Clóvis Alexandrino da Silva Junior

**Epidemiologia dos subtipos de depressão: análise de classes latentes
dos sintomas depressivos em uma amostra populacional da Região
Metropolitana de São Paulo**

Tese apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São
Paulo para a obtenção do título de
Doutor em Ciências

Programa de Psiquiatria

Orientadora: Profa. Dra. Laura
Helena Silveira Guerra de Andrade

São Paulo
2012

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Silva Junior, Clóvis Alexandrino da

Epidemiologia dos subtipos de depressão : análise de classes latentes dos
sintomas depressivos em uma amostra populacional da Região Metropolitana de
São Paulo / Clóvis Alexandrino da Silva Junior. -- São Paulo, 2012.

Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Programa de Psiquiatria.

Orientadora: Laura Helena Silveira Guerra de Andrade.

Descritores: 1.Subtipos de depressão 2.Sintomas depressivos 3.Depressão
4.Transtornos mentais 5.Estudos transversais 6.Epidemiologia

USP/FM/DBD-211/12

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais, Clóvis e Ivelize, genitores pelo nascimento e amigos pela existência. Com o seu jeito humano de viver, ensinam-me os valores mais profundos da Vida, em toda sua plenitude.

Às minhas amadas irmãs Martha, Cris, Katarina e Karla, a quem devoto carinho e reverência pela nobreza dos seus sentimentos.

Ao meu companheiro de vida e de ideal, Ronald, pelo afeto, pela amizade e pela cumplicidade de todos os instantes.

Aos meus cinco avós, Pedro Alexandrino, Pedro Vilaça, Maria, Ianê e Enedina, mas muito em especial ao meu inesquecível *Pai-Avô*, cujo sorriso e cuja sabedoria iluminarão para sempre o meu caminho.

Aos meus grandes irmãos Francisco e Bernardo e a toda comunidade que eles representam. Sem eles, a trajetória humana seria áspero caminho.

A Nair, minha alma irmã, que soube aliar à sua romana personalidade a doçura e a energia da vida cristã.

Aos meus filhos, que em breve serão depositados por Deus nos braços de quem lhes dará carinho e amor incondicional.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Profa. Dra. Laura Helena Silveira Guerra de Andrade, por toda a dedicação desses anos de convívio. Ao seu lado, tenho aprendido o rigor do trabalho acadêmico e a preocupação daqueles que, através da escrita refinada, contribuem para o desenvolvimento da ciência humana.

A Rodrigo de Souza Bulhões, que, com a tranquilidade legítima dos filhos da Bahia, ensinou-me a percorrer o intricado mundo da Matemática e da Estatística.

À Profa. Dra. Sílvia Saboia Martins, pelo trabalho, pela atenção e pelo domínio da análise de classes latentes. É com orgulho que hoje representa o nosso país como Professora Associada do Departamento de Epidemiologia da *Columbia University*, em Nova Iorque.

Ao Prof. Dr. Yuan-Pang Wang, cujo saber intelectual assimilado através dos anos torna mais claro e compreensível o vasto mundo da Epidemiologia Psiquiátrica.

Aos membros da banca de qualificação, composta pelo Prof. Dr. Cássio Machado de Campos Bottino, pela Profa. Dra. Tânia Corrêa de Toledo Ferraz Alves e pela Profa. Dra. Cíntia de Azevedo Marques Périco, cujos comentários e sugestões foram imprescindíveis para o aprimoramento desta tese. Particularmente a cada um dos três agradeço pelo modo de conduta que transmitem àqueles que lhes são próximos.

Ao Prof. Dr. Arthur Guerra de Andrade, cuja capacidade administrativa, associada à sua energia inquebrantável, promove o crescimento singular das Disciplinas de Psiquiatria e Psicologia Médica da Faculdade de Medicina do ABC.

A Eliza Sumie Sogabe Fukushima, pela lembrança dos prazos da tese, dos documentos necessários e pela atenção constante aos meus pedidos e às minhas indagações.

Ao irmão Airton Ferreira de Almeida, cujo comando sobre as técnicas avançadas da Computação, aliado a uma amizade que desconhece as barreiras do tempo, sempre esteve disponível em companhia de sua indômita esposa, Érica Fernanda Trindade Guimarães de Almeida, a inesquecível Dra. Saci dos tempos de internato.

Aos queridos irmãos Mario Modesto e Munir Antun, pelo auxílio constante, principalmente quando os programas computacionais insistiam em não realizar aquilo que eu lhes pedia, ou quando simplesmente desapareciam do meu computador, sem deixar qualquer rastro.

Ao amigo e irmão Murilo Barutti de Oliveira, com quem tive o privilégio de trabalhar e com quem pude aprofundar o significado das palavras dedicação e solidariedade.

Aos amigos mais do que especiais Rodrigo, Flávia, Thiago, Guilherme, Maíra, Fábio, Raquel e Murad, cuja alegria transforma a nossa caminhada em doce refrigério para o coração, enchendo a vida de expressão e leveza.

Ao irmão querido Rogério Tanquinho, pela disciplina e seriedade com que conduz seus compromissos e atividades, e principalmente pelo carinho e forte abraço em todos os momentos.

Ao amigo Caio e aos seus filhos, meus sobrinhos muito amados, Marcelo e Isabela, cuja inocência e graça tornam a existência um grande conto de histórias sem pé nem cabeça, mas profundamente unido pelo sorriso e pela sinceridade.

A minha filha pelo coração, Giselle, a quem dedico o meu mais puro afeto e a quem desejo toda a felicidade desse mundo.

Aos meninos, filhos também pelo amor, Gabe e Antônio, e à doce menina Nani, cuja simplicidade e harmonia me mostram a cada dia o que realmente é necessário para sermos felizes e vivermos em paz.

Aos meus pacientes, que sempre me motivam a crescer como médico e a melhorar como ser humano.

*“Que dias há que n'alma me tem posto
um não sei quê, que nasce não sei onde,
vem não sei como, e dói não sei porquê.”*

Luís Vaz de Camões

Esta tese está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

SUMÁRIO

Lista de figuras

Lista de painéis

Lista de tabelas

Lista de siglas

Resumo

Abstract

1. INTRODUÇÃO	1
1.1. Aspectos Epidemiológicos da Depressão na Comunidade	2
1.2. Subtipos de Depressão	5
1.2.1. Subtipos de Depressão nas Classificações Atuais	8
1.3. Análise de Classes Latentes	18
1.4. Análise de Classes Latentes e Subtipos de Depressão na Comunidade.....	19
1.5. Sintomas Depressivos, Manifestações Clínicas em Pacientes Hospitalizados e Alterações de Neuroimagem.....	21
1.6. Subtipos de Depressão, Perfis Sintomatológicos e Diferenças entre os Gêneros ...	23
1.7. Importância do Presente Estudo	29
2. HIPÓTESES DO ESTUDO	30
3. OBJETIVOS	32
3.1. Objetivos Gerais	33
3.2. Objetivos Específicos	33

4. JUSTIFICATIVAS	34
5. MATERIAL E MÉTODOS	36
5.1. Tipo de Estudo	37
5.2. Delineamento do Estudo São Paulo Megacity	37
5.2.1. Objetivos do Estudo São Paulo Megacity	39
5.2.2. Amostragem do Estudo São Paulo Megacity	40
5.2.3. Coleta de Dados do Estudo São Paulo Megacity	41
5.2.4. Instrumento de Pesquisa	42
5.2.5. São Paulo Megacity: Transtornos Mentais nos Últimos 12 Meses	46
5.3. Amostra do Presente Estudo	47
5.3.1. Sessão de Depressão	49
5.4. Variáveis Sociodemográficas	50
5.5. Correlatos Diagnósticos e Outras Características Clínicas Relevantes	50
5.6. Depressão Maior e Distímia	52
5.7. Uso de Serviços	52
6. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	54
7. ANÁLISES ESTATÍSTICAS	56
7.1. Identificação das Diferentes Classes de Sintomas de Depressão e dos Fatores a Elas Relacionados	57
8. RESULTADOS	61

8.1. Características da Amostra do Presente Estudo	62
8.2. Escolha dos Sintomas Depressivos	64
8.3. Decisão sobre o Número de Classes.....	66
8.4. Inclusão das Covariáveis no Modelo de Avaliação.....	70
8.5. Análise de Classes Latentes e Amostra Geral	71
8.6. Análise de Classes Latentes e Diferença entre os Gêneros	76
8.7. Correlatos Sociodemográficos, Diagnósticos e Outras Características Clínicas Relevantes para a Amostra Geral.....	85
8.8. Correlatos Sociodemográficos, Diagnósticos e Outras Características Clínicas Relevantes: Diferença entre os Gêneros	97
8.9. Comparação das Classes Identificadas Através da Análise de Classes Latentes com os Diagnósticos de Depressão e Distímia de Acordo com o DSM-IV	118
8.10. Uso de Serviços	126
9. DISCUSSÃO	134
10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	149
11. ANEXOS	164
11.1. Anexo I.....	165
11.2. Anexo II	169
11.3. Anexo III.....	170
11.4. Anexo IV.....	171
11.5. Anexo V.....	172

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Mapa da Região Metropolitana de São Paulo.....	39
Figura 2. Fluxograma da entrevista do Estudo São Paulo Megacity.....	45
Figura 3. Fluxograma da amostra do presente estudo.....	48
Figura 4. Melhor perfil das classes latentes para a amostra geral.....	75
Figura 5. Melhor perfil das classes latentes para o sexo feminino.....	81
Figura 6. Melhor perfil das classes latentes para o sexo masculino.....	84

LISTA DE PAINÉIS

Painel 1. Semelhanças e diferenças dos especificadores de depressão nas classificações diagnósticas atuais.....	10
Painel 2. Principais estudos que utilizaram o método de análise de classes latentes para a identificação de subtipos depressivos na comunidade, apresentados em ordem cronológica.....	165

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Características da amostra do presente estudo.....	63
Tabela 2. Comparação entre os índices estatísticos de acordo com o número de classes, do modelo com 30 sintomas, para a amostra geral.....	67
Tabela 3. Comparação entre os índices estatísticos de acordo com o número de classes, do modelo com 30 sintomas, para o sexo feminino.....	68
Tabela 4. Comparação entre os índices estatísticos de acordo com o número de classes, do modelo com 30 sintomas, para o sexo masculino.....	69
Tabela 5. Probabilidades de manifestação de cada sintoma depressivo, distribuído por classes, para o modelo ajustado da amostra geral; N=1.212; Estudo São Paulo Megacity.....	73
Tabela 6. Probabilidades de manifestação de cada sintoma depressivo, distribuído por classes, para o modelo ajustado do sexo feminino; N=864; Estudo São Paulo Megacity.....	79
Tabela 7. Probabilidades de manifestação de cada sintoma depressivo, distribuído por classes, para o modelo ajustado do sexo masculino; N=343; Estudo São Paulo Megacity.....	82
Tabela 8. Prevalências das covariáveis distribuídas por classes, no modelo não ajustado para a amostra geral; N=1.212; Estudo São Paulo Megacity.....	88
Tabela 9. Estimativas dos parâmetros do modelo não ajustado de regressão logística multinomial para a amostra geral; N=1.212; Classe de referência: Leve; Estudo São Paulo Megacity.....	91

Tabela 10. Estimativas dos parâmetros do modelo ajustado de regressão logística multinomial para a amostra geral; N=1.212; Classe de referência: Leve; Estudo São Paulo Megacity.....	94
Tabela 11. Prevalências das covariáveis distribuídas por classes, no modelo não ajustado para o sexo feminino; N=864; Estudo São Paulo Megacity.....	100
Tabela 12. Estimativas dos parâmetros do modelo não ajustado de regressão logística multinomial para o sexo feminino; N=864; Classe de referência: Leve; Estudo São Paulo Megacity.....	103
Tabela 13. Estimativas dos parâmetros do modelo ajustado de regressão logística multinomial para o sexo feminino; N=864; Classe de referência: Leve; Estudo São Paulo Megacity.....	106
Tabela 14. Prevalências das covariáveis distribuídas por classes, no modelo não ajustado para o sexo masculino; N=343; Estudo São Paulo Megacity.....	110
Tabela 15. Estimativas dos parâmetros do modelo não ajustado de regressão logística multinomial para o sexo masculino; N=343; Classe de referência: Leve; Estudo São Paulo Megacity.....	113
Tabela 16. Estimativas dos parâmetros do modelo ajustado de regressão logística multinomial para o sexo masculino; N=343; Classe de referência: Leve; Estudo São Paulo Megacity.....	116
Tabela 17. Prevalências de depressão maior e distímia ao longo da vida, distribuídas por classes, para a amostra geral; N=1.212; Estudo São Paulo Megacity.....	120
Tabela 18. Estimativas dos parâmetros de depressão maior e distímia ao longo da vida para a amostra geral; N=1.212; Classe de referência: Leve; Estudo São Paulo Megacity.....	121

Tabela 19. Prevalências de depressão maior e distímia ao longo da vida, distribuídas por classes, para o sexo feminino; N=864; Estudo São Paulo Megacity.....	122
Tabela 20. Prevalências de depressão maior e distímia ao longo da vida, distribuídas por classes, para o sexo masculino; N=343; Estudo São Paulo Megacity.....	123
Tabela 21. Estimativas dos parâmetros de depressão maior e distímia ao longo da vida para o sexo feminino; N=864; Classe de referência: Leve; Estudo São Paulo Megacity.....	124
Tabela 22. Estimativas dos parâmetros de depressão maior e distímia ao longo da vida para o sexo masculino; N=343; Classe de referência: Leve; Estudo São Paulo Megacity.....	125
Tabela 23. Prevalências de uso de serviços ao longo da vida, distribuídas por classes, para a amostra geral; N=1.212; Estudo São Paulo Megacity.....	128
Tabela 24. Prevalências de uso de serviços ao longo da vida, distribuídas por classes, para o sexo feminino; N=864; Estudo São Paulo Megacity.....	129
Tabela 25. Prevalências de uso de serviços ao longo da vida, distribuídas por classes, para o sexo masculino; N=343; Estudo São Paulo Megacity.....	130
Tabela 26. Estimativas dos parâmetros de uso de serviços ao longo da vida para a amostra geral; N=1.212; Classe de referência: Leve; Estudo São Paulo Megacity.....	131
Tabela 27. Estimativas dos parâmetros de uso de serviços ao longo da vida para o sexo feminino; N=864; Classe de referência: Leve; Estudo São Paulo Megacity.....	132

Tabela 28. Estimativas dos parâmetros de uso de serviços ao longo da vida para o sexo masculino; N=343; Classe de referência: Leve; Estudo São Paulo	
Megacity.....	133

LISTA DE SIGLAS

ACL – Análise de Classes Latentes

AIC – Critério de Informação de Akaike (*Akaike's Information Criterion*)

BDNF – Fator Neurotrófico Derivado do Cérebro (*Brain-Derived Neurotrophic Factor*)

BIC – Critério de Informação Bayesiano (*Bayesian Information Criterion*)

CID – Classificação Internacional das Doenças

CIDI – *Composite International Diagnostic Interview*

DSM – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*)

ECA – *Epidemiological Catchment Area*

EP – Erro Padrão

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IC – Intervalo de Confiança

ICD – *International Classification of Diseases*

LCA – *Latent Class Analysis*

LI – Limite Inferior

LS – Limite Superior

NCS – *National Comorbidity Survey*

NCS-R – *National Comorbidity Survey Replication*

NESDA – *Netherlands Study of Depression and Anxiety*

NNT – Número Necessário para Tratar (*Number Needed to Treat*)

OMS – Organização Mundial da Saúde

OR – *Odds Ratio*

RMSP – Região Metropolitana de São Paulo

ROC – Curva de Características de Operação do Receptor (*Receiver Operating Characteristics*)

STAR*D – *Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression*

TDPM – Transtorno Disfórico Pré-Menstrual

TUS – Transtorno do Uso de Substâncias

WHO – *World Health Organization*

WHODAS – *World Health Organization Disability Assessment Schedule*

WMH-CIDI – *World Mental Health-Composite International Diagnostic Interview*

WMHS – *World Mental Health Survey*

RESUMO

SILVA JUNIOR, CA. Epidemiologia dos subtipos de depressão: análise de classes latentes dos sintomas depressivos em uma amostra populacional da Região Metropolitana de São Paulo. São Paulo. Tese. (Doutorado). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2012.

Introdução. A depressão é uma síndrome clínica heterogênea caracterizada por perfis sintomatológicos distintos. Contudo, raros são os estudos que investigaram subtipos depressivos na comunidade e seus correlatos sociodemográficos e clínicos, diferenciando-os quanto à apresentação de acordo com o gênero. **Métodos.** Utilizou-se o banco de dados do Estudo São Paulo Megacity. Entraram na análise 1.212 sujeitos (869 mulheres e 343 homens) que responderam sobre a presença ou ausência dos sintomas constantes no módulo de depressão do questionário WMH-CIDI. Foi usado o método de análise de classes latentes (ACL). Critérios estatísticos (como o Critério de Informação Bayesiano [BIC] e a entropia) foram empregados para a determinação do número de classes que melhor classificava os sujeitos. Após a obtenção dos modelos mais adequados, as classes foram validadas por correlatos sociodemográficos e clínicos, utilizando-se regressão logística multinomial. Posteriormente, examinou-se a associação entre os subtipos depressivos e a utilização dos serviços de saúde ao longo da vida. Todas as análises foram realizadas no programa Mplus 6.12. **Resultados.** O melhor modelo de ACL para a amostra geral foi o de 3 classes – denominadas Melancólica (37,8%), Atípica (17,83%) e Leve (44,37%). Os sujeitos da classe Atípica apresentaram elevada probabilidade de irritabilidade (81,8%) e ansiedade (90,7%). No modelo final ajustado, pertencer à classe Melancólica associou-se significativamente com: transtorno do espectro bipolar; transtorno de ansiedade; dependência de álcool e drogas; maior incapacitação; e maior escolaridade. Mulheres na classe Atípica foram mais propensas a ter maior escolaridade e comorbidade com transtorno do espectro bipolar e transtorno de ansiedade. Na análise da subamostra de mulheres, o melhor modelo de ACL foi o de 3 classes, semelhantes ao modelo da amostra total: Melancólica (39,34%), Atípica (19,53%) e Leve (41,13%). No modelo final ajustado para o sexo feminino, a classe Melancólica associou-se significativamente com: transtorno do espectro bipolar; transtorno de ansiedade; dependência de álcool e drogas; transtorno disfórico pré-menstrual; e maior incapacitação. Mulheres desta classe, comparadas com às das outras classes, foram mais propensas a ter maior escolaridade e estarem separadas, divorciadas ou viúvas. A classe Atípica associou-se significativamente com: transtorno do espectro bipolar; transtorno de ansiedade; dependência de álcool e drogas; e maior escolaridade. Para o sexo masculino, o melhor modelo de ACL foi também o de 3 classes: Melancólica (40,37%), Agitada (19,56%) e Leve (40,07%). Praticamente todos os homens pertencentes à classe Agitada apresentaram agitação e ansiedade, e uma grande proporção (ao redor de 84%), irritabilidade. Ainda, os sujeitos desta classe apresentaram as maiores proporções de pensamento acelerado (43,9%), aumento de energia (10,6%) e tentativa de suicídio (10,5%), em um perfil de sintomas semelhante aos estados mistos. A classe Agitada associou-se significativamente com os transtornos do espectro bipolar, embora esta associação não tenha permanecido no modelo ajustado. A classe Melancólica entre os homens associou-se com transtorno de ansiedade e dependência de nicotina. Mesmo os sujeitos das classes mais sintomáticas relataram baixo uso de serviços ao longo da vida. **Conclusões.** Nosso estudo confirma que subtipos

depressivos, como melancólico, atípico e agitado podem ser identificados em amostras da população geral, corroborando a heterogeneidade sintomatológica do construto de depressão das classificações atuais. Tanto os perfis sintomatológicos, como as comorbidades com outros transtornos psiquiátricos, como espectro bipolar, ansiedade e dependência de substâncias, têm implicações na escolha do tratamento. Estes resultados podem também contribuir para a determinação de melhores critérios e especificadores dos subtipos depressivos nas próximas edições do DSM e da CID.

Descritores: subtipos de depressão, sintomas depressivos, depressão, transtornos mentais, estudos transversais, epidemiologia.

ABSTRACT

SILVA JUNIOR, CA. Epidemiology of subtypes of depression: latent class analysis of depressive symptoms in a population-based sample of São Paulo Metropolitan Area. São Paulo. [Thesis]. “Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo”; 2012.

Introduction. Depression is a heterogeneous clinical syndrome characterized by distinct symptom profiles. However, few studies have investigated depressive subtypes in the community and their sociodemographic and clinical correlates, differentiating them on the presentation according to gender. **Methods.** Data comes from the São Paulo Megacity Mental Health Survey. One thousand two hundred and twelve subjects (869 women and 343 men) entered in the analysis and responded to the presence or absence of symptoms of the depression module of the WMH-CIDI questionnaire. Latent class analysis (LCA) was used. Statistical criteria (such as the Bayesian Information Criteria [BIC] and entropy) were applied to the determination of the number of classes that best classified the subjects. After obtaining the most suitable models, the classes were validated by clinical and sociodemographic correlates, using multinomial logistic regression. We also later examined the association between depressive subtypes and lifetime health service utilization. All analyses were performed in the program Mplus 6.12. **Results.** The best LCA model for the overall sample was a 3-class model, which were named Melancholic (37.8%), Atypical (17.83%) and Mild (44.37%). Those in the Atypical class had a high probability of irritability (81.8%) and anxiety (90.7%). In the final adjusted model, being in the Melancholic class was significantly associated with: having a bipolar spectrum disorder; an anxiety disorder; alcohol and drug dependence; greater disability; and higher education. Women in the Atypical class were more likely to have higher education and comorbidity with bipolar spectrum disorder and anxiety disorder. In the analysis of the subsample of women, the best LCA model was a 3-class model, with classes similar to the model of the overall sample: Melancholic (39.34%), Atypical (19.53%) and Mild (41.13%). In the final adjusted model for females, the Melancholic class was significantly associated with: bipolar spectrum disorder; anxiety disorder; alcohol and drug dependence; premenstrual dysphoric disorder; and greater disability. Women in this class, as compared to those in other classes, were more likely to have higher education and be separated, divorced or widowed. The Atypical class was significantly associated with: bipolar spectrum disorder; anxiety disorder; alcohol and drug dependence; and higher education. For males, the best LCA model was also a 3-class model: Melancholic (40.37%), Agitated (19.56%) and Mild (40.07%). Virtually all men belonging to Agitated class endorsed agitation and anxiety, and a large proportion (around 84%), irritability. In addition, respondents belonging to this class presented the highest proportions of racing thought (43.9%), increased energy (10.6%), and suicide attempt (10.5%), in a symptom profile similar to mixed states. The Agitated class was significantly associated with bipolar spectrum disorders, although this association did not remain in the adjusted model. The Melancholic class among men was associated with anxiety disorder and nicotine dependence. Even subjects of more symptomatic classes reported low lifetime use of services. **Conclusions.** Our study confirms that depressive subtypes such as melancholic, atypical and agitated can be identified in samples from the general population, corroborating the symptomatologic heterogeneity of the construct of depression of current classifications. Both symptom profiles and comorbidity with other psychiatric disorders, such as bipolar spectrum,

anxiety and substance dependence, have implications for the choice of treatment. These results may also contribute to establishing better criteria and specifiers of depressive subtypes in future editions of DSM and ICD.

Descriptors: subtypes of depression, depressive symptoms, depression, mental disorders, cross-sectional studies, epidemiology.

1. INTRODUÇÃO

1.1. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DA DEPRESSÃO NA COMUNIDADE

A depressão é uma síndrome clínica heterogênea caracterizada por perfis sintomatológicos distintos, que pode ser grave e recorrente, estando associada com diminuição da qualidade de vida, comprometimento funcional, morbidade médica e mortalidade [1-5]. De acordo com o estudo *Global Burden of Disease* [6], figura como a quarta causa de anos vividos com incapacitação, superando as doenças isquêmicas cardíacas e cerebrovasculares, com projeção estimada de que até 2020 atinja o segundo lugar no *ranking* das causas de incapacitação em todo o mundo [7].

Estudos epidemiológicos realizados em grandes amostras populacionais – com o objetivo específico de estimar as prevalências dos transtornos psiquiátricos mais comuns – apontam que, aproximadamente, um sexto das pessoas terá pelo menos um episódio depressivo ao longo da vida [8, 9].

No *National Comorbidity Survey* (NCS) [8] – realizado nos Estados Unidos entre 1990 e 1992 – a prevalência de depressão, de acordo com os critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), em sua terceira edição revisada [10], foi de 14,9% ao longo da vida e de 8,6% no ano anterior à entrevista. No *National Comorbidity Survey Replication* (NCS-R) [9] – realizado dez anos depois, pelo mesmo grupo, utilizando os critérios do DSM-IV [11] – encontraram-se prevalências de 16,2% na vida e de 6,6% no ano anterior à entrevista. Esse estudo também mostrou que aproximadamente 60% dos indivíduos com transtorno depressivo no último ano apresentaram prejuízos graves, relatando terem ficado totalmente incapazes de trabalhar ou prosseguir com suas atividades cotidianas por, em média, trinta e cinco dias daquele ano, em consequência dos sintomas depressivos.

As prevalências de depressão ao redor do mundo apresentam ampla variação. O *International Consortium of Psychiatric Epidemiology* [12], por exemplo, analisou conjuntamente estudos na população geral conduzidos em 10 países, inclusive o Brasil, os quais empregaram métodos de coleta de dados e critérios diagnósticos semelhantes. A prevalência de transtorno depressivo ao longo da vida, de acordo com o DSM-III-R, variou de 3% no Japão a 16,9% nos Estados Unidos [13]. Aspectos culturais na manifestação dos sintomas podem estar relacionados à grande variação nas taxas de prevalência. Da mesma forma, Kohn e cols. [14], utilizando o banco de dados do estudo *São Paulo Epidemiologic Catchment Area* (SP-ECA) [15, 16] e de outros países da América Latina para estimar a carga dos transtornos mentais na região, encontraram grande variabilidade: a prevalência de depressão maior ao longo da vida (de acordo com os critérios do DSM-III-R) esteve entre 1,9% em São Paulo (Brasil; Estudo Multicêntrico de Morbidade Psiquiátrica) e 19,6% na Colômbia. Neste caso, os autores referiram diferenças metodológicas e de instrumentos utilizados para explicar a comparabilidade limitada entre os estudos. Apesar dessas limitações, os resultados apontaram para a crescente carga social causada pela depressão na América Latina e no Caribe.

A ampla variabilidade das prevalências de depressão encontradas nos estudos populacionais pode ser devida ao uso de entrevistas estruturadas que estejam ancoradas nos critérios diagnósticos operacionalizados dos instrumentos, engessando a possibilidade de se refinar a apresentação sintomatológica. Apesar disso, alguns autores foram capazes de identificar diferentes manifestações em subgrupos amostrais. Algumas tentativas foram realizadas nesse sentido como, por exemplo, por Matza e cols. [17], que utilizando os dados do NCS, encontraram que a depressão atípica, comparada com

o que chamaram de depressão não-atípica, estava associada com maior prevalência entre as mulheres e idade de início precoce, além de altas taxas de pensamentos e tentativas de suicídio, comorbidade com transtorno do pânico, fobia social e dependência de drogas, incapacitação, uso de serviços, depressão paterna e trauma na infância ($p < 0.05$). Fava e cols. [18] procuraram analisar a importância do sintoma de irritabilidade na depressão maior em adultos no NCS-R, de acordo com o DSM-IV, cujos critérios consideram a inclusão desse sintoma somente para crianças e adolescentes. Excluindo-se os transtornos do espectro bipolar, observaram que irritabilidade durante o pior episódio depressivo foi relatada por aproximadamente metade dos sujeitos com depressão maior ao longo da vida, estando associada com idade de início precoce, comorbidade com transtorno de ansiedade e do controle dos impulsos, fadiga, autocensura e pensamentos de morte durante os episódios, persistência ao longo da vida e incapacitação, sendo mais prevalente em indivíduos entre 18 e 44 anos, e estudantes.

O estudo da comorbidade de depressão com outros transtornos pode ajudar a identificar subtipos. Andrade e cols. [19] avaliaram a comorbidade entre depressão maior e ataque de pânico de acordo com a idade de início, e verificaram que os transtornos comórbidos começam mais cedo na vida do que quando ocorrem isoladamente; que a presença de um transtorno aumenta a chance de ocorrência do outro; e que as mulheres têm risco quase duas vezes maior de apresentar ataque de pânico e/ou depressão quando comparadas aos homens. Ainda estudando a comorbidade entre depressão e ataque de pânico, Andrade e cols. [20] observaram que o grupo de sujeitos que apresentava os dois transtornos, tinha um perfil sintomatológico diferente, com sintomas mais comumente encontrados em depressões graves: culpa; ideação ou tentativa de suicídio; e alteração da psicomotricidade.

Algumas características na apresentação da depressão, que não somente a sintomatologia, como, por exemplo, os correlatos, podem sugerir a existência de diferentes fatores desencadeantes para a depressão. Alexandrino-Silva e cols. [21] investigaram depressão maior e menor (depressão sintomática) em idosos (367 sujeitos com 60 anos ou mais) na amostra do SP-ECA e sua correlação com apoio social e eventos vitais nos dois últimos anos, encontrando 10,1% de depressão maior e 8,7% de depressão menor, no total de 18,8% de depressão sintomática em idosos. Depressão sintomática foi considerada para os sujeitos que apresentavam início ou término da depressão após os 60 anos, não representando prevalência ao longo da vida. Essa condição apresentou diferenças entre os gêneros – falta de percepção de apoio social esteve associada com depressão no sexo masculino, ao passo que eventos vitais se associaram significativamente com depressão no sexo feminino.

1.2. SUBTIPOS DE DEPRESSÃO

É na experiência clínica do psiquiatra com o paciente que surge a percepção da heterogeneidade do que é chamado hoje depressão. Estudos clínicos prospectivos têm mostrado que pacientes com transtornos do humor apresentam diferentes cursos longitudinais que variam em termos de idade de início, gravidade do sintoma e risco de recorrência, ressaltando a natureza heteróclita de suas manifestações [22-24]. Berti Ceroni e cols. [23], por exemplo, observaram que a maioria dos pacientes tratados para transtorno depressivo maior recuperou-se dentro dos primeiros meses de tratamento,

mas 39% permaneceram persistentemente deprimidos no primeiro ano de seguimento. Nystrom [24] observou que, entre pacientes com depressão moderada à grave, 20% ficaram quase que totalmente livres dos sintomas depressivos nos dez anos de seguimento, enquanto 5% permaneceram continuamente deprimidos. De acordo com Thase [25], as origens do subtipo depressivo atípico remontam ao trabalho de Aubrey Lewis na década de 1930, no qual foi proposta pela primeira vez a divisão da depressão em endógena e neurótica, ou em subtipos de depressão não endógena [26]. Em 1959, West & Dally [27] delinearam um subgrupo de pacientes deprimidos que eram mais responsivos ao inibidor da monoaminoxidase iproniazida do que ao antidepressivo tricíclico imipramina. Nas décadas seguintes, pesquisas corroboraram os achados de West & Dally [28, 29], e, em 1994, a depressão atípica foi formalmente reconhecida como um especificador no DSM-IV [11], que, no entanto, não incluiu em seus critérios os sintomas concomitantes de ansiedade, destacados nos trabalhos originais sobre depressão atípica [27, 28]. Com a operacionalização e a publicação do DSM-III na década de 1980, os subtipos se tornaram especificadores das categorias diagnósticas, sendo pouco utilizados na prática clínica e em pesquisas. Esse modelo foi seguido e é utilizado até hoje no DSM-IV e na décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

Não levar em conta a heterogeneidade sintomatológica das apresentações clínicas da depressão possui um custo elevado. Há evidências de que se um fator de risco específico estiver associado somente com um subtipo particular de depressão, este pode ser negligenciado em uma análise que investigue os transtornos depressivos sob o construto reducionista de depressão maior [30]. A compreensão incompleta dos caminhos etiológicos específicos que se manifestam em fenótipos distintos tem

implicações importantes para a tradução de pesquisas sobre o tratamento mais eficaz e o manejo clínico mais adequado [31].

Em termos de utilidade, o diagnóstico de depressão maior não possui especificidade etiológica e não está associado com nenhum efeito específico de tratamento [32]. Embora os ensaios clínicos controlados e randomizados para depressão maior componham a maior base de dados em psiquiatria, Parker [33], em sua meta-análise, não conseguiu diferenciar os tratamentos em termos de eficácia. Além disso, os pontos de cortes utilizados pelos sistemas de classificação atuais são arbitrários, fazendo com que indivíduos sejam superdiagnosticados (falsos positivos), ou subdiagnosticados (falsos negativos) [32].

De acordo com Lichtenberg & Belmaker [34], os diversos subtipos depressivos podem exigir tratamentos específicos. Apesar das entrevistas diagnósticas atuais contemplarem os especificadores, esses são raramente enfatizados pelo pesquisador, que geralmente se atém às amplas definições para, por exemplo, selecionar pacientes para ensaios clínicos. A alta taxa de resposta ao placebo em ensaios clínicos de antidepressivos pode estar relacionada a esse fato, o que tem levado a um aumento do número de sujeitos (número necessário para tratar – NNT) desses estudos [34].

Essas são algumas das várias críticas levantadas contra os atuais modelos de classificação, em um crescente apelo por uma nova taxonomia que aprecie a natureza heterogênea dos transtornos do humor [32, 33, 35].

1.2.1. SUBTIPOS DE DEPRESSÃO NAS CLASSIFICAÇÕES ATUAIS

Os critérios diagnósticos das últimas classificações (DSM-IV e CID-10) são semelhantes e estabelecem que a depressão maior seja caracterizada por um conjunto de sintomas, com duração de pelo menos duas semanas, em que se pode observar: humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, indicado por relato subjetivo (p. ex., sente-se triste ou vazio) ou observação feita por terceiros (p. ex., chora muito); acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (indicado por relato subjetivo ou observação feita por terceiros); perda ou ganho significativo de peso sem estar em dieta, ou diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias; insônia ou hipersonia quase todos os dias; agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observáveis por outros, não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento); fadiga ou perda de energia quase todos os dias; sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada (que pode ser delirante), quase todos os dias (não meramente auto-recriminação ou culpa por estar doente); capacidade diminuída de pensar ou de se concentrar, ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outros); pensamentos de morte recorrentes (não apenas medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.

O DSM-IV considera necessário pelo menos cinco dos sintomas descritos anteriormente para o diagnóstico de episódio depressivo maior, sendo pelo menos um deles humor deprimido ou perda do interesse ou prazer, ao passo que a CID-10 estabelece a presença de pelos menos dois dos sintomas centrais (humor deprimido,

perda de interesse e prazer e fadigabilidade aumentada), mais pelo menos dois dos outros sintomas (descritos no parágrafo anterior) para o diagnóstico de episódio depressivo leve; pelo menos dois dos três sintomas centrais e pelo menos três (e preferencialmente quatro) dos outros sintomas para o diagnóstico de episódio depressivo moderado; e todos os três sintomas centrais e pelo menos quatro outros sintomas para o diagnóstico de episódio depressivo grave. Quanto aos especificadores de depressão, o **Painel 1** apresenta as semelhanças e diferenças constantes nas classificações atuais.

Painel 1. Semelhanças e diferenças dos especificadores de depressão nas classificações diagnósticas atuais

Especificadores de Episódio	DSM-IV	CID-10
Gravidade	Leve, moderado, grave com ou sem características psicóticas	Leve, moderado, grave com ou sem características psicóticas
Crônico	Todos os critérios para episódio depressivo maior foram satisfeitos continuamente, pelo período mínimo de dois anos	Não consta
Com características catatônicas	Há predomínio de no mínimo dois dos aspectos a seguir: imobilidade evidenciada por catalepsia (incluindo flexibilidade cêrea) ou estupor; atividade motora excessiva (aparentemente sem propósito e não influenciada por estímulos externos); negativismo extremo (resistência aparentemente imotivada a todas as instruções, ou manutenção de uma postura rígida, contrariando tentativas de mobilização) ou mutismo; peculiaridades dos movimentos voluntários, evidenciadas por posturas (adoção voluntária de posturas inadequadas ou bizarras), movimentos estereotipados, maneirismos ou trejeitos faciais proeminentes; ecolalia ou ecopraxia	Não consta
Com características melancólicas (DSM-IV); Com sintomas somáticos (CID-10)	Caracterizados por perda de prazer por todas ou quase todas as atividades; falta de reatividade a estímulos habitualmente agradáveis (não se sente muito melhor, mesmo temporariamente, quando acontece alguma coisa boa); qualidade distinta de humor depressivo (i. é, o humor depressivo é vivenciado como nitidamente diferente do tipo de sentimento experimentado após a morte de um ente querido); depressão regularmente pior pela manhã; despertar muito cedo pela manhã (pelo	Ocorre perda de interesse ou prazer em atividades normalmente agradáveis; falta de reatividade emocional a ambientes e eventos normalmente prazerosos; acordar pela manhã duas ou mais horas antes do horário habitual; depressão pior pela manhã; evidência objetiva de retardo ou agitação psicomotora; marcante perda do apetite; perda de peso; marcante perda da libido

	menos duas horas antes do horário habitual); acentuado retardo ou agitação psicomotora; anorexia ou perda de peso significativa; culpa excessiva ou inadequada	
Com características atípicas	Costuma haver reatividade do humor (i. é, o humor melhora em resposta a eventos positivos reais ou potenciais); ganho de peso ou aumento do apetite significativos; hipersonia; paralisia “de chumbo” (i. é, sensações de peso, de ter chumbo nos braços ou nas pernas); padrão persistente de sensibilidade à rejeição interpessoal (não limitado aos episódios de perturbação do humor) que resulta em prejuízo social ou ocupacional significativo	A <i>depressão atípica</i> não é considerada um especificador da depressão, sendo classificada como <i>outros episódios depressivos</i>
Com início no pós-parto	O início do episódio ocorre dentro de quatro semanas do período pós-parto	Não consta
Especificadores de Curso	DSM-IV	CID-10
Curso Longitudinal	<i>Com Recuperação Completa entre os Episódios</i> : se a remissão completa é alcançada entre os dois episódios de humor mais recentes; e <i>Sem Recuperação Completa entre os Episódios</i> : se a remissão completa não é alcançada entre os dois episódios de humor mais recentes	Não consta
Com padrão sazonal	Há uma relação temporal regular entre o início do episódio depressivo e uma determinada estação do ano (p.ex., aparecimento regular do episódio no outono ou no inverno)	O <i>transtorno depressivo sazonal</i> não é considerado um especificador da depressão, sendo incluído nos <i>transtornos depressivos recorrentes</i>

Embora não sejam especificadores da depressão nos critérios da CID-10, é importante destacarmos entre os *transtornos persistentes do humor* a *distímia*, que é uma depressão de humor muito duradoura, a qual nunca ou apenas muito raramente é grave o bastante para preencher os critérios para transtorno depressivo recorrente grave, moderado ou leve, começando usualmente no início da vida adulta e durando pelo menos vários anos, às vezes indefinidamente; e, entre *outros transtornos do humor*, o *transtorno depressivo breve recorrente*, cujos episódios depressivos recorrentes têm todos menos de duas semanas de duração, ocorrendo aproximadamente uma vez por mês, durante o último ano [36].

No DSM-IV, há a *depressão secundária a abuso de substância ou devida a uma condição médica geral*, que representa um grupo diverso de transtorno que pode ser de difícil tratamento [37]. É bem conhecido o fato de que substâncias e condições médicas tão diversas, como terapêutica com corticosteróides, uso de cocaína ou carcinoma pancreático, podem causar depressão. Os mecanismos fisiopatológicos dessas condições podem diferir um do outro, bem como de depressões sem abuso de substância ou devido a uma condição médica subjacente [37].

Ainda no DSM-IV, encontramos o *transtorno distímico*, caracterizado por humor deprimido na maior parte do dia, na maioria dos dias, indicado por relato subjetivo ou observação feita por terceiros, pelo período mínimo de 2 anos, acompanhado de pelos menos duas das seguintes características: aumento ou diminuição do apetite; insônia ou hipersonia; baixa energia ou fadiga; baixa auto-estima; fraca concentração ou dificuldade em tomar decisões; sentimentos de desesperança. Além disso, na categoria de *transtorno depressivo sem outra especificação*, estão os seguintes transtornos: 1) *transtorno disfórico pré-menstrual*, ocorrendo na maioria dos ciclos menstruais durante o ano anterior, com sintomas (p.ex.

humor acentuadamente deprimido, ansiedade acentuada, acentuada instabilidade afetiva, interesse diminuído por atividades) presentes regularmente durante a última semana da fase lútea, e devendo estar inteiramente ausentes por pelo menos 1 semana após a menstruação (na CID-10, aparece codificado entre as *doenças do sistema geniturinário* como *síndrome de tensão pré-menstrual*); 2) *transtorno depressivo menor*, com episódios com pelo menos 2 semanas de sintomas depressivos, porém com menos do que os cinco itens exigidos para transtorno depressivo maior – especificados no primeiro parágrafo deste tópico; e 3) *transtorno depressivo breve recorrente*, com episódios depressivos com duração de 2 dias a 2 semanas, ocorrendo pelo menos uma vez por mês, durante 12 meses, e não estando associados com o ciclo menstrual [11].

