ADRIANA MUNHOZ CARNEIRO

**Pensamentos disfuncionais e comportamentos
evitativos ao longo do episódio depressivo:
um estudo longitudinal**

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

Programa de Psiquiatria

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Alberto Moreno

São Paulo

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

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

©reprodução autorizada pelo autor

Carneiro, Adriana Munhoz
Pensamentos disfuncionais e comportamentos
evitativos ao longo do episódio depressivo : um
estudo longitudinal / Adriana Munhoz Carneiro. --
São Paulo, 2019.
Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo.
Programa de Psiquiatria.
Orientador: Ricardo Alberto Moreno.

Descritores: 1.Depressão 2.Esquiva 3.Psicometria
4.Prognóstico 5.Psicopatologia 6.Terapia cognitiva

USP/FM/DBD-004/19

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

Dedico este trabalho aos pacientes que convivem com a depressão, e que passam por tantos estigmas e prejuízos por conta desta doença. Meu agradecimento especial a todos que participaram e contribuíram para o desenvolvimento deste trabalho que, quem sabe no futuro, possam facilitar novos desfechos clínicos.

AGRADECIMENTOS

Ninguém ganha sozinho. Existe sempre um grupo de pessoas por trás de uma significativa vitória de nossas vidas. Neste projeto não foi diferente. Desse modo, dedico meu tempo para agradecer a algumas pessoas em especial, que trilharam parte dessa vitória comigo. Primeiramente, agradeço a Deus pela oportunidade de poder acordar todos os dias, tendo saúde e disposição para poder batalhar por meus objetivos e por ter colocado diversas pessoas especiais ao longo de todos esses anos e que me ajudam a ser alguém melhor. Em segundo, a minha família, minha base e meu suporte. Sem o investimento dos meus pais, seja de tempo, dedicação, conselhos ou cuidado, certamente não teria chegado até aqui; vocês são meu melhor exemplo!

Agradeço a todos os professores que tive, mas em especial a três grandes mestres: ao professor Makilim Baptista, meu orientador de Iniciação Científica e Mestrado, responsável por grande parte do conhecimento que adquiri nesta área; a Ricardo Moreno, orientador de doutorado e chefe, por sempre acreditar em meu potencial, delegando desafiadoras responsabilidades e sempre buscando me ensinar a como ser uma pesquisadora melhor; e Keith Dobson, co-orientador indireto deste projeto por sua disposição incansável por me orientar e também me ajudar a ser uma melhor pesquisadora.

Meus agradecimentos também a toda a Equipe ProGruda, em especial a meu amigo e parceiro de trabalho Fernando Fernandes, pelos finais de semana, feriados e sextas feiras pós-expediente divididos em prol à ciência e à pesquisa. Obrigada a todos da equipe, cujas discussões sempre me fazem saber que sempre dá para querer saber mais (ou que não sei tanto assim! rs). Ainda, agradeço a Danilo Pereira, outro grande parceiro que a vida acadêmica me trouxe por suas contribuições, que sempre trazem um novo olhar para o mesmo fenômeno. Por fim, e não menos importante, à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo -FAPESP e a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior -CAPES, pelo apoio financeiro concedido para o desenvolvimento e a realização deste trabalho. Certamente estes financiamentos permitiram a abertura de fronteiras que me fizeram uma pessoa mais pensante e crítica sobre meus próprios passos. Gratidão!

Normalização adotada

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 ABREVIATURAS

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE TABELAS

LISTA DE QUADROS

RESUMO

ABSTRACT

APRESENTAÇÃO	1
1 INTRODUÇÃO	4
1.1 Depressão: considerações gerais	5
1.2 O papel dos pensamentos depressivos segundo a TCC	12
1.3 Estudos sobre padrões cognitivo-comportamentais em pacientes com depressão	18
2 OBJETIVOS	27
2.1 Objetivo principal	28
2.2 Objetivos secundários	28
3 HIPÓTESES	29
4 MÉTODO	32
4.1 Desenho do Estudo	33
4.2 Participantes	33
4.3 Instrumentos de avaliação	36
4.3.1 Fase de critério de inclusão	36
4.3.2 Fase de aplicação	37
4.4 Procedimentos	42
5 ANÁLISE ESTATÍSTICA	45
6 RESULTADOS	49
6.1 Análise fatorial confirmatória	50
6.2 Estimção dos Thetas da EPD	52
6.3 Análises estatísticas descritivas da EPD	53
6.4 Correlações e redes bayesianas	74
6.5 Análises longitudinais	79
7 DISCUSSÃO	91

8 CONCLUSÃO	98
9 REFERÊNCIAS.....	100
10 ANEXOS	112
ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	113
ANEXO B – Aprovação do Comitê de Ética	116
ANEXO C – Caderno dos Instrumentos de Avaliação Utilizados no Estudo	118

LISTA DE ABREVIATURAS

AIUNI	Ambulatório Integrativo de Depressão Unipolar
BDI	Escala Beck de Depressão
CID	Classificação Internacional de Doenças
CBAS	Escala Cognitivo Comportamental de Evitação
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
EPD	Escala de Pensamentos Depressivos
F1	Fator 1 EPD (Baixa autoestima/desesperança)
F2	Fator 2 EPD (Funcionalidade das relações)
HAMD	Escala Hamilton de Depressão
MADRS	Escala Montgomery-Asberg de Depressão
PROGRUDA	Programa de Transtornos Afetivos
SCID	Entrevista Estruturada Diagnóstica para o DSM IV
TCC	Terapia Cognitivo-comportamental
TDM	Transtorno Depressivo Maior
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
YMRS	Escala Young de Mania

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Esquema de padrão evitativo	15
Figura 2 –	Flow diagram dos participantes que fizeram parte da pesquisa	34
Figura 3 –	Análise fatorial confirmatória (AFC) de dois fatores com estimativa WLSMV (<i>mean- and variance-adjusted weighted least squares</i>) do teste EPD (N=131 pacientes)	51
Figura 4 –	Distribuição dos escores das variáveis latentes (F1 e F2) obtidos através do modelo de crédito parcial generalizado (GPCM) da teoria de resposta ao item multidimensional (TRIm) do teste EPD	52
Figura 5 –	Distribuições a posteriori das amostras MCMC da matriz de contrastes de Tukey de F1 com estado civil	60
Figura 6 –	Distribuições a posteriori das amostras MCMC da matriz de contrastes de Tukey de F2 com estado civil	61
Figura 7 –	Distribuições a posteriori das amostras MCMC da matriz de contrastes de Tukey para o Fator 1 da renda pessoal	64
Figura 8 –	Distribuições a posteriori das amostras MCMC da matriz de contrastes de Tukey para o Fator 2 da renda pessoal	65
Figura 9 –	Distribuições a posteriori das amostras MCMC da matriz de contrastes de Tukey para o Fator 1 da renda familiar	68
Figura 10 –	Distribuições a posteriori das amostras MCMC da matriz de contrastes de Tukey para o Fator 2 da renda familiar	69
Figura 11 –	Distribuições a posteriori das amostras MCMC da matriz de contrastes de Tukey para o Fator 1 da religião	72
Figura 12 –	Distribuições a posteriori das amostras MCMC da matriz de contrastes de Tukey para o Fator 2 da religião	73
Figura 13 –	Modelo de rede causal (bnlearn package de R)	76
Figura 14 –	Indicadores causais da rede bayesiana	77
Figura 15 –	Médias e IC 95% das escalas HAMD e MADRS conforme sua localização ao longo das quatro aplicações	80
Figura 16 –	Médias e IC 95% das escalas Young e BDI conforme sua localização ao longo das quatro aplicações	81

