qualquer episódio de sair da cama, exceto para funções de excreção - índice 2).

6- INSÔNIA TARDIA

0- Nenhuma dificuldade.

1- Acordado de madrugada, mas volta a dormir.

2- Incapaz de adormecer de novo, se sair da cama.

7- TRABALHO E ATIVIDADES

0- Sem dificuldades.

1- Pensamentos e sentimentos de incapacidade, fadiga ou fraqueza relacionados com atividades, trabalho ou divertimentos.

2- Perda de interesse nas atividades, divertimentos ou trabalho - ou diretamente referidos pelo paciente, ou indiretamente através de inquietação, indecisão e avaliação (sente que tem que se esforçar para o trabalho ou para

8- RETARDO

(Vagareza de pensamentos e fala; capacidade de concentração prejudicada; atividade motora diminuída).

- 0- Fala e pensamentos normais.
 - 1- Discreto retardo na entrevista.
 - 2- Óbvio retardo na entrevista.
 - 3- Entrevista difícil.
 - 4- Estupor completo.
-

9- AGITAÇÃO

- 0- Nenhuma.
 - 1- Inquietação.
 - 2- Mexendo com as mãos, no cabelo, etc.
 - 3- Movendo-se, não pode ficar parado.
 - 4- Esfregando as mãos, roendo as unhas, puxando o cabelo, mordendo os lábios.
-

10- ANSIEDADE PSÍQUICA

- 0- Sem dificuldade.
 - 1- Tensão subjetiva e irritação.
 - 2- Preocupando-se sobre pequenas questões.
 - 3- Atitude apreensiva aparente na face ou na fala.
 - 4- Expressa medos, mesmo sem ser questionado.
-

11- ANSIEDADE SOMÁTICA

Concomitantes fisiológicos de ansiedade, tais como: *gastro-intestinais* (boca seca, gases, indigestão, diarreia, cólicas, eructação); *cardiovasculares* (palpitações, dores de cabeça); *respiratórios* (hiperventilação, suspiros); *aumento da frequência urinária*; *sudorese*.

- 0- Ausente.
 - 1- Discreto.
 - 2- Moderado.
 - 3- Severo.
 - 4- Incapacitante.
-

12- SINTOMAS SOMÁTICOS GASTRO-INTESTINAIS

- 0- Nenhum.
 - 1- Perda de apetite, mas se alimenta sem encorajamento da equipe. Sentimento de peso no abdômen.
 - 2- Dificuldade de comer sem a insistência da equipe. Pede ou necessita laxativos ou medicação para os intestinos, ou medicação para os sintomas gastro-intestinais.
-

13- SINTOMAS SOMÁTICOS GERAIS

- 0- Nenhum.
 - 1- Peso nas pernas, nas costas ou na cabeça. Dores nas costas ou dores de cabeça, dores musculares. Perda de energia e fadigabilidade.
 - 2- Qualquer sintoma definido, marque 2.
-

14- SINTOMAS GENITAIS

Sintomas tais como perda de libido, perturbações menstruais.

- 0- Ausente.
 - 1- Suave.
 - 2- Severo.
-

15- HIPOCONDRIA

- 0- Não apresenta.
- 1- Autocompenetração ("self-absortion") corporal.
- 2- Preocupação com a saúde.
- 3- Queixas freqüentes, pedidos de auxílio etc.
- 4- Delírios hipocondríacos.

16- PERDA DE PESO (marque A ou B)

A- *Quando está avaliando pela história:*

- 0- Sem perda de peso.
- 1- Provável perda de peso associada com doença presente.
- 2- Definida perda de peso (de acordo com o paciente).

B- *Nas avaliações semanais pelo psiquiatra da enfermaria, quando modificações efetivas de peso são medidas:*

- 0- Perdeu menos de 1/2 kg na semana.
- 1- Perdeu mais de 1/2 kg na semana.
- 2- Perdeu mais do que 1 kg na semana.

17- INTROSPECÇÃO (INSIGHT)

- 0- Reconhece estar deprimido e doente
- 1- Reconhece a doença, mas a atribui à má alimentação, ao clima, ao excesso de trabalho, a vírus, à necessidade de repouso etc.
- 2- Nega definitivamente.

18- VARIAÇÃO DIURNA

A- *Note se os sintomas são piores de manhã ou à tarde:*

- 0- Sem variação.
- 1- Pior de manhã.
- 2- Pior à tarde, após o 1/2 dia

B- *Quando presente, marque a severidade da variação.*

- 0- Nenhuma.
- 1- Discreta.
- 2- Severa.

19- DESPERSONALIZAÇÃO E SENTIMENTOS DE IRREALIDADE

Tais como sentimentos de irrealidade, idéias niilistas.

- 0- Ausente.
- 1- Suave.
- 2- Moderado.
- 3- Severo.

20- SINTOMAS PARANÓIDES

- 0- Nenhum.
- 1- Desconfiado.
- 2- Idéias de referência.
- 3- Delírios de referência e perseguição.

21- SINTOMAS OBSESSIVOS E COMPULSIVOS

- 0- Ausentes.
- 1- Suaves.
- 2- Severos.

7.6- ESCALA DE MONTGOMERY-ASBERG

1- TRISTEZA APARENTE

Representa desânimo, tristeza e desespero (mais que um simples abatimento transitório) refletidos na fala, na expressão facial e na postura. Avaliar pela profundidade e pela incapacidade de se animar.

- 0- Nenhuma tristeza.
- 1-
- 2- Aparentemente abatido, mas anima-se ocasionalmente.
- 3-
- 4- Parece triste e infeliz o tempo todo.
- 5-
- 6- Tristeza e desânimo extremos e persistentes.