Harald & Gordon [38] revisaram a literatura com o intuito de mapear modelos dominantes de subtipos de depressão, e propuseram uma divisão em cinco categorias, assim definidas: 1) subtipos baseados em sintomas, como melancolia, depressão psicótica, depressão atípica e depressão ansiosa; 2) subtipos baseados na etiologia, exemplificados pelos transtornos de ajustamento, depressão perinatal, depressão orgânica, depressão induzida por drogas; 3) subtipos baseados no tempo de início, ilustrados pela depressão de início precoce e tardio, bem como pelo transtorno afetivo sazonal; 4) depressão baseada no gênero (p.ex., feminino); e 5) depressão resistente ao tratamento. De modo a exemplificar os modelos propostos pelos autores, citamos abaixo alguns subtipos depressivos comumente relatados na literatura, que podem ou não constar nos atuais manuais diagnósticos:

- *Depressão Ansiosa*: caracterizada pela tendência constante de manifestar ansiedade e depressão e apresentar baixa resiliência sob situações

estressantes [39, 40]. Os episódios depressivos não são claramente demarcados por períodos de descontentamento inicial. Padrões de sono e apetite costumam estar relativamente preservados. Os indivíduos são responsivos às melhoras das circunstâncias. Fatores hereditários parecem estar relacionados à genética da personalidade, e alguns podem ser mediados pelo polimorfismo do gene transportador da serotonina (5-HTT) [41];

- *Depressão Aguda*: apresenta episódios que são relativamente discretos, aparentemente sem fatores desencadeadores associados, ou os fatores estressores podem ser desproporcionais à intensidade e duração da depressão. A gravidade da depressão pode culminar em sofrimento psíquico intenso e agitação ou retardo psicomotor. Há algumas evidências que sugerem que os inibidores duplos de recaptação da serotonina e noradrenalina, assim como os antidepressivos tricíclicos ou os inibidores de recaptação da serotonina-norepinefrina, podem ser mais eficazes do que os inibidores seletivos de recaptação da serotonina [42-44];
- *Depressão no Adulto após Trauma na Infância*: essa forma de depressão talvez seja única. Indivíduos que sofreram trauma ou perda na infância desenvolvem alterações neurobiológicas duradouras, que os tornam vulneráveis ao estresse ao longo da vida. Em particular, a sensibilização do eixo hipotalâmico-pituitário-adrenal pode permanecer no decurso do

tempo. Uma pesquisa sugere que o teste da dexametasona/hormônio liberador de corticotropina pode revelar níveis elevados de cortisol e hormônio adrenocorticotrófico somente naqueles indivíduos deprimidos que também tenham sofrido estresse grave na infância [45]. Nemeroff e cols. [46] relatam que tais pacientes respondem melhor à terapia cognitiva-comportamental do que a antidepressivos;

- *Reação Depressiva ao Estresse de Separação*: pode ser precipitada por trauma agudo psicossocial como luto, divórcio, perda de emprego, emigração forçada, e pode, algumas vezes, ser mais grave do que outras formas de depressão [47]. Por meses ou anos após o evento, alguns indivíduos apresentam tristeza, apatia, insônia e pessimismo [48]. Essas reações são muito comuns na população, mas aumentam em frequência em tempos de guerra, crescimento de desemprego e quebras familiares. Saxena e cols. [49] consideram que a prevenção primária da saúde mental pode ser mais importante para esse tipo de depressão;
- *Depressão de Início Tardio em Idosos*: ocorre em sujeitos idosos que não apresentam história pessoal ou familiar de depressão, mas frequentemente possuem fatores de risco para doenças cardiovasculares, como hipertensão, diabetes mellitus, tabagismo e hipercolesterolemia, reforçando a hipótese da “depressão vascular” formulada por Alexopoulos e cols. [50], que postula que a doença cerebrovascular pode predispor, precipitar e perpetuar uma síndrome depressiva em idosos.

Comparada com a depressão de início precoce (ou seja, aquela que começa antes dos 60 anos), observa-se na depressão de início tardio maior prevalência de transtornos demenciais, maior comprometimento dos testes neuropsicológicos, maiores taxas de desenvolvimento de demência nos seguimentos realizados e maior comprometimento neurosensorial auditivo [51, 52]. Além disso, há mais frequentemente atrofia cortical e/ou lesões profundas em substância branca e maior aumento dos ventrículos cerebrais bilaterais [53, 54]. Pacientes com achados positivos na neuroimagem comumente apresentam comprometimentos cognitivos em testes formais, e pacientes com achados positivos na neuroimagem e déficit cognitivo são mais propensos a desenvolver demência [54]. O indivíduo costuma referir perda gradativa de energia e interesse, e diminuição da capacidade de enfrentamento. Naarding e cols. [55] observaram, em amostras populacionais, que idosos deprimidos com fatores de risco para depressão vascular apresentaram mais falta de energia e mais incapacidade física do que aqueles sem fatores de risco vasculares associados, mas não houve evidência de um perfil de sintomas específicos para a depressão vascular. Os antidepressivos são eficazes, assim como a eletroconvulsoterapia em casos graves. Parar de fumar, controle da pressão arterial, redução do nível de colesterol e atividade física são as medidas preventivas mais importantes [51, 55];

- *Depressão Bipolar*: ocorre em pacientes com episódios prévios de mania e também deve ser considerada em pacientes deprimidos com história familiar importante de transtorno bipolar [56]. Pesquisas com amostras da população geral associam a depressão atípica à depressão bipolar [57, 58]. Um estudo duplo-cego, placebo-controlado, publicado por Sachs e cols. [59], mostrou que os inibidores de recaptação da serotonina ou a bupropiona não parecem ser eficazes na depressão bipolar, ao passo que os antidepressivos tricíclicos podem ser eficazes, mas costumam induzir mania [60, 61]. Frequentemente, adicionar um segundo estabilizador do humor é indicado [62].

O construto clássico de depressão, como entidade diagnóstica, foi profundamente modificado desde a operacionalização dos critérios do DSM-III. A descrição prototípica de depressão maior é definida através de um número de sintomas, cuja ocorrência é suficiente para considerar sua manifestação. Contudo, embora definam *a priori* quais sintomas devam estar presentes para o diagnóstico categorial de depressão, a categoria depressão em si é politética, ou seja, a combinação dos sintomas que não os centrais pode ser variável. No DSM-IV, a heterogeneidade da apresentação clínica da depressão foi considerada com a inclusão dos especificadores, conforme descrito no **Painel 1**. No entanto, essa alteração não foi suficiente para incluir observações anteriores de autores europeus sobre os sintomas simultâneos de ansiedade na depressão [27, 28] e de características mistas na depressão agitada [63]. Além disso, a irritabilidade é um sintoma considerado no transtorno depressivo maior apenas para crianças e adolescentes, apesar das evidências de sua ocorrência e impacto em episódios

na vida adulta [18]. Outras ressalvas são a separação dos transtornos bipolares da depressão e a definição rígida dos estados mistos, a qual só permite que esse diagnóstico seja feito na presença de um episódio com todos os requisitos do critério, quer seja do pólo depressivo ou maníaco [11]. O DSM-5 propõe ir mais além dessa dicotomia, incluindo especificadores de características mistas para serem aplicados aos episódios depressivos, hipomaníacos e maníacos quando esses sintomas subclínicos do pólo oposto estiverem presentes [64]. A característica categorial politética dos manuais diagnósticos possibilitou diversas tentativas, a partir de amostras clínicas ou populacionais, de se observar o perfil sintomatológico heterogêneo de apresentação dos subtipos depressivos através de métodos estatísticos, como, por exemplo, a análise de classes latentes (ACL).

1.3. ANÁLISE DE CLASSES LATENTES

A ACL é um método estatístico utilizado para investigar a correlação entre um grupo de variáveis categóricas ou dicotômicas observáveis, frequentemente consideradas a variante categorial da análise fatorial [65]. Tem como objetivo determinar o número e a composição das classes latentes (variáveis não observáveis), originadas de dados observados (variáveis manifestas), fornecendo dois parâmetros: a prevalência e as probabilidades condicionais (distribuição dos sintomas) de cada classe [66]. A ACL assume que cada sujeito pertence a uma única classe (*cluster*, grupo discreto), e que variáveis manifestas são mutuamente independentes umas das outras, condicionadas à associação da classe latente.

Na pesquisa por subtipos de depressão, o agrupamento natural dos sintomas depressivos na população geral tem sido estudado desde a década de 80 através do método de ACL [67-70], que identificou padrões sintomatológicos heterogêneos de depressão em amostras populacionais. O subtipo depressivo atípico foi um dos mais identificados quando os sintomas vegetativos de características melancólicas e os denominados “*reversed functional shift*” (aumento do apetite, ganho de peso, hipersonia e agitação psicomotora) [71] foram avaliados em um mesmo episódio na amostra.

A ACL possibilita avaliarmos como é o agrupamento natural dos sintomas em uma determinada amostra, criando a possibilidade de se identificar subtipos sintomáticos, que não os previamente definidos *a priori* nas classificações diagnósticas.

1.4. ANÁLISE DE CLASSES LATENTES E SUBTIPOS DE DEPRESSÃO NA COMUNIDADE

Um dos primeiros e mais importantes estudos que utilizou ACL para avaliar os sintomas depressivos na população geral foi o trabalho de Eaton e cols. [67]. Com o intuito de comparar os critérios de depressão do DSM-III, até então avaliados em amostras clínicas, os autores encontraram uma classe com grande semelhança com o transtorno depressivo maior, embora exigisse a presença de um pouco mais de sintomas do que o considerado pelo DSM-III.

Mais tarde, Sullivan e cols. [69], aplicando o método de ACL para os sintomas depressivos ao longo da vida no NCS, identificaram seis classes em uma amostra probabilística da população dos Estados Unidos, incluindo um subtipo típico grave com

elevada ocorrência de sintomas depressivos ao longo da vida; um subtipo atípico grave com muitos sintomas depressivos e sintomas caracterizados por aumento do apetite e ganho de peso; e quatro outros subtipos com variação da gravidade dos sintomas (típico moderado, atípico moderado, intermediário, sintomas mínimos). Com esses resultados, concluíram que o subtipo atípico de depressão pode ser identificado em amostras populacionais e que, como a depressão típica, também possui as suas variantes de gravidade (leve e grave). Depressão atípica foi caracterizada por maior comorbidade com transtorno de conduta e fobia social; maior dependência interpessoal; baixa auto-estima; e história familiar de transtorno do uso de álcool e drogas.

O estudo com a maior amostra (N=12.180) conduzido na comunidade que utilizou o método de ACL para avaliar o agrupamento dos sintomas depressivos foi conduzido por Carragher e cols. [72], que avaliaram os subtipos de depressão em uma amostra nacionalmente representativa da população americana. Os autores identificaram quatro classes, as quais foram denominadas: gravemente deprimido (40,9%), psicossomático (30,6%), cognitivo-emocional (10,2%) e não deprimido (18,3%). A chance de relatar eventos de vida negativos, transtornos psiquiátricos e ter antecedente familiar de depressão maior foi significativamente mais elevada para os três primeiros grupos, quando comparados ao grupo não deprimido.

Recentemente, Lamers e cols. [73], utilizando como base amostral o *Netherlands Study of Depression and Anxiety* (NESDA), recrutaram sujeitos da comunidade, do serviço primário e de saúde mental, para identificar subtipos depressivos através da ACL. O melhor modelo encontrado foi o de três classes: melancólica grave, atípica grave e de gravidade moderada. As duas primeiras (melancólica e atípica graves), cujas prevalências foram de 46,3% e 24,6%, respectivamente, caracterizaram-se por: maior

presença de neuroticismo; incapacitação; e menos extraversonalidade do que a classe de gravidade moderada, cuja prevalência foi de 29,1%. Comparando as classes melancólica e atípica, observou-se que a dos melancólicos possuía mais fumantes e mais traumas na infância, enquanto a dos atípicos tinha mais mulheres, maior índice de massa corpórea e mais síndrome metabólica.

O **Anexo I (item 11.1, Painel 2)** apresenta, em ordem cronológica, detalhes dos principais estudos conduzidos na comunidade que utilizaram o método de ACL para a identificação de subtipos depressivos.

1.5. SINTOMAS DEPRESSIVOS, MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS EM PACIENTES HOSPITALIZADOS E ALTERAÇÕES DE NEUROIMAGEM

Espera-se que as apresentações sintomatológicas observadas em amostras populacionais corroborem achados em amostras clínicas e estudos de neuroimagem, que objetivam investigar as manifestações dos sintomas depressivos e suas correlações. Cavanaugh e cols. [74], por exemplo, avaliando os sintomas depressivos que melhor auxiliam a diferenciar a depressão em pacientes hospitalizados, através do Inventário de Depressão de Beck, encontraram que os sete itens afetivos e cognitivos que representam os melhores discriminantes nessa população são: sentir-se fracassado; perda de interesse nas pessoas; sentir-se punido; ideação suicida; descontentamento; dificuldade com decisões; e choro. A presença de sintomas somáticos isolados mostrou-se um pobre preditor de depressão em pacientes hospitalizados. Tanto o número como a intensidade dos sintomas afetivos e cognitivos aumenta conforme a depressão se agrava, ao passo

que a frequência dos sintomas somáticos se eleva minimamente com a piora da depressão [74]. Devido à dificuldade do diagnóstico de depressão na doença física, que nem sempre é esclarecido sensivelmente pelos critérios do DSM-IV, alguns autores propõem métodos de avaliação que valorizem a sintomatologia, e não somente o diagnóstico categorial [74, 75].

A relação entre padrões de fluxo sanguíneo cerebral em pacientes com transtorno depressivo maior e grupos de sintomas específicos também tem sido foco de interesse em estudos de neuroimagem [76, 77]. A gravidade do humor deprimido tem sido inversamente correlacionada com o fluxo sanguíneo cerebral na amígdala esquerda, no núcleo lentiforme, giro parahipocampal, e diretamente correlacionada com o fluxo sanguíneo cerebral no córtex parietal póstero-lateral direito. A gravidade da insônia tem sido inversamente correlacionada com o fluxo sanguíneo cerebral no córtex cingulado anterior subgenuar e rostral direito, na ínsula e no cláustro. A gravidade da ansiedade tem sido diretamente correlacionada com o fluxo sanguíneo cerebral no córtex orbitofrontal ântero-lateral direito, enquanto que o desempenho cognitivo tem sido diretamente correlacionado com o fluxo sanguíneo cerebral no córtex orbitofrontal póstero-medial direito e no núcleo lentiforme esquerdo, revelando que os domínios de sintomas distintos do transtorno depressivo maior estão correlacionados com padrões específicos do fluxo sanguíneo cerebral [76, 77].

1.6. SUBTIPOS DE DEPRESSÃO, PERFIS SINTOMATOLÓGICOS E DIFERENÇAS ENTRE OS GÊNEROS

Poucos estudos epidemiológicos populacionais examinaram as diferenças entre os gêneros em outros subtipos depressivos que não o da depressão maior [78-80]. A depressão menor crônica e a distímia, por exemplo, foram avaliadas por Angst & Merikangas [78], que encontraram prevalências aproximadamente duas vezes maiores para as mulheres quando comparadas aos homens. No estudo conduzido por Kessler e cols. [79], a prevalência de distímia ao longo da vida para o sexo feminino esteve na faixa de 6 a 8% quando as regras hierárquicas diagnósticas não foram usadas, e entre 2 a 3% quando foram. Pesquisas que avaliaram a diferença entre os gêneros na depressão menor [80] ou na depressão breve recorrente [78] encontraram prevalências mais elevadas para mulheres do que para homens.

A depressão atípica é duas a três vezes mais prevalente entre mulheres do que entre homens [17, 81]. Angst e cols. [81] avaliaram a prevalência de depressão atípica na comunidade, utilizando os critérios do DSM-IV e também uma definição própria, não hierárquica, do que foi chamada “síndrome depressiva atípica”, e observaram prevalências de depressão atípica de 21,6% para as mulheres e 10% para os homens, e de “síndrome depressiva atípica” de 24,8% para as mulheres e 12,4% para os homens. Matza e cols. [17] analisaram um subconjunto de dados do NCS de indivíduos que apresentaram dois critérios para depressão atípica (hipersonia e hiperfagia) e os compararam aos sujeitos com depressão não atípica e àqueles sem diagnóstico psiquiátrico. A depressão atípica associou-se com: uma proporção significativamente elevada de mulheres; idade mais jovem; início mais precoce; e taxas mais altas de

comorbidade, particularmente com transtorno de pânico, fobia social e dependência de drogas. Comparada aos outros dois grupos, a depressão atípica apresentou também maiores taxas de incapacitação e risco de suicídio.

O estudo *Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression* (STAR*D) avaliou diferenças entre os gêneros na depressão maior em amostras clínicas [82, 83] e verificou uma apresentação sintomatológica distinta entre os sexos – as mulheres (prevalência de 62,8%) tiveram: maior aumento do apetite e do peso; maior diminuição de energia; mais queixas somáticas; ativação simpática e queixas gastrointestinais; maior sensibilidade interpessoal; e maior probabilidade de terem realizado tentativa prévia de suicídio; ao passo que os homens apresentaram: maior diminuição do apetite; mais agitação psicomotora; e mais ideação suicida [82]. Além disso, as mulheres tiveram idade de início mais precoce do primeiro episódio depressivo quando comparadas aos homens e maior comorbidade com transtornos de ansiedade, somatoformes, bulimia e sintomas atípicos, enquanto que os homens apresentaram maior comorbidade com abuso de álcool e drogas ilícitas [82].

A depressão ansiosa tem sido reconhecida como um subtipo de depressão caracterizada por depressão maior com altos níveis de ansiedade; maior gravidade de ambos os transtornos (depressivo e ansioso); maior comprometimento funcional e cronicidade; e resposta demorada ou pobre aos antidepressivos [84]. Há evidências de que as distinções entre os gêneros existem tanto na depressão atípica como na depressão ansiosa [85]. Katz e cols. [86] observaram diferenças marcantes entre homens e mulheres com depressão ansiosa: entre as mulheres, ansiedade esteve significativamente associada com retardo do movimento e da fala e imprecisão, ao passo que, entre os homens, correlacionou-se com hostilidade e aumento da agitação.

As diferenças entre os gêneros na depressão levantam questionamentos acerca do papel dos hormônios sexuais na elevada prevalência de depressão entre as mulheres, especialmente porque muitas delas relatam alterações do humor associadas com o ciclo reprodutivo de vida, marcado por mudanças nos níveis dos hormônios sexuais, como a gestação, o pós-parto, o período pré-menstrual e a perimenopausa [87]. Todavia, nem sempre se conseguiu demonstrar que as taxas de depressão estão associadas com todas essas situações [88]. Além disso, a limitada pesquisa sobre os efeitos da gestação no início e na recorrência da depressão falhou em encontrar discrepâncias significativas das taxas observadas nos controles não gestantes [89]. Outro ponto a ser considerado, é que as diferenças entre os gêneros na depressão não são constantes em todos os grupos raciais americanos [90], chamando a atenção para o fato de que há mais mecanismos envolvidos do que puramente os efeitos hormonais.

Seedat e cols. [91], investigando a associação entre os gêneros e os transtornos mentais nas coortes dos países que compuseram o estudo *World Health Organization (WHO) World Mental Health Surveys*, identificaram que, embora tenham sido observadas diferenças entre os gêneros para depressão maior (mais prevalente entre as mulheres do que entre os homens) e para transtorno do uso de substâncias (mais prevalente entre os homens do que entre as mulheres) em todas as coortes, as coortes mais recentes apresentaram um estreitamento na diferença entre os gêneros para ambos os transtornos, reforçando a hipótese de que a aproximação das prevalências pode ser devida ao fato dos papéis entre homens e mulheres na sociedade estarem se tornando mais semelhantes.

Uma situação na qual as prevalências de depressão maior aumentam substancialmente é durante o período do pós-parto [89, 92], afetando cerca de 15% das

mulheres, especialmente aquelas com história familiar de depressão, sugerindo a presença de um componente genético para o desenvolvimento do transtorno [93]. Estudos recentes têm procurado investigar o papel que o Fator Neurotrófico Derivado do Cérebro (BDNF, do inglês *Brain-Derived Neurotrophic Factor*) desempenha na fisiopatologia da depressão pós-parto [93, 94]. Lommatzsch e cols. [94] mediram as concentrações séricas de BDNF em gestantes e não gestantes e verificaram que os níveis séricos maternos de BDNF estavam marcadamente diminuídos, tanto antes como após o parto. O BDNF correlacionou-se com a diminuição dos níveis de serotonina sérica (5-HT), mas não houve associação com alteração das concentrações séricas de estrogênio, progesterona, dehidroepiandrosterona ou cortisol. Houve significativamente níveis mais elevados de cortisol nos casos de depressão materna do que nos casos sem depressão, e uma tendência à redução dos níveis de BDNF e serotonina nos casos de depressão materna comparados aos casos sem depressão, embora isso não tenha sido significativo [94]. Figueira e cols. [93], investigando o polimorfismo do gene codificador do BDNF (Val66Met), que altera a secreção da proteína reguladora, com a variante metionina estando associada com secreção insuficiente comparada com a variante valina, e sua relação com a depressão pós-parto, não encontraram diferença na distribuição genotípica do BDNF entre mulheres deprimidas e não deprimidas, ao passo que o nível educacional, estresse durante a gestação, transtorno bipolar e ansiedade estiveram significativamente associados com a depressão pós-parto [93].

Tem sido sugerido que a aparente preponderância do sexo feminino nas depressões poderia ser atribuída a um tipo de depressão associada com sintomas somáticos [95, 96]. Os sintomas incluem alteração do sono e fadiga, acompanhadas por dor e ansiedade. Silverstein [96], analisando os dados de depressão maior do NCS,

encontrou maior prevalência de depressão somática para as mulheres quando comparadas aos homens (ao longo da vida: 15,2% *versus* 7,5%), mas uma prevalência de depressão pura semelhante a dos homens (ao longo da vida: 6,9% *versus* 6%). Em um trabalho posterior [95], aplicando o mesmo desenho do estudo ECA, encontrou-se que as mulheres tiveram o dobro da prevalência de depressão somática quando comparadas aos homens (2,8% *versus* 1,4%), mas uma diferença menor na prevalência de depressão pura (2,3% *versus* 1,7%). Mulheres com depressão somática foram mais propensas do que aquelas com depressão pura a apresentar um transtorno de ansiedade (31,4% *versus* 22,9%). Baseado nesses e em outros estudos, Silverstein [95] propôs que a diferença de gênero na prevalência da depressão pode ser devida à maior prevalência de depressão somática entre as mulheres. A depressão somática é de especial interesse nas culturas não ocidentais, nas quais as queixas somáticas costumam ser os sintomas preponderantes na apresentação da depressão, enquanto que a tristeza pode ser inicialmente negada [97].

Kockler & Heun [98] investigaram as diferenças na manifestação dos sintomas depressivos entre homens e mulheres (com mais de 50 anos) da população geral e identificaram que as mulheres apresentaram mais sintomas depressivos do que os homens e tiveram mais alterações do apetite e tristeza. Homens e mulheres com transtorno depressivo maior também apresentaram perfis de sintomas distintos: as mulheres deprimidas apresentaram mais alteração do apetite, ao passo que os homens deprimidos tiveram mais agitação psicomotora. Na meta-análise conduzida por Barcelos-Ferreira e cols. [99] sobre morbidade depressiva e gênero em idosos da população geral brasileira (com média de idade entre 66,5 e 84 anos), a prevalência de depressão maior foi 7%; de sintomas depressivos clinicamente significativos, 26%; e de

distímia, 3,3%. Tanto a depressão maior como os sintomas depressivos clinicamente significativos apresentaram uma associação significativa com doenças cardiovasculares, e as suas chances de ocorrência foram maiores entre as mulheres.

1.7. IMPORTÂNCIA DO PRESENTE ESTUDO

O estudo São Paulo Megacity foi utilizado como referência amostral para avaliar os subtipos de depressão na Região Metropolitana de São Paulo (RMSP), que é formada pela cidade de São Paulo e por 38 municípios vizinhos, com uma população total de 19,8 milhões de habitantes [100], constituindo um dos maiores aglomerados urbanos do mundo. Depressão foi o segundo transtorno mental mais prevalente na RMSP (16,9%) e apresentou a maior prevalência mundial quando comparada com os outros 27 centros participantes do Consórcio *World Mental Health Survey* (WMHS) [101].

A identificação de subtipos depressivos, dos fatores de proteção e de risco a eles associados, dos correlatos sociodemográficos e diagnósticos, e de outras características clínicas relevantes, como incapacitação, tabagismo, doenças físicas, tentativa de suicídio, trauma na infância e história psiquiátrica dos pais com relação à depressão e ao uso de substâncias, poderão contribuir para a prevenção e o desenvolvimento de tratamentos específicos, de acordo com as particularidades de cada subtipo identificado.

Além disso, o presente estudo representa uma oportunidade única de se entender como os sintomas depressivos se agrupam nessa amostra da RMSP, considerando que nenhuma das principais pesquisas que utilizou o método de ACL para a identificação de subtipos de depressão na comunidade foi conduzida em países em desenvolvimento como o Brasil, cuja desigualdade socioeconômica, violência, falta de acesso à educação e à saúde constituem importantes fatores de risco para o transtorno [102, 103], podendo interferir em suas apresentações clínicas.

Por fim, constitui o primeiro estudo a explorar as diferenças entre os gêneros na estrutura latente dos sintomas depressivos em uma amostra da comunidade.

2. HIPÓTESES DO ESTUDO

Este estudo terá o intento de testar as seguintes hipóteses:

- 1) Existem subtipos de depressão identificáveis em amostras populacionais através da ACL, os quais se sobrepõem aos subtipos que constam nas classificações atuais;
- 2) Os subtipos de depressão apresentam perfis diferentes de correlatos sociodemográficos e clínicos;
- 3) Há diferença entre os gêneros quando consideramos a apresentação dos subtipos depressivos, bem como de seus correlatos sociodemográficos e clínicos;
- 4) Existem diferenças entre os subtipos depressivos com relação ao(s): fatores de risco e uso de serviços.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVOS GERAIS

Delimitar, a partir do método de ACL, grupos de sujeitos da amostra populacional de adultos do Estudo São Paulo Megacity que apresentem diferentes perfis de sintomas depressivos; descrever o perfil de sintomas nas classes identificadas; determinar a probabilidade dos sujeitos da amostra pertencerem a cada classe e caracterizá-las em termos de correlatos sociodemográficos e clínicos.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

3.2.1. Investigar a presença de subtipos depressivos, utilizando-se o método de ACL em sintomas depressivos, referidos por sujeitos da amostra do Estudo São Paulo Megacity, obtendo classes que serão analisadas com relação às seguintes características:

- a) perfil sintomatológico;
- b) correlatos sociodemográficos;
- c) comorbidades psiquiátricas;
- d) comorbidades com doenças físicas;
- e) outros determinantes, como trauma na infância e história familiar de depressão e uso de substâncias dos pais.

3.2.2. Discutir a relevância clínica das classes encontradas quanto à/ao:

- a) incapacitação;
- b) uso de serviços.

4. JUSTIFICATIVAS

4.1. Há poucos dados epidemiológicos na literatura sobre subtipos de depressão na comunidade, sendo este um estudo inédito em nosso país;

4.2. Este estudo foi realizado com amostras populacionais, representativas da comunidade (N=5.037), não tendo sido conduzido com amostras clínicas, cujos resultados talvez não possam ser generalizados para a população como um todo,

4.3. Os dados obtidos sobre subtipos depressivos, fatores associados e incapacitação poderão contribuir para o cálculo da carga de depressão no projeto *Global Burden of Disease*;

4.4. A compreensão dos subtipos de depressão e dos fatores de proteção e de risco associados a eles poderá auxiliar na prevenção e no desenvolvimento de tratamentos específicos para cada subtipo depressivo.

5. MATERIAL E MÉTODOS

5.1. TIPO DE ESTUDO

O presente estudo (protocolo de aprovação CAPPesq nº 0549/11; **Anexo II – item 11.2**) teve como referência amostral o “**São Paulo Megacity: Estudo Epidemiológico dos Transtornos Psiquiátricos na Região Metropolitana de São Paulo: Prevalência, Fatores de Risco e Sobrecarga Social e Econômica**” (Projeto Temático FAPESP, processo 03/00204-3).

5.2. DELINEAMENTO DO ESTUDO SÃO PAULO MEGACITY

O São Paulo Megacity é um estudo de corte transversal, do tipo inquérito, no qual foi avaliada uma amostra probabilística de 5.037 indivíduos da população geral, com idade igual ou superior a 18 anos e com residência permanente na RMSP. Utilizou-se como base de cálculo amostral o censo populacional do ano 2000, conduzido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Na época, a população estimada da RMSP era de mais de 17,5 milhões de habitantes, dos quais cerca de 11 milhões eram indivíduos com 18 anos ou mais [104].

O estudo faz parte de uma iniciativa internacional, conduzida em 28 centros de pesquisa no mundo e coordenada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) – o *World Mental Health Survey Initiative* [105], empregando-se a mesma metodologia (procedimento de amostragem e instrumentos), conforme descrito em outras publicações [106-108]. No Brasil, foi coordenado pelo Núcleo de Epidemiologia Psiquiátrica do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (NEP-IPqHCFMUSP) (protocolo de aprovação CAPPesq nº 792/03; **Anexo III – item 11.3**).

Constitui o primeiro levantamento realizado em toda a RMSP, com uma amostra probabilística da população geral adulta domiciliada. Formada pela cidade de São Paulo e por 38 municípios vizinhos (**Figura 1**), a RMSP possui uma área territorial de 8.501 km², semelhante à de países como Líbano (10.452 km²) e Jamaica (10.991 km²), e superior à de Luxemburgo (2.586 km²). Sua população é composta por 19,8 milhões de habitantes [109], representando um dos maiores aglomerados urbanos do mundo, ao lado das regiões metropolitanas de Tóquio, Nova Iorque e Cidade do México [110]. A RMSP destaca-se também como o maior pólo de riqueza nacional, exibindo um Produto Interno Bruto (PIB) de R\$ 416,5 bilhões, o que constitui 57,3% do PIB paulista e 16,7% do PIB brasileiro [111]. Aí está centralizado grande parte do capital privado, concentrando a maioria das sedes brasileiras dos principais complexos financeiros que controlam as atividades econômicas do nosso país. Esse fenômeno atraiu grande número de migrantes de todas as regiões brasileiras e levou ao aumento das desigualdades sociais e econômicas, com prováveis consequências negativas na qualidade de vida e saúde mental dos seus habitantes [112].

Figura 1. Mapa da Região Metropolitana de São Paulo

5.2.1. OBJETIVOS DO ESTUDO SÃO PAULO MEGACITY

O levantamento teve como objetivos: identificar as prevalências ao longo da vida e nos últimos 12 meses dos transtornos psiquiátricos na população geral; avaliar o grau de incapacidade e determinar possíveis fatores a eles associados; estimar o grau de sobrecarga social, econômica e familiar associado aos transtornos, de modo a fornecer subsídios para o estabelecimento de novas estratégias de prevenção e tratamento, bem como direcionar a elaboração de políticas de saúde mais adequadas à realidade da região para o planejamento de serviços de saúde que atendam às demandas da população.

5.2.2. AMOSTRAGEM DO ESTUDO SÃO PAULO MEGACITY

A amostra foi selecionada através da aplicação de métodos rigorosos de multiestratificação. O planejamento previa a seleção de 40% da amostra na cidade de São Paulo e 60% da amostra nos 38 municípios restantes. A cidade de São Paulo foi dividida em cinco regiões geográficas (Norte, Sul, Leste, Oeste e Centro), compostas por 96 distritos definidos cartograficamente, e cada um dos 38 municípios ao redor foi auto-representativo. Todos foram representados na amostra de acordo com sua participação na composição da população-alvo da RMSP. Os setores censitários definidos pelo IBGE foram utilizados como a menor unidade amostral da qual se tinha informação *a priori*, e foram agrupados dependendo do número de domicílios a ser selecionado em cada município ou distrito. Em cada um desses agrupamentos, foi sorteado um quarteirão, no qual foram sorteados 5 domicílios. Foram, então, enviados rastreadores de campo que fizeram a identificação dos domicílios existentes e habitados nos quarteirões selecionados e produziram uma lista de endereços de todos os domicílios elegíveis. No centro de pesquisa, esses domicílios foram selecionados através de processo sistemático (cada quinta casa sucessivamente até completar 5 e depois mais 3 para possíveis recusas). Antes do entrevistador proceder à coleta de dados, o domicílio selecionado recebeu uma carta explicativa sobre a pesquisa enfatizando a importância em participar da mesma (**Anexo IV – item 11.4**). Uma vez no domicílio selecionado, o entrevistador fez um inventário de todos os moradores, produzindo uma lista daqueles que seriam elegíveis (com 18 anos ou mais, que falassem português e que tivessem condições de saúde para participar da entrevista), sendo,

então, selecionado um único indivíduo por domicílio através da tabela de seleção aleatória de Kish. Uma vez selecionados, aqueles que não concordassem em participar não poderiam ser substituídos. A descrição detalhada de sua metodologia foi publicada por Viana e cols. [113].

5.2.3. COLETA DE DADOS DO ESTUDO SÃO PAULO MEGACITY

A coleta de dados foi conduzida por uma equipe de entrevistadores profissionais de uma empresa contratada devido ao seu amplo conhecimento na execução de pesquisas na área da saúde e à grande complexidade operacional e metodológica do estudo. Foi realizado um treinamento intensivo, durante cinco dias (entre 3 e 7 de dezembro de 2004), com a participação dos funcionários da empresa envolvidos diretamente no trabalho, incluindo 9 supervisores de campo, o gerente geral do projeto e o diretor da empresa. Durante esse período, foram detalhados os métodos do estudo e o instrumento que seria aplicado.

Os entrevistadores foram então pré-selecionados com base na experiência anterior e treinados pelas pesquisadoras responsáveis pelo Estudo São Paulo Megacity (Laura Helena Silveira Guerra de Andrade e Maria Carmen Viana), que haviam sido certificadas pela *University of Michigan's CIDI Training and Reference Center*. Ao todo, 149 pesquisadores não clínicos participaram da coleta de dados, sendo que entre 20 e 40 entrevistadores trabalharam simultaneamente organizados em 5 equipes que eram coordenadas por 5 supervisores de campo, responsáveis pela distribuição e pelo

controle de qualidade das entrevistas. A coleta de dados deu-se entre maio de 2005 e abril de 2007, sendo que ao todo foram entrevistados 5.037 indivíduos (taxa de resposta: 81,3%). Mil cento e sessenta e dois sujeitos se recusaram a participar do estudo ou não tiveram condições de finalizar a entrevista (taxa de não resposta: 18,7%).

Os sujeitos entrevistados receberam explicação dos procedimentos do estudo e concederam consentimento por escrito conforme as normas éticas e regulamentares vigentes do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Todo o processo de verificação e correção de erros foi realizado por meio de uma interação dinâmica entre a equipe de pesquisa do Brasil e o Centro de Coordenação da *Organização Mundial de Saúde-Harvard-World Mental Health Survey* (OMS-Harvard-WMHS), até que os dados fossem considerados limpos e adicionados ao banco de dados internacional do *WMHS Initiative*. Todo o processo de limpeza de dados e preparação final ocorreu entre setembro de 2007 e março de 2008.

5.2.4. INSTRUMENTO DE PESQUISA

O instrumento utilizado foi desenvolvido pela OMS para o estudo mundial a partir do *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI), em uma versão ampliada e expandida denominada Versão do *World Mental Health* para o CIDI (WMH-CIDI) [101], desenvolvida para ser aplicada por entrevistadores não clínicos e para produzir diagnósticos a partir dos critérios da CID-10 e do DSM-IV. Essa versão

foi complementada com outros instrumentos de avaliação para a exploração de fatores de risco para transtornos mentais e foi devidamente traduzida e adaptada para a língua portuguesa vigente no Brasil [113].

O WMH-CIDI é composto por dois conjuntos de módulos que se complementam e que foram denominados de Parte I e Parte II. Todos os indivíduos selecionados (N=5.037) responderam a primeira parte da entrevista, composta por um módulo de rastreio para transtornos mentais e doenças crônicas, e módulos específicos para cada transtorno nuclear (módulos diagnósticos de depressão, mania, fobia específica, pânico, fobia social, agorafobia, ansiedade generalizada, transtorno explosivo intermitente, risco de suicídio e abuso e/ou dependência de álcool e outras substâncias psicotrópicas). Ademais, realizou-se avaliação de outros transtornos mentais como déficit de atenção e hiperatividade, transtorno desafiador de oposição, transtorno de conduta e ansiedade de separação, além de seções que avaliaram funcionamento e incapacitação nos últimos 30 dias e sintomas inespecíficos que ocorreram nos últimos 30 dias. A Parte I do questionário também incluiu seções contendo informações sociodemográficas, sobre infância e sobrecarga familiar.

Todos os respondentes que preencheram critérios diagnósticos para qualquer um dos transtornos nucleares da primeira parte (N=2.236) e uma amostra aleatória de 25% dos respondentes que não preencheram critérios diagnósticos para nenhum dos transtornos na Parte I (N=706), responderam a entrevista composta pela Parte I e Parte II (subamostra de 2.942 indivíduos). Os módulos diagnósticos da Parte II da entrevista incluíram transtornos mentais menos comuns como transtornos alimentares, transtorno pré-menstrual, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno de estresse pós-traumático, assim como jogo patológico, neurastenia, transtorno de conduta, dependência de

nicotina, além de seções de rastreamento para experiências psicóticas e personalidade. A Parte II do questionário ainda incluiu módulos não diagnósticos que exploraram fatores de risco para transtornos mentais e informações sociodemográficas, clínicas e familiares [dados sociodemográficos, história ocupacional, renda pessoal e familiar, redes de apoio familiar e social, história afetiva/conjugal, filhos, infância, violência doméstica, sobrecarga familiar devido a doenças, além de uso de serviços de saúde e uso de medicamentos psicotrópicos] (**Figura 2**).

Todos os participantes foram entrevistados utilizando o mesmo instrumento, mas os módulos clínicos que foram aplicados e a duração dependiam da psicopatologia apresentada. Pesos foram aplicados para ajustar as diferenças na probabilidade de seleção (W1), de não resposta (W2), de pós-estratificação na amostra final para aproximá-la da população geral de acordo com o censo do ano 2.000, com relação ao gênero e distribuição de idade (W3), e para ajustar a seleção da Parte II (W4). O produto conjunto de W1, W2 e W3 é o peso consolidado que foi utilizado para analisar os dados da amostra da Parte I (N=5.037), enquanto que o produto conjunto de todos os quatro pesos é o peso consolidado que foi usado para analisar os dados da amostra da Parte II (N=2.942). Quando os dados analisados incluíam variáveis avaliadas na Parte I e outras variáveis avaliadas na Parte II, a amostra da Parte II e o peso consolidado da Parte II foram utilizados.

Figura 2. Fluxograma da entrevista do Estudo São Paulo Megacity

5.2.5. SÃO PAULO MEGACITY: TRANSTORNOS MENTAIS NOS ÚLTIMOS 12 MESES

Andrade e cols. [102] avaliaram os transtornos mentais nos 12 meses anteriores à entrevista, no Estudo São Paulo Megacity, e encontraram que cerca de 30% dos indivíduos relataram um transtorno no último ano, com uma distribuição uniforme entre os diferentes níveis de gravidade. Transtornos de ansiedade foram os mais comuns, afetando 19,9% dos sujeitos, seguidos pelos transtornos de humor (11%), controle dos impulsos (4,3%) e uso de substâncias (3,6%). Exposição ao crime esteve associada com os quatro tipos de transtornos. Migrantes tiveram baixa prevalência de todos os quatro tipos de transtornos comparados aos residentes estáveis. Apesar disso, foram encontrados, entre eles, subgrupos mais vulneráveis, a saber: mulheres e homens migrantes que viviam nas áreas mais necessitadas. Os estressores relacionados à migração, por exemplo, em combinação com alta privação social podem ter contribuído para aumentar a probabilidade de ter transtorno de ansiedade entre os homens. Alta urbanicidade esteve associada com transtornos de controle dos impulsos, e privação social elevada com transtornos do uso de substâncias. Apesar de mais de 10% da amostra apresentar um transtorno grave no ano anterior à entrevista, apenas um terço recebeu tratamento naquele período [102].

5.3. AMOSTRA DO PRESENTE ESTUDO

Três mil trezentos e noventa sujeitos responderam “sim” aos sintomas de rastreamento (humor deprimido, falta de ânimo, perda de prazer) para a sessão de depressão do questionário WMH-CIDI [101]. Ao longo da sessão de depressão (**Anexo V – item 11.5**), 2.178 indivíduos foram excluídos por não apresentarem determinados critérios mínimos de duração dos sintomas (≥ 2 semanas). A análise do presente estudo foi feita com os 1.212 sujeitos (24,06% da amostra total) que entraram para a escala de depressão e que responderam sobre a presença ou não de outros sintomas, que não somente os de rastreamento. O **Anexo V (item 11.5)** contém toda a sessão de depressão, sendo que a escala de depressão dela faz parte, constituindo a questão *D26 (destacada em verde). A **Figura 3** apresenta o fluxograma da amostra do presente estudo.

Figura 3. Fluxograma da amostra do presente estudo

5.3.1. SESSÃO DE DEPRESSÃO

Após responderem afirmativamente sobre os sintomas de rastreamento para a sessão de depressão do questionário, e após apresentarem os critérios mínimos de duração dos sintomas (pelo menos 2 semanas), 1.212 sujeitos responderam sobre a presença ou não de outros sintomas presentes na escala de depressão. Além dos sintomas presentes nas categorias diagnósticas do DSM-IV, foram acrescentados à escala de depressão do WMH-CIDI outros sintomas, como ansiedade, irritabilidade, pânico, assim como insônia (porém sentir-se alerta e descansado), aumento de energia e pensamento acelerado – relacionados ao espectro bipolar [18]. A escala de depressão do WMH-CIDI, ao final, constituiu-se de 34 sintomas, a saber: diminuição do apetite, aumento do apetite, ganho de peso, perda de peso, insônia, hipersonia, insônia (porém sentir-se alerta e descansado), diminuição de energia, aumento de energia, lentificação psicomotora percebida pelo respondedor (subjativa), lentificação psicomotora percebida pelos outros (objetiva), agitação psicomotora percebida pelo respondedor (subjativa), agitação psicomotora percebida pelos outros (objetiva), pensamento lentificado, pensamento acelerado, dificuldade de concentração, indecisão, perda da confiança, sentir-se pior que os outros, sentir-se sem valor, sentir-se culpado, sentir-se mais culpado do que o habitual, irritabilidade, ansiedade, pânico, pensamento de morte, melhor estar morto, pensamento de suicídio, plano de suicídio, tentativa de suicídio, dificuldade de arcar com as responsabilidades, isolamento social, estar menos falante e chorar com frequência.