Figura 17 – Média e IC 95% das medidas EPD F1 e F2 conforme sua localização ao longo das aplicações	82
Figura 18 – Médias e IC 95% das escalas CBAS e seus fatores conforme sua localização ao longo das aplicações	83

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Fluxograma do estudo	44
Tabela 2 –	Estatísticas descritivas das variáveis latentes do EPD (F1 e F2) em relação às variáveis dicotômicas.....	54
Tabela 3 –	Diferenças entre as médias robustas e tamanhos dos efeitos das diferenças entre variáveis dicotômicas	55
Tabela 4 –	Estatísticas descritivas das variáveis latentes do EPD em relação a faixa etária	56
Tabela 5 -	Comparação <i>post-hoc</i> entre os grupos de faixa etária através da matriz de contrastes de <i>Tukey</i>	57
Tabela 6 –	Estatísticas descritivas das variáveis latentes do EPD em relação ao estado civil	58
Tabela 7 –	Comparação <i>post-hoc</i> entre os grupos de estado civil através da matriz de contrastes de <i>Tukey</i>	59
Tabela 8 –	Estatísticas descritivas das variáveis latentes do EPD em relação à renda pessoal.....	62
Tabela 9 –	Comparação <i>post-hoc</i> entre os grupos de renda pessoal através da matriz de contrastes de <i>Tukey</i>	63
Tabela 10 –	Estatísticas descritivas das variáveis latentes do EPD em relação à renda familiar.....	66
Tabela 11 –	Comparação <i>post-hoc</i> entre os grupos de renda familiar através da matriz de contrastes de <i>Tukey</i>	67
Tabela 12 –	Estatísticas descritivas das variáveis latentes do EPD em relação à religião	70
Tabela 13 –	Comparação <i>post-hoc</i> entre os grupos religiosos através da matriz de contrastes de <i>Tukey</i>	71
Tabela 14 –	Matriz de correlações parciais	74
Tabela 15 –	Média e desvio padrão das escalas utilizadas para avaliação ao longo das semanas	79
Tabela 16 –	Análise comparativa entre os diferentes momentos da HAMD e MADRS	85

Tabela 17 – Análise comparativa entre os diferentes momentos da YOUNG e BDI	87
Tabela 18 – Análise comparativa entre os diferentes momentos da CBAS	88
Tabela 19 – Análise comparativa entre os diferentes momentos da EPD	90

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Critérios de inclusão de grupo clínico.....	35
--	----

RESUMO

Carneiro AM. *Pensamentos disfuncionais e comportamentos evitativos ao longo do episódio depressivo: um estudo longitudinal* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2019.

Introdução: a depressão é um transtorno de humor multifacetado, de alta prevalência e repercussões negativas psicologicamente, socialmente e fisicamente. Apesar dos pensamentos disfuncionais serem usualmente descritos como indicadores de severidade e pobre resposta na depressão, existem poucos estudos nesta área utilizando instrumentos especificamente designados para este fim. **Objetivo:** o presente estudo visa investigar os pensamentos disfuncionais e comportamentos evitativos em pacientes depressivos submetidos a tratamento farmacológico ao longo de seis (6) meses sem intervenção psicoterápica. **Método:** foram avaliados 126 pacientes com idade média de 40 anos (DP= 11), predominantemente mulheres (n= 90; 68,7%) com Episódio Depressivo diagnosticados por psiquiatra, confirmados pela Entrevista Estruturada para o DSM IV (SCID-CV) e Escala Hamilton de Depressão (HAMD>14). Os pacientes foram recrutados de um centro de atendimento terciário e acompanhados durante 6 (seis) meses e avaliados periodicamente por escalas de depressão, quais sejam, HAMD, Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS), Escala Cognitivo Comportamental de Evitação (CBAS), Escala de Pensamentos Depressivos (EPD) e Escala Beck de Depressão (BDI II). **Resultados:** segundo HAMD, MADRS e BDI II, a gravidade dos sintomas depressivos apresentou uma redução significativa a partir do segundo mês, e essa diminuição se mostrou constante até o final do tratamento, mas menor; quanto aos pensamentos e comportamentos depressivos (EPD e CBAS) esta redução significativa também se deu logo nas primeiras semanas, entretanto, não continuaram na mesma redução linear que as escalas avaliativas de sintomas, indicando que, apesar dos pacientes retornarem a suas rotinas diárias, seus pensamentos continuavam distorcidos. Ademais, os resultados obtidos pelas correlações indicaram que os instrumentos de gravidade de depressão com as escalas autoaplicáveis foram estatisticamente significativos ($p > 0,001$). **Conclusão:** os resultados encontrados apontam para uma melhora substancial de padrões de evitação comportamental e pensamentos negativistas nos pacientes atendidos, mesmo apenas com a administração de medicação antidepressiva, contudo, tais mudanças não foram significativas a ponto de fornecerem uma remissão destes sintomas, reforçando a importância de estudos focados na recuperação funcional do paciente. Ainda, os resultados deixam em aberto sobre os pensamentos depressivos serem traços ou condições, assim como o papel do *imprinting* genético nos pensamentos.

Descritores: depressão; esquizofrenia; psicometria; prognóstico; psicopatologia; terapia cognitiva.

ABSTRACT

Carneiro AM. *Distorted thoughts and avoidance behaviors during depressive episode: a longitudinal study* [thesis]. Sao Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2019.