2- TRISTEZA RELATADA

Representa o humor vivenciado subjetivamente, sem considerar se o mesmo se reflete na aparência ou não. Inclui humor deprimido, desânimo, tristeza e o sentimento de desamparo e de desesperança. Avaliar de acordo com a intensidade, a duração, a extensão com os quais o humor é influenciado pelos eventos. Exaltação do humor é avaliado como 0 (zero) neste item.

- 0- Tristeza ocasional pode ocorrer em determinadas circunstâncias.
- 1-
- 2- Sentimento predominantemente de tristeza, mas anima-se em certas ocasiões.
- 3-
- 4- Sentimentos persistentes de tristeza ou desesperança; o humor é ainda influenciado por circunstâncias externas.
- 5-
- 6- Experiência persistente de miséria ou de desânimo extremo.

3- TENSÃO INTERIOR

Representa sentimentos de desconforto indefinido, irritabilidade, confusão interna, tensão mental próxima ao pânico, apreensão e angústia. Avaliar de acordo com a intensidade, a frequência, a duração e com a extensão da necessidade de apoio pelo entrevistador.

- 0- Tranquilo: tensão interior somente fugaz.
- 1-
- 2- Sentimentos ocasionais de irritação e de desconforto indefinidos.
- 3-
- 4- Sentimentos persistentes de tensão interior, ou de pânico intermitente, o qual o paciente somente consegue controlar com alguma dificuldade.
- 5-
- 6- Apreensão ou angústia insuperáveis: pânico incontrolável.

4- ALTERAÇÃO DO SONO

Representa a experiência subjetiva de redução da duração ou da profundidade do sono em comparação com o padrão pessoal do próprio paciente em condições saudáveis.

- 0- Dorme como sempre fez.
 - 1-
 - 2- Dificuldade leve em conciliar o sono ou sono discretamente reduzido, leve ou interrompido.
 - 3-
 - 4- Sono reduzido ou interrompido, pelo menos por duas horas.
 - 5-
 - 6- Menos que duas ou três horas de sono.
-

5- DIMINUIÇÃO DO APETITE

Representa os sentimentos de perda de apetite em comparação com o período em que estava bem.

- 0- Apetite normal ou aumentado.
- 1-
- 2- Apetite discretamente reduzido.
- 3-
- 4- Nenhum apetite; a comida não tem sabor; precisa esforçar-se para comer.
- 5-
- 6- Precisa ser forçado a comer; recusa alimentação.

6- DIFICULDADE DE CONCENTRAÇÃO

Representa dificuldades em organizar o próprio pensamento, chegando a uma falta de concentração incapacitante. Avaliar de acordo com a intensidade, a frequência e o grau de incapacidade resultante. Distinguir de falhas de memória e distúrbios formais do pensamento.

- 0- Nenhuma dificuldade para se concentrar.
- 1-
- 2- Dificuldades eventuais para organizar o próprio pensamento.
- 3-
- 4- Dificuldades de concentração e articulação dos pensamentos, que interferem com a leitura ou com a conversação.
- 5-
- 6- Falta de concentração incapacitante.

7- INIBIÇÃO MOTORA

Representa dificuldade para iniciar, ou lentidão para iniciar ou desempenhar atividades cotidianas.

- 0- Raramente alguma dificuldade para iniciar atividades: nenhuma lentidão.
- 1-
- 2- Dificuldades para iniciar as atividades.
- 3-
- 4- Dificuldades para iniciar atividades rotineiras simples, que são somente desempenhadas com muito esforço.
- 5-
- 6- Inércia completa; incapaz de iniciar qualquer atividade sem auxílio.

8- INCAPACIDADE DE SENTIR

Representa a experiência subjetiva de interesse reduzido pelo ambiente, ou pelas atividades que normalmente dão prazer. A capacidade de reagir com emoção adequada às circunstâncias ou às pessoas está reduzida.

- 0- Interesse normal pelo ambiente ou pelas pessoas.
 - 1-
 - 2- Capacidade reduzida em apreciar seus interesses habituais: capacidade reduzida para sentir raiva.
 - 3-
 - 4- Perda de interesse pelo ambiente: perda dos sentimentos pelos amigos ou pelos conhecidos.
 - 5-
 - 6- Experiência de estar emocionalmente paralisado, incapacidade de sentir raiva ou pesar e uma completa ou mesmo dolorosa falta de sentimentos por parentes próximos e amigos.
-

9- PENSAMENTOS PESSIMISTAS

Representa pensamentos de culpa, inferioridade, pecado, auto-reprovação, remorso e ruína.

0- Nenhum pensamento pessimista.

1-

2- Idéias flutuantes de falha, auto-reprovação ou auto-depreciação.

3-

4- Auto-acusações persistentes, ou idéias definidas, porém ainda racionais, de culpa ou de pecado.

5-

6- Delírio de ruína, remorso e pecado irredimível; auto-acusações absurdas.

10- PENSAMENTOS PESSIMISTAS

Representa o sentimento de que a vida não vale a pena de ser vivida, que uma morte natural seria bem-vinda, pensamentos suicidas e preparativos para o suicídio. Tentativas de suicídio não deverão por si mesmas influenciar a avaliação.

0- Aprecia a vida ou a aceita como ela é.

1-

2- Cansado da vida; pensamentos suicidas transitórios.

3-

4- Muito melhor seria se morresse; pensamentos suicidas são freqüentes, e o suicídio considerado como uma possível solução, mas sem planos específicos ou intenções.

5-

6- Planos explícitos de suicídio, quando houver uma oportunidade: prepara-se ativamente para o suicídio.