Os sujeitos que entraram para a escala de depressão responderam sobre o pior episódio depressivo ao longo da vida.

5.4. VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS

Os seguintes correlatos sociodemográficos foram utilizados no presente estudo: gênero; idade (categorizada em 18-34, 35-49 e ≥ 50 anos); escolaridade (0-8, 9-11, ≥ 12 anos); estado civil (casado/coabitante, separado/divorciado/viúvo, nunca se casou); situação profissional (trabalhando [incluindo estudantes], aposentado/do lar, desempregado); e nível socioeconômico (baixo, médio-baixo, médio-alto e alto).

5.5. CORRELATOS DIAGNÓSTICOS E OUTRAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS RELEVANTES

A comorbidade entre as classes identificadas e os transtornos mentais foi investigada. Estimou-se a prevalência ao longo da vida (e sua associação com as classes identificadas) para: 1) “espectro bipolar” (formado pela junção do “transtorno bipolar tipo I”, “transtorno bipolar tipo II” e “transtorno bipolar subclínico”); 2) “qualquer transtorno de ansiedade” (formado pelo agrupamento de “transtorno de pânico”, “fobia social”, “fobia específica”, “transtorno obsessivo-compulsivo”, “transtorno de ansiedade generalizada”, “transtorno de ansiedade de separação”, “transtorno de ansiedade de separação no adulto”, “agorafobia sem pânico” e “transtorno de estresse pós-traumático”); 3) “dependência de álcool e drogas”; e 4) “dependência de nicotina”. Além da dependência de nicotina, tabagismo atual foi investigado, considerando-se sua associação com uma série de transtornos mentais, incluindo depressão [114], e seu impacto nos indicadores de saúde pública [115]. Transtorno disfórico pré-menstrual foi

analisado como comorbidade psiquiátrica para o sexo feminino [116]. Re-entrevistas clínicas utilizando a Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV Transtornos do Eixo I (SCID-I) [117] com os transtornos do DSM-IV nos últimos 12 meses em uma subamostra probabilística de São Paulo, formada por sujeitos entrevistados do WMH, encontraram boa concordância entre os diagnósticos do WMH-CIDI e do SCID [118]. Resultados preliminares da reavaliação clínica no Estudo São Paulo Megacity com uma subamostra probabilística de 775 respondentes encontrou boa precisão de classificação total (intervalo: 76%-99%) e uma área da Curva de Características de Operação do Receptor (ROC, do inglês *Receiver Operating Characteristics*) em torno de 0,7 para qualquer transtorno [102].

Incapacitação foi avaliada com a versão do WMHS da *WHO Disability Assessment Schedule* (WHODAS-II) [119]. As pontuações mais altas na WHODAS (escala de 0-100) indicam maior incapacitação. Estipulou-se pontuação igual ou superior ao percentil 90, a fim de captar os 10% dos sujeitos mais incapacitados da amostra populacional [120].

Além disso, investigou-se a associação dos subtipos de depressão com doenças físicas, que foram agrupadas do seguinte modo: 1) “doenças cardiovasculares” (formadas por “ataque cardíaco”, “doença do coração” e “pressão alta”); 2) “diabetes mellitus”; 3) “doenças neurológicas” (formadas por “problema neurológico [Parkinson, esclerose múltipla]”, “epilepsia ou convulsões” e “derrame cerebral”); 4) “doenças pulmonares” (formadas por “doença pulmonar crônica [enfisema]”, “tuberculose” e asma); e 5) “dor crônica” (formada por “problemas nas costas ou pescoço”, “dores de cabeça” e “alguma outra dor crônica”). Diabetes mellitus foi investigada separadamente, considerando que, ao lado das doenças cardiovasculares, pode partilhar fenômenos

biológicos comuns com transtorno depressivo (p.ex., disfunção do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, processos inflamatórios [121, 122]), e tem sido associada com sintomas somáticos da depressão [123].

Avaliou-se também tentativa de suicídio ao longo da vida, trauma na infância – investigando a ocorrência e a frequência de 3 tipos de abuso antes dos 16 anos (negligência emocional, abuso físico e abuso sexual) –, e investigaram-se antecedentes psiquiátricos dos pais com relação à depressão e ao uso de substâncias.

Todas as covariáveis descritas acima entraram no modelo não ajustado tanto para a amostra geral como para os sexos feminino e masculino.

5.6. DEPRESSÃO MAIOR E DISTIMIA

Compararam-se as prevalências de depressão maior e distímia ao longo da vida (de acordo com os critérios diagnósticos do DSM-IV) com as classes encontradas. Essa comparação não entrou no modelo não ajustado por apresentar conceitos semelhantes aos que estavam sendo analisados, e o que se objetivou foi verificar a correlação existente entre os diagnósticos do DSM-IV e os subtipos depressivos encontrados.

5.7. USO DE SERVIÇOS

Investigou-se uso de serviços ao longo da vida, separando-o em quatro categorias, de acordo com as classes encontradas: 1) busca por tratamento psiquiátrico;

2) procura por outro tratamento de saúde mental, como, por exemplo, psicólogo, assistente social ou enfermeiro psiquiátrico; 3) busca por qualquer tratamento de saúde mental; e 4) procura por tratamento médico geral. Essas covariáveis não foram incluídas no modelo não ajustado, tendo sido analisadas isoladamente, por não representarem fatores de risco para depressão.

6. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Os critrios de incluso do presente estudo foram: ter 18 anos ou mais; apresentar os sintomas de rastreamento para a sesso de depresso do questionrio WMH-CIDI; ter apresentado os critrios mnimos de durao dos sintomas; ter respondido sobre a presena ou no de outros sintomas, que no somente os de rastreamento, completando toda a escala de depresso do questionrio. Os critrios de excluso foram: no falar portugus; apresentar incapacidade ou deficincia que poderiam prejudicar a capacidade do sujeito para participar da entrevista.

7. ANÁLISES ESTATÍSTICAS

7.1. IDENTIFICAÇÃO DAS DIFERENTES CLASSES DE SINTOMAS DE DEPRESSÃO E DOS FATORES A ELAS RELACIONADOS

O método de ACL foi utilizado para explorar se a manifestação sintomática da depressão poderia ser explicada por um ou vários tipos sintomatológicos. Esse método investiga se a relação da covariância entre um grupo de variáveis observáveis, no caso os sintomas do WMH-CIDI (ou variáveis manifestas, mutuamente independentes uma da outra) é explicada por uma variável latente (classe).

A ACL estima dois parâmetros que incluem as probabilidades de se pertencer a uma determinada classe e as probabilidades de se relatar um item (nesse caso, sintoma) dentro de cada classe. Dois parâmetros são primariamente de interesse nos modelos de ACL: 1) a prevalência de cada subpopulação ou classe latente; e 2) as respostas de probabilidades condicionais, ou seja, a probabilidade de que um indivíduo numa determinada classe *C* irá dar uma resposta específica, dado um determinado item (sintoma). As probabilidades condicionais ajudam na interpretação das classes latentes por caracterizarem o comportamento dos indivíduos de uma determinada classe. Parte-se do pressuposto de que cada classe latente é internamente homogênea, ou seja, a probabilidade de se engajar em um determinado comportamento é a mesma para todos os indivíduos que pertencem a uma determinada classe [66].

Índices e testes estatísticos auxiliam o pesquisador a decidir qual número de classes latentes é o mais adequado para classificar e interpretar os dados de um estudo, a saber:

- O Critério de Informação de Akaike (AIC, do inglês *Akaike's Information Criterion*) e o Critério de Informação Bayesiano (BIC, do inglês *Bayesian Information Criterion*) são medidas usadas para comparar a qualidade de modelos de classes latentes ajustados com diferentes números de classes [124]. Segundo Hagenaars & McCutcheon [125], a quantidade de classes latentes mais adequada é determinada pelo número de classes que contém no modelo que possui os menores valores dos referidos critérios de informação. Sabe-se também que o BIC é um indicador mais parcimonioso que o AIC, por considerar o tamanho da amostra (N) em seu cálculo [125], sendo bastante confiável para a determinação do número de classes latentes [126];
- A entropia é um índice que avalia a qualidade da separação das classes e o quanto que elas representam os dados, no sentido de indicar se a classificação dos indivíduos nas classes construídas é satisfatória. É uma medida que assume valores entre zero (pior situação) e um (melhor situação), sendo considerada aceitável se for maior do que 0,8 [72];
- Em alguns casos, os valores de AIC e BIC são decrescentes à medida que se aumenta o número de classes latentes, o que sugere alguns cuidados, visto que modelos com muitas classes latentes podem ser difíceis de se diferenciar, complicados de se interpretar clinicamente e ter valores baixos de entropia. Nessas situações, também é comum que a intensidade da redução dos valores dos referidos critérios de informação diminua conforme cresça o número de classes latentes, tornando necessária uma avaliação da magnitude dessa

descendência, a fim de questionar se é realmente preferível escolher um modelo mais complexo que possui k classes latentes cujos valores de AIC e BIC caiam muito pouco em relação às estimativas de AIC e BIC, de um modelo mais simples que considera $k - 1$ classes latentes. No presente estudo, essa análise foi feita a partir do cálculo da taxa de variação percentual do BIC do modelo ajustado com k classes latentes relativamente ao BIC do modelo que possui $k - 1$ classes latentes, com $k > 1$ inteiro, e do valor da entropia maior do que 0,8;

- Uma forma menos subjetiva de comparar se um modelo ajustado com k classes latentes é melhor ou pior que um modelo com $k - 1$ classes é através do uso de testes estatísticos, como o teste da razão de verossimilhança de Vuong-Lo-Mendell-Rubin e o teste da razão de verossimilhança de Lo-Mendell-Rubin ajustado, os quais avaliam a hipótese de que os dados foram gerados pelo modelo com uma classes a menos. Valores baixos de p-valor de ambos indicam que o modelo com $k - 1$ classes latentes deve ser refutado em favor do modelo estimado com k classes latentes [127].

Após a obtenção dos modelos mais adequados, avaliaram-se os correlatos sociodemográficos e clínicos, a partir do método de regressão logística multinomial (para calcular as *odds ratio*). A regressão logística é utilizada para prever as probabilidades dos diferentes resultados possíveis de uma variável categórica, baseados em uma ou mais variáveis preditoras, podendo ser bi ou multinomial. No primeiro caso, o critério pode assumir apenas dois resultados possíveis (p.ex. “sim” *versus* “não”). Já na regressão multinomial, que é uma generalização da regressão logística que permite a

inclusão de uma variável resposta policotômica, em vez de uma variável resposta dicotômica, o critério pode assumir três ou mais resultados possíveis, como, por exemplo, “melhor” *versus* “pior” *versus* “nenhuma diferença”. O nível de significância adotado no presente estudo foi de 5%. Os resíduos condicionais bivariados das classes com cada par de sintomas dependentes foram examinados. Cada resíduo bivariado é uma medida da associação global na tabela de contingência correspondente de duas vias, ou seja, estatística do teste de Pearson Qui-quadrado, dividido pelos graus de liberdade de determinada classe. Valores de resíduos maiores do que 1,96 em módulo podem indicar uma violação do princípio da independência local [128]. Em nosso estudo, os resíduos condicionais bivariados foram menores do que 0,05 tanto para a amostra geral como para os sexos feminino e masculino, preservando o princípio da independência local.

Todas as análises foram feitas no programa Mplus 6.12 [127]. O Mplus calcula o erro padrão e o teste do Qui-quadrado do modelo levando em conta a estratificação, a não-independência de observações devido à amostragem por conglomerados, e/ou a probabilidade desigual de seleção. Os pesos amostrais foram utilizados na estimativa dos parâmetros, do erro padrão e do teste do Qui-quadrado. Com os pesos da amostra, os parâmetros foram estimados pela maximização do logaritmo da função de verossimilhança ponderada [127].

8. RESULTADOS

8.1. CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA DO PRESENTE ESTUDO

A amostra do presente estudo foi formada por 1.212 sujeitos, dos quais 71,7% (N=869) pertenciam ao sexo feminino e 28,3% (N=343) ao sexo masculino.

A idade (em anos) dos indivíduos ficou distribuída da seguinte forma: 18-34 (N=417; 34,4%); 35-49 (N=464; 38,3%); e ≥ 50 (N=331; 27,3%).

Quanto à escolaridade (em anos de estudo), obteve-se: 0-8 (N=630; 52%); 9-11 (N=397; 32,8%); e ≥ 12 (N=185; 15,2%).

A maior parte dos sujeitos eram casados/coabitantes (N=728; 60,1%), seguidos por separados/divorciados/viúvos (N=292; 24,1%) e aqueles que nunca se casaram (N=192; 15,8%).

Com relação à situação profissional, 700 sujeitos (57,8%) estavam trabalhando [incluindo estudantes], 339 (28%) eram aposentados/do lar e 173 (14,2%) estavam desempregados.

A distribuição do nível socioeconômico em baixo, médio-baixo, médio-alto e alto ficou do seguinte modo, respectivamente: 301 sujeitos (24,8%); 324 (26,7%); 292 (24,2%); e 295 (24,3%).

A **Tabela 1** apresenta as características da amostra do presente estudo.

Tabela 1. Características da amostra do presente estudo

Variáveis	Amostra Geral (N=1.212)	
	N	%
Sociodemográficas		
Gênero		
Feminino	869	71,7
Masculino	343	28,3
Idade (anos)		
18-34	417	34,4
35-49	464	38,3
≥ 50	331	27,3
Escolaridade (anos)		
0-8	630	52
9-11	397	32,8
≥ 12	185	15,2
Estado Civil		
Casado/ Coabitante	728	60,1
Separado/ Divorciado/ Viúvo	292	24,1
Nunca se Casou	192	15,8
Situação Profissional		
Trabalhando (incluindo estudantes)	700	57,8
Aposentado/ Do Lar	339	28
Desempregado	173	14,2
Nível Socioeconômico		
Baixo	301	24,8
Médio-Baixo	324	26,7
Médio-Alto	292	24,2
Alto	295	24,3

8.2. ESCOLHA DOS SINTOMAS DEPRESSIVOS

Consistente com a tendência atual de agregação dos sintomas, devido ao fato de que modelos com muitos sintomas podem aumentar o erro aleatório e fornecer variáveis latentes menos parcimoniosas e confiáveis [129], consideramos, inicialmente, a possibilidade de agrupar os sintomas que possuíam associação forte, tomando como base valores absolutos maiores que 0,65 da correlação tetracórica, um tipo de correlação adequado para pares de variáveis dicotômicas. O agrupamento formado apresentava os seguintes sintomas: diminuição do apetite/peso, aumento do apetite/peso, insônia, hipersonia, insônia (porém sentir-se alerta e descansado), diminuição de energia, aumento de energia, lentificação psicomotora (subjetiva e objetiva), agitação psicomotora (subjetiva e objetiva), pensamento acelerado, pensamento lentificado/dificuldade de concentração/indecisão, perda da confiança/sentir-se pior que os outros/sentir-se sem valor, sentir-se culpado/sentir-se mais culpado do que o habitual, ansiedade/irritabilidade, pânico, melhor estar morto/pensamento de suicídio/plano de suicídio/tentativa de suicídio, dificuldade de arcar com as responsabilidades, isolamento social e estar menos falante. Chorar com frequência foi excluído do modelo por apresentar baixa correlação na matriz tetracórica (menor do que 0,35 em valor absoluto) com todos os outros sintomas. Contudo, o valor do alpha de Cronbach caiu de 0,815 (escala com 34 sintomas) para $< 0,5$ (agrupamento com 19 sintomas), mostrando uma consistência interna inaceitável [130], além do fato de que os modelos de ACL perderam a capacidade de discriminar bem as classes, dificultando a interpretabilidade clínica.

Baseados então na correlação tetracórica (valores absolutos maiores do que 0,65) e nos sintomas de depressão maior do DSM-IV, foi feito novo agrupamento de

sintomas. Intencionalmente, com o propósito de observar como a apresentação do apetite, sono e psicomotricidade se associavam às classes identificadas, e ao invés de reduzi-los aos construtos de alteração do apetite, sono e psicomotricidade, foram mantidos separados os sintomas “diminuição do apetite/peso”, “aumento do apetite/peso”, “insônia”, “hipersonia” e “lentificação psicomotora”. Como a correlação tetracórica entre “lentificação psicomotora” e “agitação psicomotora” foi próxima de -1, indicando a alta correlação negativa entre ambas, deixou-se apenas a “lentificação psicomotora” presente, seguindo os critérios mais comuns para os subtipos depressivos do DSM-IV. Contudo, o alpha de Cronbach permaneceu abaixo de 0,5, indicando novamente uma consistência interna inaceitável [130].

As tentativas acima nos levaram à conclusão de que tanto a redução como o agrupamento dos sintomas alterava a homogeneidade da estrutura da escala, interferindo na sua consistência interna. Devido a esses resultados, optamos por praticamente não mexer em sua estrutura. O próximo passo foi a identificação, através da análise fatorial exploratória, dos sintomas com as comunalidades mais baixas, um indicador que expressa a quantidade de variabilidade de dados que cada item contribui para o modelo fatorial. Devido à pouca contribuição para o modelo fatorial, foram retirados das análises os quatro sintomas seguintes: chorar com frequência [0,41]; dificuldade de arcar com as responsabilidades [0,412]; insônia (porém sentir-se alerta e descansado) [0,476]; e pânico [0,48]. Com essa remoção, o alpha de Cronbach, que era 0,815 com a escala com 34 sintomas, ficou em 0,802 para a amostra geral, 0,805 para o sexo feminino e 0,8 para o sexo masculino (todos com 30 sintomas), mantendo a boa consistência interna da escala [130]. A exigência de endosso dos sintomas de rastreamento (humor deprimido, falta de ânimo, perda de prazer) não permitiu sua

inclusão na ACL. Em consequência, as análises foram focadas nos 30 sintomas restantes.

8.3. DECISÃO SOBRE O NÚMERO DE CLASSES

As **Tabelas 2, 3 e 4** apresentam os índices estatísticos utilizados para realizar a comparação entre os modelos de 30 sintomas com os números de classes distintos, respectivamente, para a amostra geral, o sexo feminino e o sexo masculino. Considerando-se diferentes soluções (modelo de 2 a 6 classes), optou-se pelo modelo de 3 classes latentes tanto para a amostra geral como para os sexos feminino e masculino, devido à maior queda do BIC da segunda para a terceira classe, à interpretabilidade clínica das classes e sua boa capacidade de classificação (entropia maior do que 0,9) [126, 131].

Tabela 2. Comparação entre os índices estatísticos de acordo com o número de classes, do modelo com 30 sintomas, para a amostra geral

Número de Classes	BIC *	Variação [†] BIC (%)	Entropia	ABIC ^ω	Variação [†] ABIC (%)	AIC [⊥]	Vuong-Lo-Mendell-Rubin Likelihood Ratio Test	Lo-Mendell-Rubin Adjusted LRT TEST	
							<i>p</i> -valor	Valor	<i>p</i> -valor
2	36.584,351	-	0,866	36.390,591	-	36.273,250	0,013	3.625,449	0,014
3	35.356,987	-3,355	0,911	35.064,758	-3,643	34.887,785	0,82	1.440,918	0,82
4	34.423,005	-2,642	0,935	34.032,307	-2,944	33.795,701	0,73	1.148,863	0,73
5	33.774,389	-1,884	0,912	33.285,222	-2,195	32.988,984	0,771	864,784	0,771
6	33.416,835	-1,059	0,922	32.829,2	-1,370	32.473,329	0,827	575,043	0,827

* BIC = *Bayesian Information Criteria*

^ω ABIC = *Adjusted BIC*

[†] Taxa de variação em percentual do BIC/ABIC do modelo de *k* classes em relação ao BIC/ABIC do modelo de *k* – 1 classes

[⊥] AIC = *Akaike's Information Criteria*

Tabela 3. Comparação entre os índices estatísticos de acordo com o número de classes, do modelo com 30 sintomas, para o sexo feminino

Número de Classes	BIC *	Variação† BIC (%)	Entropia	ABIC ω	Variação† ABIC (%)	AIC $\perp$	Vuong-Lo-Mendell-Rubin Likelihood Ratio Test	Lo-Mendell-Rubin Adjusted LRT TEST	
							<i>p</i> -valor	Valor	<i>p</i> -valor
2	26.372,927	-	0,865	26.179,206	-	26.082,119	0	2.458,053	0
3	25.424,496	-3,596	0,918	25.132,326	-3,999	24.985,9	0,762	1.152,724	0,762
4	24.841,793	-2,292	0,938	24.451,175	-2,71	24.255,41	0,778	788,73	0,778
5	24.413,636	-1,724	0,918	23.924,57	-2,154	23.679,465	0,852	634,92	0,852
6	24.184,13	-0,940	0,927	23.596,616	-1,37	23.302,172	0,763	437,275	0,763

* BIC = *Bayesian Information Criteria*

ω ABIC = *Adjusted BIC*

† Taxa de variação em percentual do BIC/ABIC do modelo de k classes em relação ao BIC/ABIC do modelo de $k - 1$ classes

$\perp$ AIC = *Akaike's Information Criteria*

Tabela 4. Comparação entre os índices estatísticos de acordo com o número de classes, do modelo com 30 sintomas, para o sexo masculino

Número de Classes	BIC *	Variação† BIC (%)	Entropia	ABIC ω	Variação† ABIC (%)	AIC $\perp$	Vuong-Lo-Mendell-Rubin Likelihood Ratio Test	Lo-Mendell-Rubin Adjusted LRT TEST	
							<i>p</i> -valor	Valor	<i>p</i> -valor
2	10.404,68	-	0,905	10.211,174	-	10.170,579	0,66	1.199,025	0,661
3	10.136,268	-2,58	0,945	9.844,421	-3,592	9.783,196	0,782	446,913	0,782
4	9.963,804	-1,701	0,941	9.573,619	-2,751	9.491,764	0,786	351,551	0,786
5	9.875,738	-0,884	0,953	9.387,213	-1,947	9.284,727	0,762	267,557	0,762
6	9.851,176	-0,249	0,955	9.264,312	-1,309	9.141,196	0,789	204,401	0,789

* BIC = *Bayesian Information Criteria*

ω ABIC = *Adjusted BIC*

† Taxa de variação em percentual do BIC/ABIC do modelo de k classes em relação ao BIC/ABIC do modelo de $k - 1$ classes

$\perp$ AIC = *Akaike's Information Criteria*

8.4. INCLUSÃO DAS COVARIÁVEIS NO MODELO DE AVALIAÇÃO

Em primeiro lugar, rodamos o modelo com 30 sintomas sem incluir nenhuma covariável. As estimativas estatísticas obtidas foram: 1) para a amostra geral – BIC=35.356,987 e entropia=0,911; 2) para o sexo feminino – BIC=25.424,496 e entropia=0,918; e 3) para o sexo masculino – BIC=10.136,268 e entropia=0,945. As probabilidades das classes encontradas nessa primeira etapa foram: 1) para a amostra geral – 38,92% (Melancólica); 18,06% (Atípica); 43,01% (Leve); 2) para o sexo feminino – 40,26% (Melancólica); 19,32% (Atípica); e 40,42% (Leve); e 3) para o sexo masculino – 41,9% (Melancólica); 19,58% (Agitada); e 38,52% (Leve). Incluímos no modelo somente as covariáveis que apresentaram prevalência maior do que 5%. Após, rodamos individualmente cada uma delas e as comparamos com os parâmetros estatísticos e as porcentagens das classes originais, para ver se deveriam ou não permanecer no modelo – caso provocassem uma variação acima de 1,5% em módulo nas prevalências das classes do modelo original, seriam excluídas [126]. Inicialmente, todas as covariáveis sociodemográficas e aquelas que foram significativas ($p < 0,05$) no modelo não ajustado, foram rodadas individualmente no modelo ajustado, e depois se acrescentando uma a uma e comparando-as com as estimativas estatísticas e prevalências das classes do modelo inicial com 30 sintomas, fazendo um *forward selection*. Nessa etapa, nenhuma covariável foi excluída por não alterar as características do modelo original. Por fim, no modelo final ajustado, tivemos: 1) para a amostra geral – BIC=35.410,735 e entropia=0,923; e as probabilidades das classes foram: 37,8% (Melancólica); 17,83% (Atípica); e 44,37% (Leve); 2) para o sexo feminino – BIC=25.302,908 e entropia=0,930; e as probabilidades das classes foram:

39,33% (Melancólica); 19,53% (Atípica); e 41,13% (Leve); e 3) para o sexo masculino – BIC=10.240,33 e entropia=0,947; e as probabilidades das classes foram: 40,37% (Melancólica); 19,56% (Agitada) e 40,07% (Leve). Esses dados mostram a preservação da estabilidade do modelo para a amostra geral e para ambos os sexos, e a adequação de seus resultados, dentro das análises de classes latentes.

8.5. ANÁLISE DE CLASSES LATENTES E AMOSTRA GERAL

Com esse conjunto de dados, encontrou-se que o melhor modelo de ACL para a **amostra geral** foi o de 3 classes, a saber: 1) **Melancólica** (37,8%) – caracterizada pelas maiores probabilidades de manifestação de diminuição do apetite (90,4%); perda de peso (84,9%); insônia (86,3%); diminuição de energia (89,2%); lentificação psicomotora subjetiva e objetiva (77,5% e 63,6%, respectivamente); pensamento lentificado (88,4%); dificuldade de concentração (97,6%); indecisão (91,7%); perda da confiança (86,6%); sentir-se pior que os outros (90,6%); sentir-se sem valor (77,9%); sentir-se culpado (59,5%); pensamento de morte (74,6%); melhor estar morto (67,6%); pensamento de suicídio (39,6%); plano de suicídio (19,6%); tentativa de suicídio (15,5%); isolamento social (84,1%); e estar menos falante (93,7%); 2) **Atípica** (17,83%) – que apresentou as maiores probabilidades de aumento do apetite (81,7%); ganho de peso (91,5%); hipersonia (24,8%); agitação psicomotora subjetiva e objetiva (23,7% e 17,3%, respectivamente); pensamento acelerado (21,7%); sentir-se mais culpado que o habitual (7,3%); irritabilidade (81,8%); e ansiedade (90,7%). Interessante destacar a

diferença de probabilidade de manifestação entre a lentificação psicomotora subjetiva e objetiva: 60,7% e 36,6%, respectivamente. Na classe Atípica, os seguintes sintomas apresentaram elevada probabilidade de manifestação (maior do que 70%), embora menor do que os observados na classe Melancólica: diminuição de energia (79,4%); dificuldade de concentração (85%); indecisão (73,4%); e sentir-se pior que os outros (73%); e 3) **Leve** (44,37%) – que representou a classe com menor probabilidade de manifestação de quase todos os sintomas depressivos, todos praticamente abaixo de 50%, com exceção de diminuição do apetite (60,1%); insônia (68,8%); diminuição de energia (52,4%); dificuldade de concentração (54,9%); irritabilidade (50,7%); ansiedade (67,1%); isolamento social (52,3%); e estar menos falante (65,6%). Comparada às outras classes, apresentou maior probabilidade de aumento de energia (8,7%). Devido às menores probabilidades de manifestação de quase todos os sintomas, a classe Leve constituiu a classe de referência nas análises de regressão logística multinomial. A **Tabela 5** apresenta as probabilidades de manifestação dos sintomas depressivos em cada uma das classes identificadas para a amostra geral, valendo a pena esclarecer que a ordem de apresentação dos sintomas na tabela está de acordo com a ordem de aparecimento dos sintomas na escala de depressão do WMH-CIDI. A **Figura 4** apresenta o melhor perfil de classes latentes para a amostra geral.

Tabela 5. Probabilidades de manifestação de cada sintoma depressivo, distribuído por classes, para o modelo ajustado da amostra geral; N=1.212; Estudo São Paulo Megacity

Sintomas	Amostra Geral Total (N=1.212; 100%)		Melancólica (N=458; 37,8%)		Atípica (N=216; 17,83%)		Leve (N=538; 44,37%)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Diminuição do Apetite	756	62,4	431	94,1	0	0,0	323	60,1
Aumento do Apetite	191	15,8	4	0,9	176	81,7	24	4,4
Ganho de Peso	221	18,2	0	0,0	198	91,5	43	8,0
Perda de Peso	659	54,4	389	84,9	0	0,2	262	48,7
Insônia	920	75,9	395	86,3	134	61,9	370	68,8
Hipersonia	113	9,3	29	6,4	54	24,8	41	7,6
Diminuição de Energia	849	70	409	89,2	172	79,4	282	52,4
Aumento de Energia	65	5,4	15	3,2	12	5,7	48	8,9
Lentificação (subjetiva)	622	51,3	355	77,5	131	60,7	137	25,4
Lentificação (objetiva)	456	37,6	291	63,6	79	36,6	76	14,1
Agitação (subjetiva)	229	18,9	56	12,3	51	23,7	128	23,7
Agitação (objetiva)	182	15	48	10,4	37	17,3	99	18,4
Pensamento Lentificado	722	59,6	405	88,4	140	64,9	176	32,7
Pensamento Acelerado	193	15,9	27	6,0	47	21,7	115	21,3
Dificuldade de Concentração	912	75,2	447	97,6	184	85,0	295	54,9
Indecisão	725	59,8	420	91,7	159	73,4	169	31,4
Perda da Confiança	648	53,5	397	86,6	147	67,9	111	20,7
Sentir-se Pior que os Outros	695	57,3	415	90,6	158	73,0	140	26,1
Sentir-se sem Valor	510	42,1	357	77,9	112	51,7	58	10,8
Sentir-se Culpado	482	39,8	273	59,5	97	45,1	122	22,7

Sentir-se mais Culpado que o Habitual	40	3,3	9	1,9	16	7,3	14	2,6
Irritabilidade	767	63,3	353	77,1	177	81,8	273	50,7
Ansiedade	939	77,5	404	88,2	196	90,7	361	67,1
Pensamento de Morte	685	56,5	342	74,6	110	51,0	216	40,2
Melhor Estar Morto	551	45,5	310	67,6	114	52,8	109	20,2
Pensamento de Suicídio	312	25,7	181	39,6	62	28,5	67	12,4
Plano de Suicídio	154	12,7	90	19,6	32	14,9	29	5,3
Tentativa de Suicídio	120	9,9	71	15,5	22	10,3	29	5,3
Isolamento Social	814	67,2	385	84,1	181	83,7	281	52,3
Estar Menos Falante	923	76,2	429	93,7	170	78,8	353	65,6

Figura 4. Melhor perfil das classes latentes para a amostra geral

8.6. ANÁLISE DE CLASSES LATENTES E DIFERENÇA ENTRE OS GÊNEROS

Para o **sexo feminino**, o melhor modelo de ACL foi o de 3 classes, que foram nomeadas: 1) **Melancólica** (39,34%) – caracterizada pelas maiores probabilidades de manifestação de diminuição do apetite (95,6%); perda de peso (85,6%); insônia (84,9%); diminuição de energia (91,1%); lentificação psicomotora subjetiva e objetiva (76,8% e 62,8%, respectivamente); pensamento lentificado (87,6%); dificuldade de concentração (97,8%); indecisão (95,6%); perda da confiança (86,1%); sentir-se pior que os outros (87,8%); sentir-se sem valor (73,5%); sentir-se culpado (56,1%); pensamento de morte (73,6%); melhor estar morto (67,5%); pensamento de suicídio (37%); plano de suicídio (19,1%); tentativa de suicídio (17,4%); e estar menos falante (92,4%). A classe Melancólica apresentou também elevadas probabilidades (acima de 70%) de manifestação de irritabilidade (76%); ansiedade (88,7%); e isolamento social (81,6%); 2) **Atípica** (19,53%) – que apresentou as maiores probabilidades de manifestação de aumento do apetite (80,4%); ganho de peso (89,8%); hipersonia (26,4%); agitação psicomotora subjetiva e objetiva (22,6% e 17,3%, respectivamente); sentir-se mais culpado que o habitual (7,2%); irritabilidade (83,1%); ansiedade (90,3%); e isolamento social (85%). Interessante destacar a diferença de probabilidade de manifestação entre a lentificação psicomotora subjetiva e objetiva para a classe Atípica: 61,2% e 37,2%, respectivamente. Embora menores do que a classe Melancólica, apresentou também elevadas probabilidades (acima de 70%) de manifestação de diminuição de energia (81,1%); dificuldade de concentração (86%); indecisão (72,2%); perda da confiança (73%); sentir-se pior que os outros (75,3%); e estar menos falante (76,8%); e 3) **Leve** (41,13%) – que representou a classe com menor probabilidade de

manifestação de quase todos os sintomas depressivos, todos praticamente abaixo de 50%, com exceção de diminuição do apetite (63,1%); perda de peso (50,8%); insônia (71,7%); diminuição de energia (57,2%); dificuldade de concentração (53,6%); ansiedade (68,6%); isolamento social (52,4%); e estar menos falante (61,2%). Comparada às outras classes, apresentou as probabilidades mais elevadas de aumento de energia (8,8%) e pensamento acelerado (19,8%). Devido às menores probabilidades de manifestação de quase todos os sintomas, a classe Leve constituiu a classe de referência nas análises de regressão logística multinomial para o sexo feminino. Importante considerar que, somente para o sexo feminino, houve 5 sujeitos que não responderam as questões para transtorno disfórico pré-menstrual (aqui considerados *missings*), fazendo com que tanto o modelo não ajustado como o modelo final ajustado desse gênero permanecesse com 864 mulheres, ao invés das 869 constantes na amostra geral. A **Tabela 6** apresenta as probabilidades de manifestação dos sintomas depressivos em cada uma das classes identificadas para o sexo feminino. A **Figura 5** apresenta o melhor perfil das classes latentes para o sexo feminino.

O melhor modelo de ACL para o **sexo masculino** foi também o de 3 classes, mas ao invés de uma classe Atípica, encontrou-se uma classe Agitada. Os subtipos identificados foram: 1) **Melancólica** (40,37%) – caracterizada pelas maiores probabilidades de manifestação de diminuição do apetite (71%); perda de peso (64%); insônia (84,9%); diminuição de energia (81,4%); lentificação psicomotora subjetiva e objetiva (87,6% e 67,9%, respectivamente); pensamento lentificado (90,2%); dificuldade de concentração (98%); indecisão (86,3%); perda da confiança (82%); sentir-se pior que os outros (94,5%); sentir-se sem valor (78,3%); sentir-se culpado (61,5%); pensamento de morte (73,6%); melhor estar morto (65,4%); pensamento de

suicídio (44,4%); plano de suicídio (16,9%); isolamento social (87,4%); e estar menos falante (97,6%). Apresentou também probabilidades elevadas de irritabilidade (76,4%) e ansiedade (86,1%); 2) **Agitada** (19,56%) – que teve as maiores probabilidades de aumento de energia (10,6%); agitação psicomotora subjetiva e objetiva (100% e 94,4%, respectivamente); pensamento acelerado (43,9%); irritabilidade (83,8%); ansiedade (95,7%); e tentativa de suicídio (10,5%); e 3) **Leve** (40,07%) – representou a classe com menor probabilidade de manifestação de quase todos os sintomas depressivos, todos praticamente abaixo de 50%, com exceção de insônia (54,9%); ansiedade (58%); isolamento social (54,5%); e estar menos falante (67,7%). Devido às menores probabilidades de manifestação de quase todos os sintomas, a classe Leve constituiu a classe de referência nas análises de regressão logística multinomial. A **Tabela 7** apresenta as probabilidades de manifestação dos sintomas depressivos em cada uma das classes identificadas para o sexo masculino. A **Figura 6** apresenta o melhor perfil de classes latentes para o sexo masculino.

Tabela 6. Probabilidades de manifestação de cada sintoma depressivo, distribuído por classes, para o modelo ajustado do sexo feminino; N=864*; Estudo São Paulo Megacity

Sintomas	Sexo Feminino Total (N=864; 100%)		Melancólica (N=340; 39,34%)		Atípica (N=169; 19,53%)		Leve (N=355; 41,13%)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Diminuição do Apetite	549	63,5	325	95,6	0	0,0	224	63,1
Aumento do Apetite	151	17,5	4	1,1	136	80,4	18	5,0
Ganho de Peso	176	20,4	0	0,0	152	89,8	37	10,3
Perda de Peso	477	55,2	291	85,6	1	0,3	180	50,8
Insônia	662	76,6	289	84,9	106	62,8	255	71,7
Hipersonia	93	10,8	21	6,1	45	26,4	34	9,6
Diminuição de Energia	638	73,8	310	91,1	137	81,1	203	57,2
Aumento de Energia	40	4,6	5	1,5	8	4,7	31	8,8
Lentificação (subjetiva)	465	53,8	261	76,8	103	61,2	96	27,1
Lentificação (objetiva)	338	39,1	214	62,8	63	37,2	53	14,9
Agitação (subjetiva)	145	16,8	41	12,2	38	22,6	71	19,9
Agitação (objetiva)	113	13,1	33	9,8	29	17,3	53	14,9
Pensamento Lentificado	534	61,8	298	87,6	112	66,5	124	34,9
Pensamento Acelerado	126	14,6	22	6,4	32	18,7	70	19,8
Dificuldade de Concentração	663	76,7	333	97,8	145	86,0	190	53,6
Indecisão	529	61,2	325	95,6	122	72,2	96	27,1
Perda da Confiança	474	54,9	293	86,1	123	73,0	67	19,0
Sentir-se Pior que os Outros	506	58,6	299	87,8	127	75,3	86	24,1
Sentir-se sem Valor	378	43,8	250	73,5	92	54,6	36	10,2

Sentir-se Culpado	338	39,1	191	56,1	77	45,6	67	19,0
Sentir-se mais Culpado que o Habitual	26	3,0	7	2,2	12	7,2	7	2,1
Irritabilidade	543	62,8	258	76,0	140	83,1	174	48,9
Ansiedade	681	78,8	302	88,7	153	90,3	244	68,6
Pensamento de Morte	506	58,6	250	73,6	82	48,6	161	45,3
Melhor Estar Morto	419	48,5	230	67,5	89	52,7	88	24,7
Pensamento de Suicídio	228	26,4	126	37,0	45	26,8	55	15,4
Plano de Suicídio	116	13,4	65	19,1	26	15,2	23	6,4
Tentativa de Suicídio	94	10,9	59	17,4	18	10,6	24	6,8
Isolamento Social	590	68,3	277	81,6	144	85,0	186	52,4
Estar Menos Falante	648	75,0	314	92,4	130	76,8	217	61,2

* N=864 (*missing*=5 sujeitos com transtorno disfórico pré-menstrual)

Figura 5. Melhor perfil das classes latentes para o sexo feminino

Tabela 7. Probabilidades de manifestação de cada sintoma depressivo, distribuído por classes, para o modelo ajustado do sexo masculino; N=343; Estudo São Paulo Megacity

Sintomas	Sexo Masculino Total (N=343; 100%)		Melancólica (N=139; 40,37%)		Agitada (N=67; 19,56%)		Leve (N=137; 40,07%)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Diminuição do Apetite	206	60,1	99	71,0	42	63,2	64	47,0
Aumento do Apetite	39	11,4	23	16,7	9	14,0	15	10,9
Ganho de Peso	44	12,8	25	17,8	13	19,1	16	11,9
Perda de Peso	181	52,8	89	64,0	40	59,9	50	36,5
Insônia	256	74,6	118	84,9	56	83,6	75	54,9
Hipersonia	20	5,8	10	7,2	6	8,7	10	7,4
Diminuição de Energia	211	61,5	113	81,4	42	63,3	61	44,8
Aumento de Energia	25	7,3	10	7,5	7	10,6	11	8,1
Lentificação (subjetiva)	157	45,8	122	87,6	0	0,0	42	30,9
Lentificação (objetiva)	118	34,4	94	67,9	0	0,0	24	17,7
Agitação (subjetiva)	84	24,5	0	0,0	67	100,0	14	10,3
Agitação (objetiva)	69	20,1	0	0,0	63	94,4	2	1,8
Pensamento Lentificado	188	54,8	125	90,2	33	49,1	32	23,2
Pensamento Acelerado	67	19,5	8	6,0	29	43,9	25	18,4
Dificuldade de Concentração	249	72,6	136	98,0	61	91,3	61	44,6
Indecisão	196	57,1	120	86,3	41	60,9	44	32,3
Perda da Confiança	174	50,7	114	82,0	34	50,0	26	18,9

Sentir-se Pior que os Outros	189	55,1	131	94,5	38	56,1	33	23,8
Sentir-se sem Valor	132	38,5	109	78,3	25	37,7	14	10,4
Sentir-se Culpado	144	42	85	61,5	28	42,5	40	29,3
Sentir-se mais Culpado que o Habitual	14	4,1	3	2,2	3	4,4	5	3,7
Irritabilidade	224	65,3	106	76,4	56	83,8	66	48,4
Ansiedade	257	74,9	120	86,1	64	95,7	79	58,0
Pensamento de Morte	179	52,2	102	73,6	45	67,0	30	21,9
Melhor Estar Morto	132	38,5	91	65,4	26	38,7	13	9,7
Pensamento de Suicídio	84	24,5	62	44,4	15	21,7	8	6,1
Plano de Suicídio	38	11,1	23	16,9	11	16,5	3	2,5
Tentativa de Suicídio	26	7,6	13	9,0	7	10,5	3	2,5
Isolamento Social	224	65,3	121	87,4	43	64,7	75	54,5
Estar Menos Falante	275	80,2	136	97,6	58	87,1	93	67,7

Figura 6. Melhor perfil das classes latentes para o sexo masculino

8.7. CORRELATOS SOCIODEMOGRÁFICOS, DIAGNÓSTICOS E OUTRAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS RELEVANTES PARA A AMOSTRA GERAL

A **Tabela 8** apresenta as prevalências de todas as covariáveis distribuídas por classes e que entraram no modelo não ajustado para a amostra geral. As **Tabelas 9 e 10** mostram as estimativas dos parâmetros dos modelos não ajustado e ajustado, respectivamente, de regressão logística multinomial para a amostra geral.