Background: depression is a highly prevalent mood disorder bearing negative consequences for individuals in psychologically, socially and physically domains. Although dysfunctional thoughts are usually described as indicators of severity and poor response in depression, there are few studies in this area using instruments specifically designed for this purpose. **Aim:** to investigate the presence of dysfunctional thoughts and avoidance behavior in depressive patients throughout the course of a 6-month drug treatment, without psychological intervention. **Methods:** 126 patients with a mean age of 40 years (SD= 11), predominantly women (n=90; 68.7%) diagnosed with Major Depressive Disorder (without any comorbidity) by psychiatrists and confirmed by the Structured Interview for DSM-IV (SCID-CV). Hamilton Rating Scale Depression-HAMD, Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (HAMD>14) was included. Patients were recruited from a tertiary care center and followed up for 6 (six) months and periodically evaluated by the HAMD, Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS), Cognitive Behavioral Avoidance Scale (CBAS), Depressive Thoughts Scale (EPD) and Beck Depression Scale (BDI II). **Results:** the severity of depressive symptoms (HAMD and MADRS) decreased significantly at month 2, and from this moment on, the reduction of symptoms was shown to be slower; depressive thoughts and avoidance (EPD and CBAS) also indicated a significantly decreased in the first weeks, however, did not continue in the same linear reduction as evaluative scales of symptoms, indicating that, regardless of the depressive symptoms decreased and the patient return to do their daily activities, their thoughts remain distorted. **Conclusions:** results show a substantial improvement in behavioral avoidance patterns and negative thoughts in the patients treated, even with the administration of antidepressant medication only. However, these changes were not significant enough to provide a remission of these symptoms, reinforcing the importance of studies focused on the functional recovery of the patient. Also, results lead one to question if depressive thoughts can be interpreted as traits or condition, as well as the need for an investigation that also considers possible genetic printings.

Descriptors: depression; avoidance; psychometrics; prognosis; psychopathology; cognitive therapy.

Apresentação

A depressão é um transtorno de humor com elevada prevalência e incidência, sendo multidimensional e caracterizada(o) por manifestações que incluem, entre outros, pensamentos e comportamentos distorcidos. Observar a trajetória destes sintomas dentro do processo depressivo pode constituir um importante elemento diagnóstico, de desfecho clínico e facilitador do tratamento. Quando se pesquisa a relação entre sintomas de depressão, pensamentos disfuncionais e comportamentos evitativos, os resultados se mostram favoráveis a essa prática, indicando que as taxas de recorrência de sintomas são menores quando os pacientes recebem psicoterapia focada na redução destes padrões de comportamentos e pensamentos.

Contudo, vale a pena ressaltar que uma limitação de todos estes estudos ocorre na observação de que os pensamentos podem ser justamente um aspecto subsindrômico do TDM e acabam escapando do controle de outras variáveis importantes para compreensão do estudo, como por exemplo, se estes passavam por tratamento farmacológico, ou ainda, se a fase do tratamento farmacológico era controlada, e qual era o critério de resposta ao tratamento. Desse modo, é necessário investigar como pensamentos disfuncionais e comportamentos evitativos podem auxiliar na identificação de risco potencial de recaída para que assim sejam delineadas estratégias que promovam a funcionalidade e auxiliem tanto na remissão sintomática e quanto na recuperação funcional do paciente, motivos que levaram ao desenvolvimento do presente estudo.

Esta tese é composta por estudos realizados com enfoques diferentes na relação entre comportamentos e pensamentos depressivos em pacientes com TDM. No Capítulo 1, discorre-se sobre a depressão, seu diagnóstico e evolução,

considerando seus sintomas e dentre eles, a distorção de pensamentos; no Capítulo 2, descreve-se melhor sobre o modelo cognitivo-comportamental da depressão, de forma a clarificar o leitor sobre o foco do presente estudo; No Capítulo 3, busca-se trazer os estudos que relacionam estas variáveis do estudo e seus principais achados. A seguir, são descritos os objetivos específicos, a metodologia, os resultados e a discussão dos mesmos, e, ao final, são destacadas as principais conclusões.

1 Introdução

1.1 Depressão: considerações gerais

Estudos sobre a depressão são desenvolvidos muito antes de sua introdução em manuais diagnósticos. A título de esclarecimento, uma das primeiras classificações a respeito de transtornos do humor foi feita por Hipócrates (460-355 a.C.), que definia o humor deprimido como *mela cholis* (melancolia, bile negra), referindo-se ao desequilíbrio das emoções (Akiskal, 2004). Esta definição passou por diferentes perspectivas e autores até chegar a ser associada à definição proposta por Robert Burton, em seu livro “Anatomia da Melancolia”, escrito em 1621, em que a melancolia era associada também ao desespero. A partir das publicações de Burton, os estudos sobre a melancolia começaram a aumentar, tal como o interesse pela área (Paykel, 2008).

A consideração da melancolia enquanto um sintoma da depressão deu-se apenas em 1899, com uma publicação de Emil Kraepelin. Esta publicação foi de suma importância para que os médicos reavaliassem a importância de adotarem classificações diagnósticas mais precisas, culminando assim, no desenvolvimento do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) pela Associação Americana de Psiquiatria (Berlim, 2005; Paykel, 2008).

Em sua primeira versão, em 1952, os transtornos eram classificados ou como Desordens Psicológicas por Disfunções Cerebrais ou enquanto Desordens Psicológicas sem Disfunções Cerebrais, as quais abrangia a depressão e a encaixava dentro dos transtornos psiconeuróticos. Em 1968, o DSM II realizou algumas alterações e o TDM passou a ser considerado como Psicose Afetiva e a neurose

depressiva foi renomeada para Reação Depressiva Neurótica, o que atualmente se referencia como Transtorno Bipolar (Grueenberg et al., 2005).

A inserção de transtornos afetivos se deu no DSM III, em 1980, tal como na lista dos sintomas que o sujeito deveria apresentar para preencher o diagnóstico depressivo. Atualmente, a depressão é considerada um transtorno independente, nominado dentro das categorias de humor, sendo descrita por uma lista de nove sintomas, dois deles obrigatórios, (1) humor deprimido ou irritável a maior parte dos dias por 14 dias e/ou (2) perda de interesse por coisas que gostava de fazer por igual período de tempo (APA, 2002). Após o DSM III, mais três versões do DSM (DSM IV, DSM IV-TR e DSM 5) foram elaboradas, sendo que, neste último manual, o luto é excluído da lista de sintomas de humor, havendo a compreensão entre os elaboradores dessa nova versão de que um paciente em luto pode estar vivenciado um quadro depressivo que pode, inclusive, ser grave, caso não tratado.

Paralelo ao DSM, outro sistema classificatório de diagnóstico bem utilizado e conhecido pela comunidade científica é a Classificação Internacional de Doenças – CID 10 (OMS, 1993), elaborado pela Organização Mundial de Saúde com o foco de auxiliar as características de morbidade e mortalidade. Sua primeira versão data de 1948, ou seja, quatro anos antes do DSM. Poucas informações se têm acerca de como o CID distribuía os transtornos depressivos. Conforme relato de Grueenberg et al. (2005), as classificações até a sua nona versão eram similares àquelas publicadas na segunda versão do DSM, indicando que a depressão era inserida dentro de uma psicose afetiva, mudando esta posição apenas com o CID 10, em que os transtornos eram dispostos conforme suas especificidades. No caso dos transtornos afetivos,

inseriu-se a distímia e a ciclotímia, episódio maníaco, transtorno bipolar e variações do TDM (leve, moderado, severo, recorrente e misto).

Dessa forma, observa-se que o conceito da depressão e seu diagnóstico encontram uma ligação com os sintomas cardinais tais como o humor deprimido e a falta de interesse / prazer por atividades, sendo sintomas adicionais as alterações de peso, de sono, de concentração / atenção, de autoconfiança, de autoestima, de autoimagem e de desesperança, sendo que esta ligação pode levar a pensamentos suicidas. É observado que, apesar das diferenças culturais relacionadas à manifestação da depressão, independentemente da cultura, os sintomas cardinais se mantêm presentes, em igual intensidade e tempo, o que torna o uso dos manuais diagnósticos como uma forma de “linguagem universal” de identificação das doenças. Entretanto, deve-se ter muita cautela em seus sintomas adicionais, os quais são responsáveis pelas diferenças culturais da depressão e também em sua multifatorialidade (Paykel, 2008). Contudo, vale lembrar que, assim como discutido por Del Porto (1999), o termo depressão atualmente também é empregado não apenas para descrição de sintomas e síndromes como discutido anteriormente, mas também de uma forma coloquial, representando um estado afetivo (tristeza) e uma doença, sendo o foco deste trabalho realizado em sua última descrição.

A depressão, considerada em sua forma de doença (Transtorno Depressivo Maior - TDM) é considerada atualmente como uma das principais doenças incapacitantes do mundo, afetando aproximadamente de 350 milhões de pessoas, sendo que destas apenas 10% recebem tratamentos adequados, seja devido a falta de recursos, falta de profissionais bem treinados ou devido ao próprio estigma relacionado à doença (WHO, 2016). Estipula-se que a duração de um episódio

depressivo dependerá diretamente do número de episódios anteriores, e que aqueles que vivenciam mais episódios durante a vida possuem maiores riscos de recorrência, que atualmente beira de 50 a 90% dos casos (Maj et al., 1992; Fava et al., 1998; CANMAT, 2014).

Juntamente, existe o alto risco de mortalidade: o suicídio, uma das consequências da depressão quando não bem tratada, é responsável por um total de 800 000 mortes anualmente (WHO, 2016), o que corresponde a aproximadamente 60% de todos os casos de suicídio (Greenberg; Birbaum, 2005). Dados sobre a depressão no Brasil coletados pelo São Paulo Mega City Health Survey, segmento de uma pesquisa da Organização Mundial de Saúde, indicou uma prevalência estimada de Depressão de 9,4% (DP= 0,6; n=491), 1,3% para distímia DP= 0,3; (n= 62) e de Transtorno Bipolar tipo I e II de 1,5% (DP= 0,2; n=73). Destes com depressão 18% (DP=1,9) cumpriram critérios para depressão leve, 38,9% (DP=2,7) para depressão moderada e 43,1% (DP=3,5) para depressão severa, resultados superiores aos encontrados em outros países participantes desta mesma pesquisa (Andrade et al., 2012). Tais resultados se mostram preocupantes e indicam a necessidade de estratégias que auxiliem em seu rápido diagnóstico ou, ainda, na promoção da saúde, contribuindo para a identificação de gatilhos que possam estar associados à doença.

O custo anual aproximado com o seu diagnóstico e tratamento é alto, contudo, acredita-se que possam ser maiores do que o estipulado, devido a gastos indiretos envolvidos no tratamento e manutenção da depressão, principalmente por muitas vezes os sintomas depressivos serem confundidos com outros transtornos quando sua manifestação envolve sintomas somáticos, o que, consequentemente, leva a encaminhamentos errôneos e a custos inestimados com exames

complementares (Greenberg; Birbaum, 2005; Smit et al., 2006; Luppá et al., 2007; WHO, 2012).

No que tange a suas estratégias de prevenção e promoção da saúde, há um consenso de que o tratamento de primeira linha para a depressão deve ser feito mediante uso de antidepressivos (Prendes-Alvarez et al., 2015), sendo a única dúvida entre os profissionais a esse respeito sobre quais seriam os melhores tratamentos para quando não existe resposta a um fármaco de primeira escolha (Rush et al., 2004; Gaynes et al., 2008; Hansen et al., 2008). Estes tratamentos se iniciam em fase aguda, que dura de 6 a 12 semanas, até sua resposta clínica ou remissão dos sintomas. Por resposta, entende-se um resultado 50% inferior ao nível de sintomatologia do paciente no início do tratamento mensurado por escala de gravidade de humor e por remissão, entende-se como o retorno ao estado funcional do paciente, com sintomas mínimos da doença, também avaliada mediante escalas de gravidade (Israel, 2010).

Apesar de inegável sua efetividade, isoladamente não é suficiente para o tratamento, visto que a depressão é multifatorial (WHO, 2016). Tal multifatorialidade faz com que seu tratamento possa não ter resposta logo na primeira prescrição, ou demorar vários meses até a estabilização o que causa grande estresse para família e paciente (Gaynes et al., 2008; Koenig; Chase, 2009). Mesmo em resposta ou remissão dos sintomas, ainda podem existir sintomas residuais (subsindrômicos) que podem interferir no funcionamento psicossocial e elevar o risco de recorrência. Diferente dos critérios diagnósticos para depressão, não existe uma hierarquia de quais sintomas devem ser os principais a remitirem, desta forma, há chances de se encontrar pacientes que apresentaram resposta ao tratamento com

remissão de algum de seus sintomas, mas com outros ainda ativos que podem interferir na recuperação funcional.

Do total de pacientes que são tratados, há um número estimado de que a cada 100, 55 dos pacientes com depressão respondem ao primeiro tratamento e 30 alcançam remissão (ou seja, retornam ao seu estado normal e são capazes de retomar suas atividades em mesmo ritmo) (Israel, 2010). Complementarmente, de acordo com outra meta-análise (Vittengl et al., 2007) 29% apresentam recorrência no primeiro ano e 54% no segundo ano. A cronicidade da depressão assim traz como consequência diversos prejuízos psicossociais, por essa razão, tratamentos que combinam intervenções psicossociais demonstram resultados mais eficazes a longo prazo, principalmente porque auxiliam o paciente fornecendo informações sobre sua doença, tratamento e estratégias para lidar com sua alteração de humor e possíveis recorrências (Friedman et al., 2009; Koenig; Chase, 2009; Israel, 2010). Encontrar tratamentos que se mostrem efetivos para o tratamento da depressão sinalizam para uma necessidade premente.

Baseando-se em dados de meta-análises, é possível observar que as psicoterapias se apresentam tanto efetivas para a melhora do paciente quando aplicadas adjuntas ao tratamento farmacológico, quanto demonstram serem preventivas, reduzindo as taxas de recorrências e dando suporte para a fase de manutenção do tratamento (Vittengl et al. 2007; Fournier et al., 2010). Dentre as técnicas psicoterápicas, a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) tem se mostrado particularmente efetiva no tratamento da depressão, principalmente em níveis leves e moderados, e sendo recomendada como primeira opção (NIMH, 2017).