No modelo não ajustado, utilizando a classe Leve como referência, menor escolaridade esteve associada com menor chance de ter depressão tanto para a classe Melancólica [escolaridade entre 9-11 anos: OR=0,5; IC95% (0,29-0,86)] como para a Atípica [escolaridade entre 0-8 anos: OR=0,4; IC95% (0,21-0,73); e entre 9-11 anos: OR=0,4; IC95% (0,2-0,81)]. Estar separado, divorciado ou viúvo esteve duas vezes mais associado a pertencer à classe Melancólica [OR=2,07; IC95% (1,2-3,6)] do que à classe Leve.

Apresentar comorbidade com espectro bipolar foi 6 vezes maior para a classe Melancólica [OR=6,25; IC95% (2,26-17,3)] e 9,5 vezes maior para a classe Atípica (OR=9,52; IC95% (2,98-30,4)], comparadas à classe Leve. Ter comorbidade com qualquer transtorno de ansiedade foi aproximadamente 3 vezes maior para a classe Melancólica [OR=3,44; IC95% (2,35-5,03)] e quase 4 vezes maior para a Atípica [OR=3,83; IC95% (2,35-6,25)]. Houve 2 vezes mais chance da classe Melancólica ter comorbidade com dependência de álcool e drogas [OR=2; IC95% (1,21-3,28)], e aproximadamente 2 vezes mais chance tanto da classe Melancólica [OR=2,43; IC95% (1,63-3,63)] como da Atípica [OR=1,96; IC95% (1,14-3,38)] apresentar comorbidade com dependência de nicotina.

Ainda para o modelo não ajustado, a classe Melancólica apresentou cerca de 3 vezes mais chance de ter incapacitação [OR=3,37; IC95% (1,67-6,79)], comparada à classe Leve, enquanto que a Atípica teve 2,5 vezes mais chance [OR=2,52; IC95% (1,01-6,29)]. Fumar atualmente esteve 1,5 vezes mais associado com a classe Melancólica [OR=1,51; IC95% (1,03-2,21)]. Dor crônica esteve cerca de 1,5 vezes mais associada com a classe Melancólica [OR=1,64; IC95% (1,11-2,43)], comparada à classe de referência. Trauma na infância esteve aproximadamente 2 vezes mais associado tanto com a classe Melancólica [OR=1,91; IC95% (1,31-2,8)] como com a Atípica [OR=2,23; IC95% (1,36-3,64)]. Houve quase 3 vezes mais chance das classes Melancólica [OR=2,92; IC95% (1,28-6,71)] e Atípica [OR=3,09; IC95% (1,15-8,3)] apresentarem antecedente familiar de depressão dos pais, e quase 2 vezes mais chance da classe Melancólica [OR=1,79; IC95% (1,07-3)] ter associação com uso de substâncias dos pais, comparada à classe Leve.

Para o modelo final ajustado, pertencer ao sexo feminino foi 2,5 vezes maior para a classe Atípica [OR=2,48; IC95% (1,33-4,63)] do que para a Leve. Menor escolaridade manteve associação com menor chance de ter depressão tanto para a classe Melancólica [escolaridade entre 9-11 anos: OR=0,39; IC95% (0,2-0,74)] como para a Atípica [escolaridade entre 0-8 anos: OR=0,33; IC95% (0,17-0,65); e entre 9-11 anos: OR=0,28; IC95% (0,14-0,57)].

Entre as comorbidades psiquiátricas, a associação com o espectro bipolar foi quase 4 vezes maior para a classe Melancólica [OR=3,97; IC95% (1,48-10,7)] comparada à classe Leve, e 7 vezes maior para a classe Atípica [OR=7,14; IC95% (2,46-20,7)]. Qualquer transtorno de ansiedade esteve aproximadamente 3 vezes mais associado com as classes Melancólica [OR=2,75; IC95% (1,83-4,14)] e Atípica

[OR=3,04; IC95% (1,86-4,98)], comparadas à classe de referência. Comorbidade com dependência de álcool e drogas foi quase 2 vezes maior para a classe Melancólica [OR=1,94; IC95% (1,06-3,54)] quando comparada à classe Leve.

Quanto às demais características clínicas relevantes, a única que permaneceu estatisticamente significativa no modelo final ajustado foi a incapacitação – 2,5 vezes maior para a classe Melancólica [OR=2,57; IC95% (1,22-5,42)], comparada à classe de referência.

Tabela 8. Prevalências das covariáveis distribuídas por classes, no modelo não ajustado para a amostra geral; N=1.212; Estudo São Paulo Megacity

Variáveis	Melancólica (N=458)		Atípica (N=216)		Leve (N=538)	
	N	%	N	%	N	%
Sociodemográficas						
Gênero						
Feminino	348	73,3	169	77,1	352	67,9
Masculino	126	26,7	50	22,9	167	32,1
Idade (anos)						
18-34	159	34	88	39,5	170	32,6
35-49	166	35,5	90	40,6	207	39,8
≥ 50	143	30,5	44	19,9	144	27,6
Escolaridade (anos)						
0-8	249	53,4	98	45,7	282	53,3
9-11	137	29,4	68	31,5	192	36,2
≥ 12	80	17,2	49	22,8	56	10,5
Estado Civil						
Casado/ Coabitante	268	56	137	63,3	323	62,5
Separado/ Divorciado/ Viúvo	148	30,8	41	19,1	103	19,9
Nunca se Casou	63	13,2	38	17,6	91	17,6

Situação Profissional						
Trabalhando (incluindo estudantes)	251	52,3	146	68,8	303	58,3
Aposentado/ Do Lar	160	33,3	39	18,5	140	26,9
Desempregado	69	14,4	27	12,7	77	14,8
Nível Socioeconômico						
Baixo	120	25,4	45	20,8	136	26
Médio-Baixo	125	26,4	62	28,4	137	26,3
Médio-Alto	113	23,9	56	25,6	123	23,5
Alto	114	24,3	55	25,2	126	24,2
Comorbidades Psiquiátricas						
Espectro Bipolar	39	8,4	26	12,2	8	1,4
Qualquer T. Ansiedade	305	65,3	143	67,7	189	35,4
Dep. Álcool e Drogas	90	19,2	33	14,8	56	10,6
Dep. Nicotina	187	39,1	75	34,1	107	20,9
Relevância Clínica						
Incapacitação	70	14,9	25	11,6	26	4,9
Fumante Atual	129	24,8	59	26,9	157	33,2
Doenças Cardiovasculares	154	32,5	68	31,2	148	28,4
Diabetes Mellitus	41	8,7	16	7,3	35	6,7

Doenças Neurológicas	31	6,6	9	4	23	4,4
Doenças Pulmonares	31	6,6	14	6,5	30	5,8
Dor Crônica	347	73,5	156	71,9	329	62,9
Tentativa de Suicídio	57	12,2	17	7,7	34	6,4
Trauma na Infância	186	39,3	95	43	132	25,3
Depressão Pais	52	10,9	25	11,5	21	4
Uso Substância Pais	80	16,8	32	14,6	53	10,1

Tabela 9. Estimativas dos parâmetros do modelo não ajustado de regressão logística multinomial para a amostra geral; N=1.212; Classe de referência: Leve; Estudo São Paulo Megacity

Variáveis	N	%	Melancólica								Atípica							
			Coef.	IC95%		EP	OR	IC95%		p-valor	Coef.	IC95%		EP	OR	IC95%		p-valor
				LI	LS			LI	LS			LI	LS			LI	LS	
Socio-demográficas																		
Gênero																		
Feminino	869	71,7	0,26	-0,13	0,65	0,2	1,3	0,88	1,91	0,19	0,46	-0,09	1,02	0,28	1,59	0,91	2,76	0,1
Masculino*	343	28,3					1								1			
Idade (anos)																		
18-34	417	34,4	-0,06	-0,54	0,42	0,25	0,94	0,58	1,52	0,8	0,52	-0,09	1,13	0,31	1,68	0,91	3,08	0,1
35-49	464	38,3	-0,22	-0,68	0,24	0,24	0,8	0,51	1,27	0,35	0,34	-0,28	0,96	0,32	1,41	0,76	2,62	0,28
≥ 50*	331	27,3					1								1			
Escolaridade (anos)																		
0-8	630	52	-0,48	-0,98	0,01	0,25	0,62	0,38	1,01	0,05	-0,93	-1,54	-0,31	0,32	0,4	0,21	0,73	<0,01
9-11	397	32,8	-0,7	-1,24	-0,15	0,28	0,5	0,29	0,86	0,01	-0,91	-1,62	-0,21	0,36	0,4	0,2	0,81	0,01
≥ 12*	185	15,2					1								1			
Estado Civil																		
Casado/Coabitante	728	60,1	0,18	-0,3	0,66	0,25	1,2	0,74	1,94	0,47	0,01	-0,61	0,64	0,32	1,01	0,55	1,89	0,97

Separado/ Divorciado/ Viúvo	292	24,1	0,73	0,18	1,28	0,28	2,07	1,2	3,6	0,01	-0,04	-0,75	0,67	0,36	0,96	0,47	1,95	0,91
Nunca se Casou*	192	15,8					1								1			
Situação Profissional																		
Trabalhando (incluindo estudantes)	700	57,8	-0,09	-0,59	0,42	0,26	0,92	0,55	1,53	0,74	0,31	-0,37	0,99	0,35	1,37	0,69	2,69	0,37
Aposentado/ Do Lar	339	28	0,24	-0,32	0,8	0,29	1,27	0,73	2,22	0,41	-0,22	-0,98	0,53	0,38	0,8	0,38	1,69	0,56
Desempregado*	173	14,2					1								1			
Nível Socioeconômico																		
Baixo	301	24,8	-0,02	-0,52	0,47	0,25	0,98	0,59	1,61	0,93	-0,27	-0,98	0,45	0,37	0,77	0,38	1,57	0,47
Médio-Baixo	324	26,7	<0,01	-0,5	0,51	0,26	1	0,61	1,66	0,99	0,03	-0,64	0,71	0,35	1,04	0,53	2,04	0,92
Médio-Alto	292	24,1	0,02	-0,47	0,5	0,25	1,02	0,62	1,66	0,95	0,05	-0,65	0,74	0,35	1,05	0,53	2,1	0,89
Alto*	295	24,4					1								1			
Comorbidades Psiquiátricas																		
Espectro Bipolar	73	6	1,83	0,81	2,85	0,52	6,25	2,26	17,3	<0,01	2,25	1,09	3,41	0,59	9,52	2,98	30,4	<0,01
Qualquer T. Ansiedade	637	52,6	1,23	0,86	1,61	0,19	3,44	2,35	5,03	<0,01	1,34	0,85	1,83	0,25	3,83	2,35	6,25	<0,01
Dep. Álcool e Drogas	178	14,7	0,69	0,19	1,19	0,25	2	1,21	3,28	0,01	0,38	-0,31	1,06	0,35	1,46	0,73	2,89	0,28
Dep. Nicotina	369	30,4	0,89	0,49	1,29	0,2	2,43	1,63	3,63	<0,01	0,67	0,13	1,22	0,28	1,96	1,14	3,38	0,02

Relevância Clínica																		
Incapacitação	121	10	1,22	0,52	1,92	0,36	3,37	1,67	6,79	<0,01	0,93	0,01	1,84	0,47	2,52	1,01	6,29	0,05
Fumante Atual	345	28,5	0,41	0,03	0,8	0,2	1,51	1,03	2,21	0,04	0,11	-0,45	0,67	0,29	1,11	0,64	1,95	0,71
Doenças Cardio-vasculares	370	30,5	0,19	-0,19	0,57	0,19	1,21	0,83	1,77	0,32	0,13	-0,36	0,63	0,25	1,14	0,7	1,88	0,6
Diabetes Mellitus	92	7,6	0,27	-0,42	0,96	0,35	1,31	0,66	2,61	0,44	0,08	-0,75	0,91	0,42	1,09	0,48	2,48	0,85
Doenças Neurológicas	63	5,2	0,43	-0,32	1,18	0,38	1,54	0,73	3,27	0,26	-0,11	-1,12	0,9	0,52	0,9	0,33	2,47	0,83
Doenças Pulmonares	76	6,3	0,14	-0,61	0,89	0,38	1,15	0,55	2,44	0,71	0,12	-0,97	1,21	0,56	1,13	0,38	3,37	0,83
Dor Crônica	832	68,6	0,49	0,1	0,89	0,2	1,64	1,11	2,43	0,01	0,41	-0,13	0,96	0,28	1,51	0,88	2,6	0,14
Tentativa de Suicídio	108	8,9	0,7	-0,01	1,41	0,36	2,02	0,99	4,1	0,05	0,2	-0,72	1,11	0,47	1,22	0,49	3,03	0,67
Trauma na Infância	412	34	0,65	0,27	1,03	0,19	1,91	1,31	2,8	<0,01	0,8	0,31	1,29	0,25	2,23	1,36	3,64	<0,01
Depressão Pais	98	8,1	1,07	0,24	1,9	0,42	2,92	1,28	6,71	0,01	1,13	0,14	2,12	0,51	3,09	1,15	8,3	0,03
Uso Substância Pais	164	13,5	0,58	0,06	1,1	0,26	1,79	1,07	3	0,03	0,41	-0,27	1,1	0,35	1,51	0,76	3,01	0,24

*Categoria de referência

Tabela 10. Estimativas dos parâmetros do modelo ajustado de regressão logística multinomial para a amostra geral; N=1.212; Classe de referência: Leve; Estudo São Paulo Megacity

Variável	N	%	Melancólica								Atípica							
			Coef.	IC95%		EP	OR	IC95%		p-valor	Coef.	IC95%		EP	OR	IC95%		p-valor
				LI	LS			LI	LS			LI	LS			LI	LS	
Socio-demográficas																		
Gênero																		
Feminino	869	71,7	0,43	-0,08	0,94	0,26	1,54	0,93	2,55	0,1	0,91	0,29	1,53	0,32	2,48	1,33	4,63	<0,01
Masculino*	343	28,3					1								1			
Idade (anos)																		
18-34	417	34,4	-0,11	-0,62	0,4	0,26	0,9	0,54	1,49	0,67	0,39	-0,29	1,07	0,35	1,48	0,75	2,93	0,26
35-49	464	38,3	-0,3	-0,79	0,2	0,25	0,74	0,45	1,22	0,24	0,08	-0,58	0,75	0,34	1,09	0,56	2,12	0,81
≥ 50*	331	27,3					1								1			
Escolaridade (anos)																		
0-8	630	52	-0,63	-1,26	0,01	0,32	0,53	0,28	1,01	0,05	-1,1	-1,77	-0,43	0,34	0,33	0,17	0,65	<0,01
9-11	397	32,8	-0,95	-1,59	-0,31	0,33	0,39	0,2	0,74	<0,01	-1,28	-1,99	-0,57	0,36	0,28	0,14	0,57	<0,01
≥ 12*	185	15,2					1								1			
Estado Civil																		
Casado/Coabitante	728	60,1	-0,16	-0,62	0,29	0,28	0,85	0,54	1,34	0,55	-0,08	-0,63	0,46	0,33	0,92	0,53	1,58	0,8
Separado/Divorciado/	292	24,1	0,45	-0,17	1,07	0,31	1,57	0,85	2,9	0,15	-0,18	-0,94	0,57	0,39	0,83	0,39	1,77	0,64

Viúvo																		
Nunca se Casou*	192	15,8					1								1			
Situação Profissional																		
Trabalhando (incluindo estudantes)	700	57,8	0,09	-0,51	0,7	0,31	1,1	0,6	2	0,76	0,27	-0,52	1,05	0,4	1,31	0,6	2,86	0,51
Aposentado/ Do Lar	339	28	0,42	-0,26	1,09	0,34	1,52	0,77	2,97	0,23	-0,42	-1,29	0,45	0,44	0,66	0,28	1,57	0,34
Desempregado*	173	14,2					1								1			
Nível Socioeconômico																		
Baixo	301	24,8	0,2	-0,43	0,82	0,32	1,22	0,65	2,27	0,54	0,2	-0,57	0,97	0,39	1,22	0,56	2,65	0,61
Médio-Baixo	324	26,7	0,3	-0,34	0,93	0,33	1,35	0,71	2,55	0,36	0,53	-0,15	1,21	0,35	1,7	0,86	3,36	0,13
Médio-Alto	292	24,1	0,22	-0,33	0,77	0,28	1,25	0,72	2,17	0,43	0,34	-0,33	1,01	0,34	1,41	0,72	2,75	0,32
Alto*	295	24,4					1								1			
Comorbidades Psiquiátricas																		
Espectro Bipolar	73	6	1,38	0,39	2,37	0,5	3,97	1,48	10,7	0,01	1,97	0,9	3,03	0,54	7,14	2,46	20,7	<0,01
Qualquer T. Ansiedade	637	52,6	1,01	0,61	1,42	0,21	2,75	1,83	4,14	<0,01	1,11	0,62	1,61	0,25	3,04	1,86	4,98	<0,01
Dep. Álcool e Drogas	178	14,7	0,66	0,06	1,26	0,31	1,94	1,06	3,54	0,03	0,37	-0,41	1,15	0,4	1,44	0,66	3,15	0,36
Dep. Nicotina	369	30,4	0,57	-0,03	1,16	0,3	1,76	0,98	3,17	0,06	0,28	-0,42	0,99	0,36	1,33	0,66	2,69	0,43
Relevância Clínica																		

Incapacitação	121	10	0,94	0,2	1,69	0,38	2,57	1,22	5,42	0,01	0,74	-0,13	1,61	0,44	2,1	0,88	5,01	0,1
Fumante Atual	345	28,5	-0,07	-0,63	0,49	0,29	0,93	0,53	1,63	0,80	-0,14	-0,84	0,55	0,35	0,87	0,43	1,74	0,69
Dor Crônica	832	68,6	0,25	-0,19	0,68	0,22	1,28	0,83	1,98	0,26	0,1	-0,42	0,62	0,27	1,11	0,66	1,86	0,7
Tentativa de Suicídio	108	8,9	0,24	-0,48	0,97	0,37	1,27	0,62	2,63	0,51	-0,26	-1,21	0,69	0,49	0,77	0,3	1,99	0,59
Trauma na Infância	412	34	0,21	-0,23	0,65	0,22	1,23	0,8	1,91	0,35	0,46	-0,06	0,99	0,27	1,59	0,94	2,68	0,08
Depressão Pais	98	8,1	0,46	-0,36	1,28	0,42	1,59	0,7	3,59	0,27	0,47	-0,58	1,52	0,54	1,6	0,56	4,56	0,38
Uso Substância Pais	164	13,5	0,17	-0,39	0,72	0,28	1,18	0,68	2,05	0,56	-0,08	-0,77	0,61	0,35	0,92	0,46	1,83	0,82

† Modelo ajustado para gênero, idade, escolaridade, estado civil, situação profissional, nível socioeconômico, espectro bipolar, qualquer transtorno de ansiedade, dependência de álcool e drogas, dependência de nicotina, incapacitação, fumante atual, dor crônica, tentativa de suicídio, trauma na infância, depressão dos pais, uso de substância dos pais

*Categoria de referência

8.8. CORRELATOS SOCIODEMOGRÁFICOS, DIAGNÓSTICOS E OUTRAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS RELEVANTES: DIFERENÇA ENTRE OS GÊNEROS

- SEXO FEMININO

A **Tabela 11** apresenta as prevalências de todas as covariáveis distribuídas por classes e que entraram no modelo não ajustado para o sexo feminino. As **Tabelas 12 e 13** mostram as estimativas dos parâmetros dos modelos não ajustado e ajustado, respectivamente, de regressão logística multinomial para o sexo feminino.

No modelo não ajustado, utilizando a classe Leve como referência, menor escolaridade esteve associada com menor chance de depressão tanto para a classe Melancólica [escolaridade entre 0-8 anos: OR=0,48; IC95% (0,26-0,9); e entre 9-11 anos: OR=0,43; IC95% (0,22-0,86)] como para a Atípica [escolaridade entre 0-8 anos: OR=0,33; IC95% (0,16-0,68); e entre 9-11 anos: OR=0,33; IC95% (0,15-0,73)]. Houve cerca de 2 vezes mais chance de estar separado, divorciado ou viúvo pertencer à classe Melancólica [OR=2,38; IC95% (1,23-4,62)], comparada à classe Leve.

Com relação às comorbidades psiquiátricas, houve 9 vezes mais chance de associação entre o espectro bipolar e a classe Melancólica [OR=9,39; IC95% (1,96-45)], e 10 vezes mais chance entre o espectro bipolar e a classe Atípica [OR=10,4; IC95% (1,92-56,4)], comparadas à classe de referência. Qualquer transtorno de ansiedade esteve quase 4 vezes mais associado com a classe Melancólica [OR=3,79; IC95% (2,44-5,88)] e quase 3 vezes mais com a classe Atípica [OR=2,96; IC95% (1,75-5,02)]. Comorbidade com dependência de álcool e drogas foi aproximadamente 5 vezes maior tanto para a classe Melancólica [OR=5,08; IC95% (1,85-14)] como para a Atípica

[OR=4,78; IC95% (1,47-15,6)], comparadas à classe Leve, enquanto que dependência de nicotina esteve quase 3 vezes mais associada com a classe Melancólica [OR=2,96; IC95% (1,72-5,08)] e 2,5 vezes com a Atípica [OR=2,49; IC95% (1,31-4,73)]. Transtorno disfórico pré-menstrual apresentou 2 vezes mais chance de comorbidade tanto com a classe Melancólica [OR=2,12; IC95% (1,38-3,27)] como com a Atípica [OR=2,24; IC95% (1,3-3,87)], comparadas à classe de referência.

Quanto a outras características clínicas relevantes, a classe Melancólica apresentou 5 vezes mais chance de ter incapacitação [OR=5,24; IC95% (2,24-12,2)], comparada à classe Leve. Associação com trauma na infância foi quase 2 vezes maior para a classe Melancólica [OR=1,93; IC95% (1,21-3,09)], e 2,5 vezes maior para a classe Atípica [OR=2,58; IC95% (1,39-4,77)].

No modelo final ajustado, menor escolaridade esteve associada com menor chance de pertencer às classes Melancólica [escolaridade entre 0-8 anos: OR=0,44; IC95% (0,2-0,94); e entre 9-11 anos: OR=0,34; IC95% (0,16-0,72)] e Atípica [escolaridade entre 0-8 anos: OR=0,27; IC95% (0,12-0,61); e entre 9-11 anos: OR=0,24; IC95% (0,1-0,56)], comparadas à classe Leve. Estar separado, divorciado ou viúvo apresentou 2 vezes mais chance de pertencer à classe Melancólica [OR=2,36; IC95% (1,09-5,1)], quando comparada à classe de referência.

Comorbidade psiquiátrica com espectro bipolar foi 6,5 vezes maior para a classe Melancólica [OR=6,61; IC95% (1,82-24)] e 8 vezes maior para a Atípica [OR=8,04; IC95% (1,95-33,2)], comparadas à classe Leve. Qualquer transtorno de ansiedade apresentou 3 vezes mais chance de comorbidade com a classe Melancólica [OR=3,38; IC95% (2,09-5,48)], e quase 2,5 vezes mais com a classe Atípica [OR=2,43; IC95% (1,4-4,21)]. Comorbidade com dependência de álcool e drogas foi 4 vezes maior tanto

para a classe Melancólica [OR=4,07; IC95% (1,45-11,4)] como para a Atípica [OR=3,96; IC95% (1,18-13,3), comparadas à classe de referência. Transtorno disfórico pré-menstrual teve 2 vezes mais chance de associação com a classe Melancólica [OR=2,03; IC95% (1,26-3,28)], comparada à classe Leve.

Com relação às demais características clínicas relevantes, incapacitação foi a única que permaneceu estatisticamente significativa, apresentando 4 vezes mais chance de associação com a classe Melancólica [OR=4,26; IC95% (1,72-10,5)], comparada à classe de referência.

Tabela 11. Prevalências das covariáveis distribuídas por classes, no modelo não ajustado para o sexo feminino; N=864*; Estudo São Paulo Megacity

Variáveis	Melancólica (N=340)		Atípica (N=169)		Leve (N=355)	
	N	%	N	%	N	%
Sociodemográficas						
Idade (anos)						
18-34	119	34,1	64	38,3	106	30,4
35-49	130	37,4	62	37,2	142	40,6
≥ 50	99	28,5	41	24,5	101	29
Escolaridade (anos)						
0-8	177	39	76	56,7	194	70,4
9-11	217	47,7	20	14,6	50	18
≥ 12	60	13,3	39	28,7	32	11,6
Estado Civil						
Casado/ Coabitante	186	52,8	107	64	206	59,8
Separado/ Divorciado/ Viúvo	126	35,7	37	22,1	78	22,7
Nunca se Casou	41	11,5	23	13,9	60	17,5
Situação Profissional						
Trabalhando (incluindo estudantes)	164	46,4	105	65,3	179	50,9
Aposentado/ Do Lar	143	40,4	37	23,3	121	34,5

Desempregado	47	13,2	18	11,4	51	14,6
Nível Socioeconômico						
Baixo	83	23,8	42	25,2	86	24,4
Médio-Baixo	94	27,1	42	25,6	92	26,3
Médio-Alto	83	23,9	37	22	89	25,5
Alto	87	25,2	45	27,2	84	23,8
Comorbidades Psiquiátricas						
Espectro Bipolar	29	8,4	16	9,2	3	1
Qualquer T. Ansiedade	235	67,7	103	62,1	125	35,6
Dep. Álcool e Drogas	39	11,4	18	10,8	9	2,5
Dep. Nicotina	133	37,3	56	33,4	57	16,8
T. Disfórico Pré-Menstrual	220	64	109	65,2	161	45,6
Relevância Clínica						
Incapacitação	57	16,3	15	9,1	13	3,6
Fumante Atual	107	31	48	28,8	79	22,7
Doenças Cardiovasculares	112	32,1	51	30,5	102	29,3
Diabetes Mellitus	28	8,1	13	7,6	25	7,2
Doenças Neurológicas	15	4,3	10	5,7	15	4,4
Doenças Pulmonares	26	7,5	15	9,2	15	4,4

Dor Crônica	268	77,1	129	78,4	240	68,2
Tentativa de Suicídio	45	13	15	8,7	27	7,6
Trauma na Infância	132	37,8	75	44,8	83	23,9
Depressão Pais	41	11,8	17	9,9	18	5,2
Uso Substância Pais	59	17	25	15,2	38	11

* N=864 (*missing*=5 sujeitos com transtorno disfórico pré-menstrual)

Tabela 12. Estimativas dos parâmetros do modelo não ajustado de regressão logística multinomial para o sexo feminino; N=864*; Classe de referência: Leve; Estudo São Paulo Megacity

Variáveis	N	%	Melancólica								Atípica							
			Coef.	IC95%		EP	OR	IC95%		p-valor	Coef.	IC95%		EP	OR	IC95%		p-valor
				LI	LS			LI	LS			LI	LS			LI	LS	
Socio-demográficas																		
Idade (anos)																		
18-34	289	33,4	0,13	-0,45	0,72	0,3	1,14	0,64	2,05	0,66	0,4	-0,28	1,08	0,35	1,49	0,75	2,96	0,25
35-49	334	38,7	-0,07	-0,61	0,47	0,28	0,94	0,54	1,61	0,81	0,08	-0,61	0,76	0,35	1,08	0,55	2,15	0,82
≥ 50**	241	27,9					1								1			
Escolaridade (anos)																		
0-8	447	51,7	-0,73	0,26	0,9	0,3	0,48	0,26	0,9	0,02	-1,12	0,16	0,68	0,37	0,33	0,16	0,68	<0,01
9-11	286	33,1	0,84	0,22	0,86	0,35	0,43	0,22	0,86	0,02	-1,12	0,15	0,73	0,41	0,33	0,15	0,73	0,01
≥ 12**	131	15,2					1								1			
Estado Civil																		
Casado/Coabitante	499	57,8	0,29	-0,32	0,9	0,31	1,34	0,73	2,46	0,35	0,3	-0,37	0,97	0,34	1,34	0,69	2,62	0,39
Separado/Divorciado/Viúvo	241	27,9	0,87	0,2	1,53	0,34	2,38	1,23	4,62	0,01	0,2	-0,63	1,03	0,42	1,22	0,53	2,80	0,64
Nunca se Casou**	124	14,3					1								1			

Situação Profissional																		
Trabalhando (incluindo estudantes)	447	51,7	0,01	0,53	1,91	0,33	1,01	0,53	1,91	0,99	0,5	0,68	4	0,45	1,65	0,68	4	0,27
Aposentado/ Do Lar	301	34,8	0,26	0,66	2,53	0,34	1,29	0,66	2,53	0,45	-0,14	0,35	2,17	0,47	0,87	0,35	2,17	0,76
Desempregado**	116	13,5					1								1			
Nível Socioeconômico																		
Baixo	210	24,3	-0,08	-0,68	0,53	0,31	0,93	0,51	1,69	0,80	-0,1	-0,86	0,66	0,39	0,91	0,42	1,94	0,8
Médio-Baixo	229	26,5	-0,02	-0,59	0,55	0,29	0,98	0,55	1,73	0,94	-0,16	-0,89	0,56	0,37	0,85	0,41	1,76	0,66
Médio-Alto	209	24,2	-0,12	-0,7	0,46	0,3	0,89	0,5	1,59	0,69	-0,28	-1,1	0,55	0,42	0,76	0,33	1,73	0,51
Alto**	216	25					1								1			
Comorbidades Psiquiátricas																		
Espectro Bipolar	48	5,6	2,24	0,67	3,81	0,8	9,39	1,96	45	0,01	2,34	0,65	4,03	0,86	10,4	1,92	56,4	0,01
Qualquer T. Ansiedade	463	53,6	1,33	0,89	1,77	0,23	3,79	2,44	5,88	<0,01	1,09	0,56	1,61	0,27	2,96	1,75	5,02	<0,01
Dep. Álcool e Drogas	66	7,6	1,63	0,62	2,64	0,52	5,08	1,85	14	<0,01	1,57	0,38	2,75	0,6	4,78	1,47	15,6	0,01
Dep. Nicotina	246	28,5	1,09	0,55	1,62	0,28	2,96	1,72	5,08	<0,01	0,91	0,27	1,55	0,33	2,49	1,31	4,73	0,01
T. Disfórico Pré-Menstrual	490	56,7	0,75	0,32	1,19	0,22	2,12	1,38	3,27	<0,01	0,81	0,26	1,35	0,28	2,24	1,3	3,87	<0,01
Relevância Clínica																		

Incapacitação	85	9,8	1,65	0,81	2,5	0,43	5,24	2,24	12,2	<0,01	0,99	-0,06	2,04	0,54	2,69	0,94	7,71	0,07
Fumante Atual	235	27,2	0,424	-0,04	0,89	0,24	1,53	0,96	2,44	0,08	0,32	-0,31	0,95	0,32	1,35	0,73	2,58	0,32
Doenças Cardio- vasculares	265	30,7	0,13	-0,34	0,6	0,24	1,14	0,71	1,82	0,58	0,06	-0,55	0,66	0,31	1,06	0,58	1,93	0,86
Diabetes Mellitus	66	7,6	0,13	-0,67	0,94	0,41	1,14	0,51	2,55	0,75	0,06	-0,95	1,08	0,52	1,07	0,39	2,93	0,9
Doenças Neurológicas	40	4,6	-0,02	-1,06	1,03	0,53	0,99	0,35	2,79	0,98	0,27	-0,99	1,54	0,65	1,31	0,37	4,66	0,67
Doenças Pulmonares	57	6,6	0,56	-0,41	1,53	0,5	1,75	0,66	4,61	0,26	0,78	-0,47	2,02	0,63	2,18	0,63	7,54	0,22
Dor Crônica	637	73,7	0,45	-0,03	0,93	0,24	1,57	0,97	2,53	0,07	0,53	-0,18	1,24	0,36	1,7	0,84	3,45	0,14
Tentativa de Suicídio	86	10	0,6	-0,21	1,4	0,41	1,82	0,81	4,06	0,15	0,15	-0,88	1,18	0,53	1,16	0,42	3,27	0,77
Trauma na Infância	290	33,6	0,66	0,19	1,13	0,24	1,93	1,21	3,09	0,01	0,95	0,33	1,56	0,31	2,58	1,39	4,77	<0,01
Depressão Pais	76	8,8	0,89	-0,07	1,85	0,49	2,43	0,93	6,33	0,07	0,69	-0,45	1,82	0,58	1,99	0,64	6,19	0,23
Uso Substância Pais	123	14,2	0,5	-0,13	1,13	0,32	1,65	0,88	3,08	0,12	0,37	-0,43	1,17	0,41	1,44	0,65	3,21	0,37

* N=864 (*missing*=5 sujeitos com transtorno disfórico pré-menstrual)

** Categoria de referência

Tabela 13. Estimativas dos parâmetros do modelo ajustado de regressão logística multinomial para o sexo feminino; N=864*; Classe de referência: Leve; Estudo São Paulo Megacity

Variáveis	N	%	Melancólica								Atípica							
			Coef.	IC95%		EP	OR	IC95%		p-valor	Coef.	IC95%		EP	OR	IC95%		p-valor
				LI	LS			LI	LS			LI	LS			LI	LS	
Socio-demográficas																		
Idade (anos)																		
18-34	289	33,4	0,14	-0,49	0,78	0,32	1,15	0,61	2,17	0,66	0,38	-0,41	1,17	0,4	1,46	0,67	3,21	0,34
35-49	334	38,7	-0,15	-0,75	0,45	0,31	0,86	0,47	1,57	0,63	-0,14	-0,89	0,61	0,38	0,87	0,41	1,84	0,72
≥ 50**	241	27,9					1								1			
Escolaridade (anos)																		
0-8	447	51,7	-0,83	0,2	0,94	0,39	0,44	0,2	0,94	0,03	-1,3	0,12	0,61	0,41	0,27	0,12	0,61	<0,01
9-11	286	33,1	-1,08	0,16	0,72	0,39	0,34	0,16	0,72	0,01	-1,42	0,1	0,56	0,43	0,24	0,1	0,56	<0,01
≥ 12**	131	15,2					1								1			
Estado Civil																		
Casado/Coabitante	499	57,8	0,06	-0,69	0,81	0,38	1,07	0,5	2,25	0,87	0,36	-0,38	1,1	0,38	1,43	0,68	3,02	0,34
Separado/Divorciado/ Viúvo	241	27,9	0,86	0,09	1,63	0,39	2,36	1,09	5,1	0,03	0,33	-0,54	1,21	0,45	1,4	0,58	3,35	0,45
Nunca se Casou**	124	14,3					1								1			
Situação Profissional																		

Trabalhando (incluindo estudantes)	447	51,7	0,1	0,52	2,34	0,38	1,1	0,52	2,34	0,8	0,52	0,68	4,14	0,46	1,68	0,68	4,14	0,26
Aposentado/ Do Lar	301	34,8	0,48	0,76	3,45	0,39	1,62	0,76	3,45	0,21	-0,15	0,33	2,25	0,49	0,86	0,33	2,25	0,76
Desempregado**	116	13,5					1								1			
Nível Socioeconômico																		
Baixo	210	24,3	0,16	-0,6	0,91	0,38	1,17	0,55	2,48	0,68	0,39	-0,46	1,23	0,43	1,47	0,63	3,4	0,37
Médio-Baixo	229	26,5	0,22	-0,51	0,95	0,37	1,24	0,6	2,57	0,56	0,27	-0,48	1,03	0,38	1,31	0,62	2,79	0,48
Médio-Alto	209	24,2	0,06	-0,61	0,73	0,34	1,06	0,55	2,07	0,86	-0,02	-0,82	0,78	0,41	0,98	0,44	2,19	0,97
Alto**	216	25					1								1			
Comorbidades Psiquiátricas																		
Espectro Bipolar	48	5,6	1,89	0,6	3,18	0,66	6,61	1,82	24	<0,01	2,08	0,67	3,5	0,72	8,04	1,95	33,2	<0,01
Qualquer T. Ansiedade	463	53,6	1,22	0,74	1,7	0,25	3,38	2,09	5,48	<0,01	0,89	0,34	1,44	0,28	2,43	1,4	4,21	<0,01
Dep. Álcool e Drogas	66	7,6	1,4	0,37	2,43	0,53	4,07	1,45	11,4	0,01	1,38	0,16	2,59	0,62	3,96	1,18	13,3	0,03
Dep. Nicotina	246	28,5	0,54	-0,03	1,1	0,29	1,71	0,97	3,01	0,06	0,22	-0,5	0,94	0,37	1,25	0,61	2,56	0,55
T. Disfórico Pré-Menstrual	490	56,7	0,71	0,23	1,19	0,25	2,03	1,26	3,28	<0,01	0,51	-0,05	1,07	0,28	1,67	0,96	2,91	0,07
Relevância Clínica																		
Incapacitação	85	9,8	1,45	0,55	2,35	0,46	4,26	1,72	10,5	<0,01	0,85	-0,23	1,93	0,55	2,34	0,79	6,89	0,12
Trauma na Infância	290	33,6	0,18	-0,35	0,72	0,27	1,2	0,7	2,06	0,5	0,58	-0,04	1,19	0,31	1,78	0,96	3,28	0,07

† Modelo ajustado para idade, escolaridade, estado civil, situação profissional, nível socioeconômico, espectro bipolar, qualquer transtorno de ansiedade, dependência de álcool e drogas, dependência de nicotina, transtorno disfórico pré-menstrual, incapacitação, trauma na infância

* N=864 (*missing*=5 sujeitos com transtorno disfórico pré-menstrual)

** Categoria de referência

- **SEXO MASCULINO**

A **Tabela 14** apresenta as prevalências de todas as covariáveis distribuídas por classes e que entraram no modelo não ajustado para o sexo masculino. As **Tabelas 15 e 16** mostram as estimativas dos parâmetros dos modelos não ajustado e ajustado, respectivamente, de regressão logística multinomial para o sexo masculino.

No modelo não ajustado, comorbidade com espectro bipolar apresentou cerca de 5 vezes mais chance de pertencer à classe Agitada [OR=4,98; IC95% (1,08-22,9)], comparada à classe Leve. Qualquer transtorno de ansiedade apresentou 3 vezes mais chance de comorbidade com a classe Melancólica [OR=3,33; IC95% (1,53-7,22)], enquanto que dependência de nicotina teve quase 3 vezes mais chance de comorbidade com a classe Melancólica [OR=2,81; IC95% (1,31-5,99)], comparada à classe de referência.

No modelo final ajustado, as únicas covariáveis que permaneceram estatisticamente significativas foram comorbidade com qualquer transtorno de ansiedade e comorbidade com dependência de nicotina com a classe Melancólica, cujos parâmetros foram, respectivamente, OR=3,16; IC95% (1,51-6,63) e OR=2,41; IC95% (1,15-5,05).