No projeto *Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression* (STAR*D), estudo prospectivo, naturalístico e randomizado com 4041 pacientes com depressão entre 18 e 75 anos, foi realizada a implementação de Terapia Cognitivo Comportamental. Para isso, 44 terapeutas foram treinados, para aplicar um protocolo que consistia de duas sessões semanais no primeiro mês, reduzindo-se para uma sessão por semana durante um período de 8 semanas, totalizando 16 sessões. A seleção dos pacientes foi realizada a partir dos não respondedores iniciais do tratamento com citalopram (n= 1439) alocados randomicamente em um grupo dos que receberiam TCC como outra opção de tratamento (n= 32) e daqueles que estavam apenas mudando para outra medicação (n=26). Os resultados demonstraram eficácia de ambos os tratamentos na melhora dos sintomas depressivos, contudo, sem diferenças estatisticamente significativas no que tange à diminuição de taxas de recaída, mas sim nas taxas de recorrência, indicando que aqueles que fizeram TCC tiveram um tempo maior de remissão do que aqueles com medicação, o que faz concluir que a TCC se mostra como um tratamento tão eficaz quanto a medicação (Friedman et al., 2009).

Parikh et al. (2009) realizaram uma revisão sistemática sobre pesquisas publicadas entre 2000 e 2008 disponíveis em bases de dados como *Pubmed*, *Psychinfo*, *Cochrane* e *Register of Clinical Trials* que elucidassem recomendações para tratamentos psicoterápicos de primeira linha. Eram classificados como tratamentos de primeira linha aqueles que possuíam ao menos duas revisões sistemáticas com amostras adequadas, controladas, com grupo placebo, ou ao menos meta-análises com intervalos de confiança estreitos. Os resultados indicaram que as TCCs, juntamente com a Psicoterapia Interpessoal, foram as únicas abordagens com

evidências suficientes para serem classificadas como tratamentos de primeira linha para depressão, contribuindo assim para evidências que demonstram que os pressupostos teóricos que embasam o tratamento se mostram adequados para seu tratamento e conduta psicoterápica.

Considerando os dados da literatura que enfatizam taxas preocupantes de depressão, e que a TCC vem se mostrando como uma das técnicas psicoterápicas mais recomendadas para seu tratamento, o capítulo a seguir tem por objetivo descrever a visão que esta teoria adota na interpretação do TDM.

1.2 O papel dos pensamentos depressivos segundo a TCC

O modelo cognitivo comportamental da depressão parte do pressuposto de que pessoas com depressão possuem erros lógicos em seus pensamentos, por interpretarem eventos estressores de forma mais vulnerável devido a seus padrões disfuncionais que os fazem enxergar suas experiências, eventos e a forma que encara a si, o futuro e ao mundo idiossincraticamente (Beck et al., 1982; Beck, 2013). É um modelo bem aceito pela comunidade científica considerando os promissores resultados encontrados no alívio da depressão, conforme será melhor discutido no tópico 1.3.

Conforme o modelo cognitivo da depressão, os esquemas negativistas são ativados por eventos internos e externos que influenciam em como a informação será processada, e pode ser entendido mediante dois tipos de sistemas: primário ou automático e secundário ou reflexivo. O primeiro é responsável pelo processamento rápido de estímulos, ativado por eventos como ameaças pessoais, perdas ou ganhos.

Por ser rápido, também é o que possui maior probabilidade de produzir erros. O segundo já é mais lento e controlado, com interpretações menos absolutistas (Beck; Haigh, 2014). A partir da junção destes, temos aquilo que consideramos por esquemas.

Tais esquemas influenciam na organização do processamento guiando o modo como o estímulo será codificado e armazenado. Assim, a resposta do sujeito perante a eventos estressores será mediante ativação de seus esquemas negativos, o que aumenta ainda mais sua negatividade e confere mais vulnerabilidade à depressão (Beck; Bredemeier, 2016). Isso porque pacientes com depressão possuem alterações em atenção, interpretação e memória, de forma que cada um desses sistemas se mostra, de alguma forma, mais ou menos correlacionado com os sintomas. Por exemplo, entende-se que a anedonia corresponda a uma alteração de processamento de estímulos positivos, ao passo que sentimentos de culpa se correspondem com alterações na interpretação das informações. Por sua vez, o humor deprimido também mantém a atenção sobre eventos negativistas e acaba fazendo o indivíduo recordar mais de aspectos negativos que lhe ocorreram (Disner et al., 2011).

Notavelmente, sabe-se que esse processamento enviesado de informações não é apenas resultado do humor deprimido, mas de outros fatores que aumentam a probabilidade de o sujeito olhar de forma depressiva os eventos que ocorrem consigo, aumentando sua vulnerabilidade à depressão (Beck; Bredemeier, 2016). Assim, pode-se verificar que existe um sistema retroalimentado na depressão, a partir do qual um dos sintomas resultantes é o de que o paciente passa a ter cada vez mais pensamentos automáticos negativistas sobre si mesmo, mediante fracassos advindos

de sua dificuldade de tomar decisões e da própria indecisão, que fazem parte do quadro clínico da depressão.

Apesar da Teoria Cognitivo-Comportamental ter essa denominação, sabe-se que ela não é baseada unicamente em análise de pensamentos, mas que se apoia na interdependência do tripé fisiologia-comportamento-afeto. Isso porque é verificado que deprimidos apresentam tipologias evitativas que devem ser observadas, sejam estas traduzidas em forma de cognição, como não se sentirem adequados para fazer alguma tarefa, pensar repetidamente que as coisas podem dar errado, seja em forma de comportamento tais como evitar atividades sociais, evitar realizar tarefas/postergar, não querer sair de casa/isolar-se, dentre outras características, que se sobressaem quando comparadas a outras patologias (Ferster, 1973; Ottenbreit; Dobson, 2004; Moulds et al., 2007; Trew, 2011). Aliás, como Beck e Haigh (2014) pontuam, uma das principais buscas por terapia dos pacientes se dá porque se queixam de dificuldades em lidar com suas emoções ou ainda, terem dificuldades em se relacionarem com as pessoas.

Desta forma, mecanismos de evitação comportamental (esquiva) são de suma importância para se entender o grau de distorção de pensamentos que se podem encontrar no sujeito, assim como facilitam prever resposta e remissão de sintomas. Não obstante, tais mecanismos devem ser utilizados juntamente com a reestruturação cognitiva para tornar a mudança comportamental durável (Wright et al., 2006; Watkins, 2016). Elementos da ativação comportamental, inclusive, fazem parte das intervenções em TCC, consistindo em monitoramento ativo e realização de atividades que possam potencializar a melhora do paciente (Watkins, 2016), com aplicações, por exemplo, que demonstram que os pacientes com depressão se

beneficiam diretamente de técnicas que foquem neste âmbito (Ekers et al., 2014; Nasrin et al., 2017).

Conforme argumenta Ferster (1973), a depressão deve ser observada também pela conduta da pessoa, que conseqüentemente demonstrará como a pessoa deprimida interagirá com o seu meio. Nesse caso, é visível que os deprimidos se engajarão em uma alta frequência de comportamentos de evitação e escape de estímulos aversivos, tais como diminuição de interações sociais, sono excessivo, falta de energia ou interesse para realizar atividades, e serão passivos. Aliados a esses comportamentos, o autor também cita a visão limitada de mundo dos deprimidos, ou seja, o pensamento e a crença destes de que serão incapazes de realizar mudanças em seu meio por falta de repertório, o que incide no sentimento de que não podem evitar situações aversivas e uma visão rígida do mundo, que faz com que estes realizem sempre o mesmo comportamento, esperando que terão resultados diferentes. Juntos, esses comportamentos geram uma retroalimentação de um sistema, como ilustrado na Figura 1.

Figura 1 – Esquema de padrão evitativo

O esquema de padrão evitativo ilustra a premissa de Ferster (1973), demonstrando de forma simplista o mecanismo de recompensa e/ou punição advindas de sintomas depressivos. Neste caso, foi selecionado o sintoma falta de interesse/prazer por atividades e uma de suas possíveis consequências, no caso, a diminuição de contatos sociais. Entende-se aqui que o paciente com depressão não apenas apresenta uma redução em suas atividades devido à doença, mas também por utilizar repertórios evitativos que reduzem a probabilidade de conseguir reforçadores em seu ambiente (Ferster, 1983). À medida que seu quadro piora, aumentam seus pensamentos disfuncionais de que é incapaz de realizar atividades, e conseqüentemente, seu repertório diminui significativamente, podendo ter perdas drásticas em seu repertório social. Assim, podemos entender que: a) as atividades cognitivas afetam o comportamento; b) a atividade cognitiva pode e deve ser monitorada e alterada; c) comportamentos podem ser afetados pela mudança cognitiva (Dobson, 2011).

A melhora da depressão mediante técnicas focadas mais na ativação comportamental (AC) também se mostrou válida: os pacientes com depressão, quando comparados ao grupo de controle mostraram melhora estatisticamente significativa, e economicamente viável (Ekers et al., 2014; Richards et al. 2016; Nasrin et al., 2017). Richards e colaboradores (2016) avaliaram o custo da aplicação de ativação comportamental por terapeutas juniores com o uso da TCC por terapeutas experientes. Participaram da pesquisa 440 sujeitos, divididos em 221 que receberam a ativação comportamental – (*BA- behavioral activation, em inglês*) e 219 com TCC, recrutados entre 2012 e 2014. Os participantes receberam um número similar de intervenções, com resultados que demonstraram igual eficácia entre as técnicas. Contudo, considerando que o grupo que aplicou ativação comportamental era composto por treinadores juniores.

Assim, os autores concluíram que a BA se mostrou uma prática com melhor custo-benefício, já que não exige tanto tempo de formação quanto a TCC. Entretanto, como Dobson e Dobson (2017) afirmam, existe a necessidade de se pensar em cada um dos programas específicos de tratamento para a depressão, considerando as particularidades da doença, quais sejam: tempo da doença, idade da pessoa e também a gravidade dos sintomas depressivos.

Watkins (2016) alega que existem diversas justificativas pelas quais o tratamento focado em reestruturação de pensamentos mostra se mostra efetivo, dentre elas: a ruminação de pensamentos se mostra um sintoma residual tanto para depressão em remissão completa ou parcial; a existência de distorção de pensamentos quando se comparam pacientes depressivos com pessoas que nunca foram deprimidas; menor resposta a medicações antidepressivas e a intervenções psicoterápicas; e quando a ruminação se mostra relacionada tanto aos sintomas iniciais quanto na manutenção de depressão.

Apesar dos estudos demonstrarem esta relação entre as distorções de pensamento com o curso do episódio depressivo maior, ainda não foram encontrados estudos observacionais que dedicassem a entender de que forma o tratamento medicamentoso estaria relacionado a diminuição do nível de pensamentos depressivos, ou mesmo o quanto a administração destes seria capaz de, por si, trazer uma melhora significativa no conteúdo negativista dos pensamentos. Ademais, estudos mais recentes também colocam em cheque depressões mais melancólicas como preditoras de má resposta à medicação ou à TCC (Cuijpers et al., 2016), o que torna o entendimento desta diáde ainda mais inconclusivo, e trazendo a necessidade de entender melhor o funcionamento da depressão.

1.3 Estudos sobre padrões cognitivo-comportamentais em pacientes com depressão

Ao longo dos anos, estudos tem se debruçado a identificar quais seriam os principais padrões de pensamentos e padrões de esquiva típicos em pacientes com depressão, e em suma, demonstram que esses pressupostos teóricos resultam em tratamentos que diminuem substancialmente a recorrência e as recaídas (Melfi et al., 1998; Fava et al., 2004; Vittengl et al., 2007; Beshai et al., 2011; Jarret et al., 2012; Shou et al., 2017; Li et al., 2018). Considerando o amplo número de trabalhos sobre este aspecto, serão apresentados, a seguir, apenas alguns estudos que auxiliam no embasamento do projeto de pesquisa atual.

Maj e colaboradores (1992) verificaram por meio da *Comprehensive Psychopathological Scale* que os sintomas mais encontrados em deprimidos após o quinto ano de seguimento do tratamento foram cansaço, diminuição de sono e aborrecimento, auto reprovação, pensamentos persistentes de culpa, remorso, inferioridade e ruína. Tais pacientes não haviam passado por intervenções psicoterápicas, desse modo, isto serve para observar que as distorções de pensamento se mantiveram, apesar de boa recuperação obtida mediante tratamento farmacológico. Outro estudo investigou a eficácia dos processos psicoterápicos no tratamento da depressão considerando diferentes práticas psicoterapêuticas, dentre elas a TCC, aliadas a imipramina. O estudo contou com 239 participantes, 70% do sexo feminino com idade média de 35 anos que receberam acompanhamento clínico feito por avaliadores duplo cegos, que respondiam a um questionário de 100 itens denominado *The Psychotherapy Process Q Set* que dentre suas questões, avalia a

evolução do paciente e também a adequação da conduta terapêutica. Verificou-se que a TCC obteve maiores pontuações no *Q Set*, indicando que, para os depressivos desse estudo, foi a prática que trouxe maiores resultados (Ablon; Jones, 2002).