Tabela 14. Prevalências das covariáveis distribuídas por classes, no modelo não ajustado para o sexo masculino; N=343; Estudo São Paulo Megacity

Variáveis	Melancólica (N=139)		Agitada (N=67)		Leve (N=137)	
	N	%	N	%	N	%
Sociodemográficas						
Idade (anos)						
18-34	47	32,8	33	48,3	48	35,8
35-49	52	36,7	23	34,5	51	38,7
≥ 50	43	30,5	12	17,2	34	25,5
Escolaridade (anos)						
0-8	78	54,6	28	42,2	75	56,2
9-11	41	28,8	28	40,9	41	31,1
≥ 12	24	16,6	11	16,9	17	12,7
Estado Civil						
Casado/ Coabitante	95	66,6	44	65,9	86	65,2
Separado/ Divorciado/ Viúvo	19	13,1	10	15,1	21	15,8
Nunca se Casou	29	20,3	13	19	25	19
Situação Profissional						
Trabalhando (incluindo	105	72,3	49	73,3	97	73,4

estudantes)						
Aposentado/ Do Lar	18	12,7	4	6,5	13	10,1
Desempregado	22	15	13	20,2	22	16,6
Nível Socioeconômico						
Baixo	34	23,8	24	35,7	33	24,8
Médio-Baixo	35	24,7	18	26,1	40	30,3
Médio-Alto	40	28	15	21,9	27	20,5
Alto	34	23,5	11	16,3	32	24,4
Comorbidades Psiquiátricas						
Espectro Bipolar	13	9	8	12,8	4	2,9
Qualquer T. Ansiedade	89	64,5	37	54,4	49	35,3
Dep. Álcool e Drogas	54	38,2	20	30,1	37	28,1
Dep. Nicotina	67	46	26	38,6	30	23,3
Relevância Clínica						
Incapacitação	21	15	8	11,2	7	5,4
Fumante Atual	49	34	23	34,3	38	28,9
Doenças Cardiovasculares	46	32,2	20	29,6	38	28,6
Diabetes Mellitus	13	9,1	3	4,8	10	7,3
Doenças Neurológicas	15	10,4	2	2,3	6	4,9
Doenças Pulmonares	7	4,7	6	9,3	6	4,5

Dor Crônica	89	62	35	52	68	51,5
Tentativa de Suicídio	13	9	6	9,2	3	2,1
Trauma na Infância	63	43,6	17	25,1	41	31,3
Depressão Pais	14	9,8	2	3,2	5	3,6
Uso Substância Pais	20	14	11	16,6	10	7,4

Tabela 15. Estimativas dos parâmetros do modelo não ajustado de regressão logística multinomial para o sexo masculino; N=343; Classe de referência: Leve; Estudo São Paulo Megacity

Variáveis	N	%	Melancólica								Agitada							
			Coef.	IC95%		EP	OR	IC95%		p-valor	Coef.	IC95%		EP	OR	IC95%		p-valor
				LI	LS			LI	LS			LI	LS			LI	LS	
Socio-demográficas																		
Idade (anos)																		
18-34	127	37	-0,27	-1,21	0,68	0,48	0,77	0,3	1,98	0,58	0,69	-0,38	1,76	0,55	2	0,69	5,85	0,2
35-49	127	37	-0,23	-1,29	0,83	0,54	0,8	0,28	2,29	0,67	0,28	-0,88	1,44	0,59	1,32	0,42	4,2	0,64
≥ 50*	89	26					1								1			
Escolaridade (anos)																		
0-8	181	52,8	-0,3	-1,24	0,65	0,48	0,75	0,29	1,92	0,54	-0,57	-5,03	-0,62	0,54	0,57	0,2	1,62	0,29
9-11	110	32,1	-0,34	-1,41	0,72	0,54	0,71	0,25	2,06	0,53	-0,01	-3,21	-0,32	0,59	0,99	0,31	3,17	0,99
≥ 12*	52	15,1					1								1			
Estado Civil																		
Casado/Coabitante	226	65,9	-1,03	-0,85	0,77	-0,77	0,96	0,43	2,17	0,92	-1,2	0,57	-2,97	-0,9	0,3	0,05	1,76	0,98
Separado/Divorciado/Viúvo	50	14,6	-1,18	-1,33	0,84	-0,84	0,78	0,27	2,31	0,66	-1,46	0,62	-3,53	-1,06	0,23	0,03	1,86	0,94

Nunca se Casou*	67	19,5					1								1			
Situação Profissional																		
Trabalhando (incluindo estudantes)	250	72,9	0,08	0,45	2,6	0,45	1,08	0,45	2,6	0,86	-0,2	0,3	2,23	0,51	0,82	0,3	2,23	0,7
Aposentado/ Do Lar	36	10,5	0,33	0,37	5,24	0,68	1,39	0,37	5,24	0,63	-0,64	0,12	2,34	0,76	0,53	0,12	2,34	0,4
Desempregado*	57	16,6					1								1			
Nível Socioeconômico																		
Baixo	91	26,5	<0,01	-0,97	0,97	0,5	1	0,38	2,63	1	0,77	-0,31	1,84	0,55	2,15	0,73	6,32	0,16
Médio-Baixo	93	27,1	-0,16	-1,09	0,76	0,47	0,85	0,34	2,14	0,73	0,25	-0,9	1,41	0,59	1,29	0,41	4,08	0,67
Médio-Alto	82	23,9	0,35	-0,56	1,26	0,46	1,42	0,57	3,51	0,45	0,47	-0,65	1,58	0,57	1,59	0,53	4,84	0,41
Alto*	77	22,5					1								1			
Comorbidades Psiquiátricas																		
Espectro Bipolar	25	7,3	1,21	-0,37	2,78	0,81	3,34	0,69	16,2	0,14	1,61	0,08	3,13	0,78	4,98	1,08	22,9	0,04
Qualquer T. Ansiedade	174	50,7	1,2	0,43	1,98	0,4	3,33	1,53	7,22	<0,01	0,79	-0,03	1,6	0,41	2,19	0,97	4,94	0,06
Dep. Álcool e Drogas	112	32,7	0,46	-0,28	1,2	0,38	1,58	0,75	3,33	0,23	0,1	-0,72	0,92	0,42	1,1	0,49	2,5	0,82
Dep. Nicotina	123	35,9	1,03	0,27	1,79	0,39	2,81	1,31	5,99	0,01	0,73	-0,09	1,54	0,42	2,07	0,92	4,67	0,08
Relevância Clínica																		
Incapacitação	36	10,5	1,13	-0,16	2,43	0,66	3,1	0,85	11,3	0,09	0,8	-0,66	2,26	0,75	2,23	0,52	9,62	0,28

Fumante Atual	110	32,1	0,24	-0,65	1,12	0,45	1,27	0,52	3,06	0,6	0,25	-0,59	1,09	0,43	1,29	0,56	2,96	0,56
Doenças Cardio-vasculares	104	30,3	0,17	-0,6	0,95	0,4	1,19	0,55	2,58	0,66	0,05	-0,84	0,93	0,45	1,05	0,43	2,53	0,92
Diabetes Mellitus	26	7,6	0,25	-1,05	1,55	0,66	1,28	0,35	4,69	0,71	-0,44	-2,08	1,19	0,83	0,64	0,13	3,29	0,59
Doenças Neurológicas	23	6,7	0,81	-0,39	2,02	0,61	2,26	0,68	7,51	0,18	-0,81	-2,47	0,86	0,85	0,45	0,09	2,36	0,34
Doenças Pulmonares	19	5,5	0,05	-1,36	1,46	0,72	1,05	0,26	4,3	0,95	0,77	-0,8	2,33	0,8	2,15	0,45	10,3	0,34
Dor Crônica	192	56	0,43	-0,33	1,19	0,39	1,54	0,72	3,29	0,27	0,02	-0,77	0,81	0,4	1,02	0,46	2,25	0,96
Tentativa de Suicídio	22	6,4	1,52	-0,12	3,15	0,84	4,57	0,89	23,3	0,07	1,53	-0,35	3,41	0,96	4,64	0,71	30,4	0,11
Trauma na Infância	121	35,3	0,53	-0,2	1,26	0,37	1,7	0,82	3,54	0,16	-0,3	-1,23	0,62	0,47	0,74	0,29	1,85	0,52
Depressão Pais	21	6,1	1,06	-0,69	2,8	0,89	2,88	0,5	16,5	0,24	-0,15	-2,16	1,87	1,03	0,87	0,12	6,49	0,89
Uso Substância Pais	41	12	0,72	-0,37	1,8	0,56	2,05	0,69	6,08	0,2	0,92	-0,25	2,09	0,6	2,51	0,78	8,08	0,12

*Categoria de referência

Tabela 16. Estimativas dos parâmetros do modelo ajustado de regressão logística multinomial para o sexo masculino; N=343; Classe de referência: Leve; Estudo São Paulo Megacity

Variáveis	N	%	Melancólica								Agitada							
			Coef.	IC95%		EP	OR	IC95%		p-valor	Coef.	IC95%		EP	OR	IC95%		p-valor
				LI	LS			LI	LS			LI	LS			LI	LS	
Socio-demográficas																		
Idade (anos)																		
18-34	127	37	-0,61	-1,57	0,35	0,49	0,54	0,21	1,42	0,21	0,34	-0,78	1,46	0,57	1,4	0,46	4,29	0,55
35-49	127	37	-0,38	-1,3	0,55	0,47	0,69	0,27	1,73	0,43	0,07	-1,03	1,17	0,56	1,07	0,36	3,22	0,9
≥ 50*	89	26					1								1			
Escolaridade (anos)																		
0-8	181	52,8	-0,304	-1,31	0,71	0,52	0,74	0,27	2,03	0,55	-0,93	-1,0	-0,64	0,7	0,4	0,1	1,56	0,19
9-11	110	32,1	-0,386	-1,42	0,65	0,53	0,68	0,24	1,91	0,46	-0,4	-6,26	-0,36	0,73	0,67	0,16	2,82	0,59
≥ 12*	52	15,1					1								1			
Estado Civil																		
Casado/Coabitante	226	65,9	-0,51	-1,35	0,34	0,43	0,6	0,26	1,4	0,24	-0,14	-1,17	0,89	0,52	0,87	0,31	2,43	0,79
Separado/Divorciado/Viúvo	50	14,6	-0,85	-2,02	0,33	0,6	0,43	0,13	1,38	0,16	-0,44	-1,75	0,88	0,67	0,65	0,17	2,4	0,52
Nunca se Casou*	67	19,5					1								1			

Situação Profissional																		
Trabalhando (incluindo estudantes)	250	72,9	0,36	-0,6	1,31	0,49	1,43	0,55	3,72	0,46	-0,25	-4,03	-0,41	0,59	0,78	0,25	2,46	0,67
Aposentado/ Do Lar	36	10,5	0,8	-0,83	2,42	0,83	2,22	0,44	11,2	0,34	-0,36	-7,08	-0,29	0,81	0,7	0,14	3,43	0,66
Desempregado*	57	16,6					1								1			
Nível Socioeconômico																		
Baixo	91	26,5	<0,01	-1,05	1,04	0,53	1	0,35	2,84	0,99	1,06	-0,32	2,44	0,7	2,88	0,73	11,4	0,13
Médio-Baixo	93	27,1	0,32	-0,7	1,35	0,52	1,38	0,5	3,84	0,54	0,52	-0,95	1,98	0,75	1,68	0,39	7,27	0,49
Médio-Alto	82	23,9	0,49	-0,56	1,54	0,54	1,63	0,57	4,67	0,36	0,43	-0,95	1,81	0,71	1,53	0,39	6,1	0,54
Alto*	77	22,5					1								1			
Comorbidades Psiquiátricas																		
Espectro Bipolar	25	7,3	0,65	-1,04	2,34	0,86	1,91	0,35	10,3	0,45	1,55	-0,16	3,27	0,88	4,72	0,85	26,3	0,08
Qualquer T. Ansiedade	174	50,7	1,15	0,41	1,89	0,38	3,16	1,51	6,63	<0,01	0,34	-0,52	1,19	0,44	1,4	0,59	3,3	0,44
Dep. Nicotina	123	35,9	0,88	0,14	1,62	0,38	2,41	1,15	5,05	0,02	0,57	-0,31	1,45	0,45	1,76	0,73	4,24	0,21

† Modelo ajustado para idade, escolaridade, estado civil, situação profissional, nível socioeconômico, espectro bipolar, qualquer transtorno de ansiedade, dependência de nicotina

*Categoria de referência

8.9. COMPARAÇÃO DAS CLASSES IDENTIFICADAS ATRAVÉS DA ANÁLISE DE CLASSES LATENTES COM OS DIAGNÓSTICOS DE DEPRESSÃO E DISTIMIA DE ACORDO COM O DSM-IV

A **Tabela 17** apresenta as prevalências de depressão e distímia ao longo da vida, de acordo com os critérios do DSM-IV, para a amostra geral.

A **Tabela 18** mostra as estimativas dos parâmetros de depressão maior e distímia para a amostra geral, utilizando a classe Leve como referência. A chance de ter depressão maior foi 14,5 vezes maior para a classe Melancólica [OR=14,5; IC95% (8,07-25,6)] e 7,5 vezes maior para a Atípica [OR=7,54; IC95% (2,76-20,6)], comparadas à classe de referência, ao passo que a chance de apresentar distímia foi 2 vezes maior para a classe Melancólica [OR=2,37; IC95% (1,21-4,67)] e quase 3 vezes maior para a classe Atípica [OR=2,7; IC95% (1,2-6,07)], comparadas à classe Leve.

Considerando as diferenças entre os gêneros, as **Tabelas 19 e 20** mostram as prevalências de depressão e distímia ao longo da vida, de acordo com o DSM-IV, para o sexo feminino e masculino, respectivamente.

As **Tabelas 21 e 22** apresentam as estimativas dos parâmetros de depressão maior e distímia para o sexo feminino e masculino, respectivamente, utilizando a classe Leve como referência.

Para o sexo feminino, a chance de ter depressão maior foi 14 vezes maior para a classe Melancólica [OR=14,2; IC95% (7,33-27,6)] e 7,5 vezes para a classe Atípica [OR=7,56; IC95% (2,61-21,9)], comparadas à classe Leve. Com relação à distímia, a chance de apresentar o transtorno foi 3,5 vezes maior tanto para a classe Melancólica

[OR=3,55; IC95% (1,54-8,22)] como para a classe Atípica [OR=3,6; IC95% (1,33-9,71)], comparadas à classe de referência.

Quanto ao sexo masculino, a chance de ter depressão maior foi 18,5 vezes maior para a classe Melancólica [OR=18,5; IC95% (6,76-50,4)] e 13 vezes maior para a classe Agitada [OR=13,1; IC95% (1,98-86,9)], comparadas à classe Leve. Distímia não foi estatisticamente significativa para nenhuma das duas classes, quando comparadas com a classe de referência.

Tabela 17. Prevalências de depressão maior e distímia ao longo da vida, distribuídas por classes, para a amostra geral; N=1.212; Estudo São Paulo Megacity

Transtorno	Melancólica		Atípica		Leve	
	N	%	N	%	N	%
Depressão Maior	459	95,3	190	91,3	304	58,2
Distímia	54	11,5	28	12,8	27	5,2

Tabela 18. Estimativas dos parâmetros de depressão maior e distímia ao longo da vida para a amostra geral; N=1.212; Classe de referência: Leve; Estudo São Paulo Megacity

Transtorno	N	%	Melancólica								Atípica							
			Coef.	IC95%		EP	OR	IC95%		p-valor	Coef.	IC95%		EP	OR	IC95%		p-valor
				LI	LS			LI	LS			LI	LS					
Depressão Maior	953	78,6	2,67	2,09	3,25	0,3	14,5	8,07	25,6	<0,01	2,02	1,02	3,02	0,51	7,54	2,76	20,6	<0,01
Distímia	109	9	0,86	0,19	1,54	0,35	2,37	1,21	4,67	0,01	0,99	0,18	1,8	0,41	2,7	1,2	6,07	0,02

Tabela 19. Prevalências de depressão maior e distímia ao longo da vida, distribuídas por classes, para o sexo feminino; N=864*; Estudo São Paulo Megacity

Transtorno	Melancólica		Atípica		Leve	
	N	%	N	%	N	%
Depressão Maior	336	96	146	92,8	224	63
Distímia	48	13,8	23	13,9	15	4,3

* N=864 (*missing*=5 sujeitos com transtorno disfórico pré-menstrual)

Tabela 20. Prevalências de depressão maior e distímia ao longo da vida, distribuídas por classes, para o sexo masculino; N=343; Estudo São Paulo Megacity

Transtorno	Melancólica		Agitada		Leve	
	N	%	N	%	N	%
Depressão Maior	139	92,1	58	89,2	49	38,6
Distímia	13	9,2	5	6,7	5	4

Tabela 21. Estimativas dos parâmetros de depressão maior e distímia ao longo da vida para o sexo feminino; N=864*; Classe de referência: Leve; Estudo São Paulo Megacity

Transtorno	N	%	Melancólica								Atípica							
			Coef.	IC95%		EP	OR	IC95%		p-valor	Coef.	IC95%		EP	OR	IC95%		p-valor
				LI	LS			LI	LS			LI	LS					
Depressão Maior	707	81,8	2,65	1,99	3,32	0,34	14,2	7,33	27,6	<0,01	2,02	0,96	3,09	0,54	7,56	2,61	21,9	<0,01
Distímia	86	10	1,27	0,43	2,11	0,43	3,55	1,54	8,22	<0,01	1,28	0,29	2,27	0,51	3,6	1,33	9,71	0,01

* N=864 (*missing*=5 sujeitos com transtorno disfórico pré-menstrual)

Tabela 22. Estimativas dos parâmetros de depressão maior e distímia ao longo da vida para o sexo masculino; N=343; Classe de referência: Leve; Estudo São Paulo Megacity

Transtorno	N	%	Melancólica								Agitada							
			Coef.	IC95%		EP	OR	IC95%		p-valor	Coef.	IC95%		EP	OR	IC95%		p-valor
				LI	LS			LI	LS			LI	LS					
Depressão Maior	246	71,7	2,92	1,91	3,92	0,51	18,5	6,76	50,4	<0,01	2,58	0,69	4,46	0,96	13,1	1,98	86,9	0,01
Distímia	23	6,7	0,9	-0,31	2,12	0,62	2,47	0,73	8,33	0,15	0,56	-1,09	2,22	0,85	1,75	0,34	9,19	0,51

8.10. USO DE SERVIÇOS

As **Tabelas 23, 24 e 25** apresentam as prevalências de uso de serviços ao longo da vida para a amostra geral, o sexo feminino e o sexo masculino, respectivamente. Importante destacar a baixa procura por serviços de saúde, especialmente entre as classes mais graves.

As **Tabelas 26, 27 e 28** mostram as estimativas dos parâmetros de uso de serviços ao longo da vida, para a amostra geral, o sexo feminino e o sexo masculino, respectivamente, utilizando a classe Leve como referência.

Para a amostra geral, houve cerca de 2 vezes mais procura por quase todos os serviços de saúde tanto para a classe Melancólica [tratamento psiquiátrico: OR=2,86; IC95% (1,86-4,39); outro tratamento de saúde mental: OR=1,85; IC95% (1,19-2,87); qualquer tratamento de saúde mental: OR=2,05; IC95% (1,41-2,99); e tratamento médico geral: OR=1,88; IC95% (1,2-2,93)] como para a classe Atípica [tratamento psiquiátrico: OR=2,07; IC95% (1,21-3,53); outro tratamento de saúde mental: OR=2,03; IC95% (1,19-3,46); qualquer tratamento de saúde mental: OR=2,04; IC95% (1,21-3,46)], comparadas à classe Leve, a exceção do tratamento médico geral para a classe Atípica, que não foi estatisticamente significativo.

Com relação ao sexo feminino, a procura por uso de serviços foi quase 3 vezes maior para o tratamento psiquiátrico na classe Melancólica [OR=2,87; IC95% (1,7-4,84)], comparada à classe de referência, ao passo que para todos os demais serviços a chance de uso de serviços foi cerca de 2 vezes maior tanto para a classe Melancólica [outro tratamento de saúde mental: OR=1,91; IC95% (1,13-3,23); e qualquer tratamento de saúde mental: OR=1,95; IC95% (1,23-3,07)] como para a classe Atípica [tratamento

psiquiátrico: OR=1,86; IC95% (1,04-3,36); outro tratamento de saúde mental: OR=2,01; IC95% (1,1-3,67); e qualquer tratamento de saúde mental: OR=1,76; IC95% (1,02-3,01)], comparadas à classe Leve, a exceção do tratamento médico geral, que não foi estatisticamente significativo para as classes Melancólica e Atípica.

Quanto ao sexo masculino, houve quase 4,5 vezes mais busca por tratamento psiquiátrico na classe Melancólica [OR=4,47; IC95% (1,68-11,9)] e 3 vezes mais na classe Agitada [OR=3,11; IC95% (1,1-8,8)], comparada à classe de referência. A classe Agitada também procurou quase 4 vezes mais qualquer serviço de saúde mental ao longo da vida [OR=3,95; IC95% (1,33-11,8)], comparada com a classe Leve. A classe Melancólica apresentou 4,5 vezes mais procura por tratamento médico geral ao longo da vida [OR=4,59; IC95% (1,6-13,2)], enquanto que a classe Agitada teve 6 vezes mais busca por esse tipo de serviço [OR=6,09; IC95% (1,89-19,6)], comparada com a classe Leve.

Tabela 23. Prevalências de uso de serviços ao longo da vida, distribuídas por classes, para a amostra geral; N=1.212; Estudo São Paulo Megacity

Serviço	Melancólica		Atípica		Leve	
	N	%	N	%	N	%
Tratamento Psiquiátrico	172	36,7	65	29,6	89	16,9
Outro Tratamento de Saúde Mental	126	26,9	62	28,8	88	16,6
Qualquer Tratamento de Saúde Mental	210	44,9	97	44,8	150	28,4
Tratamento Médico Geral	116	24,3	42	19,5	76	14,6

Tabela 24. Prevalências de uso de serviços ao longo da vida, distribuídas por classes, para o sexo feminino; N=864*; Estudo São Paulo Megacity

Serviço	Melancólica		Atípica		Leve	
	N	%	N	%	N	%
Tratamento Psiquiátrico	129	37,6	48	28,2	61	17,4
Outro Tratamento de Saúde Mental	102	29,8	52	30,8	64	18,2
Qualquer Tratamento de Saúde Mental	160	46,7	74	44,2	110	31,1
Tratamento Médico Geral	89	25,5	27	16,6	58	16,7

* N=864 (*missing*=5 sujeitos com transtorno disfórico pré-menstrual)

Tabela 25. Prevalências de uso de serviços ao longo da vida, distribuídas por classes, para o sexo masculino; N=343; Estudo São Paulo Megacity

Serviço	Melancólica		Agitada		Leve	
	N	%	N	%	N	%
Tratamento Psiquiátrico	52	36,8	19	28,8	15	11,5
Outro Tratamento de Saúde Mental	28	20	16	24,3	14	10,2
Qualquer Tratamento de Saúde Mental	59	45,4	29	44,3	24	16,7
Tratamento Médico Geral	32	22,5	19	27,8	8	6

Tabela 26. Estimativas dos parâmetros de uso de serviços ao longo da vida para a amostra geral; N=1.212; Classe de referência: Leve; Estudo São Paulo Megacity

Serviço	N	%	Melancólica								Atípica							
			Coef.	IC95%		EP	OR	IC95%		p-valor	Coef.	IC95%		EP	OR	IC95%		p-valor
				LI	LS			LI	LS			LI	LS					
Tratamento Psiquiátrico	325	26,8	1,05	0,62	1,48	0,22	2,86	1,86	4,39	<0,01	0,73	0,19	1,26	0,27	2,07	1,21	3,53	0,01
Outro Tratamento de Saúde Mental	276	22,8	0,62	0,18	1,06	0,23	1,85	1,19	2,87	0,01	0,71	0,17	1,24	0,27	2,03	1,19	3,46	0,01
Qualquer Tratamento de Saúde Mental	457	37,7	0,72	0,34	1,1	0,19	2,05	1,41	2,99	<0,01	0,72	0,19	1,24	0,27	2,04	1,21	3,46	0,01
Tratamento Médico Geral	234	19,3	0,63	0,19	1,08	0,23	1,88	1,2	2,93	0,01	0,34	-0,28	0,97	0,32	1,41	0,76	2,63	0,28

Tabela 27. Estimativas dos parâmetros de uso de serviços ao longo da vida para o sexo feminino; N=864*; Classe de referência: Leve; Estudo São Paulo Megacity

Serviço	N	%	Melancólica								Atípica							
			Coef.	IC95%		EP	OR	IC95%		p-valor	Coef.	IC95%		EP	OR	IC95%		p-valor
				LI	LS			LI	LS			LI	LS					
Tratamento Psiquiátrico	238	27,5	1,05	0,53	1,58	0,27	2,87	1,7	4,84	<0,01	0,62	0,03	1,21	0,3	1,86	1,04	3,36	0,04
Outro Tratamento de Saúde Mental	218	25,2	0,65	0,13	1,17	0,27	1,91	1,13	3,23	0,02	0,7	0,09	1,3	0,31	2,01	1,1	3,67	0,02
Qualquer Tratamento de Saúde Mental	344	39,8	0,67	0,21	1,12	0,23	1,95	1,23	3,07	<0,01	0,56	0,02	1,1	0,28	1,76	1,02	3,01	0,04
Tratamento Médico Geral	175	20,3	0,53	<0,01	1,06	0,27	1,7	1	2,88	0,05	-0,01	-0,79	0,78	0,4	0,99	0,45	2,17	0,98

* N=864 (*missing*=5 sujeitos com transtorno disfórico pré-menstrual)

Tabela 28. Estimativas dos parâmetros de uso de serviços ao longo da vida para o sexo masculino; N=343; Classe de referência: Leve; Estudo São Paulo Megacity

Serviço	N	%	Melancólica								Agitada							
			Coef.	IC95%		EP	OR	IC95%		p-valor	Coef.	IC95%		EP	OR	IC95%		p-valor
				LI	LS			LI	LS			LI	LS					
Tratamento Psiquiátrico	87	25,4	1,5	0,52	2,47	0,5	4,47	1,68	11,9	<0,01	1,13	0,09	2,18	0,53	3,11	1,1	8,8	0,03
Outro Tratamento de Saúde Mental	58	16,9	0,79	-0,25	1,83	0,53	2,2	0,78	6,21	0,14	1,04	-0,06	2,14	0,56	2,83	0,94	8,48	0,06
Qualquer Tratamento de Saúde Mental	113	32,9	1,42	-2,16	5,01	1,83	4,14	0,12	149,3	0,44	1,38	0,28	2,47	0,56	3,95	1,33	11,8	0,01
Tratamento Médico Geral	59	17,2	1,52	0,47	2,58	0,54	4,59	1,6	13,2	0,01	1,81	0,64	2,98	0,6	6,09	1,89	19,6	<0,01

9. DISCUSSÃO

Este é o primeiro estudo a explorar as diferenças entre os gêneros na estrutura latente dos sintomas depressivos em uma amostra da comunidade. Além disso, nossos dados oferecem a possibilidade de explorar a estrutura latente de 26 sintomas depressivos desagregados, juntamente com sintomas de mania-hipomania, ansiedade e irritabilidade ocorrendo no mesmo período de vários dias, na maioria dos dias, durante 2 semanas ou mais, em indivíduos de uma amostra de base populacional.

O melhor modelo ACL para a amostra geral, o sexo feminino e o sexo masculino foi o de 3 classes. Duas das classes foram semelhantes para a amostra geral e entre os gêneros – uma classe bastante sintomática com características melancólicas, tais como perda de apetite/peso e insônia, com grande grau de incapacitação, particularmente entre as mulheres, e um subtipo depressivo leve, com perfil análogo de probabilidade de resposta condicional em cada classe, assim como no tamanho da classe.

Tivemos dois resultados particularmente importantes neste estudo. Em primeiro lugar, a identificação de um subtipo depressivo agitado entre os homens. Praticamente todos os sujeitos na classe agitada apresentaram agitação e ansiedade, e uma grande proporção (ao redor de 84%), irritabilidade, o que, em conjunto com as maiores probabilidades de manifestação de sintomas do pólo oposto, como pensamento acelerado e aumento de energia, evidencia um perfil semelhante à definição dos estados mistos, descrito por Kraepelin [63] como a forma mais comum do transtorno maníaco-depressivo [132-134]. Benazzi & Akiskal [135] propuseram que pensamento acelerado, presente em cerca de 44% dos indivíduos desta classe, e história familiar de bipolaridade devem ser um marcador da natureza bipolar dos estados mistos. A maior prevalência de tentativa de suicídio, presente nesta classe, está também de acordo com a descrição de aumento de suicídio nos estados mistos [136, 137]. Outra evidência da

natureza bipolar desta classe é a sua associação com os transtornos do espectro bipolar ao longo da vida.

Em segundo lugar, replicamos estudos anteriores ao encontrar um subtipo depressivo atípico entre as mulheres. Interessante notar que a percepção subjetiva de lentificação psicomotora foi referida por sujeitos nessa classe em uma proporção quase duas vezes maior do que a lentificação psicomotora observada pelos outros. Esse sintoma, juntamente com a diminuição de energia, pode corresponder à paralisia “de chumbo”. De modo semelhante, isolamento social e sentir-se pior que os outros podem ter correspondência com a sensibilidade à rejeição interpessoal.

Sexo feminino associou-se significativamente com o subtipo depressivo atípico no modelo final ajustado para a amostra geral. O subtipo depressivo atípico tem sido descrito como sendo mais prevalente entre as mulheres do que entre os homens [17, 81], mas poucos estudos consideraram as diferenças no perfil de sintomas entre os gêneros. O estudo STAR*D [82], por exemplo, encontrou que as mulheres tendem a relatar mais aumento do apetite e ganho de peso, falta de energia, mais queixas somáticas, maior sensibilidade interpessoal – sintomas comuns na depressão com características atípicas –, ao passo que os homens são mais propensos a referir diminuição do apetite, agitação psicomotora e mais ideação suicida.

Menores níveis de escolaridade comumente estão associados com depressão [138-140]. Contudo, em nosso estudo, encontrou-se que menores níveis de escolaridade estiveram menos associados com os subtipos depressivos melancólico e atípico no modelo não ajustado e no modelo final ajustado para a amostra geral e para o sexo feminino. Análises mais refinadas são necessárias para entendermos melhor se esse achado está relacionado com a associação existente entre pobre conhecimento sobre

saúde mental e baixo nível de escolaridade [141]. Pobre conhecimento sobre saúde mental pode ser um obstáculo significativo para o reconhecimento e o tratamento da depressão, e sua associação com menor nível de escolaridade pode ser explicada pela falta de capacidade de aprendizagem e falta de habilidades sociais daqueles com baixa escolaridade para reconhecer a depressão [141]. Kaneko e cols. [141], com o objetivo de avaliar a relação entre conhecimento sobre saúde mental e fatores associados em duas comunidades rurais do norte do Japão (N=7.202), encontraram que pobre conhecimento sobre saúde mental está também fortemente relacionado com o sexo masculino, possivelmente explicado pela relutância por parte dos homens em reconhecer e procurar tratamento adequado para depressão, talvez contribuindo para sua vulnerabilidade ao suicídio.

Estar separado, divorciado ou viúvo associou-se com o subtipo depressivo melancólico no modelo não ajustado para a amostra geral e para o sexo feminino, e com o subtipo depressivo melancólico no modelo final ajustado para o sexo feminino. Sentimentos de solidão são mais prevalentes em mulheres do que em homens, especialmente entre aquelas que estão separadas, divorciadas ou viúvas [142]. Considerando o aumento do número de adultos sob risco de solidão, que representa um importante fator de risco para doenças físicas e mentais, especialmente para a depressão (OR=10,85; $p < 0,001$) [142], Masi e cols. [143] realizaram uma meta-análise com 50 estudos publicados entre 1970 e 2009, de modo a investigar quais as melhores intervenções para reduzir a solidão, e encontraram que as intervenções mais bem sucedidas foram aquelas que se dirigiram à cognição social mal adaptada, isto é, aos pensamentos negativos sobre sua auto-estima e sobre o modo como as outras pessoas o percebem.

Na tentativa de validar as classes obtidas, outra questão levantada é se os diferentes subtipos depressivos diferem em relação à sua comorbidade com outros transtornos psiquiátricos. Mais uma vez, encontramos diferenças no padrão de comorbidade.

O espectro bipolar associou-se com os subtipos depressivos melancólico e atípico nos modelos não ajustado e ajustado para a amostra geral e para o sexo feminino, e com o subtipo depressivo agitado no modelo não ajustado para o sexo masculino. Estudos anteriores mostram que tanto a depressão atípica [57, 58, 97] como a depressão melancólica [144, 145] pode ser apresentações da depressão bipolar em mulheres. Alguns autores consideram que a característica fundamental da depressão melancólica é a alteração da psicomotricidade [144-146], e Benazzi [147, 148] encontrou que a lentificação psicomotora é mais comum na depressão bipolar do tipo I do que no transtorno depressivo maior.

Houve uma forte associação na comorbidade entre qualquer transtorno de ansiedade com os subtipos depressivos melancólico e atípico nos modelos não ajustado e ajustado para a amostra geral e para o sexo feminino, e entre qualquer transtorno de ansiedade e o subtipo depressivo melancólico nos modelos não ajustado e ajustado para o sexo masculino. Embora as mulheres tenham maior frequência de comorbidade entre depressão e ansiedade comparadas aos homens [97, 149], essa associação é muito comum para ambos os sexos [150], levando alguns autores a levantarem a hipótese de que são raros os casos de depressão pura, e que a comorbidade entre depressão e ansiedade pode ser a regra, e não a exceção [151, 152]. Há diferenças na comorbidade entre depressão e ansiedade quando são avaliados subtipos depressivos [17]. No NCS, por exemplo, a chance de apresentar comorbidade entre depressão e pânico, e depressão

e fobia social, foi significativamente maior para o grupo de depressão atípica do que para o grupo não-atípico ($p < 0,001$ e $p < 0,01$, respectivamente) [17]. Indivíduos com comorbidade entre depressão e ansiedade apresentam maiores comprometimentos do que aqueles com depressão ou ansiedade isolada [97, 153].

Dependência de álcool e drogas apresentou uma associação significativa com o subtipo depressivo melancólico nos modelos não ajustado e ajustado para a amostra geral, e com os subtipos depressivos melancólico e atípico nos modelos não ajustado e ajustado para o sexo feminino. Hasin e cols. [154] encontraram que a presença de depressão duplica a chance de apresentar dependência de álcool nos últimos 12 meses, enquanto Compton e cols. [155] verificaram que a presença de depressão aumenta em quatro vezes a chance de apresentar dependência de drogas no último ano. Utilizando os dados do *National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions*, conduzido nos Estados Unidos ($N=43.093$), Martins & Gorelick [156] encontraram que transtornos de humor e de ansiedade estão associados com aumento da prevalência de abuso de substância e aumento da transição de uso para abuso e dependência. Embora seja bem conhecida a maior prevalência de dependência de álcool e drogas entre o sexo masculino comparado ao feminino [157, 158], estudos têm destacado que as prevalências estimadas de uso de substância para homem e mulher estão se estreitando [159-161], com progressão acelerada das mulheres para dependência [160]. Considerando a comorbidade entre o transtorno do uso de substâncias e depressão, Miller e cols. [162], avaliaram uma amostra de 6.355 pacientes de 41 centros de tratamento dos Estados Unidos e verificaram que os diagnósticos comórbidos mais comuns com depressão foram dependência de álcool, seguida por dependência de

cocaína e maconha, com maior significância estatística para as mulheres do que para os homens.

Dependência de nicotina associou-se com o subtipo depressivo melancólico e o subtipo depressivo atípico no modelo não ajustado para a amostra geral e para o sexo feminino, e com o subtipo depressivo melancólico no modelo não ajustado para o sexo masculino, permanecendo significativamente associada no modelo final ajustado somente com o subtipo depressivo melancólico para o sexo masculino. Fumar atualmente associou-se apenas com o subtipo depressivo melancólico para a amostra geral. Pessoas com história de depressão ao longo da vida são duas vezes mais propensas a fumar do que aquelas que não sofrem de depressão, e fumantes com depressão apresentam mais dependência de nicotina [163]. Em estudos de coorte, prospectivos, a interação gênero *versus* tabaco mostra que tabagismo persistente é um importante fator de risco para os homens, e tabagismo persistente parece estar associado com maior risco de depressão somente entre os homens [164, 165]. Mecanismos fisiopatológicos envolvidos na interação entre dependência de nicotina e depressão podem incluir vulnerabilidade genética comum para ambos os transtornos, e o uso do tabaco como uma forma de automedicação [166]. De acordo com essa última teoria, as propriedades da nicotina que alteram o humor são especialmente reforçadas para as pessoas deprimidas, propensas a vivenciar afeto negativo [166].

Transtorno disfórico pré-menstrual (TDPM) associou-se com os subtipos depressivos melancólico e atípico no modelo não ajustado para o sexo feminino, e somente com o subtipo depressivo melancólico no modelo ajustado para o sexo feminino. TDPM tem emergido com uma categoria clínica distinta – e não como uma variante – dos transtornos do humor [167-169], com diferentes fatores etiológicos

(genéticos e ambientais) associados ao seu desenvolvimento, quando comparada à depressão [170]. Alguns pesquisadores defendem a existência de diferentes subtipos de TDPM [168, 169, 171] – alguns caracterizados pela predominância de determinados sintomas, tais como depressão, irritabilidade ou labilidade emocional –, parecendo haver maior susceptibilidade entre as mulheres com TDPM subtipo depressivo a apresentar comorbidade com depressão [172]. Angst e cols. [169], por exemplo, analisando dados da coorte de Zurique (N=299), encontraram maior comorbidade entre depressão e TDPM subtipo depressivo, do que entre depressão e TDPM subtipo irritável. A co-ocorrência entre eles provoca maior comprometimento na vida do que a presença isolada de um deles, com aumento do sofrimento psíquico e maior uso de substâncias psicoativas entre as mulheres [173].

Incapacitação associou-se com os subtipos depressivos melancólico e atípico no modelo não ajustado para a amostra geral, e com o subtipo melancólico no modelo ajustado para a amostra geral e nos modelos não ajustado e ajustado para o sexo feminino. Como descrito no **item 1.1**, a depressão aparece com a quarta maior causa de anos vividos com incapacitação, ultrapassando as doenças cardíacas e cerebrovasculares [6], com projeção estimada de que até 2020 atinja o segundo lugar no *ranking* das causas de incapacitação em todo o mundo [7] – merecendo destaque o fato de que atualmente é a principal causa de incapacitação entre as mulheres [174]. Os transtornos de humor estão associados com maior incapacitação do que os transtornos de ansiedade e do uso de substâncias [119]. Indivíduos com depressão apresentam comprometimento físico e funcional, aumento do comprometimento no trabalho e maior uso de serviços de

saúde [2, 119, 175], provocando um grande impacto financeiro na economia dos países [176, 177].

Dor crônica associou-se com o subtipo depressivo melancólico no modelo não ajustado para a amostra geral. Na atenção primária, indivíduos que se queixam de dor crônica são aproximadamente 2,5 a 10 vezes mais propensos a apresentar transtorno de pânico, transtorno de ansiedade generalizada ou depressão, e sujeitos com transtorno depressivo ou ansioso também referem maior interferência da dor no seu cotidiano [178]. Arola e cols. [179] conduziram um estudo na população geral de North Staffordshire, Inglaterra, durante 3 anos de seguimento – com sujeitos com 50 anos ou mais (N=4.234) – e encontraram que a depressão é preditora do surgimento de dor, assim como a dor é um fator de risco para o desenvolvimento da depressão. Apesar da importância dessa interação recíproca (depressão *versus* dor, e vice-versa), é interessante observar como os atuais manuais diagnósticos a negligenciam. O DSM-IV, por exemplo, lista somente três critérios de sintomas somáticos para o transtorno depressivo maior: distúrbio do sono, distúrbio do apetite e fadiga ou perda de energia [11]. Do mesmo modo, a CID-10 também restringe os sintomas somáticos de depressão maior aos distúrbios do sono e do apetite, à perda da libido e amenorréia [36]. Em nenhuma delas são mencionados os sintomas físicos dolorosos. Contudo, talvez pela evidência de seu valor na prática clínica, houve a inclusão de um novo critério na segunda versão revisada do DSM-IV-TR [180], referindo-se à “excessiva preocupação com a saúde física e queixas de dor (por exemplo, dores de cabeça ou dores nas articulações, dor abdominal, ou outro)” – indício da sensibilização para a importância dos sintomas somáticos, principalmente os dolorosos, na depressão [181].

Houve maior associação de trauma na infância com os subtipos depressivos melancólico e atípico no modelo não ajustado tanto para a amostra geral como para o sexo feminino. Embora seja bastante consolidado o conhecimento de que adultos que sofreram abuso sexual, negligência emocional e abuso físico na infância apresentam risco aumentado para desenvolver depressão [182-184], muitos estudos chegam à conclusão de que parece não haver diferença entre os gêneros – tanto mulheres como homens com história de maus tratos na infância apresentam a mesma probabilidade de ter depressão na idade adulta [182-184]. Lamers e cols. [73], avaliando uma amostra de 818 sujeitos com depressão que participaram do estudo NESDA, encontraram maior associação entre trauma na infância e o subtipo depressivo melancólico – comparado ao subtipo atípico – podendo representar um aumento da vulnerabilidade existente no primeiro grupo [185]. Contudo, ainda que a constatação de maior associação de trauma na infância com sujeitos com sintomas depressivos melancólicos tenha sido observada por outros autores [186], esse achado não foi corroborado por outros estudos [187, 188]. Levitan e cols. [189], por exemplo, encontraram maior supressão da secreção matinal de cortisol em resposta ao teste de supressão pela dexametasona em mulheres com depressão atípica comparadas à amostra controle – diferentemente do que ocorre com a depressão melancólica –, sendo essa supressão semelhante à observada no transtorno de estresse pós-traumático, apontando para uma possível influência de traumas precoces na neurobiologia do subtipo depressivo atípico. Matza e cols. [17], comparando sujeitos com depressão atípica a indivíduos com depressão melancólica, encontraram maiores taxas de abuso sexual e negligência na infância no grupo de depressão com características atípicas.

História de depressão dos pais associou-se com os subtipos depressivos melancólico e atípico no modelo não ajustado para a amostra geral. Fendrich e cols. [190], avaliando a relação entre fatores de risco familiares (tais como comprometimento da relação conjugal dos pais, discórdia entre pai-filho, baixa coesão familiar, divórcio dos pais) e diagnóstico de depressão dos pais, segundo os critérios do DSM-III, e a sua influência na psicopatologia dos descendentes, encontraram que os fatores de risco foram mais prevalentes entre os descendentes de pais deprimidos, e que a depressão dos pais foi o preditor mais importante para o desenvolvimento de depressão nos filhos. Tanto a recorrência como a incapacitação da depressão em adolescentes e adultos jovens parece estar associada com elevadas taxas de depressão entre os pais, sugerindo que o perfil clínico da depressão pode indicar subtipos familiares do transtorno, mais evidente por recorrência e incapacitação [191]. A descendência de pais deprimidos representa um grupo de alto risco para o início da depressão na infância e na adolescência, e os filhos com depressão de pais deprimidos, comparados aos pais não deprimidos, costumam apresentar depressões mais graves e maior incapacitação, mas procuram menos por tratamento [192].

História de transtorno do uso de substâncias (TUS) dos pais associou-se somente com o subtipo depressivo melancólico no modelo não ajustado para a amostra geral. Crianças de pais com TUS, comparadas ao grupo de referência, apresentam maior propensão a desenvolver outros transtornos mentais [193-196]. Estudos têm relatado aumento de transtornos mentais específicos entre crianças de pais com TUS, destacando-se, entre eles, transtorno de conduta, déficit de atenção e hiperatividade, depressão, e transtornos ansiosos [193, 194, 197]. O grau que esses transtornos mentais nos filhos são consequência do TUS dos pais, ou se estão mais especificamente

associados com a psicopatologia correspondente dos pais, permanece uma questão aberta [198]. Pais com TUS tipicamente apresentam outras doenças mentais. Semelhantes aos seus filhos, frequentemente têm histórias na infância de transtorno de conduta e déficit de atenção e hiperatividade, assim como depressão e transtornos ansiosos [199]. A concordância paterno-materna para transtornos mentais em comum pode aumentar o risco da prole para o desenvolvimento desses transtornos [200-202]. Leventhal e cols. [203] analisaram a influência de avós e pais com TUS sobre os netos, em termos de risco para o desenvolvimento de transtornos emocionais, especialmente depressão e ansiedade. O TUS dos avós e dos pais associou-se com o aumento do risco para a elevação de sintomas dos transtornos emocionais nos netos, transmitidos através do TUS dos pais, e não pela influência dos transtornos emocionais dos genitores [203].

Em nosso estudo, os critérios diagnósticos de depressão maior do DSM-IV detectaram melhor os casos mais graves de depressão, como observado com os subtipos depressivos melancólico e atípico, mas não tão bem o subtipo depressivo leve. As prevalências de depressão maior ao longo da vida, distribuídas por classes, foram: 1) para a amostra geral (Melancólica=95,3%, Atípica=91,3% e Leve=58,2%); 2) para o sexo feminino (Melancólica=96%, Atípica=92,8% e Leve=63%); e 3) para o sexo masculino (Melancólica=92,1%, Agitada=89,2% e Leve=38,6%). É importante destacarmos o valor clínico dos graus leves de depressão [204, 205], pois os sintomas depressivos em níveis subclínicos, de depressão menor/distímia e depressão maior representam um *continuum* da gravidade do sintoma depressivo na depressão unipolar, estando cada nível associado com significativo grau de incapacitação psicossocial [205, 206].

Com relação ao uso de serviços, embora tenhamos observado maior procura por tratamentos especializados entre as classes mais graves (Melancólica, Atípica e Agitada) comparadas à classe Leve – p.ex., tratamento psiquiátrico ao longo da vida para: 1) amostra geral – Melancólica [OR=2,86; IC95% (1,86-4,39)] e Atípica [OR=2,07; IC95% (1,21-3,53)]; 2) sexo feminino – Melancólica [OR=2,87; IC95% (1,7-4,84)] e Atípica [OR=1,86; IC95% (1,04-3,36)]; e 3) sexo masculino – Melancólica [OR=4,47; IC95% (1,68-11,9)] e Agitada [OR=3,11; IC95% (1,1-8,8)] – podendo esse fato estar associado ao estresse e ao comprometimento que acompanham o transtorno mental [207-209] –, destaca-se a baixa procura por tratamento especializado em todas as classes encontradas, principalmente entre as mais graves, tanto na amostra geral como no sexo feminino e masculino. No Estudo São Paulo Megacity, apesar de mais de 10% da amostra apresentar um transtorno grave no ano anterior à entrevista, apenas um terço recebeu tratamento naquele período [102] – dados semelhantes aos que foram observados nos países de nível socioeconômico médio-alto que participaram do consórcio WMH [210].

Limitações. Os nossos resultados talvez não possam ser generalizados para toda a população brasileira, considerando que são específicos da RMSP. As análises foram restritas àqueles que endossaram questões sobre o pior episódio depressivo ao longo da vida, o que pode impedir a generalização dos nossos resultados para a população geral que não ratificou essas perguntas. Além disso, entrevistadores leigos podem não ter a habilidade para fazer uma avaliação psicopatológica aprofundada, mas é importante destacar que eles receberam cinco dias de treinamento padronizado, que foi ministrado por pesquisadores certificados pela *University of Michigan's CIDI Training and*

Reference Center, e foram aprovados em todo o processo. Devemos também levar em conta o possível viés de recordação, pois o questionário WMH-CIDI foi respondido através das perguntas feitas pelos entrevistadores, e não preenchido pelo respondente e evocado de modo natural. No entanto, escolhendo o pior episódio depressivo ao longo da vida, as respostas dadas devem cobrir os sintomas mais relevantes.

Outra limitação do nosso estudo refere-se ao número de sintomas individuais desagregados que entraram no modelo das classes latentes, considerando o fato que modelos com muitos sintomas podem aumentar o erro aleatório e fornecer variáveis latentes menos parcimoniosas e confiáveis. Consistente com a tendência atual de agregação dos sintomas, verificamos indicadores como consistência interna da escala, dimensionalidade e comunalidade dos itens individuais de depressão, antes da análise das classes latentes. No entanto, depois de agregar os sintomas correlacionados, a consistência interna da escala original diminuiu substancialmente, alertando-nos contra a agregação dos sintomas [129].

O pequeno número de homens na amostra pode não ter permitido observar significância clínica na comorbidade entre o subtipo depressivo agitado e o espectro bipolar, por exemplo, que desapareceu no modelo final ajustado para o sexo masculino. Contudo, este é o primeiro estudo a avaliar as diferenças entre os gêneros nos subtipos depressivos em nosso país, chamando a atenção para as manifestações heterogêneas da depressão e de seus correlatos. Finalmente, o desenho transversal do estudo não permite estabelecer relações de causa-efeito para os dados aqui encontrados.

Conclusões. Nosso estudo confirma que subtipos depressivos, como melancólico, atípico e agitado, podem ser identificados em amostras da população geral,

corroborando a heterogeneidade sintomatológica do construto de depressão das classificações atuais. Tanto os perfis sintomatológicos, como as comorbidades com outros transtornos psiquiátricos, como espectro bipolar, ansiedade e dependência de substâncias, têm implicações na escolha do tratamento. Estes resultados podem também contribuir para a determinação de melhores critérios e especificadores de subtipos depressivos nas próximas edições do DSM e da CID.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B: **Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys.** *Lancet* 2007, **370**:851-858.
2. Alonso J, Petukhova M, Vilagut G, Chatterji S, Heeringa S, Ustun TB, Alhamzawi AO, Viana MC, Angermeyer M, Bromet E, et al: **Days out of role due to common physical and mental conditions: results from the WHO World Mental Health surveys.** *Mol Psychiatry* 2011, **16**:1234-1246.
3. Patten SB, Williams JV, Lavorato D, Li Wang J, Khaled S, Bulloch AG: **Mortality associated with major depression in a Canadian community cohort.** *Can J Psychiatry* 2011, **56**:658-666.
4. Bruffaerts R, Vilagut G, Demyttenaere K, Alonso J, Alhamzawi A, Andrade LH, Benjet C, Bromet E, Bunting B, de Girolamo G, et al: **Role of common mental and physical disorders in partial disability around the world.** *Br J Psychiatry* 2012.
5. Eaton WW, Martins SS, Nestadt G, Bienvenu OJ, Clarke D, Alexandre P: **The burden of mental disorders.** *Epidemiol Rev* 2008, **30**:1-14.
6. Murray CJ, Lopez AD: **Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study.** *Lancet* 1997, **349**:1436-1442.
7. Murray CJ, Lopez AD: **Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study.** *Lancet* 1997, **349**:1498-1504.
8. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS: **Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey.** *Arch Gen Psychiatry* 1994, **51**:8-19.
9. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, Rush AJ, Walters EE, Wang PS: **The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R).** *JAMA* 2003, **289**:3095-3105.
10. APA: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition Revised (DSM-III-R).* Washington, DC: American Psychiatric Association; 1987.
11. APA: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV).* Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
12. WHO: **Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology.** *Bull World Health Organ* 2000, **78**:413-426.
13. Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Berglund P, Bijl RV, De Graaf R, Vollebergh W, Dragomirecka E, Kohn R, Keller M, Kessler RC, et al: **The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys.** *Int J Methods Psychiatr Res* 2003, **12**:3-21.
14. Kohn R, Levav I, de Almeida JM, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Saxena S, Saraceno B: **[Mental disorders in Latin America and the Caribbean: a public health priority].** *Rev Panam Salud Publica* 2005, **18**:229-240.
15. Andrade L, Walters EE, Gentil V, Laurenti R: **Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of Sao Paulo, Brazil.** *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002, **37**:316-325.

16. Andrade LH LC, Gentil V, Laurenti R: **Epidemiologia dos transtornos mentais em uma área definida de captação da cidade de São Paulo, Brasil.** *Rev Psiquiatr Clin* 1999, **26**:5.
17. Matza LS, Revicki DA, Davidson JR, Stewart JW: **Depression with atypical features in the National Comorbidity Survey: classification, description, and consequences.** *Arch Gen Psychiatry* 2003, **60**:817-826.
18. Fava M, Hwang I, Rush AJ, Sampson N, Walters EE, Kessler RC: **The importance of irritability as a symptom of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication.** *Mol Psychiatry* 2010, **15**:856-867.
19. Andrade L, Eaton WW, Chilcoat HD: **Lifetime co-morbidity of panic attacks and major depression in a population-based study: age of onset.** *Psychol Med* 1996, **26**:991-996.
20. Andrade L, Eaton WW, Chilcoat H: **Lifetime comorbidity of panic attacks and major depression in a population-based study. Symptom profiles.** *Br J Psychiatry* 1994, **165**:363-369.
21. Alexandrino-Silva C, Alves TF, Tofoli LF, Wang YP, Andrade LH: **Psychiatry: life events and social support in late life depression.** *Clinics (Sao Paulo)* 2011, **66**:233-238.
22. van Weel-Baumgarten E, van den Bosch W, van den Hoogen H, Zitman FG: **Ten year follow-up of depression after diagnosis in general practice.** *Br J Gen Pract* 1998, **48**:1643-1646.
23. Berti Ceroni G, Neri C, Pezzoli A: **Chronicity in major depression. A naturalistic prospective study.** *J Affect Disord* 1984, **7**:123-132.
24. Nystrom S: **Depression: factors related to 10-year prognosis.** *Acta Psychiatr Scand* 1979, **60**:225-238.
25. Thase ME: **Recognition and diagnosis of atypical depression.** *J Clin Psychiatry* 2007, **68 Suppl 8**:11-16.
26. Kiloh LG, Garside RF: **Depression: a multivariate study of Sir Aubrey Lewis's data on melancholia.** *Aust N Z J Psychiatry* 1977, **11**:149-156.
27. West ED, Dally PJ: **Effects of iproniazid in depressive syndromes.** *Br Med J* 1959, **1**:1491-1494.
28. Sargant W: **Some newer drugs in the treatment of depression and their relation to other somatic treatments.** *Psychosomatics* 1960, **1**:4.
29. Robinson DS, Nies A, Ravaris CL, Lamborn KR: **The monoamine oxidase inhibitor, phenelzine, in the treatment of depressive -anxiety states. A controlled clinical trial.** *Arch Gen Psychiatry* 1973, **29**:407-413.
30. Chen LS, Eaton WW, Gallo JJ, Nestadt G, Crum RM: **Empirical examination of current depression categories in a population-based study: symptoms, course, and risk factors.** *Am J Psychiatry* 2000, **157**:573-580.
31. Hasler G, Drevets WC, Manji HK, Charney DS: **Discovering endophenotypes for major depression.** *Neuropsychopharmacology* 2004, **29**:1765-1781.
32. Parker G: **Through a glass darkly: the disutility of the DSM nosology of depressive disorders.** *Can J Psychiatry* 2006, **51**:879-886.
33. Parker G: **Critique of the guidelines for the treatment of depression: flaws in the construction.** *Aust N Z J Psychiatry* 2004, **38**:885-890.

34. Lichtenberg P, Belmaker RH: **Subtyping major depressive disorder.** *Psychother Psychosom* 2010, **79**:131-135.
35. Krishnan KR: **Towards a scientific taxonomy of depression.** *Dialogues Clin Neurosci* 2008, **10**:301-308.
36. OMS: *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas.* Organização Mundial da Saúde. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
37. Nunes EV, Liu X, Samet S, Matseoane K, Hasin D: **Independent versus substance-induced major depressive disorder in substance-dependent patients: observational study of course during follow-up.** *J Clin Psychiatry* 2006, **67**:1561-1567.
38. Harald B, Gordon P: **Meta-review of depressive subtyping models.** *J Affect Disord* 2011.
39. Ongur D, Farabaugh A, Iosifescu DV, Perlis R, Fava M: **Tridimensional personality questionnaire factors in major depressive disorder: relationship to anxiety disorder comorbidity and age of onset.** *Psychother Psychosom* 2005, **74**:173-178.
40. Kendler KS, Kuhn J, Prescott CA: **The interrelationship of neuroticism, sex, and stressful life events in the prediction of episodes of major depression.** *Am J Psychiatry* 2004, **161**:631-636.
41. Schinka JA, Busch RM, Robichaux-Keene N: **A meta-analysis of the association between the serotonin transporter gene polymorphism (5-HTTLPR) and trait anxiety.** *Mol Psychiatry* 2004, **9**:197-202.
42. Montgomery SA, Baldwin DS, Blier P, Fineberg NA, Kasper S, Lader M, Lam RW, Lepine JP, Moller HJ, Nutt DJ, et al: **Which antidepressants have demonstrated superior efficacy? A review of the evidence.** *Int Clin Psychopharmacol* 2007, **22**:323-329.
43. Taylor MA, Fink M: **Restoring melancholia in the classification of mood disorders.** *J Affect Disord* 2008, **105**:1-14.
44. Fink M, Bolwig TG, Parker G, Shorter E: **Melancholia: restoration in psychiatric classification recommended.** *Acta Psychiatr Scand* 2007, **115**:89-92.
45. Heim C, Mletzko T, Purselle D, Musselman DL, Nemeroff CB: **The dexamethasone/corticotropin-releasing factor test in men with major depression: role of childhood trauma.** *Biol Psychiatry* 2008, **63**:398-405.
46. Nemeroff CB, Heim CM, Thase ME, Klein DN, Rush AJ, Schatzberg AF, Ninan PT, McCullough JP, Jr., Weiss PM, Dunner DL, et al: **Differential responses to psychotherapy versus pharmacotherapy in patients with chronic forms of major depression and childhood trauma.** *Proc Natl Acad Sci U S A* 2003, **100**:14293-14296.
47. Corruble E, Chouinard VA, Letierce A, Gorwood PA, Chouinard G: **Is DSM-IV bereavement exclusion for major depressive episode relevant to severity and pattern of symptoms? A case-control, cross-sectional study.** *J Clin Psychiatry* 2009, **70**:1091-1097.
48. Wakefield JC, Schmitz MF, First MB, Horwitz AV: **Extending the bereavement exclusion for major depression to other losses: evidence from the National Comorbidity Survey.** *Arch Gen Psychiatry* 2007, **64**:433-440.

49. Saxena S, Thornicroft G, Knapp M, Whiteford H: **Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency.** *Lancet* 2007, **370**:878-889.
50. Alexopoulos GS, Meyers BS, Young RC, Campbell S, Silbersweig D, Charlson M: **'Vascular depression' hypothesis.** *Arch Gen Psychiatry* 1997, **54**:915-922.
51. Alexopoulos GS: **Depression in the elderly.** *Lancet* 2005, **365**:1961-1970.
52. Rapp MA, Dahlman K, Sano M, Grossman HT, Haroutunian V, Gorman JM: **Neuropsychological differences between late-onset and recurrent geriatric major depression.** *Am J Psychiatry* 2005, **162**:691-698.
53. Taylor WD, Steffens DC, MacFall JR, McQuoid DR, Payne ME, Provenzale JM, Krishnan KR: **White matter hyperintensity progression and late-life depression outcomes.** *Arch Gen Psychiatry* 2003, **60**:1090-1096.
54. Schweitzer I, Tuckwell V, O'Brien J, Ames D: **Is late onset depression a prodrome to dementia?** *Int J Geriatr Psychiatry* 2002, **17**:997-1005.
55. Naarding P, Tiemeier H, Breteler MM, Schoevers RA, Jonker C, Koudstaal PJ, Beekman AT: **Clinically defined vascular depression in the general population.** *Psychol Med* 2007, **37**:383-392.
56. Benazzi F: **Is there a continuity between bipolar and depressive disorders?** *Psychother Psychosom* 2007, **76**:70-76.
57. Sanchez-Gistau V, Colom F, Mane A, Romero S, Sugranyes G, Vieta E: **Atypical depression is associated with suicide attempt in bipolar disorder.** *Acta Psychiatr Scand* 2009, **120**:30-36.
58. Moreno DH, Andrade LH: **Latent class analysis of manic and depressive symptoms in a population-based sample in Sao Paulo, Brazil.** *J Affect Disord* 2010, **123**:208-215.
59. Sachs GS, Nierenberg AA, Calabrese JR, Marangell LB, Wisniewski SR, Gyulai L, Friedman ES, Bowden CL, Fossey MD, Ostacher MJ, et al: **Effectiveness of adjunctive antidepressant treatment for bipolar depression.** *N Engl J Med* 2007, **356**:1711-1722.
60. Belmaker RH: **Treatment of bipolar depression.** *N Engl J Med* 2007, **356**:1771-1773.
61. Gijssman HJ, Geddes JR, Rendell JM, Nolen WA, Goodwin GM: **Antidepressants for bipolar depression: a systematic review of randomized, controlled trials.** *Am J Psychiatry* 2004, **161**:1537-1547.
62. Young LT, Joffe RT, Robb JC, MacQueen GM, Marriott M, Patelis-Siotis I: **Double-blind comparison of addition of a second mood stabilizer versus an antidepressant to an initial mood stabilizer for treatment of patients with bipolar depression.** *Am J Psychiatry* 2000, **157**:124-126.
63. Kraepelin E: *Manic Depressive Insanity and Paranoia.* Edinburgh: E. S. Livingstone; 1921.
64. **American Psychiatric Association - DSM-5 development - Mixed features specifier**
[<http://www.dsm5.org/proposedrevision/pages/proposedrevision.aspx?rid=483>]
65. Neuman RJ, Heath A, Reich W, Bucholz KK, Madden PAF, Sun L, Todd RD, Hudziak JJ: **Latent class analysis of ADHD and comorbid symptoms in a population sample of adolescent female twins.** *J Child Psychol Psychiatry* 2001, **42**:933-942.

66. Lazarsfeld P, Henry N: *Latent structure analysis*. Boston: Houghton-Mifflin; 1968.
67. Eaton WW, Dryman A, Sorenson A, McCutcheon A: **DSM-III major depressive disorder in the community. A latent class analysis of data from the NIMH epidemiologic catchment area programme.** *Br J Psychiatry* 1989, **155**:48-54.
68. Kendler KS, Eaves LJ, Walters EE, Neale MC, Heath AC, Kessler RC: **The identification and validation of distinct depressive syndromes in a population-based sample of female twins.** *Arch Gen Psychiatry* 1996, **53**:391-399.
69. Sullivan PF, Kessler RC, Kendler KS: **Latent class analysis of lifetime depressive symptoms in the national comorbidity survey.** *Am J Psychiatry* 1998, **155**:1398-1406.
70. Sullivan PF, Prescott CA, Kendler KS: **The subtypes of major depression in a twin registry.** *J Affect Disord* 2002, **68**:273-284.
71. Paykel ES, Parker RR, Rowan PR, Rao BM, Taylor CN: **Nosology of atypical depression.** *Psychol Med* 1983, **13**:131-139.
72. Carragher N, Adamson G, Bunting B, McCann S: **Subtypes of depression in a nationally representative sample.** *J Affect Disord* 2009, **113**:88-99.
73. Lamers F, de Jonge P, Nolen WA, Smit JH, Zitman FG, Beekman AT, Penninx BW: **Identifying depressive subtypes in a large cohort study: results from the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA).** *J Clin Psychiatry* 2010, **71**:1582-1589.
74. Cavanaugh S, Clark DC, Gibbons RD: **Diagnosing depression in the hospitalized medically ill.** *Psychosomatics* 1983, **24**:809-815.
75. von Ammon Cavanaugh S: **Depression in the medically ill. Critical issues in diagnostic assessment.** *Psychosomatics* 1995, **36**:48-59.
76. Perico CA, Skaf CR, Yamada A, Duran F, Buchpiguel CA, Castro CC, Soares JC, Busatto GF: **Relationship between regional cerebral blood flow and separate symptom clusters of major depression: a single photon emission computed tomography study using statistical parametric mapping.** *Neurosci Lett* 2005, **384**:265-270.
77. Bench CJ, Friston KJ, Brown RG, Frackowiak RS, Dolan RJ: **Regional cerebral blood flow in depression measured by positron emission tomography: the relationship with clinical dimensions.** *Psychol Med* 1993, **23**:579-590.
78. Angst J, Merikangas K: **The depressive spectrum: diagnostic classification and course.** *J Affect Disord* 1997, **45**:31-39; discussion 39-40.
79. Kessler RC, McGonagle KA, Nelson CB, Hughes M, Swartz M, Blazer DG: **Sex and depression in the National Comorbidity Survey. II: Cohort effects.** *J Affect Disord* 1994, **30**:15-26.
80. Kessler RC, Zhao S, Blazer DG, Swartz M: **Prevalence, correlates, and course of minor depression and major depression in the National Comorbidity Survey.** *J Affect Disord* 1997, **45**:19-30.
81. Angst J, Gamma A, Sellaro R, Zhang H, Merikangas K: **Toward validation of atypical depression in the community: results of the Zurich cohort study.** *J Affect Disord* 2002, **72**:125-138.

82. Marcus SM, Young EA, Kerber KB, Kornstein S, Farabaugh AH, Mitchell J, Wisniewski SR, Balasubramani GK, Trivedi MH, Rush AJ: **Gender differences in depression: findings from the STAR*D study.** *J Affect Disord* 2005, **87**:141-150.
83. Novick JS, Stewart JW, Wisniewski SR, Cook IA, Manev R, Nierenberg AA, Rosenbaum JF, Shores-Wilson K, Balasubramani GK, Biggs MM, et al: **Clinical and demographic features of atypical depression in outpatients with major depressive disorder: preliminary findings from STAR*D.** *J Clin Psychiatry* 2005, **66**:1002-1011.
84. Fava M, Rosenbaum JF, Hoog SL, Tepner RG, Kopp JB, Nilsson ME: **Fluoxetine versus sertraline and paroxetine in major depression: tolerability and efficacy in anxious depression.** *J Affect Disord* 2000, **59**:119-126.
85. VanValkenburg C, Akiskal HS, Puzantian V, Rosenthal T: **Anxious depressions. Clinical, family history, and naturalistic outcome--comparisons with panic and major depressive disorders.** *J Affect Disord* 1984, **6**:67-82.
86. Katz MM, Wetzler S, Cloitre M, Swann A, Secunda S, Mendels J, Robins E: **Expressive characteristics of anxiety in depressed men and women.** *J Affect Disord* 1993, **28**:267-277.
87. Halbreich U: **Women's reproductive related disorders (RRDs).** *J Affect Disord* 2010, **122**:10-13.
88. Bosworth HB, Bastian LA, Kuchibhatla MN, Steffens DC, McBride CM, Skinner CS, Rimer BK, Siegler IC: **Depressive symptoms, menopausal status, and climacteric symptoms in women at midlife.** *Psychosom Med* 2001, **63**:603-608.
89. Gotlib IH, Whiffen VE, Mount JH, Milne K, Cordy NI: **Prevalence rates and demographic characteristics associated with depression in pregnancy and the postpartum.** *J Consult Clin Psychol* 1989, **57**:269-274.
90. Hayward C, Gotlib IH, Schraedley PK, Litt IF: **Ethnic differences in the association between pubertal status and symptoms of depression in adolescent girls.** *J Adolesc Health* 1999, **25**:143-149.
91. Seedat S, Scott KM, Angermeyer MC, Berglund P, Bromet EJ, Brugha TS, Demyttenaere K, de Girolamo G, Haro JM, Jin R, et al: **Cross-national associations between gender and mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys.** *Arch Gen Psychiatry* 2009, **66**:785-795.
92. Wisner KL, Peindl K, Hanusa BH: **Relationship of psychiatric illness to childbearing status: a hospital-based epidemiologic study.** *J Affect Disord* 1993, **28**:39-50.
93. Figueira P, Malloy-Diniz L, Campos SB, Miranda DM, Romano-Silva MA, De Marco L, Neves FS, Correa H: **An association study between the Val66Met polymorphism of the BDNF gene and postpartum depression.** *Arch Womens Ment Health* 2010, **13**:285-289.
94. Lommatzsch M, Hornych K, Zingler C, Schuff-Werner P, Hoppner J, Virchow JC: **Maternal serum concentrations of BDNF and depression in the perinatal period.** *Psychoneuroendocrinology* 2006, **31**:388-394.

95. Silverstein B: **Gender differences in the prevalence of somatic versus pure depression: a replication.** *Am J Psychiatry* 2002, **159**:1051-1052.
96. Silverstein B: **Gender difference in the prevalence of clinical depression: the role played by depression associated with somatic symptoms.** *Am J Psychiatry* 1999, **156**:480-482.
97. Halbreich U, Kahn LS: **Atypical depression, somatic depression and anxious depression in women: are they gender-preferred phenotypes?** *J Affect Disord* 2007, **102**:245-258.
98. Kockler M, Heun R: **Gender differences of depressive symptoms in depressed and nondepressed elderly persons.** *Int J Geriatr Psychiatry* 2002, **17**:65-72.
99. Barcelos-Ferreira R, Izbicki R, Steffens DC, Bottino CM: **Depressive morbidity and gender in community-dwelling Brazilian elderly: systematic review and meta-analysis.** *Int Psychogeriatr* 2010, **22**:712-726.
100. IBGE: **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - Pesquisa Básica - 2001 a 2008.** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2009.
101. Kessler RC, Ustun TB: **The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI).** *Int J Methods Psychiatr Res* 2004, **13**:93-121.
102. Andrade LH, Wang YP, Andreoni S, Silveira CM, Alexandrino-Silva C, Siu ER, Nishimura R, Anthony JC, Gattaz WF, Kessler RC, Viana MC: **Mental disorders in megacities: findings from the Sao Paulo megacity mental health survey, Brazil.** *PLoS One* 2012, **7**:e31879.
103. Lorant V, Deliege D, Eaton W, Robert A, Philippot P, Ansseau M: **Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis.** *Am J Epidemiol* 2003, **157**:98-112.
104. **Censo demográfico populacional do ano 2000** [<http://www.ibge.gov.br/censo>]
105. **The World Mental Health Survey Initiative** [<http://www.hcp.med.harvard.edu/wmh>]
106. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I, Kovess V, Lepine JP, Angermeyer MC, Bernert S, de Girolamo G, Morosini P, et al: **Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys.** *JAMA* 2004, **291**:2581-2590.
107. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE: **Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication.** *Arch Gen Psychiatry* 2005, **62**:617-627.
108. Wells JE, Browne MA, Scott KM, McGee MA, Baxter J, Kokaua J: **Prevalence, interference with life and severity of 12 month DSM-IV disorders in Te Rau Hinengaro: the New Zealand Mental Health Survey.** *Aust N Z J Psychiatry* 2006, **40**:845-854.
109. **Estimativas Populacionais 2009** [<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2009/POP2009DOU.pdf>]
110. **World: metropolitan areas** [<http://www.world-gazetteer.com/wg.php?x=&men=gcis&lng=en&des=wg&srt=pnan&col=adhoq&mzs=1500&pt=a&va=&srt=pnan>]

111. **Produto interno bruto dos municípios 2003-2007** [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/pibmunicipios/2003_2007/tab01.pdf]
112. Ludermit AB, Melo Filho DA: **[Living conditions and occupational organization associated with common mental disorders]**. *Rev Saude Publica* 2002, **36**:213-221.
113. Viana MC, Teixeira MG, Beraldi F, Bassani Ide S, Andrade LH: **Sao Paulo Megacity Mental Health Survey - a population-based epidemiological study of psychiatric morbidity in the Sao Paulo metropolitan area: aims, design and field implementation**. *Rev Bras Psiquiatr* 2009, **31**:375-386.
114. Lawrence D, Mitrou F, Zubrick SR: **Smoking and mental illness: results from population surveys in Australia and the United States**. *BMC Public Health* 2009, **9**:285.
115. Nakamura K, Huxley R, Ansary-Moghaddam A, Woodward M: **The hazards and benefits associated with smoking and smoking cessation in Asia: a meta-analysis of prospective studies**. *Tob Control* 2009, **18**:345-353.
116. Zukov I, Ptacek R, Raboch J, Domluvilova D, Kuzelova H, Fischer S, Kozelek P: **Premenstrual dysphoric disorder--review of actual findings about mental disorders related to menstrual cycle and possibilities of their therapy**. *Prague Med Rep* 2010, **111**:12-24.
117. First M, Spitzer R, Gibbon M, Williams J: *Structured Clinical Interview ofr DSM-IV-TR Axis I Disorders*. New York: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute; 2002.
118. Haro JM, Arbabzadeh-Bouchez S, Brugha TS, de Girolamo G, Guyer ME, Jin R, Lepine JP, Mazzi F, Reneses B, Vilagut G, et al: **Concordance of the Composite International Diagnostic Interview Version 3.0 (CIDI 3.0) with standardized clinical assessments in the WHO World Mental Health surveys**. *Int J Methods Psychiatr Res* 2006, **15**:167-180.
119. Scott KM, McGee MA, Wells JE, Oakley Browne MA: **Disability in Te Rau Hinengaro: the New Zealand Mental Health Survey**. *Aust N Z J Psychiatry* 2006, **40**:889-895.
120. Scott KM, Von Korff M, Alonso J, Angermeyer MC, Bromet E, Fayyad J, de Girolamo G, Demyttenaere K, Gasquet I, Gureje O, et al: **Mental-physical comorbidity and its relationship with disability: results from the World Mental Health Surveys**. *Psychol Med* 2009, **39**:33-43.
121. McIntyre RS, Soczynska JK, Konarski JZ, Woldeyohannes HO, Law CW, Miranda A, Fulgosi D, Kennedy SH: **Should Depressive Syndromes Be Reclassified as "Metabolic Syndrome Type II"? *Ann Clin Psychiatry* 2007, **19**:257-264.**
122. Katon WJ: **Clinical and health services relationships between major depression, depressive symptoms, and general medical illness**. *Biol Psychiatry* 2003, **54**:216-226.
123. de Jonge P, Mangano D, Whooley MA: **Differential association of cognitive and somatic depressive symptoms with heart rate variability in patients with stable coronary heart disease: findings from the Heart and Soul Study**. *Psychosom Med* 2007, **69**:735-739.

124. Weich S, McBride O, Hussey D, Exeter D, Brugha T, McManus S: **Latent class analysis of co-morbidity in the Adult Psychiatric Morbidity Survey in England 2007: implications for DSM-5 and ICD-11.** *Psychol Med* 2011, **41**:2201-2212.
125. Hagenaars J, McCutcheon A: *Applied latent class analysis*. New York: Cambridge University Press; 2002.
126. Nylund KL: **Deciding on the Number of Classes in Latent Class Analysis and Growth Mixture Modeling: A Monte Carlo Simulation Study.** *Structural Equation Modeling* 2007, **14**:535-569.
127. Muthén L, Muthén B: **Mplus User's Guide**. Sixth edition. Los Angeles, CA: Muthén & Muthén; 1998-2010.
128. Haberman SJ: **The Analysis of Residuals in Cross-Classified Tables.** *Biometrics* 1973, **29**:205-220.
129. Little T, Cunningham W, Shahar G, Widaman K: **To parcel or not to parcel: exploring the question, weighing the merits.** *Structural Equation Modeling* 2002, **9**:151-173.
130. Cronbach LJ: **Coefficient alpha and the internal structure of tests.** *Psychometrika* 1951, **16**:297-334.
131. Jones RH: **Bayesian information criterion for longitudinal and clustered data.** *Stat Med* 2011, **30**:3050-3056.
132. Benazzi F: **Agitated depression: a valid depression subtype?** *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2004, **28**:1279-1285.
133. Benazzi F: **The role of gender in depressive mixed state.** *Psychopathology* 2003, **36**:213-217.
134. Akiskal HS, Benazzi F, Perugi G, Rihmer Z: **Agitated "unipolar" depression re-conceptualized as a depressive mixed state: implications for the antidepressant-suicide controversy.** *J Affect Disord* 2005, **85**:245-258.
135. Benazzi F, Akiskal HS: **Delineating bipolar II mixed states in the Ravenna-San Diego collaborative study: the relative prevalence and diagnostic significance of hypomanic features during major depressive episodes.** *J Affect Disord* 2001, **67**:115-122.
136. Marneros A, Rottig S, Wenzel A, Bloink R, Brieger P: **Affective and schizoaffective mixed states.** *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2004, **254**:76-81.
137. Strakowski SM, McElroy SL, Keck PE, Jr., West SA: **Suicidality among patients with mixed and manic bipolar disorder.** *Am J Psychiatry* 1996, **153**:674-676.
138. Blazer DG, Kessler RC, McGonagle KA, Swartz MS: **The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: the National Comorbidity Survey.** *Am J Psychiatry* 1994, **151**:979-986.
139. Stewart WF, Ricci JA, Chee E, Hahn SR, Morganstein D: **Cost of lost productive work time among US workers with depression.** *JAMA* 2003, **289**:3135-3144.
140. Pillay AL, Sargent CA: **Relationship of age and education with anxiety, depression, and hopelessness in a South African community sample.** *Percept Mot Skills* 1999, **89**:881-884.

141. Kaneko Y, Motohashi Y: **Male gender and low education with poor mental health literacy: a population-based study.** *J Epidemiol* 2007, **17**:114-119.
142. Meltzer H, Bebbington P, Dennis MS, Jenkins R, McManus S, Brugha TS: **Feelings of loneliness among adults with mental disorder.** *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2012.
143. Masi CM, Chen HY, Hawkley LC, Cacioppo JT: **A meta-analysis of interventions to reduce loneliness.** *Pers Soc Psychol Rev* 2011, **15**:219-266.
144. Parker G: **Classifying depression: should paradigms lost be regained?** *Am J Psychiatry* 2000, **157**:1195-1203.
145. Parker G, Roy K, Wilhelm K, Mitchell P, Hadzi-Pavlovic D: **The nature of bipolar depression: implications for the definition of melancholia.** *J Affect Disord* 2000, **59**:217-224.
146. Benazzi F: **Various forms of depression.** *Dialogues Clin Neurosci* 2006, **8**:151-161.
147. Benazzi F: **Melancholic outpatient depression in Bipolar-II vs. unipolar.** *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2004, **28**:481-485.
148. Benazzi F: **Psychomotor changes in melancholic and atypical depression: unipolar and bipolar-II subtypes.** *Psychiatry Res* 2002, **112**:211-220.
149. Angst J, Vollrath M: **The natural history of anxiety disorders.** *Acta Psychiatr Scand* 1991, **84**:446-452.
150. de Graaf R, Bijl RV, Smit F, Vollebergh WA, Spijker J: **Risk factors for 12-month comorbidity of mood, anxiety, and substance use disorders: findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study.** *Am J Psychiatry* 2002, **159**:620-629.
151. Wittchen HU, Lieb R, Wunderlich U, Schuster P: **Comorbidity in primary care: presentation and consequences.** *J Clin Psychiatry* 1999, **60 Suppl 7**:29-36; discussion 37-28.
152. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB: **Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey.** *Arch Gen Psychiatry* 1995, **52**:1048-1060.
153. Wittchen HU, Essau CA: **Comorbidity and mixed anxiety-depressive disorders: is there epidemiologic evidence?** *J Clin Psychiatry* 1993, **54 Suppl**:9-15.
154. Hasin DS, Stinson FS, Ogburn E, Grant BF: **Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions.** *Arch Gen Psychiatry* 2007, **64**:830-842.
155. Compton WM, Thomas YF, Stinson FS, Grant BF: **Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV drug abuse and dependence in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions.** *Arch Gen Psychiatry* 2007, **64**:566-576.
156. Martins SS, Gorelick DA: **Conditional substance abuse and dependence by diagnosis of mood or anxiety disorder or schizophrenia in the U.S. population.** *Drug Alcohol Depend* 2011, **119**:28-36.
157. Swendsen J, Conway KP, Degenhardt L, Dierker L, Glantz M, Jin R, Merikangas KR, Sampson N, Kessler RC: **Socio-demographic risk factors for**

- alcohol and drug dependence: the 10-year follow-up of the national comorbidity survey.** *Addiction* 2009, **104**:1346-1355.
158. Swendsen J, Anthony JC, Conway KP, Degenhardt L, Dierker L, Glantz M, He J, Kalaydjian A, Kessler RC, Sampson N, Merikangas KR: **Improving targets for the prevention of drug use disorders: sociodemographic predictors of transitions across drug use stages in the national comorbidity survey replication.** *Prev Med* 2008, **47**:629-634.
159. Silveira CM, Wang YP, Andrade AG, Andrade LH: **Heavy episodic drinking in the Sao Paulo epidemiologic catchment area study in Brazil: gender and sociodemographic correlates.** *J Stud Alcohol Drugs* 2007, **68**:18-27.
160. Zilberman M, Tavares H, el-Guebaly N: **Gender similarities and differences: the prevalence and course of alcohol- and other substance-related disorders.** *J Addict Dis* 2003, **22**:61-74.
161. Silveira CM, Viana MC, Siu ER, de Andrade AG, Anthony JC, Andrade LH: **Sociodemographic correlates of transitions from alcohol use to disorders and remission in the Sao Paulo megacity mental health survey, Brazil.** *Alcohol Alcohol* 2011, **46**:324-332.
162. Miller NS, Klamen D, Hoffmann NG, Flaherty JA: **Prevalence of depression and alcohol and other drug dependence in addictions treatment populations.** *J Psychoactive Drugs* 1996, **28**:111-124.
163. Mendelsohn C: **Smoking and depression - a review.** *Aust Fam Physician* 2012, **41**:304-307.
164. Korhonen T, Koivumaa-Honkanen H, Varjonen J, Broms U, Koskenvuo M, Kaprio J: **Cigarette smoking and dimensions of depressive symptoms: longitudinal analysis among Finnish male and female twins.** *Nicotine Tob Res* 2011, **13**:261-272.
165. Korhonen T, Broms U, Varjonen J, Romanov K, Koskenvuo M, Kinnunen T, Kaprio J: **Smoking behaviour as a predictor of depression among Finnish men and women: a prospective cohort study of adult twins.** *Psychol Med* 2007, **37**:705-715.
166. Lerman C, Caporaso N, Main D, Audrain J, Boyd NR, Bowman ED, Shields PG: **Depression and self-medication with nicotine: the modifying influence of the dopamine D4 receptor gene.** *Health Psychol* 1998, **17**:56-62.
167. Epperson CN, Steiner M, Hartlage SA, Eriksson E, Schmidt PJ, Jones I, Yonkers KA: **Premenstrual dysphoric disorder: evidence for a new category for DSM-5.** *Am J Psychiatry* 2012, **169**:465-475.
168. Landen M, Eriksson E: **How does premenstrual dysphoric disorder relate to depression and anxiety disorders?** *Depress Anxiety* 2003, **17**:122-129.
169. Angst J, Sellaro R, Merikangas KR, Endicott J: **The epidemiology of perimenstrual psychological symptoms.** *Acta Psychiatr Scand* 2001, **104**:110-116.
170. Kendler KS, Silberg JL, Neale MC, Kessler RC, Heath AC, Eaves LJ: **Genetic and environmental factors in the aetiology of menstrual, premenstrual and neurotic symptoms: a population-based twin study.** *Psychol Med* 1992, **22**:85-100.

171. Freeman EW, Sammel MD, Lin H, Rickels K, Sondheimer SJ: **Clinical subtypes of premenstrual syndrome and responses to sertraline treatment.** *Obstet Gynecol* 2011, **118**:1293-1300.
172. Halbreich U: **Premenstrual dysphoric disorders, anxiety, and depressions: vulnerability traits or comorbidity.** *Arch Gen Psychiatry* 1995, **52**:606.
173. Forrester-Knauss C, Zemp Stutz E, Weiss C, Tschudin S: **The interrelation between premenstrual syndrome and major depression: results from a population-based sample.** *BMC Public Health* 2011, **11**:795.
174. Murray C, Lopez A: **Alternative visions of the future: projecting mortality and disability, 1990-2020.** In *The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries, and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020*. Edited by Murray C, Lopez A. Boston: Harvard University Press; 1996: 325-395
175. Lecrubier Y: **The burden of depression and anxiety in general medicine.** *J Clin Psychiatry* 2001, **62 Suppl 8**:4-9; discussion 10-11.
176. Conti DJ, Burton WN: **The economic impact of depression in a workplace.** *J Occup Med* 1994, **36**:983-988.
177. Druss BG, Rosenheck RA, Sledge WH: **Health and disability costs of depressive illness in a major U.S. corporation.** *Am J Psychiatry* 2000, **157**:1274-1278.
178. Means-Christensen AJ, Roy-Byrne PP, Sherbourne CD, Craske MG, Stein MB: **Relationships among pain, anxiety, and depression in primary care.** *Depress Anxiety* 2008, **25**:593-600.
179. Arola HM, Nicholls E, Mallen C, Thomas E: **Self-reported pain interference and symptoms of anxiety and depression in community-dwelling older adults: can a temporal relationship be determined?** *Eur J Pain* 2010, **14**:966-971.
180. APA: *4th ed., text rev.; DSM-IV-TR*. 2nd edn. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
181. Kapfhammer HP: **Somatic symptoms in depression.** *Dialogues Clin Neurosci* 2006, **8**:227-239.
182. Nelson EC, Heath AC, Madden PA, Cooper ML, Dinwiddie SH, Bucholz KK, Glowinski A, McLaughlin T, Dunne MP, Statham DJ, Martin NG: **Association between self-reported childhood sexual abuse and adverse psychosocial outcomes: results from a twin study.** *Arch Gen Psychiatry* 2002, **59**:139-145.
183. Chapman DP, Whitfield CL, Felitti VJ, Dube SR, Edwards VJ, Anda RF: **Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood.** *J Affect Disord* 2004, **82**:217-225.
184. Arnow BA, Blasey CM, Hunkeler EM, Lee J, Hayward C: **Does gender moderate the relationship between childhood maltreatment and adult depression?** *Child Maltreat* 2011, **16**:175-183.
185. Nemeroff CB: **Neurobiological consequences of childhood trauma.** *J Clin Psychiatry* 2004, **65 Suppl 1**:18-28.
186. Harkness KL, Monroe SM: **Childhood adversity and the endogenous versus nonendogenous distinction in women with major depression.** *Am J Psychiatry* 2002, **159**:387-393.