Evidências indicam que os tratamentos farmacológicos, quando combinados à terapia cognitivo-comportamental, apresentam menores taxas de recaída e recorrência. A exemplo, no estudo de Fava e colaboradores (1998) o grupo que recebeu terapia cognitivo-comportamental apresentou menores taxas de novos episódios (50%), quando comparados ao grupo que apenas recebeu tratamento apenas farmacológico (75%). Esses resultados foram observados após quatro anos do início do tratamento e condizem com os achados de outra pesquisa, que utilizou o mesmo prazo para observação dos sintomas de recorrência e recaída. Nesta última, observou que a TCC foi estatisticamente significativa quando comparada apenas ao tratamento farmacológico, sendo 29% a taxa de recaída no grupo com TCC e 47% naqueles que apenas utilizaram psicofármacos (Paykel et al., 1999).

Brewin et al. (1999) constataram, em um estudo de revisão, que mais de 70% dos deprimidos relatam uma alta frequência e prevalência de memórias intrusivas, pensamentos e sentimentos que chegam a ser similares às taxas de sujeitos que possuem Transtorno de Estresse Pós-Traumático – TEPT. Os resultados levaram os autores a hipotetizar que o ciclo de evitação-intrusão de pensamentos-ruminação dos deprimidos são similares ao TEPT e que utilizam estratégias de evitação para lidar com o problema, o que acaba por perdurá-lo.

Em um outro estudo de revisão realizado no mesmo ano por Alloy et al. (1999), foi apurado que pessoas com transtornos depressivos possuem mais distorções de pensamento e maior avaliação negativa dos eventos de vida quando

comparados àqueles que nunca desenvolveram nenhum transtorno do Eixo I. Riso e colaboradores (2003) verificaram que os deprimidos apresentaram um estilo de atribuição mais negativo, instável e global. O estudo contou com 42 pacientes com depressão crônica/distímia, 27 com diagnóstico de Depressão Maior sem comorbidades e 24 sem diagnóstico de transtornos do Eixo I, sendo que, em todos os grupos, as mulheres foram prevalentes (acima de 54%) e a idade média dos participantes foi de 39 anos (DP=10). A partir dos resultados obtidos, é possível notar que os resultados encontrados com o DAS, o SDQ e o um inventário para avaliar depressão indicaram que os distímicos apresentaram pensamentos mais disfuncionais em relação àqueles sem diagnóstico de transtorno afetivo.

Solomon et al. (2003) realizaram uma pesquisa em mulheres com riscos de depressão que variavam de baixo a alto em sessões experimentais, com o intuito de verificar a presença de pensamentos irracionais e sua possível variação conforme a gravidade dos sintomas depressivos. Estas foram divididas em um grupo de não depressivas (n= 23) e depressivas (n=55), conforme critério do DSM IV, e responderam ao BDI, BAI, *Belief scale- BS*, *Specific Demands on Self Scale*, *Revised Personal Style Inventory- PSI III* e a um questionário sócio demográfico. As médias entre o BDI e BAI foram estatisticamente significativas, favorecendo o grupo de deprimidas, mas sem diferenças estatisticamente significativas no BS. No PSI, o grupo de depressivas apresentaram maiores médias em perguntas sobre padrão de funcionamento sociotrópico, demonstrando que mesmo em remissão, apresentavam maior tendência à autoexigência, maiores pensamentos negativistas e se importavam mais com a interpretação que os outros tinham sobre elas.

Cribb et al. (2006) avaliaram a relação entre depressão, ruminação e evitação em 109 universitários, sendo 75 mulheres, com idade média de 20,86 anos ($M=5,73$). Os participantes eram avaliados antes e depois de se passar um trecho do filme “Sonho de Liberdade”. Observou-se que os universitários apresentavam maiores pontuações nas escalas de ruminação e evitação quando também pontuavam maiores sintomas depressivos. Nesse mesmo sentido, um estudo transversal avaliou 75 pacientes de um Centro de Atenção Básica em Saúde, com idades entre 18 e 65 anos, 82,7% ($n=62$) do sexo feminino diagnosticados com TDM pela SCID. O BDI foi utilizado para dividir os participantes em grupos de não eutímicos ($BDI > 10$) e eutímicos ($BDI < 10$) mediante seleção dos itens 2- desesperança, 3- ideias de fracasso, 5- ideias de auto depreciação, 7-pensamentos de autocompaixão, 8-pensamentos de autodepreciação, 9- ideias suicidas e 20- hipocondria. Observou-se que 69,3% relataram apresentar pensamentos de desesperança, 62,7% com hipocondria, 61,3% com ideias de fracasso, 60,0% com desejo de morte, 56% com pensamentos de compaixão, 54,7% com pensamentos de depreciação, 52,0% com pensamentos de morte, 48,0% com ideias suicidas, e por fim, 46,7% das respostas indicaram apresentar ideias de culpa. Tais resultados favoreceram os deprimidos e indicaram uma diferença de prevalência de 5:1 para as mulheres.

Parikh et al. (2009) realizaram uma revisão sistemática sobre pesquisas publicadas entre 2000 e 2008 disponíveis em bases de dados como *Pubmed*, *Psychinfo*, *Cochrane* e *Register of Clinical Trials* que elucidassem recomendações para tratamentos psicoterápicos de primeira linha. Eram classificados como tratamentos de primeira linha aqueles que possuíam ao menos duas revisões sistemáticas com amostras adequadas, controladas, com grupo placebo, ou ao menos

meta-análises com intervalos de confiança estreitos. Os resultados indicaram que a TCC, juntamente com a Psicoterapia Interpessoal, foram as únicas abordagens com evidências suficientes para serem classificadas como tratamentos de primeira linha para depressão, contribuindo, assim, para evidências que demonstram que os pressupostos teóricos que embasam o tratamento se mostram adequados para seu tratamento e conduta psicoterápica.

Como descrito no capítulo 1, o projeto *Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression* (STAR*D), estudo prospectivo, naturalístico e randomizado com 4041 pacientes com depressão entre 18 e 75 anos também utilizou a Terapia Cognitivo-Comportamental como fonte de estudo. Seus resultados confirmaram sua eficácia na melhora dos sintomas depressivos, contudo, sem diferenças estatisticamente significativas no que tange à diminuição de taxas de recaída, mas sim nas taxas de recorrência (Friedman et al., 2009).

Dickson et al. (2012) avaliaram a relação entre ruminação, evitação e afeto em um grupo de adolescentes entre 14 e 18 anos, 60% do sexo feminino. Foi solicitado para que os participantes preenchessem um questionário *on-line* com perguntas sobre ruminação, forma de afeto (positivo e negativo), e traços de preocupação e evitação diariamente por uma semana. Os resultados evidenciaram que a evitação cognitiva foi um fator importante para identificar a ruminação, preocupação e tristeza, ao passo que a evitação comportamental foi preditiva aos sintomas de ansiedade. Por fim, a evitação cognitiva diária foi preditiva tanto do aumento da ruminação quanto da ansiedade, ao passo que o padrão de evitação comportamental diário manteve-se apenas relacionado à ansiedade.