187. Parker G, Kiloh L, Hayward L: **Parental representations of neurotic and endogenous depressives.** *J Affect Disord* 1987, **13**:75-82.
188. Parker G, Gladstone G, Wilhelm K, Mitchell P, Hadzi-Pavlovic D, Austin MP: **Dysfunctional parenting: over-representation in non-melancholic depression and capacity of such specificity to refine sub-typing depression measures.** *Psychiatry Res* 1997, **73**:57-71.
189. Levitan RD, Vaccarino FJ, Brown GM, Kennedy SH: **Low-dose dexamethasone challenge in women with atypical major depression: pilot study.** *J Psychiatry Neurosci* 2002, **27**:47-51.
190. Fendrich M WV, Weissman MM: **Family risk factors, parental depression, and psychopathology in offspring.** *Developmental Psychology* 1990, **26**:40-50.
191. Lieb R, Isensee B, Hofler M, Wittchen HU: **Parental depression and depression in offspring: evidence for familial characteristics and subtypes?** *J Psychiatr Res* 2002, **36**:237-246.
192. Weissman MM, Warner V, Wickramaratne P, Moreau D, Olfson M: **Offspring of depressed parents. 10 Years later.** *Arch Gen Psychiatry* 1997, **54**:932-940.
193. Clark DB, Moss HB, Kirisci L, Mezzich AC, Miles R, Ott P: **Psychopathology in preadolescent sons of fathers with substance use disorders.** *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997, **36**:495-502.
194. Hill SY, Muka D: **Childhood psychopathology in children from families of alcoholic female probands.** *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996, **35**:725-733.
195. Schuckit MA, Smith TL: **An 8-year follow-up of 450 sons of alcoholic and control subjects.** *Arch Gen Psychiatry* 1996, **53**:202-210.
196. Sher KJ, Walitzer KS, Wood PK, Brent EE: **Characteristics of children of alcoholics: putative risk factors, substance use and abuse, and psychopathology.** *J Abnorm Psychol* 1991, **100**:427-448.
197. Earls F, Reich W, Jung KG, Cloninger CR: **Psychopathology in children of alcoholic and antisocial parents.** *Alcohol Clin Exp Res* 1988, **12**:481-487.
198. Clark DB, Cornelius J, Wood DS, Vanyukov M: **Psychopathology risk transmission in children of parents with substance use disorders.** *Am J Psychiatry* 2004, **161**:685-691.
199. Clark DB, Kirisci L, Tarter RE: **Adolescent versus adult onset and the development of substance use disorders in males.** *Drug Alcohol Depend* 1998, **49**:115-121.
200. Dierker LC, Merikangas KR, Szatmari P: **Influence of parental concordance for psychiatric disorders on psychopathology in offspring.** *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999, **38**:280-288.
201. Merikangas KR, Spiker DG: **Assortative mating among in-patients with primary affective disorder.** *Psychol Med* 1982, **12**:753-764.
202. Vanyukov MM, Neale MC, Moss HB, Tarter RE: **Mating assortment and the liability to substance abuse.** *Drug Alcohol Depend* 1996, **42**:1-10.
203. Leventhal AM, Pettit JW, Lewinsohn PM: **Familial influence of substance use disorder on emotional disorder across three generations.** *Psychiatry Res* 2011, **185**:402-407.
204. Meeks TW, Vahia IV, Lavretsky H, Kulkarni G, Jeste DV: **A tune in "a minor" can "b major": a review of epidemiology, illness course, and public**

- health implications of subthreshold depression in older adults. *J Affect Disord* 2011, **129**:126-142.
205. Hybels CF, Blazer DG, Pieper CF: **Toward a threshold for subthreshold depression: an analysis of correlates of depression by severity of symptoms using data from an elderly community sample.** *Gerontologist* 2001, **41**:357-365.
206. Judd LL, Akiskal HS, Zeller PJ, Paulus M, Leon AC, Maser JD, Endicott J, Coryell W, Kunovac JL, Mueller TI, et al: **Psychosocial disability during the long-term course of unipolar major depressive disorder.** *Arch Gen Psychiatry* 2000, **57**:375-380.
207. Williams DR, Herman A, Stein DJ, Heeringa SG, Jackson PB, Moomal H, Kessler RC: **Twelve-month mental disorders in South Africa: prevalence, service use and demographic correlates in the population-based South African Stress and Health Study.** *Psychol Med* 2008, **38**:211-220.
208. Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, Fleiz C, Villatoro J, Rojas E, Zambrano J: **Prevalence, service use, and demographic correlates of 12-month DSM-IV psychiatric disorders in Mexico: results from the Mexican National Comorbidity Survey.** *Psychol Med* 2005, **35**:1773-1783.
209. Kawakami N, Takeshima T, Ono Y, Uda H, Hata Y, Nakane Y, Nakane H, Iwata N, Furukawa TA, Kikkawa T: **Twelve-month prevalence, severity, and treatment of common mental disorders in communities in Japan: preliminary finding from the World Mental Health Japan Survey 2002-2003.** *Psychiatry Clin Neurosci* 2005, **59**:441-452.
210. Wang P, Aguilar-Gaxiola S, AlHamzawi A, Alonso J, Andrade L: **Treated and untreated prevalence of mental disorder worldwide.** In *Oxford Textbook of Community Mental Health*. Edited by Thornicroft G, Szmukler G, Mueser K, Drake B. Oxford: Oxford University Press; 2011
211. Chen L, Eaton WW, Gallo JJ, Nestadt G: **Understanding the heterogeneity of depression through the triad of symptoms, course and risk factors: a longitudinal, population-based study.** *J Affect Disord* 2000, **59**:1-11.
212. Nandi A, Beard JR, Galea S: **Epidemiologic heterogeneity of common mood and anxiety disorders over the lifecourse in the general population: a systematic review.** *BMC Psychiatry* 2009, **9**:31.

11. ANEXOS

11.1. ANEXO I

Painel 2. Principais estudos que utilizaram o método de análise de classes latentes para a identificação de subtipos depressivos na comunidade, apresentados em ordem cronológica

Eaton e cols. (1989) [67]	N=3.198 sujeitos em Baltimore e 3.614 em Raleigh (ECA Program)	Período: não relatado Medidas: <i>National Institute of Mental Health (NIMH) Diagnostic Interview Schedule (DIS)</i>	<i>Identificação e características dos subgrupos:</i> <ul style="list-style-type: none">Três classes foram identificadas: 1) classe A, que representou o grupo praticamente assintomático; 2) classe B, cujo sintoma mais prevalente foi de problemas com o sono, embora pensamentos de morte, fadigabilidade e alteração psicomotora também foram bastantes prevalentes; disforia esteve presente em cerca de 20% dos indivíduos pertencentes a esta classe, que pôde ser considerada como intermediária; e 3) classe C, caracterizada pelas maiores prevalências de todos os sintomas depressivos, aproximando-se da depressão maior do DSM-III, sendo talvez um pouco mais grave
Kendler e cols. (1996) [68]	N=1.029	Período: não relatado Medidas: 14 sintomas de depressão maior do DSM-III-R	<i>Identificação dos subgrupos:</i> <ul style="list-style-type: none">As sete classes distintas identificadas foram: Classe 1, na qual dois terços negaram quaisquer sintomas e um terço relatou um sintoma; Classe 2, em que todos relataram apetite aumentado, e ninguém preencheu critério para depressão maior; Classe 3, na qual os sintomas mais comumente referidos foram os sintomas nucleares de humor deprimido ou perda de interesse e/ou prazer; Classe 4, em que a maioria relatou diminuição do apetite e humor deprimido; Classe 5 (depressão típica leve), em que quase todos relataram humor deprimido e mais da metade descreveu perda de interesse e/ou prazer, diminuição do apetite, problemas para dormir, cansaço e agitação psicomotora; Classe 6 (depressão atípica), na qual os indivíduos comumente referiram humor deprimido, perda de interesse e/ou prazer e aumento do apetite e ganho de peso; e Classe 7 (depressão típica grave), em que quase todos apresentaram critérios para depressão maior <i>Características dos subgrupos:</i> <ul style="list-style-type: none">Em contraste com as Classes 5 e 7, a Classe 6 foi caracterizada por aumento nas funções vegetativas
Sullivan e cols. (1998) [69]	N=8.098	Período: não relatado	<i>Identificação dos subgrupos:</i>

		<p>Medidas: 14 sintomas de depressão maior do DSM-III-R</p>	<ul style="list-style-type: none"> As seis classes distintas identificadas foram: 1) típica grave (4%), com elevada ocorrência de sintomas depressivos ao longo da vida; 2) típica moderada (6%), com sintomas depressivos clássicos; 3) atípica grave (2%), com muitos sintomas depressivos e sintomas caracterizados por aumento do apetite e ganho de peso; 4) atípica moderada (4%); 5) intermediária (11%), com ocorrência intermediária de depressão maior; e 6) sintomas mínimos (8%); 65% não tiveram sintomas <p><i>Características dos subgrupos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> A gravidade das síndromes graves (típica grave e atípica grave) esteve associada com um padrão pronunciado de mais episódios também mais longos, aumento de comorbidade psiquiátrica, mais atitudes e personalidade disfuncionais, e transtorno do uso de álcool e drogas paternos esteve relacionado com gravidade sindrômica leve Síndrome atípica esteve associada com comorbidade com transtorno de conduta e fobia social, maior dependência interpessoal e baixa auto-estima, e transtorno do uso de álcool e drogas paternos
Chen e cols. (2000) [211]	N=1.768	<p>Período: entrevista de base em 1980-1983 com seguimento em 1993-1996</p> <p>Medidas: DIS</p>	<p><i>Identificação das classes baseada no número de grupos de sintomas depressivos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Pertencer aos grupos leve e moderado (grupos de 3-4 sintomas) esteve associado com história familiar de transtornos depressivos e eventos de vida estressantes, e pertencer ao grupo grave (grupos de 7-9 sintomas) esteve associado com história familiar e sexo feminino, mas não com eventos de vida estressantes <p><i>Identificação das classes baseada nos padrões de sintomas latentes:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> As cinco diferentes classes latentes identificadas foram: 1) não deprimidos (81%), com baixas probabilidades de todos os sintomas; 2) anedonia (1,8%), com maior probabilidade de perda de interesse, mas sem propensão a relatar disforia e pensamentos suicidas; 3) suicida (8,3%), com alta probabilidade de disforia e mais propensa a relatar pensamentos e tentativas de suicídio e sentimentos de menos valia; 4) psicomotor (5,9%), com alta probabilidade de disforia e lentificação ou agitação; 5) e gravemente deprimido (3,0%), com altas probabilidades para todos os sintomas <p><i>Características dos subgrupos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> As características do curso foram semelhantes entre todas as classes, exceto para a classe anedonia, que apresentou idade de início mais tardio e menos episódios ao longo da vida do que as outras classes A classe anedonia esteve associada somente com história familiar de depressão; a classe psicomotora com história familiar e eventos de vida estressantes; a classe suicida com história

			familiar, eventos estressantes e sexo feminino; e a classe gravemente deprimida esteve associada com história familiar e sexo feminino, mas não com eventos de vida estressantes
Sullivan e cols. (2002) [70]	N=2.941 com pelo menos um sintoma depressivo maior no último ano em comparação com o grupo de 3.914 sem sintomas depressivos maiores	<p>Período: não relatado</p> <p>Medidas: 14 sintomas de depressão maior do DSM-III-R</p>	<p><i>Identificação dos subgrupos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> As sete classes latentes foram: 1) típica (90% com depressão maior), caracterizada por sintomas de humor deprimido, anedonia, sintomas depressivos típicos (apetite e peso diminuídos e insônia), agitação psicomotora, fadiga, dificuldades com pensamento e concentração, menos valia/culpa, e a maior proporção de pensamentos de morte ou suicídio; 2) atípica (78% com depressão maior), caracterizada por humor deprimido, anedonia, sintomas atípicos de aumento de apetite e peso, agitação, e menos valia/culpa; 3) sem apetite (67% com depressão maior), caracterizada por humor deprimido, anedonia, agitação, fadiga, insônia, dificuldades com pensamento e concentração, menos valia/culpa, e sem mudanças no apetite ou peso; e quatro classes com menores prevalências de depressão maior ao longo da vida <p><i>Características dos subgrupos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Em relação ao grupo controle, as classes típica, atípica e sem apetite foram menos propensas de estar vivendo com um parceiro, tiveram mais traumas ao longo da vida, maior pontuação em personalidade disfuncional, maior dependência de álcool ao longo da vida, e mais eventos de vida estressantes Em relação ao grupo de referência, as classes típica e atípica tiveram mais mulheres enquanto que a classe sem apetite foi semelhante ao grupo de comparação Nível educacional foi mais baixo nas classes típica e sem apetite relativas ao grupo de comparação IMC foi menor na classe típica e maior na classe atípica relativas ao grupo de comparação Comparação da distribuição das classes entre gêmeos monozigóticos e dizigóticos mostrou discreta evidência de agregação familiar
Carragher e cols. (2009) [72]	N=12.180 indivíduos derivados do <i>National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions</i> (NESARC)	<p>Período: 2001-2002 do NESARC</p> <p>Medidas: 21 sintomas do <i>Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule-DSM-IV</i> (AUDADIS-IV)</p>	<p><i>Identificação e características dos subgrupos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> As quatro classes identificadas foram: 1) gravemente deprimido (40,9%), que apresentou as maiores prevalências de todos os sintomas deprimidos, com porcentagens que variaram de 69,2% de pensamentos de morte/ideação suicida a 98,4% de problemas com o sono; 2) psicossomático (30,6%), caracterizado por prevalências elevadas de alteração do peso/apetite, alteração do sono, fadiga, e dificuldade de concentração/indecisão; 3) cognitivo-emocional (10,2%), que apresentou alta prevalência de sentimentos de menos valia/culpa excessiva, dificuldade de concentração/indecisão e pensamentos de morte/suicídio; e 4) e não deprimido, caracterizado por baixa manifestação das prevalências dos sintomas depressivos (todos abaixo

			de 26,0%)
Moreno & Andrade (2010) [58]	N=1.464 sujeitos derivados do SP-ECA	<p>Período: não relatado</p> <p>Medidas: 14 sintomas depressivos e 11 sintomas maníacos ao longo da vida, avaliados através da <i>Composite International Diagnostic Interview</i> (CIDI), versão 1.1</p>	<p><i>Identificação e características dos subgrupos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> As quatro classes identificadas foram: 1) eutímicos (49,1%), considerada uma classe quase assintomática; 2) afetivos leves (31,1%), caracterizada por baixa presença de sintomas maníacos como irritabilidade, necessidade de sono reduzida e distraibilidade; os sintomas depressivos foram mais prevalentes, principalmente humor deprimido e falta de interesse; 3) bipolares (10,7%), que apresentou mais sintomas depressivos e maníacos do que todas as outras classes; sintomas atípicos como aumento do peso/apetite e hipersonia foram 2 e 3 vezes, respectivamente, mais prevalentes nesta classe do que na dos depressivos; pensamentos e tentativas de suicídio foram mais frequentes entre os bipolares; 4) depressivos (9,0%), que apresentaram taxas de sintomas atípicos e de suicídio semelhantes aos sujeitos oligossintomáticos da classe dos afetivos leves
Lamers e cols. (2010) [73]	N=818 indivíduos com diagnóstico atual de transtorno depressivo maior ou depressão menor de acordo com o DSM-IV, derivados do estudo <i>Netherlands Study of Depression and Anxiety</i> (NESDA)	<p>Período: setembro de 2004 a fevereiro de 2007 (NESDA)</p> <p>Medidas: 16 sintomas depressivos da CIDI e do <i>Inventory of Depressive Symptomatology</i> (IDS)</p>	<p><i>Identificação dos subgrupos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> As três classes identificadas foram: 1) melancólica grave (46,3%), caracterizada pelas mais elevadas proporções da maioria dos sintomas melancólicos (diminuição do apetite, perda de peso, alteração psicomotora, falta de responsividade do humor, variação diurna, despertar precoce pela manhã), além de relativamente alta prevalência de paralisia “de chumbo”; 2) atípica grave (24,6%), que apresentou padrão de sintomas atípicos com aumento do apetite, ganho de peso, paralisia “de chumbo”; e 3) moderada (29,1%), com as probabilidades mais baixas de todos os sintomas depressivos, indicando uma gravidade moderada <p><i>Características dos subgrupos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> A classe melancólica distinguiu-se das demais por maiores números de eventos de vida negativos no último ano e por elevada proporção de fumantes. A classe atípica grave mostrou maior IMC comparada com as outras duas. A classe moderada foi caracterizada por menores pontuações nas escalas de incapacitação, neuroticismo e extraverson, menor pontuação no índice de trauma na infância, e menor número de locais de dor no corpo

* Adaptado de Nandi e cols. [212]

11.2. ANEXO II

Hospital das Clínicas da FMUSP
Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa
CAPPesq

Nº Protocolo: 0549/11

Título: EPIDEMIOLOGIA DOS SUBTIPOS DE DEPRESSÃO: ANÁLISE DE CLASSES LATENTES DOS SINTOMAS DEPRESSIVOS EM UMA AMOSTRA POPULACIONAL DA REGIÃO METROPOLITANA DE SÃO PAULO

Pesquisador Responsável: Profa. Dra. Laura Helena Silveira Guerra de Andrade

Pesquisador Executante: Clóvis Alexandrino da Silva Junior

Finalidade Acadêmica: Doutorado

Departamento: PSIQUIATRIA

O Coordenador da Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa – CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, **APROVOU ad-referendum** em 30/08/2011 o protocolo acima.

A CAPPesq em obediência à Resolução CNS 196/96, solicita ao pesquisador (a) a elaboração de relatório parcial e final.

No caso de relatório parcial é necessário informar o tempo previsto para a conclusão do protocolo e breve resumo dos resultados obtidos.

CAPPesq, 30 de Agosto de 2011.

PROF. DR. EUCLIDES AYRES DE CASTILHO
Coordenador
Comissão de Ética para Análise de
Projetos de Pesquisa - CAPPesq

11.3. ANEXO III

DIRETORIA CLÍNICA

Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa

APROVAÇÃO

A Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 23.10.03, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº 792/03, intitulado: "Transtornos mentais e do comportamento na população geral: Prevalência, Fatores de Risco e Sobrecarga Social e Econômica" apresentado pelo Departamento de PSQUIATRIA, inclusive o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Pesquisador(a) Responsável: **DRA. LAURA HELENA SILVEIRA GUERRA DE ANDRADE**

CAPPesq, 23 de Outubro de 2003.

PROF. DR. EUCLIDES AYRES DE CASTILHO
Presidente da Comissão de Ética para Análise
de Projetos de Pesquisa

OBSERVAÇÃO: Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar à CAPPesq, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10.10.1996, inciso IX.2, letra "c")

11.4. ANEXO IV

Organização
Mundial da Saúde

São Paulo, janeiro de 2007.

Prezados Senhores,

O **Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo**, em parceria com a FAPESP, está realizando um grande estudo, denominado **“São Paulo Megacity: Pesquisa sobre Saúde, Bem-estar e Estresse”**, que envolve a comunidade residente nos 39 municípios da Região Metropolitana de São Paulo.

Sob a responsabilidade de Dra. Laura Helena Silveira Guerra de Andrade e Dra. Maria Carmen Viana, o estudo brasileiro “São Paulo Megacity” faz parte de uma pesquisa mundial, coordenada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que vem sendo realizada em diversos países, como Japão, Estados Unidos, México, Colômbia, Alemanha, França, Nigéria, entre outros. O objetivo do estudo é obter informações inéditas sobre como as pessoas se ajustam às experiências estressantes da vida e estimar qual o impacto dessas experiências na saúde física e mental da população. Além disso, seus resultados serão de grande utilidade para a compreensão global dos problemas de saúde da atualidade e para a elaboração de estratégias de prevenção e tratamento.

Por meio de um sorteio censitário selecionamos 7.700 domicílios, dentre os quais este endereço foi sorteado para participar do estudo. Nos próximos dias, um entrevistador se apresentará devidamente identificado com um crachá da empresa *Sampling Pesquisas* em sua residência. Para obter maiores informações, consulte o site <http://www.hcnet.usp.br/ipq/projetos/spmegacity.htm> ou ligue para a Central de Atendimento (11) 3038-1850.

Ressaltamos que sua participação é extremamente importante. Ao ser ouvido por profissionais de saúde altamente especializados, você estará contribuindo para a compreensão das reais necessidades da nossa população em relação aos cuidados e serviços de saúde.

“Nós esperamos que você faça parte da nossa pesquisa, participando da entrevista e colaborando para melhorar os serviços de saúde da Região Metropolitana de São Paulo”.

Agradecemos desde já por sua cooperação.

A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'LH', is positioned above the printed name of the researcher.

Prof.ª Dr.ª. Laura Helena Silveira Guerra de Andrade
Coordenadora da pesquisa “São Paulo Megacity:
Pesquisa sobre Saúde, Bem-estar e Estresse”

11.5. ANEXO V

SESSÃO DE DEPRESSÃO DO WMH-CIDI

***D1. O(A) Sr(a). mencionou anteriormente que teve períodos de vários dias ou mais em que se sentia triste, vazio(a) ou deprimido(a) a maior parte do dia. Durante fases como essa, o(a) Sr(a). alguma vez se sentiu desanimado(a) em relação a como as coisas andavam em sua vida?**

SIM1
NÃO5 VÁ PARA *D1b
NÃO SABE8 VÁ PARA *D1b
RECUSOU9 VÁ PARA *D1b

***D1a. Durante as fases em que se sentia triste, vazio(a) ou deprimido(a), o(a) Sr(a). alguma vez perdeu o interesse na maioria das coisas como trabalho, diversão e outras atividades de que habitualmente gostava?**

SIM1 VÁ PARA *D3
NÃO5 VÁ PARA *D4
NÃO SABE8 VÁ PARA *D4
RECUSOU9 VÁ PARA *D4

***D1b. Durante as fases em que se sentia triste, vazio(a) ou deprimido(a), o(a) Sr(a). alguma vez perdeu o interesse na maioria das coisas como trabalho, diversão e outras atividades de que habitualmente gostava?**

SIM1 VÁ PARA *D5
NÃO5 VÁ PARA *D6
NÃO SABE8 VÁ PARA *D6
RECUSOU9 VÁ PARA *D6

***D2 (O Sr/a Sra.) mencionou anteriormente que teve períodos de vários dias ou mais em que se sentia desanimado(a) em relação a como as coisas andavam em sua vida. Durante fases como essa, o(a) Sr(a). alguma vez perdeu o interesse na**

maioria das coisas como trabalho, diversão e outras atividades de que habitualmente gostava?

SIM.....1 VÁ PARA *D7
NÃO.....5 VÁ PARA *D8
NÃO SABE.....8 VÁ PARA *D8
RECUSOU.....9 VÁ PARA *D8

***D3. INSTRUÇÃO PARA O ENTREVISTADOR:**

ANOTE A FRASE-CHAVE **“TRISTE, DESANIMADO(A) OU DESINTERESSADO(A)”** NO CARTÃO REF, SEÇÃO DEPRESSÃO (LADO UM) E USE-A NO RESTANTE DA SEÇÃO
VÁ PARA *D12 E TRANSPORTE A FRASE-CHAVE

***D4. INSTRUÇÃO PARA O ENTREVISTADOR:**

ANOTE A FRASE-CHAVE **“TRISTE OU DESANIMADO(A)”** NO CARTÃO REF, SEÇÃO DEPRESSÃO (LADO UM) E USE-A NO RESTANTE DA SEÇÃO
VÁ PARA *D12 E TRANSPORTE A FRASE-CHAVE

***D5. PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR: ANOTE A FRASE-CHAVE**

“TRISTE OU DESINTERESSADO(A)” NO CARTÃO REF, SEÇÃO DEPRESSÃO (LADO UM) E USE-A NO RESTANTE DA SEÇÃO
VÁ PARA *D12 E TRANSPORTE A FRASE-CHAVE

***D6. PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR:**

ANOTE A FRASE-CHAVE **“TRISTE”** NO CARTÃO REF, SEÇÃO DEPRESSÃO (LADO UM) E USE-A NO RESTANTE DA SEÇÃO
VÁ PARA *D12 E TRANSPORTE A FRASE-CHAVE

***D7. PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR:**

ANOTE A FRASE-CHAVE **“DESANIMADO(A) OU DESINTERESSADO(A)”** NO CARTÃO REF, SEÇÃO DEPRESSÃO (LADO UM) E USE-A NO RESTANTE DA SEÇÃO
VÁ PARA *D12 E TRANSPORTE A FRASE-CHAVE

***D8. PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR:**

ANOTE A FRASE-CHAVE **“DESANIMADO(A)”** NO CARTÃO REF, SEÇÃO DEPRESSÃO (LADO UM) E USE-A NO RESTANTE DA SEÇÃO VÁ PARA *D12 E TRANSPORTE A FRASE-CHAVE

***D9. (O Sr/a Sra.) mencionou anteriormente que teve períodos de vários dias ou mais em que perdia o interesse na maioria das coisas, como trabalho, diversão e outras atividades de que habitualmente gostava. Alguma vez o(a) Sr(a). já teve uma fase como essa que tenha durado a maior parte do dia, quase todos os dias por duas semanas ou mais?**

SIM.....1 VÁ PARA *D11
NÃO5
NÃO SABE.....8
RECUSOU.....9

***D9a. Quantos dias durou o período mais longo em que o(a) Sr(a). perdeu o interesse na maioria das coisas de que habitualmente gostava?**

ENTREVISTADOR: “MENOS DO QUE UM DIA” CODIFIQUE ‘0’

_____ NÚMERO

**CIRCULE A UNID DE TEMPO: DIAS.....1 SEMANAS.....2
MESES.....3 ANOS.....4**

**SONDAR SE “NÃO SEI”: Foram três dias ou mais? SE “SIM”,
CODIFIQUE ‘3’**

NÃO SABE..... 998
RECUSOU 999

ANOTE A FRASE-CHAVE **“DESINTERESSADO(A)”** NO CARTÃO REF, SEÇÃO DEPRESSÃO (LADO UM) E USE-A NO RESTANTE DA SEÇÃO

VÁ PARA *D10

***D10. PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR: (VER *D9a)**

DURAÇÃO DE 3 DIAS OU MAIS1 VÁ PARA *D14 E

TRANSPORTE A FRASE-CHAVE

TODAS AS OUTRAS POSSIBILIDADES

2 VÁ PARA

***D87.1**

***D11. INSTRUÇÃO PARA O ENTREVISTADOR: ANOTE A FRASE-CHAVE “DESINTERESSADO(A)” NO CARTÃO REF, SEÇÃO DEPRESSÃO (LADO UM) E USE-A NO RESTANTE DA SEÇÃO VÁ PARA *D16 E TRANSPORTE A FRASE-CHAVE**

***D12. Alguma vez o(a) Sr(a). teve um período que tenha durado duas semanas ou mais em que se sentiu (FRASE-CHAVE) a maior parte do dia, quase todos os dias?**

SIM.....1 VÁ PARA *D16
NÃO5
NÃO SABE.....8
RECUSOU.....9

***D12a.Quantos dias durou o período mais longo em que o(a) Sr(a). se sentiu (FRASE-CHAVE) durante a maior parte do dia?
ENTREVISTADOR: “MENOS DO QUE UM DIA” CODIFIQUE**

‘0’

_____ DIAS

NÃO SABE.....998
RECUSOU.....999

***D13. PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR: (VER *D12a)**

DURAÇÃO DE 3 DIAS OU MAIS 1 VÁ PARA *D14
TODAS AS OUTRAS POSSIBILIDADES 2 VÁ PARA
*D87.1

***D14. Houve alguma época na sua vida, que tenha durado um ano ou mais, em que o(a) Sr(a). teve diversas fases que duraram vários dias nas quais se sentia (FRASE-CHAVE)?**

SIM.....1
NÃO5 VÁ PARA *D87.1
NÃO SABE.....8 VÁ PARA *D87.1
RECUSOU.....9 VÁ PARA *D87.1

***D14a.Houve alguma época na sua vida, que tenha durado um ano ou mais, em que quase todos os meses o(a) Sr(a). teve uma fase como essa?**

SIM.....1

NÃO5 VÁ PARA *D87.1
 NÃO SABE.....8 VÁ PARA *D87.1
 RECUSOU.....9 VÁ PARA *D87.1

***D15.** Pense nas fases de vários dias em que (esse problema/esses problemas) com seu estado de ânimo (foi/foram) mais intenso(s) e frequente(s). Nessas fases, geralmente o(a) Sr(a). se sentia (FRASE-CHAVE) durante --- menos de 1 hora por dia, entre 1 e 3 horas, entre 3 e 5 horas ou mais de 5 horas por dia?

MENOS DE 1 HORA1 VÁ PARA *D87.1
 ENTRE 1 E 3 HORAS2
 ENTRE 3 E 5 HORAS3
 MAIS DE 5 HORAS4
 NÃO SABE.....8
 RECUSOU.....9

ENTREVISTADOR: ANOTE A DURAÇÃO **“VÁRIOS DIAS OU MAIS”**
 NO CARTÃO REF, SEÇÃO DEPRESSÃO (LADO UM) E USE-A NO
 RESTANTE DA SEÇÃO.
 TRANSPORTE A DURAÇÃO PARA *D22

VÁ PARA *D17

***D16.** Pense nas fases de duas semanas ou mais em que (esse problema/esses problemas) com seu estado de ânimo (foi/foram) mais intenso(s) e frequente(s). Nessas fases, o(a) Sr(a). geralmente se sentia (FRASE-CHAVE) durante --- menos de 1 hora por dia, entre 1 e 3 horas, entre 3 e 5 horas ou mais de 5 horas por dia?

MENOS DE 1 HORA1 VÁ PARA *D87.1
 ENTRE 1 E 3 HORAS2
 ENTRE 3 E 5 HORAS3
 MAIS DE 5 HORAS4
 NÃO SABE.....8
 RECUSOU.....9

ENTREVISTADOR: ANOTE A DURAÇÃO **“DUAS SEMANAS OU
 MAIS”** NO CARTÃO REF, SEÇÃO DEPRESSÃO (LADO UM) E USE-A
 NO RESTANTE DA SEÇÃO.

***D17.** Durante essas ocasiões, qual foi a intensidade de seu sofrimento emocional --- leve, moderada, intensa, ou muito intensa?

LEVE	1
MODERADA	2
INTENSA	3
MUITO INTENSA	4
NÃO SABE.....	8
RECUSOU.....	9

***D18. Durante essas ocasiões, com que frequência seu sofrimento emocional foi tão intenso que nada conseguia animá-lo(a) --- frequentemente, às vezes, raramente ou nunca?**

FREQUENTEMENTE.....	1
ÀS VEZES	2
RARAMENTE	3
NUNCA.....	4
NÃO SABE.....	8
RECUSOU.....	9

***D19. Durante essas ocasiões, com que frequência seu sofrimento emocional foi tão intenso que o(a) Sr(a). não conseguia realizar suas atividades do dia-a-dia --- frequentemente, às vezes, raramente ou nunca?**

FREQUENTEMENTE.....	1
ÀS VEZES	2
RARAMENTE	3
NUNCA.....	4
NÃO SABE.....	8
RECUSOU.....	9

***D20. PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR: (VER *D17, *D18, *D19)**

*D17 CODIFICADA '1' E *D18 CODIFICADA '4' E *D19 CODIFICADA '4'	1 VÁ PARA *D87.1
TODAS AS OUTRAS POSSIBILIDADES	2

***D21. Pessoas com fases em que se sentem (FRASE-CHAVE) frequentemente têm outros problemas ao mesmo tempo. Por exemplo, podem ter mudanças no sono, apetite, energia, capacidade de concentração e de memória, redução da auto-estima, entre outros. Alguma vez o(a) Sr(a). já teve algum desses problemas durante uma das fases em que se sentiu (FRASE-CHAVE)?**

SIM.....1
 NÃO5 VÁ PARA *D87.1
 NÃO SABE8 VÁ PARA *D87.1
 RECUSOU.....9 VÁ PARA *D87.1

***D22. (LEIA DEVAGAR) Por favor, pense em uma fase ou período em que o(a) Sr(a). tenha se sentido (FRASE-CHAVE) e que tenha durado (DURAÇÃO), quando o(a) Sr(a). também apresentou o maior número desses outros problemas ao mesmo tempo. Há alguma fase como essa que se destaca em sua memória como a pior que o(a) Sr(a). já teve?**

SIM.....1
 NÃO5 VÁ PARA *D22c
 NÃO SABE.....8 VÁ PARA *D22c
 RECUSOU.....9 VÁ PARA *D22c

***D22a. Quantos anos o(a) Sr(a). tinha quando essa pior fase começou?**

_____ ANOS DE IDADE

NÃO SABE998
 RECUSOU999

***D22b.Quanto tempo essa pior fase durou?**

_____ NÚMERO VÁ PARA *D23

CIRCULE A UNID DE TEMPO: DIAS.....1 SEMANAS.....2
 MESES.....3 ANOS.....4

NÃO SABE.....98 VÁ PARA *D23
 RECUSOU.....99 VÁ PARA *D23

***D22c. Pense agora na última vez que teve uma fase em que se sentiu (FRASE-CHAVE). Quantos anos o(a) Sr(a). tinha quando essa última fase ocorreu?**

_____ ANOS

NÃO SABE998
RECUSOU999

***D22d.Quanto tempo essa fase durou?**

_____ **NÚMERO**

CIRCULE A UNID DE TEMPO: DIAS.....1 SEMANAS.....2
MESES.....3 ANOS.....4

NÃO SABE98
RECUSOU99

***D23. Estava acontecendo alguma coisa em sua vida um pouco antes dessa fase começar, que tivesse feito com que ela ocorresse?**

SIM.....1
NÃO5 VÁ PARA *D24
NÃO SABE.....8 VÁ PARA *D24
RECUSOU.....9 VÁ PARA *D24

***D23a.O que estava acontecendo? (ANOTE TODAS AS CAUSAS. SONDE:
Mais alguma coisa?)
(SE NEC: Olhe na página 3 de seu caderno alguns exemplos.)**

**INSTRUÇÃO PARA O ENTREVISTADOR: CIRCULE TODAS AS
CAUSAS MENCIONADAS NOS GRUPOS ABAIXO.**

ESTRESSE

EXCESSO DE TRABALHO1
TENSÃO.....2
MORTE DE ENTE QUERIDO3
SEPARAÇÃO/DIVÓRCIO4
PERDA DE EMPREGO5
ESTRESSE.....6
OUTRA EXPERIÊNCIA ESTRESSANTE7
ESPECIFIQUE: _____

DOENÇAS/LESÕES/CONDIÇÕES FÍSICAS

ESGOTAMENTO10
CICLO MENSTRUAL11
GRAVIDEZ/PÓS-PARTO12
DOENÇA DO CORAÇÃO13
DOENÇA DA TIREÓIDE14
CÂNCER15
EXCESSO DE PESO16
OUTRA DOENÇA, LESÃO OU CONDIÇÃO FÍSICA 17
ESPECIFIQUE: _____

OUTRA

OUTRA.....82
ESPECIFIQUE: _____

NÃO SABE.....98

<p>*D24. (CAD, PG 4. PARA CADA ITEM CONFIRMADO, PEDIR A R PARA ASSINALAR NO CAD.) (LEIA DEVAGAR) Por favor, olhe a página 4 do seu caderno. Ao responder as seguintes perguntas, pense no período de (DURAÇÃO) durante aquela fase em que (sua tristeza/ou/desânimo/ ou/ desinteresse) e outros problemas foram mais intensos e frequentes. Durante esse período, quais dos seguintes problemas o(a) Sr(a). teve <u>a maior parte do dia, quase todos os dias?</u></p>				
<p>PARA CADA ITEM CONFIRMADO, PEDIR A R PARA ASSINALAR NO CAD</p>	<p>SI</p> <p>(1)</p>	<p>NÃO</p> <p>(5)</p>	<p>NS</p> <p>(8)</p>	<p>REC</p> <p>(9)</p>
<p>*D24a. (O Sr/a Sra.) se sentia triste, vazio(a) ou deprimido(a) a maior parte do dia quase todos os dias durante esse período de (DURAÇÃO)?</p>	<p>1</p> <p>CAD</p>	<p>5</p> <p>VÁ PAR A *D24 c</p>	<p>8</p> <p>VÁ PAR A *D24 c</p>	<p>9</p> <p>VÁ PARA *D24c</p>
<p>*D24b. Se sentia tão triste que nada podia animá-lo(a), quase todos os dias?</p>	<p>1</p> <p>CAD</p>	<p>5</p>	<p>8</p>	<p>9</p>
<p>*D24c. Durante esse período de (DURAÇÃO), o(a) Sr(a). se sentia desanimado(a) em relação a como as coisas andavam em sua vida a maior parte do dia quase todos os dias?</p>	<p>1</p> <p>CAD</p>	<p>5</p> <p>VÁ PAR A *D24 e</p>	<p>8</p> <p>VÁ PAR A *D24 e</p>	<p>9</p> <p>VÁ PARA *D24e</p>
<p>*D24d. Se sentia sem esperança quanto ao futuro, quase todos os dias?</p>	<p>1</p> <p>CAD</p>	<p>5</p>	<p>8</p>	<p>9</p>
<p>*D24e. Durante esse período de (DURAÇÃO), o(a) Sr(a). perdeu o interesse em quase todas as coisas, como trabalho, diversão e atividades que o(a) Sr(a). gostava de fazer ?</p>	<p>1</p> <p>CAD</p>	<p>5</p>	<p>8</p>	<p>9</p>

*D24f. Perdeu a capacidade de sentir prazer nas coisas boas que lhe aconteciam?	1 CA D	5	8	9
--	-----------------------	----------	----------	----------

***D25. PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR: (VER *D24a-
*D24f)**

**UMA OU MAIS RESPOSTAS CODIFICADAS '1' 1
TODAS AS OUTRAS POSSIBILIDADES 2 VÁ PARA
*D87.1**

ESCALA DE DEPRESSÃO

*D26. (CAD, PG 4-5. PARA CADA ITEM CONFIRMADO , PEDIR A R PARA ASSINALAR NO CAD)	SIM (1)	NÃO (5)		NS (8)	REC (9)
Ainda olhando na página 4 do seu caderno ...					
*D26a. Durante esse período de (DURAÇÃO), o(a) Sr(a). tinha um apetite muito <u>menor</u> do que o habitual quase todos os dias?	1 VÁ PAR A *D26 e	5		8	9
*D26b. (O Sr/a Sra.) tinha um apetite muito <u>maior</u> do que o habitual quase todos os dias?	1	5		8	9
*D26c. (O Sr/a Sra.) ganhou peso sem que estivesse tentando engordar durante aquele período de (DURAÇÃO)? SE R RELATAR QUE ESTAVA GRÁVIDA OU EM CRESCIMENTO, CODIFIQUE '7' E VÁ PARA *D26g	1	5 VÁ PAR A *D26 e	7 VÁ PAR A *D26 g	8 VÁ PAR A *D26 e	9 VÁ PAR A *D26 e

<p>*D26d. Quanto peso o(a) Sr(a). ganhou?</p> <p>_____ NÚMERO VÁ</p> <p>PARA *26g</p> <p>CIRCULE A UNID DE MASSA:</p> <p>LIBRAS 1</p> <p>VÁ PARA *26g ☒</p> <p>QUILOS 2</p> <p>VÁ PARA *26g</p>			<p>998</p> <p>VÁ</p> <p>PAR</p> <p>A</p> <p>*D26</p> <p>g</p>	<p>999</p> <p>VÁ</p> <p>PAR</p> <p>A</p> <p>*D26</p> <p>g</p>
<p>*D26e. (O Sr/a Sra.) <u>perdeu</u> peso sem que estivesse tentando emagrecer?</p> <p>SE R RELATAR QUE ESTAVA FAZENDO REGIME OU FISICAMENTE DOENTE, CODIFIQUE 'NÃO' E VÁ PARA *D26g</p>	<p>1</p>	<p>5</p> <p>VÁ</p> <p>PAR</p> <p>A</p> <p>*D26</p> <p>g</p>	<p>8</p> <p>VÁ</p> <p>PAR</p> <p>A</p> <p>*D26</p> <p>g</p>	<p>9</p> <p>VÁ</p> <p>PAR</p> <p>A</p> <p>*D26</p> <p>g</p>
<p>*D26f. Quanto peso o(a) Sr(a). perdeu?</p> <p>_____ NÚMERO</p> <p>CIRCULE A UNID DE MASSA:</p> <p>LIBRAS 1</p> <p>QUILOS ☒ 2</p>			<p>998</p>	<p>999</p>
<p>*D26g. Em relação ao sono, quase todas as noites o (Sr/a Sra.) tinha mais dificuldade do que habitualmente para pegar no sono, para continuar dormindo ou passou a acordar cedo demais, durante esse período de (DURAÇÃO)?</p>	<p>1</p> <p>VÁ</p> <p>PAR</p> <p>A</p> <p>*D26i</p>	<p>5</p>	<p>8</p>	<p>9</p>
<p>*D26h. O(A) Sr(a). dormia muito mais do que o habitual quase todas as noites durante esse período de (DURAÇÃO)?</p>	<p>1</p> <p>VÁ</p> <p>PAR</p> <p>A</p> <p>*D26j</p>	<p>5</p>	<p>8</p>	<p>9</p>
<p>*D26i. Mesmo dormindo muito menos do que o habitual, o(a) Sr(a). se sentia alerta e descansado(a) ?</p>	<p>1</p>	<p>5</p>	<p>8</p>	<p>9</p>

--	--	--	--	--

	SIM (1)	NÃO (5)	NS (8)	REC (9)
*D26j. Mesmo que o(a) Sr(a). não estivesse trabalhando muito, se sentia cansado(a) ou com pouca energia quase todos os dias durante esse período de (DURAÇÃO)?	1 VÁ PAR A *D26l	5	8	9
*D26k. Durante esse período de (DURAÇÃO), o(a) Sr(a). tinha muito <u>mais</u> energia do que o habitual quase todos os dias?	1	5	8	9
*D26l. Quase todos os dias, o(a) Sr(a). falava ou se movia mais lentamente do que o habitual?	1	5 VÁ PAR A *D26n	8 VÁ PAR A *D26n	9 VÁ PARA *D26n
*D26m. Alguém mais notou que o(a) Sr(a). estava falando ou se movendo lentamente?	1 VÁ PAR A *D26p	5 VÁ PAR A *D26p	8 VÁ PAR A *D26p	9 VÁ PARA *D26p
*D26n. Durante esse período de (DURAÇÃO), quase todos os dias, o(a) Sr(a). estava tão agitado(a) ou inquieto(a) que ficava andando de um lado para o outro ou não conseguia ficar sentado(a) quieto(a)?	1	5 VÁ PAR A *D26p	8 VÁ PAR A *D26p	9 VÁ PARA *D26p
*D26o. Alguém mais notou que o(a) Sr(a). estava	1	5	8	9

agitado(a)?				
*D26p. Os seus pensamentos estavam muito mais lentos do que o habitual ou lhe pareciam confusos quase todos os dias durante esse período de (DURAÇÃO)?	1 VÁ PAR A *D26 r	5	8	9
*D26q. Os seus pensamentos ficavam pulando de um assunto para outro ou passavam tão rapidamente pela sua cabeça que o(a) Sr(a). não conseguia acompanhá-los?	1	5	8	9
*D26r. Durante esse período de (DURAÇÃO), o(a) Sr(a). tinha muito mais dificuldade para se concentrar do que o habitual quase todos os dias?	1	5	8	9
*D26s. Tinha dificuldades para tomar decisões sobre coisas que geralmente eram fáceis de decidir?	1	5	8	9
*D26t. Durante esse período de (DURAÇÃO), o(a) Sr(a). perdeu a confiança em si mesmo?	1	5	8	9
*D26u. Quase todos os dias, sentia que não era tão bom(boa) quanto as outras pessoas?	1	5 VÁ PAR A *D26 w	8 VÁ PAR A *D26 w	9 VÁ PARA *D26 w
*D26v. Quase todos os dias, sentia-se totalmente sem valor?	1	5	8	9

	SIM (1)	NÃO (5)	NS (8)	REC (9)
*D26w. Durante esse período de (DURAÇÃO), o(a) Sr(a). tinha sentimentos de muita culpa quase todos os dias?	1 VÁ PAR A *D26x	5	8	9
*D26w.1. Quase todos os dias, o(a) Sr(a). se sentia muito mais culpado(a) do que deveria?	1	5	8	9
*D26x. Sentia-se irritado(a), implicante ou mal-humorado(a) quase todos os dias?	1	5	8	9
*D26y. Sentia-se nervoso(a) ou ansioso(a) na maioria dos dias?	1	5	8	9
*D26z. Durante esse período de (DURAÇÃO), o(a) Sr(a). teve algum ataque repentino de medo intenso ou pânico?	1	5	8	9
*D26aa. Pensava muito na morte, seja na sua própria, na de outra pessoa, ou sobre a morte em geral?	1	5	8	9
*D26bb. Durante esse período, alguma vez pensou que seria melhor se o(a) Sr(a). estivesse morto(a)?	1	5	8	9
*D26cc. (O Sr/a Sra.) pensou em cometer suicídio?	1	5 VÁ PAR A *D26 ff	8 VÁ PAR A *D26 ff	9 VÁ PAR A *D26 ff
*D26dd. (O Sr/a Sra.) chegou a planejar suicídio?	1	5	8	9
*D26ee. (O Sr/a Sra.) tentou suicídio?	1	5	8	9
*D26ff. Durante esse período de (DURAÇÃO), o(a) Sr(a). sentia que não podia arcar com as suas responsabilidades do dia a dia?	1	5	8	9
*D26gg. Preferia ficar sozinho (a) do que com	1	5	8	9

amigos ou parentes?				
*D26hh. Estava menos falante do que o habitual?	1	5	8	9
*D26ii. Chorava com frequência?	1	5	8	9
#d26.1. O(A) Sr(a). trocava o dia pela noite porque não conseguia dormir, ficando muito ativo e disposto durante a noite e sentindo-se incapaz de funcionar de manhã?	1	5	8	9
#d26.2. Quantas horas, em média, o(a) Sr(a). dormia por noite? _____ HORAS			8	9

***D27. PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR: (VER *D24 A *D26ii)**

***D87.1** ZERO OU UMA RESPOSTA CODIFICADAS '1'1 VÁ PARA
***D28** DUAS A QUATRO RESPOSTAS CODIFICADAS '1'...2 VÁ PARA
***D28** CINCO OU MAIS RESPOSTAS CODIFICADAS '1'3

***D27a.INSTRUÇÃO PARA O ENTREVISTADOR: CIRCULE A LETRA 'A' NO GRUPO LONGO/CURTO DO CARTÃO REF (LADO DOIS). VÁ PARA *D28**

***D28. O(A) Sr(a). mencionou ter alguns desses problemas que acabei de perguntar. Quanto (sua tristeza/ou/desânimo/ou/ desinteresse) e estes outros problemas interferiram em seu trabalho, na sua vida social ou em seus relacionamentos pessoais durante essa fase --- nada, um pouco, moderadamente, muito ou extremamente?**

NADA.....1 VÁ PARA *D29
UM POUCO.....2
MODERADAMENTE.....3
MUITO4
EXTREMAMENTE5
NÃO SABE.....8
RECUSOU9

FREQUENTEMENTE	1
ÀS VEZES	2
RARAMENTE	3
NUNCA	4
NÃO SABE	8
RECUSOU	9

NÚMERO

NÃO SABE 998
RECUSOU 999

**0 ANOS
ATUAL**

***D29a. Episódios como esse às vezes ocorrem como resultado de causas físicas, como uma doença, lesão ou o uso de medicamentos, drogas ou álcool. O(A) Sr(a). acha que os seus episódios de (tristeza/ou/ desânimo/ou/ desinteresse) alguma vez ocorreram como resultado de alguma causa física?**

189

NÃO SABE8 VÁ PARA *D29d
RECUSOU9 VÁ PARA *D29d

***D29b.** O(A) Sr(a). acha que os seus episódios foram sempre resultantes de causas físicas?

SIM1
NÃO5
NÃO SABE8
RECUSOU9

***D29c.** Descreva, brevemente, quais eram as causas físicas?

***D29.d.** PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR: (VER *D29)

***D29 É IGUAL A ‘1’**1 VÁ PARA *D37d
TODAS AS OUTRAS POSSIBILIDADES2

***D37.** Pense na primeira vez em sua vida em que teve um episódio que tenha durado (DURAÇÃO), quando na maior parte do dia, quase todos os dias, se sentiu (FRASE-CHAVE) e também teve alguns dos outros problemas que acabamos de revisar. (O Sr/a Sra.) se lembra da sua idade exata?

SIM.....1
NÃO5 VÁ PARA *D37b
NÃO SABE8 VÁ PARA *D37b
RECUSOU.....9 VÁ PARA *D37b

***D37a.**(SE NEC: Quantos anos o(a) Sr(a). tinha?)

_____ ANOS VÁ PARA *D37c

NÃO SABE998
RECUSOU999

***D37b.** Aproximadamente, quantos anos o(a) Sr(a). tinha na primeira vez em que teve um episódio como esse?

SE “TODA A MINHA VIDA” OU “DESDE QUE ME LEMBRO”,
SONDE: Foi antes de o(a) Sr(a). começar a estudar?

SE A RESPOSTA NÃO FOR “SIM”, SONDE: Foi antes da sua adolescência?

_____ ANOS

ANTES DE COMEÇAR A ESTUDAR 4
ANTES DA ADOLESCÊNCIA.....12
NÃO ANTES DA ADOLESCÊNCIA..13
NÃO SABE.....998
RECUSOU.....999

***D37c. Quanto tempo durou esse primeiro episódio?**

_____ NÚMERO

CIRCULE A UNID DE TEMPO: DIAS.....1 SEMANAS.....2
MESES.....3 ANOS.....4

NÃO SABE..... 998
RECUSOU..... 999

***D37d. Episódios em que uma pessoa se sente (FRASE-CHAVE)**
algumas vezes ocorrem sem nenhuma causa e, outras vezes, ocorrem
após a morte de uma pessoa próxima, ou em resposta a uma
experiência estressante. Como foi (o seu/a primeira vez que o(a)
Sr(a). teve um) episódio desse tipo --- começou sem motivo, após a
morte de uma pessoa próxima ou em resposta a alguma experiência
estressante que tinha acontecido com o(a) Sr(a).?

SEM CAUSA1
MORTE DE UMA PESSOA PRÓXIMA.....2
RESPOSTA AO ESTRESSE3
NÃO SABE8
RECUSOU9

***D37e. PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR: (VER**
***D29)**

***D29 IGUAL A '1-3'1 VÁ PARA *D37g**
TODAS AS OUTRAS POSSIBILIDADES2

***D37f. Como acabamos de mencionar, episódios em que uma pessoa se**
sente (FRASE-CHAVE) algumas vezes ocorrem sem nenhuma causa
e outras vezes ocorrem após a morte de uma pessoa próxima, ou em

resposta a uma experiência estressante. Considerando todos os episódios que o(a) Sr(a). já teve na vida, aproximadamente ...

***D37f.1. ... quantos começaram sem motivo?**

_____ **NÚMERO – SEM MOTIVO**

NÃO SABE998

RECUSOU999

***D37f.2. ... quantos ocorreram em resposta a alguma experiência estressante que tivesse acontecido com o(a) Sr(a).?**

_____ **NÚMERO - EM RESPOSTA AO ESTRESSE**

NÃO SABE998

RECUSOU999

***D37f.3. ... quantos ocorreram após a morte de uma pessoa próxima?**

_____ **NÚMERO – APÓS A MORTE DE UMA PESSOA PRÓXIMA**

NÃO SABE998

RECUSOU999

#d37f.4. ... quantos ocorreram como resultado de causas físicas?

_____ **NÚMERO – COMO RESULTADO DE CAUSAS FÍSICAS**

NÃO SABE998

RECUSOU999

***D37g. PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR: (VER
*D29)**

***D29 CODIFICADA '1'1 VÁ PARA *D38
TODAS AS OUTRAS POSSIBILIDADES 2**

***D37h. O(A) Sr(a). já me contou sobre o seu
primeiro episódio depressivo. Aproximadamente, quanto tempo
passou entre (LEIA DEVAGAR) o fim do primeiro episódio e o
início do segundo?**

_____ NÚMERO

**CIRCLE A UNID DE TEMPO: DIAS.....1 SEMANAS.....2
MESES.....3 ANOS.....4**

NÃO SABE98

RECUSOU99

***D37i. Quanto tempo durou o segundo episódio depressivo?**

_____ NÚMERO

**CIRCLE A UNID DE TEMPO: DIAS.....1 SEMANAS.....2
MESES.....3 ANOS.....4**

NÃO SABE98

RECUSOU99

***D37k. O segundo episódio começou sem nenhuma causa, ocorreu após a morte de uma pessoa próxima, ocorreu em resposta a alguma experiência estressante que tinha acontecido com o(a) Sr(a)., ou ocorreu como resultado de causas físicas, como uma doença, lesão ou o uso de medicamentos, drogas ou álcool?**

**SEM CAUSA1
MORTE DE UMA PESSOA PRÓXIMA.....2
RESPOSTA AO ESTRESSE3
CAUSAS FÍSICAS.....4
NÃO SABE8
RECUSOU9**

***D37l. PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR: (VER *D29)**

***D29 IGUAL A '2'1 VÁ PARA *D38
TODAS AS OUTRAS POSSIBILIDADES 2**

***D37m. Aproximadamente, quanto tempo passou (LEIA DEVAGAR) entre o fim do segundo episódio e o início do terceiro?**

_____ NÚMERO

**CIRCLE A UNID DE TEMPO: DIAS.....1 SEMANAS.....2
MESES.....3 ANOS.....4**

NÃO SABE98

RECUSOU99

***D37n. Quanto tempo durou o terceiro episódio depressivo?**

_____ NÚMERO

CIRCULE A UNID DE TEMPO: DIAS.....1 SEMANAS.....2
MESES.....3 ANOS.....4

NÃO SABE..... 98
RECUSOU..... 99

***D37p. O terceiro episódio começou sem nenhuma causa, ocorreu após a morte de uma pessoa próxima, ocorreu em resposta a alguma experiência estressante que tinha acontecido com o(a) Sr(a)., ou ocorreu como resultado de causas físicas, como uma doença, lesão ou o uso de medicamentos, drogas ou álcool?**

SEM CAUSA1
MORTE DE UMA PESSOA PRÓXIMA.....2
RESPOSTA AO ESTRESSE3
CAUSAS FÍSICAS.....4
NÃO SABE8
RECUSOU9

***D38. O(A) Sr(a). teve algum episódio em que se sentiu (FRASE-CHAVE), que tenha durado (DURAÇÃO) nos últimos 12 meses?**

SIM.....1 VÁ PARA *D38a
NÃO5
NÃO SABE.....8
RECUSOU9

***D38.1. PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR: (VER *D29)**

***D29 IGUAL A '1- 3'1 VÁ PARA *D72**
TODAS AS OUTRAS POSSIBILIDADES2 VÁ PARA *D38c

***D38a. Quando foi a última vez em que teve um episódio desse tipo --- nos últimos 30 dias, de dois a seis meses atrás ou há mais de seis meses?**

ÚLTIMOS 30 DIAS.....1
2 A 6 MESES ATRÁS2

MAIS DE 6 MESES.....3
NÃO SABE.....8
RECUSOU.....9

***D38a.1.** Lembre-se que a palavra “episódio” quer dizer [LEIA DEVAGAR] um período que tenha durado (DURAÇÃO) em que quase todos os dias, o(a) Sr(a). se sentiu (FRASE-CHAVE) e também teve esses outros problemas de que falamos. O episódio termina quando o(a) Sr(a). não sente mais nada disso por duas semanas seguidas. Considerando essa definição, quantos episódios diferentes o(a) Sr(a). teve nos últimos 12 meses?

_____NÚMERO

NÃO SABE998
RECUSOU999

***D38a.2. PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR: (VER *D38a.1)**

***D38a.1 IGUAL A ‘1’1**
TODAS AS OUTRAS POSSIBILIDADES 2 VÁ PARA
***D38a.7**

***D38a.3. Em que mês esse episódio começou?**

_____/_____
MÊS / ANO

NÃO SABE.....998
RECUSOU.....999

***D38a.5. PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR: (VER *D38a)**

***D38a CODIFICADA ‘1’1**
TODAS AS OUTRAS POSSIBILIDADES 2 VÁ PARA
***D38b**

***D38a.6. Esse episódio já terminou ou ainda está acontecendo?**

TERMINOU1 VÁ PARA *D38b

ACONTECENDO5 VÁ PARA *D38b
NÃO SABE8 VÁ PARA *D38b
RECUSOU9 VÁ PARA *D38b

***D38a.7. Quanto tempo durou o primeiro desses (NÚMERO DA *D38a.1) episódios?**

_____NÚMERO

**CIRCULE A UNID DE TEMPO: DIAS.....1 SEMANAS.....2
MESES.....3 ANOS.....4**

**NÃO SABE.....998
RECUSOU.....999**

***D38a.8. PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR: (VER *D38a)**

***D38a CODIFICADA '1'1
TODAS AS OUTRAS POSSIBILIDADES 2 VÁ PARA
*D38b**

***D38a.9. O último episódio já terminou ou ainda está acontecendo?**

**TERMINOU1
ACONTECENDO5
NÃO SABE8
RECUSOU9**

***D38b.....Considerando os últimos 12 meses, em quantos dos 365 dias, o(a) Sr(a). esteve em um episódio depressivo?**

_____DIAS

**NÃO SABE.....998
RECUSOU.....999**

***D38.b.1. PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR: (VER *D29)**

***D29 IGUAL A '1- 3'1 VÁ PARA *D62.2
TODAS AS OUTRAS POSSIBILIDADES 2 VÁ PARA
*D39**

***D38c. Quantos anos o(a) Sr(a). tinha na última vez em que esteve em um episódio depressivo?**

_____ ANOS

NÃO SABE.....998

RECUSOU.....999

***D39. Quanto tempo durou o episódio mais longo que o(a) Sr(a). já teve quando estava (FRASE-CHAVE) e também tinha esses outros problemas de que falamos durante a maior parte do dia, quase todos os dias?**

_____ NÚMERO

CIRCLE A UNID DE TEMPO: DIAS.....1 SEMANAS.....2

MESES.....3 ANOS.....4

NÃO SABE.....998

RECUSOU.....999

***D40. PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR: (VER *D39)**

EPISÓDIO MAIS LONGO DUROU MENOS QUE 14 DIAS 1

**.....TODAS AS
OUTRAS POSSIBILIDADES2 VÁ PARA *D54**

***D41. Houve alguma época na sua vida, que tenha durado um ano inteiro ou mais, em que o(a) Sr(a). teve episódios em que se sentia (FRASE-CHAVE) por vários dias ou mais, quase todos os meses?**

.....SIM 1

.....NÃO5

.....VÁ PARA *D54

.....NÃO SABE.....8

.....VÁ PARA *D54

RECUSOU.....9 VÁ PARA *D54

***D42. Quantos anos o(a) Sr(a). tinha na primeira vez em que teve um ano como esse, em que teve um episódio quase todos os meses?**

_____ ANOS

NÃO SABE.....998

RECUSOU.....999

***D42.1. Quantos desses episódios foram desencadeados por alguma experiência estressante? --- todos, a maior parte, alguns, ou nenhum?**

TODOS1

A MAIOR PARTE2

ALGUNS3

NENHUM.....4

NÃO SABE.....8

RECUSOU.....9

***D43. Em quantos anos diferentes de sua vida o(a) Sr(a). teve um episódio em que se sentia (FRASE-CHAVE) quase todos os meses?**

_____ ANOS

NÃO SABE.....998

RECUSOU.....999

***D44. PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR: (VER *D43)**

*D43 IGUAL A '1'.....1 VÁ PARA
*D46
TODAS AS OUTRAS POSSIBILIDADES2

***D45. Qual é o maior número de anos seguidos nos quais o(a) Sr(a). teve um episódio em que se sentia (FRASE-CHAVE) quase todos os meses?**

_____ ANOS

NÃO SABE.....998

RECUSOU.....999

***D46. (O Sr/a Sra.) já teve alguma vez um período que tenha durado um ano inteiro ou mais, em que esteve em um episódio na maior parte dos dias?**

SIM.....1

NÃO5 VÁ PARA *D54

NÃO SABE.....8 VÁ PARA *D54

RECUSOU9 VÁ PARA *D54

***D47. E quantos anos o(a) Sr(a). tinha na primeira vez em que teve um ano como esse (quando esteve em um episódio na maior parte dos dias)?**

_____ ANOS DE IDADE

NÃO SABE.....998

RECUSOU.....999

***D48. Em quantos anos diferentes de sua vida o(a) Sr(a). esteve em um episódio em que se sentiu (FRASE-CHAVE) na maior parte dos dias?**

_____ ANOS

NÃO SABE.....998

RECUSOU.....999

***D49. PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR: (VER *D48)**

..... *D48 IGUAL A '1'
.....1 VÁ PARA
***D54**

..... TODAS AS
OUTRAS POSSIBILIDADES.....2

***D50. Qual é o maior número de anos seguidos em que o(a) Sr(a). esteve um episódio depressivo na maior parte dos dias?**

_____ ANOS VÁ PARA *D62.1

NÃO SABE.....998 VÁ PARA *D62.1

RECUSOU.....999 VÁ PARA *D62.1

***D54. Em quantos anos diferentes de sua vida o(a) Sr(a). teve pelo menos um episódio depressivo?**

_____ ANOS

NÃO SABE.....998

RECUSOU.....999

***D55. PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR: (VER *D54)**

***D54 IGUAL A '1'.....1 VÁ PARA *D62.1**
TODAS AS OUTRAS POSSIBILIDADES2

***D56. Qual é o maior número de anos seguidos nos quais o(a) Sr(a). teve pelo menos um episódio por ano?**

_____ ANOS

NÃO SABE.....998

RECUSOU.....999

***D57. PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR: (VER *D39)**

***D39 IGUAL A '12 MESES OU MAIS'1 VÁ PARA *D59**

.....TODAS AS
OUTRAS POSSIBILIDADES2

***D58. (O Sr/a Sra.) já teve alguma vez um período que tenha durado um ano inteiro ou mais em que esteve em um episódio na maior parte dos dias?**

SIM.....1

NÃO5 VÁ PARA *D62.1

NÃO SABE.....8 VÁ PARA *D62.1

RECUSOU9 VÁ PARA *D62.1

***D59. Em cerca de quantos anos de sua vida o(a) Sr(a). esteve em um episódio na maior parte dos dias?**

_____ ANOS

NÃO SABE.....998

RECUSOU.....999

***D59a.** E quantos anos o(a) Sr(a). tinha na primeira vez em que teve um ano como esse (quando esteve em um episódio depressivo na maior parte dos dias)?

_____ANOS

NÃO SABE.....998

RECUSOU.....999

***D60. PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR: (VER *D59)**

***D59 IGUAL A '1'.....1 VÁ PARA *D62.1**
TODAS AS OUTRAS POSSIBILIDADES 2

***D61. Qual é o maior número de anos seguidos em que o(a) Sr(a). esteve em um episódio depressivo na maior parte dos dias?**

_____ANOS

NÃO SABE.....998

RECUSOU.....999

***D62.1. PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR: (VER *D38)**

***D38 CODIFICADA '1'.....1**
TODAS AS OUTRAS POSSIBILIDADES2 VÁ PARA *D72

***D62.2. PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR**

R SABE LER1
TODAS AS OUTRAS POSSIBILIDADES2 VÁ PARA *D64

***D62.3.** (CAD, PG 6-8) Por favor, olhe as páginas 6, 7 e 8 de seu caderno. Para responder as próximas perguntas, pense no período de (DURAÇÃO) durante os últimos 12 meses quando (sua tristeza/ou/ seu desânimo/ou/ seu desinteresse) foi mais intensa(o) e frequente. Por favor, leia cada uma das 14 séries de frases nas páginas 6 a 8 do seu caderno e circule a resposta em cada uma delas que melhor descreve como o(a) Sr(a). estava passando (naqueles/naquelas DURAÇÃO). Ao terminar cada série, por favor me diga o número da frase que assinalou.

VÁ PARA *D64a

***D64.** (CAD, PG 6-8) Por favor, olhe as páginas 6, 7 e 8 de seu caderno. Para responder as próximas perguntas, pense no período de (DURAÇÃO) durante os últimos 12 meses quando (sua tristeza/ou/ seu desânimo/ou/ seu desinteresse) foi mais intensa(o) e frequente. Vou ler 14 séries de frases. Por favor, escolha a frase em cada série que melhor descreve como o(a) Sr(a). estava passando durante aqueles(as) (DURAÇÃO) piores.

***D64a.**A primeira série se refere a dificuldades para dormir:

Um: O(A) Sr(a). demorava menos de 30 minutos para pegar no sono.

Dois O(A) Sr(a). demorava no mínimo 30 minutos para pegar no sono, menos do que a metade das noites.

Três: O(A) Sr(a). demorava no mínimo 30 minutos para pegar no sono, mais do que a metade das noites.

Quatro: O(A) Sr(a). demorava mais de 60 minutos para pegar no sono, mais do que a metade das noites.

(SE NEC: Qual dessas quatro frases melhor representa o que ocorreu com o(a) Sr(a). durante esses(as) (DURAÇÃO) piores, em que se sentiu (FRASE-CHAVE) nos últimos 12 meses?)

_____ NÚMERO DA FRASE

NÃO SABE.....998
RECUSOU.....999

***D64b. A próxima série se refere a acordar durante a noite:**

Um: O(A) Sr(a). não acordava durante a noite.

Dois: O(A) Sr(a). tinha um sono inquieto, leve, com alguns breves despertares a cada noite.

Três: O(A) Sr(a). acordava no mínimo uma vez durante a noite, mas voltava a dormir facilmente.

Quatro: O(A) Sr(a). acordava mais de uma vez durante a noite e ficava acordado(a) por 20 minutos ou mais, e isso ocorria em mais do que a metade das noites.

(SE NEC: Qual dessas quatro frases melhor representa o que ocorreu com o(a) Sr(a). durante esses(as) (DURAÇÃO) piores, em que se sentiu (FRASE-CHAVE) nos últimos 12 meses?)

_____ **NÚMERO DA FRASE**

NÃO SABE.....998
RECUSOU.....999

***D64c. A próxima série se refere a acordar cedo demais de manhã:**

Um: Na maior parte dos dias, o(a) Sr(a). acordava no máximo 30 minutos antes do que precisava.

Dois: Em mais da metade dos dias, o(a) Sr(a). acordava mais de 30 minutos antes do que precisava.

Três: Quase sempre o(a) Sr(a). acordava no mínimo cerca de uma hora antes do que precisava, mas às vezes voltava a dormir.

Quatro: O(A) Sr(a). acordava no mínimo uma hora antes do que precisava e não conseguia voltar a dormir.

(SE NEC: Qual dessas quatro frases melhor representa o que ocorreu com o(a) Sr(a). durante esses(as) (DURAÇÃO) piores, em que se sentiu (FRASE-CHAVE) nos últimos 12 meses?)

_____ NÚMERO DA FRASE

NÃO SABE.....998

RECUSOU.....999

***D64d.** A próxima série se refere à quantidade de sono que o(a) Sr(a). tinha a cada noite:

Um: O(A) Sr(a). dormia no máximo 7 a 8 horas por noite, sem cochilar durante o dia.

Dois: O(A) Sr(a). dormia no máximo 10 horas em um período de 24 horas, incluindo cochilos.

Três: O(A) Sr(a). dormia no máximo 12 horas em um período de 24 horas, incluindo cochilos.

Quatro: O(A) Sr(a). dormia mais de 12 horas em um período de 24 horas, incluindo cochilos.

(SE NEC: Qual dessas quatro frases melhor representa o que ocorreu com o(a) Sr(a). durante esses(as) (DURAÇÃO) piores, em que se sentiu (FRASE-CHAVE) nos últimos 12 meses?)

_____ NÚMERO DA FRASE

NÃO SABE.....998

RECUSOU.....999

#d64dd. Quantas horas, em média, o(a) Sr(a). dormia por noite?
_____ HORAS

***D64e.**A próxima série se refere a sentimentos de tristeza:

Um: O(A) Sr(a). não se sentia triste.

Dois: O(A) Sr(a). se sentia triste menos da metade do tempo.

Três: O(A) Sr(a). se sentia triste mais da metade do tempo.

Quatro: O(A) Sr(a). se sentia triste quase o tempo todo.

(SE NEC: Qual dessas quatro frases melhor representa o que ocorreu com o(a) Sr(a). durante esses(as) (DURAÇÃO) piores, em que se sentiu (FRASE-CHAVE) nos últimos 12 meses?)

_____ **NÚMERO DA FRASE**

NÃO SABE.....998

RECUSOU.....999

***D64f. A próxima série se refere a sua capacidade de concentração e de tomar decisões:**

Um: Não houve mudança na sua capacidade habitual de se concentrar ou de tomar decisões.

Dois: Às vezes o(a) Sr(a). se sentia indeciso(a) ou achava que sua atenção se dispersava.

Três: Na maior parte do tempo, o(a) Sr(a). tinha que se esforçar para manter sua atenção ou tomar decisões.

Quatro: O(A) Sr(a). não conseguia se concentrar o suficiente para ler ou não conseguia tomar decisões, mesmo que fossem pouco importantes.

(SE NEC: Qual dessas quatro frases melhor representa o que ocorreu com o(a) Sr(a). durante esses(as) (DURAÇÃO) piores, em que se sentiu (FRASE-CHAVE) nos últimos 12 meses?)

_____ **NÚMERO DA FRASE**

NÃO SABE.....998

RECUSOU.....999

***D64g. A próxima série se refere a sentir-se “por baixo”:**

Um: O(A) Sr(a). se sentia com tanto valor e mérito quanto as outras pessoas.

Dois: O(A) Sr(a). se censurava mais do que habitualmente.

Três: O(A) Sr(a). acreditava que causava problemas aos outros.

Quatro: O(A) Sr(a). pensava com frequência em grandes e pequenos defeitos em si mesmo(a).

(SE NEC: Qual dessas quatro frases melhor representa o que ocorreu com o(a) Sr(a). durante esses(as) (DURAÇÃO) piores, em que se sentiu (FRASE-CHAVE) nos últimos 12 meses?)

_____ **NÚMERO DA FRASE**

NÃO SABE.....998

RECUSOU.....999

***D64h. A próxima série se refere ao interesse em suas atividades do dia-a-dia:**

Um: Não houve mudança quanto ao seu interesse em outras pessoas ou atividades.

Dois: O(A) Sr(a). notou que estava menos interessado em pessoas ou atividades.

Três: O(A) Sr(a). notou que tinha interesse somente em uma ou duas das atividades que antes realizava.

Quatro: O(A) Sr(a). não tinha praticamente nenhum interesse nas atividades que antes realizava.

(SE NEC: Qual dessas quatro frases melhor representa o que ocorreu com o(a) Sr(a). durante esses(as) (DURAÇÃO) piores, em que se sentiu (FRASE-CHAVE) nos últimos 12 meses?)

_____ NÚMERO DA FRASE

NÃO SABE.....998

RECUSOU.....999

***D64i. A próxima série se refere a sua energia:**

Um: Não houve mudança no seu nível habitual de atividade.

Dois: O(A) Sr(a). ficava cansado(a) mais facilmente do que o habitual.

Três: O(A) Sr(a). tinha que fazer um grande esforço para começar ou concluir suas atividades do dia-a-dia (por exemplo, fazer compras, deveres de casa, cozinhar ou ir trabalhar).

Quatro: O(A) Sr(a). realmente não conseguia realizar a maior parte de suas atividades do dia-a-dia porque simplesmente não tinha energia.

(SE NEC: Qual dessas quatro frases melhor representa o que ocorreu com o(a) Sr(a). durante esses(as) (DURAÇÃO) piores, em que se sentiu (FRASE-CHAVE) nos últimos 12 meses?)

_____ NÚMERO DA FRASE

NÃO SABE.....998

RECUSOU.....999

***D64j. A próxima série se refere a mudanças no seu apetite:**

Um: Não houve mudanças no seu apetite habitual.

Dois: Às vezes, o(a) Sr(a). comia com menor frequência ou em menor quantidade do que o habitual.

Três: O(A) Sr(a). comia muito menos do que o habitual, necessitando esforçar-se para comer.

Quatro: O(A) Sr(a). raramente comia em um período de 24 h., e só o fazia com um imenso esforço pessoal ou quando alguém o(a) convencia a comer.

Cinco: O(A) Sr(a). sentia a necessidade de comer com maior frequência do que o habitual.

Seis: Regularmente, o(a) Sr(a). comia com maior frequência ou em maior quantidade do que o habitual.

Sete: O(A) Sr(a). sentia impulsos para comer demais, tanto nas refeições, quanto entre elas.

(SE NEC: Qual dessas sete frases melhor representa o que ocorreu com o(a) Sr(a). durante esses(as) (DURAÇÃO) piores, em que se sentiu (FRASE-CHAVE) nos últimos 12 meses?)

_____ **NÚMERO DA FRASE**

NÃO SABE.....998

RECUSOU.....999

***D64k. A próxima série se refere a mudanças no seu peso:**

Um: O(A) Sr(a). não teve mudança no seu peso.

Dois: Acha que perdeu um pouco de peso.

Três: Perdeu 1 kg ou mais.

Quatro: Perdeu 2,5 kg ou mais.

Cinco: Acha que ganhou um pouco de peso.

Seis: Ganhou 1 kg ou mais.

Sete: Ganhou 2,5 kg ou mais.

(SE NEC: Qual dessas sete frases melhor representa o que ocorreu com o(a) Sr(a). durante esses(as) (DURAÇÃO) piores, em que se sentiu (FRASE-CHAVE) nos últimos 12 meses?)

_____ **NÚMERO DA FRASE**

NÃO SABE.....998
RECUSOU.....999

***D64l. A próxima série se refere a pensamentos de morte ou suicídio:**

Um: O(A) Sr(a). não pensava em morte ou suicídio.
Dois: Sentia que a vida era vazia ou se perguntava se valia a pena viver.
Três: Pensava em suicídio ou morte diversas vezes por semana durante vários minutos.
Quatro: Pensava detalhadamente em suicídio ou morte diversas vezes por dia, ou fez planos específicos para suicidar-se, ou, realmente, tentou tirar sua própria vida.

(SE NEC: Qual dessas quatro frases melhor representa o que ocorreu com o(a) Sr(a). durante esses(as) (DURAÇÃO) piores, em que se sentiu (FRASE-CHAVE) nos últimos 12 meses?)

_____ **NÚMERO DA FRASE**

NÃO SABE.....998
RECUSOU.....999

***D64m. A próxima série se refere a sentir-se lento(a):**

Um: O(A) Sr(a). pensava, falava e se movimentava na sua velocidade habitual.
Dois: Percebia que o seu pensamento estava mais lento ou sua voz soava fraca ou monótona.
Três: Necessitava de vários segundos para responder a maioria das questões e o(a) Sr(a). tem certeza de que o seu pensamento estava lento.
Quatro: Frequentemente, o(a) Sr(a). era incapaz de responder a perguntas, necessitando esforço extremo.

(SE NEC: Qual dessas quatro frases melhor representa o que ocorreu com o(a) Sr(a). durante esses(as) (DURAÇÃO) piores, em que se sentiu (FRASE-CHAVE) nos últimos 12 meses?)

_____ NÚMERO DA FRASE

NÃO SABE.....998

RECUSOU.....999

***D64n.** A última série se refere a sentir-se inquieto(a):

Um: O(A) Sr(a). não se sentia inquieto(a).

Dois: Frequentemente o(a) Sr(a). estava agitado(a), apertando as mãos ou mudando de posição.

Três: O(A) Sr(a). tinha impulsos de se movimentar e estava bastante inquieto(a).

Quatro: Às vezes, o(a) Sr(a). era incapaz de ficar sentado(a), e necessitava se movimentar continuamente.

(SE NEC: Qual dessas quatro frases melhor representa o que ocorreu com o(a) Sr(a). durante esses(as) (DURAÇÃO) piores, em que se sentiu (FRASE-CHAVE) nos últimos 12 meses?)

_____ NÚMERO DA FRASE

NÃO SABE.....998

RECUSOU.....999

***D66.** (CAD, PG 9) Nos últimos 12 meses, pense no período que durou um mês ou mais em que (sua tristeza/ou/ seu desânimo/ou/ seu desinteresse) foi mais intensa(o). Usando a escala de 0 a 10 da página 9 de seu caderno, onde 0 significa nenhuma interferência e 10 significa interferência muito intensa, que número descreve o quanto (sua tristeza/ou/ seu desânimo/ou/ seu desinteresse) interferiu em cada uma das seguintes atividades durante esse pior período?

(SE NEC: Até que ponto (sua tristeza/ou/ seu desânimo/ou/ seu desinteresse) interferiu em (ATIVIDADE) durante esse período?)

(SE NEC: O(A) Sr(a). pode usar qualquer número entre 0 e 10 para responder.)

NÚMERO
(0 a 10)

***D66a. Seus afazeres domésticos, como limpeza, compras e tarefas da casa?**

NÃO SE APLICA
.....9
7
NÃO SABE
.....9
8
RECUSOU
.....9
9

***D66b. Sua capacidade de trabalhar?**

NÃO SE APLICA
.....9
7
NÃO SABE
.....9
8
RECUSOU
.....9
9

***D66c. Sua capacidade de estabelecer e manter**

_____ relacionamentos próximos com outras pessoas?

NÃO SE APLICA
.....9
7

NÃO SABE
.....9
8
RECUSOU
.....9
9

*D66d. Sua vida social? _____

NÃO SE APLICA
.....9
7
NÃO SABE
.....9
8
RECUSOU
.....9
9

***D67. PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR: (VER *D66a - *D66d)**

TODAS AS RESPOSTAS CODIFICADAS '0' OU '97' .1 VÁ PARA
*D72
TODAS AS OUTRAS POSSIBILIDADES2

***D68. Nos últimos 12 meses, aproximadamente quantos dias o(a) Sr(a). esteve totalmente incapaz de trabalhar ou fazer suas atividades habituais por causa de (sua tristeza/ou/ seu desânimo/ou/ seu desinteresse)?**

(SE NEC: O(A) Sr(a). pode usar qualquer número entre 0 e 365 para responder.)

_____ NÚMERO DE DIAS

NÃO SABE 998

RECUSOU 999

***D72. Alguma vez na vida, o(a) Sr(a). já conversou com um médico ou outro profissional sobre (sua tristeza/ou/ desânimo/ou/ desinteresse)? (Por outro profissional queremos dizer psicólogos, orientadores, conselheiros**

espirituais, herbalistas/fitoterapeutas, acupunturistas ou curandeiros como benzedeira, pai de santo.)

SIM.....1
NÃO5 VÁ PARA *D87.1
NÃO SABE.....8 VÁ PARA *D87.1
RECUSOU9 VÁ PARA *D87.1

***D72a. Quantos anos o(a) Sr(a). tinha na primeira vez [que conversou com um profissional sobre (sua tristeza/ou/desânimo/ou/ desinteresse)]?**

_____ ANOS

NÃO SABE998
RECUSOU999

#d72.1 Que tratamento o(a) Sr(a). recebeu nessa primeira vez?

SE INF “Tomei remédio”: #d72.1.1. ESPECIFIQUE

QUAL:_____

***D84. Alguma vez o(a) Sr(a). recebeu tratamento para (sua tristeza/ou/desânimo/ou/ desinteresse) que considerou proveitoso ou eficaz?**

SIM.....1
NÃO5 VÁ PARA *D84c
NÃO SABE.....8 VÁ PARA *D84c
RECUSOU.....9 VÁ PARA *D84c

***D84a.Quantos anos o(a) Sr(a). tinha na primeira vez em que recebeu tratamento eficaz?**

_____ ANOS

NÃO SABE998
RECUSOU999

#d84.1 Que tratamento foi esse?

(SE INF: “Tomei remédio”: #d84.1.1 ESPECIFIQUE QUAL:

_____)

***D84b. Com quantos profissionais o(a) Sr(a). chegou a conversar sobre (sua tristeza/ou/ desânimo/ou/ desinteresse), antes de receber tratamento eficaz pela primeira vez?**

(_____ NÚMERO DE PROFISSIONAIS + 1) = _____ VÁ PARA *D86

NÃO SABE98 VÁ PARA *D86
RECUSOU99 VÁ PARA *D86

***D84c. Com quantos profissionais ao todo o(a) Sr(a). já conversou sobre (sua tristeza/ou/desânimo/ou/ desinteresse)?**

_____ NÚMERO DE PROFISSIONAIS

NÃO SABE.....98
RECUSOU.....99

***D86. (O Sr/a Sra.) recebeu tratamento profissional para (sua tristeza/ou/desânimo/ou/ desinteresse) em algum momento nos últimos 12 meses?**

SIM.....1
NÃO5
NÃO SABE.....8
RECUSOU.....9

***D87. Alguma vez o(a) Sr(a). teve que passar a noite no hospital por causa de (sua tristeza/ou/ desânimo/ou/ desinteresse)?**

SIM1
NÃO.....5 VÁ PARA *D87.1
NÃO SABE8 VÁ PARA *D87.1
RECUSOU.....9 VÁ PARA *D87.1

***D87a. Quantos anos o(a) Sr(a). tinha na primeira vez em que passou a noite no hospital por causa de (sua tristeza/ou/ desânimo/ou/ desinteresse)?**

_____ ANOS

NÃO SABE998

RECUSOU999

***D87.1. Quantos de seus parentes próximos – incluindo seus pais biológicos, irmãos e filhos – já tiveram alguma vez episódios em que se sentiam tristes, desanimados ou desinteressados, que causaram muito sofrimento ou que interferiram na vida deles?**

_____ NÚMERO

NÃO SABE998

RECUSOU999

#d87.1.a E entre seus avós, tios e primos?

_____ NÚMERO

NÃO SABE98

RECUSOU99

***D88. PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR: (VER CARTÃO REF, SEÇÃO DE RASTREAMENTO).**

SIGA O SALTO PARA O PRIMEIRO ITEM ASSINALADO

***SC24 ESTÁ ASSINALADO1 VÁ P/ *M1, PRÓXIMA SEÇÃO**

***SC25a ESTÁ ASSINALADO2 VÁ P/ *M5, PÁGINA 38**

*SC20 ESTÁ ASSINALADO	4	VÁ P/ *PD1 INTROD 1, PÁGINA 54
*SC20a ESTÁ ASSINALADO	5	VÁ P/ *PD1 INTROD 2, PÁGINA 54
*SC27 SÉRIE ESTÁ ASSINALADO	6	VÁ P/ *SP1, PÁGINA 69
*SC29 OU *SC29a ESTÁ ASSINALADO	7	VÁ P/ *SO1, PÁGINA 86
*SC30 ESTÁ ASSINALADO	8	VÁ P/ *AG1, PÁGINA 96
*SC26 ESTÁ ASSINALADO	9	VÁ P/ *G1 INTROD 1, PÁGINA 106
*SC26a ESTÁ ASSINALADO	10	VÁ P/ *G1 INTROD 2, PÁGINA 106
*SC26b ESTÁ ASSINALADO	11	VÁ P/ *G1 INTROD 3, PÁGINA 106
*SC20.1 ESTÁ ASSINALADO	12	VÁ P/ *D89 (ABAIXO)
*SC20.2 ESTÁ ASSINALADO	13	VÁ P/ *IED3 INTROD 4, PÁGINA 121
*SC20.3 ESTÁ ASSINALADO	14	VÁ P/ *IED3 INTROD 5, PÁGINA 121
TODAS AS OUTRAS POSSIBILIDADES	15	VÁ P/ *SD1, PÁGINA 130

***D89 PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR: (VER CARTÃO REF, SEÇÃO DE RASTREAMENTO)**

*SC20.2 ESTÁ ASSINALADO	1	VÁ P/ *IED3 INTROD 1, PÁGINA 121
*SC20.3 ESTÁ ASSINALADO	2	VÁ P/ *IED3 INTROD 2, PÁGINA 121
TODAS AS OUTRAS POSSIBILIDADES	3	VÁ P/ *IED3 INTROD 3, PÁGINA 121