Desse modo, é possível observar que pacientes com alterações de humor não só apresentam a negatividade como sintoma central desta alteração, mas estas alterações geram comportamentos que fazem com que o paciente se torne inábil para lidar com suas demandas e potencializam o aumento de outros sintomas depressivos (Beck; Bredemeier, 2016). A negatividade incide em desativação de esquemas positivos, de forma que o sujeito começa apenas a retirar do ambiente experiências enviesadas e negativas associadas à suas próprias alterações neurocognitivas, como por exemplo, o aumento da resposta da amígdala no rápido processamento de estímulos negativos, corroborando com a hipótese teórica de que os pacientes com depressão tentam a utilizar seu processamento primário como fonte principal de interpretação de seus eventos de vida (Disner et al., 2011). Em relação à distorção de pensamento, nota-se que é uma característica que todos os estudos mostram como aumentada em deprimidos independente de compará-los a grupos normais ou com outros transtornos. Ademais, indicam também que padrões negativos de interpretação de si e do mundo, além de formas de evitação comportamental, são processos importantes e significativos ao longo do episódio depressivo. Isso porque, uma vez que tais processos podem limitar a exposição do paciente a experiências positivas e a formas de reforço positivo, aumentam a probabilidade de o sujeito ter apenas resultados e experiências negativas (Trew, 2011).

Yoshimura e colaboradores (2014) identificaram mudanças na atividade mental de pacientes com depressão após a aplicação de 12 sessões de TCC e em estudo posterior, a presença de mudanças significativas na conectividade funcional (córtex pré-frontal medial e região do córtex acoplado) de pacientes com depressão que recebiam este método de tratamento adjuntivo ao antidepressivo quando

comparados ao grupo-controle (Yoshimura et al., 2017). Vale comentar que a amostra utilizada pelos autores era pequena (23 pacientes com depressão vs. 15 estudantes grupo controle no primeiro e 29 pacientes com depressão vs. 15 controles no segundo). Além disso, a comparação foi com um grupo-controle saudável, o que torna difícil a generalização, já que o principal ponto é identificar o quanto os psicofármacos podem por si favorecer uma melhor conectividade cerebral.

Em uma população não clínica, Rnic et al. (2016) investigaram a relação entre distorções cognitivas e sintomas depressivos. O estudo foi realizado com uma amostra de 208 estudantes universitários e, a partir dos testes *Cognitive Distortions Scale* (CDS), *Humor Styles Questionnaire* (HSQ) e o *Beck Depression Inventory-II* (BDI-II), encontraram relações entre distorções cognitivas com sintomas depressivos. Não foi descrito no estudo se estes participantes tinham diagnóstico prévio de depressão ou se algum familiar já tinha tido ou tinha. Entretanto, o estudo faz refletir sobre a importância de controlarmos mais variáveis para entender qual seria a real relação entre pensamentos e depressão.

A relação de técnicas de TCC com alterações significativas em áreas cerebrais também indica resultados promissores. Em um estudo comparando os efeitos da TCC em pacientes com depressão associando conectividade da amígdala com a rede fronto-parietal, Shou et al. (2017), verificaram que o padrão de conectividade foi normalizado em pacientes que receberam técnicas cognitivo-comportamentais, de forma que estas se mostraram similares aos controles normais após 12 semanas da técnica. A pesquisa foi realizada tendo por base uma amostra de 17 pacientes com depressão, segundo entrevista estruturada (SCID), e sem comorbidades, riscos de suicídio ou uso de medicação. Após as intervenções psicoterápicas, os pacientes eram submetidos à ressonância (MRI) e os resultados comparados com 18 controles saudáveis. Apesar das importantes conclusões

que este estudo trouxe, vale considerar que a escala de gravidade de depressão Montgomery -Asberg (MADRS) indicou uma mudança de 28,41(DP= 6,12) para 20,53 (DP=11,05) nos escores, ou seja, apesar de ocorrer de fato uma melhora os pacientes continuaram em depressão moderada.

Considerando algumas limitações dos estudos com TCC, Li et al. (2018) realizaram uma meta-análise selecionando estudos que fossem realizados com pessoas acima de 18 anos, randomizados, com a TCC aplicada em pacientes que não tinham resposta à farmacoterapia convencional e que apresentassem critérios que considerassem a gravidade da depressão. Foram encontrados 526 artigos e destes apenas seis (6) cumpriram os critérios adotados pelos autores. Os achados foram positivos, e indicaram que, quando aplicada de forma conjunta à farmacoterapia, a TCC apresentou efeitos estatisticamente significativos na redução de sintomas de depressão observáveis, após a intervenção – sendo 6 meses de seguimento e também em um período de até 1 ano de seguimento. Em uma revisão crítica sobre as relações entre sistemas cognitivos frios e quentes, Grahek e colaboradores (2018) salientam a necessidade de integrar adequadamente informações sobre a parte motivacional e emocional com o controle cognitivo. Uma vez que estas variáveis se mostrem bem delimitadas, a possibilidade de entendimento do mecanismo das disfunções cognitivas na depressão se mostrará mais clara.

Entretanto, apesar desta vasta gama de possibilidades e pontos a serem melhorados no âmbito das relações entre pensamentos e depressão, os estudos são quase que unânimes em indicar que o esperado é que, à medida que os sintomas de depressão se agravem, piores serão os conteúdos negativistas dos sujeitos (Beck; Bredemeier, 2016). Contudo, ainda há discrepâncias a esse respeito na literatura (Blake et al., 2016) que incidem em questões tais como, por exemplo, se a redução

de distorção de pensamento poderia ser possível apenas mediante o tratamento farmacológico da depressão ou se seria necessário algum tipo de intervenção para que as distorções apresentassem uma redução significativa. Outro ponto seria, por exemplo, a falta de padronização de critérios utilizados ao longo dos estudos, tanto para a classificação dos sintomas de depressão (Li et al., 2018) quanto das técnicas aplicadas.

Complementarmente, vale salientar que, por mais que as evidências indiquem a existência de uma contribuição válida da análise de pensamentos e modificação destes por meio de técnica psicoterápica (TCC), esta não é capaz de evitar futuros episódios (Beshai et al., 2011) e os mecanismos de recaída e recorrência continuam imprecisos, o que torna necessário pensar em modelos que possam, ao invés de diminuir a recorrência, ser capazes de diminuir a intensidade e probabilidade de novos episódios ao longo do tempo. Sabendo das mudanças nas quais precisamos focar, teremos uma direção melhor sobre quais seriam os elementos cognitivos que devem ser enfatizados e também sua real importância no processo de melhora do paciente, pois diferenciar a melhora cognitiva do paciente e a melhora / mudança do sintoma ainda se configura como uma importante limitação (Kadzin, 2007). Uma dessas formas é a detecção precoce de sinais e sintomas, além de estudos que se debrucem na investigação do papel dos pensamentos de forma longitudinal: objetivo do presente estudo.

2 Objetivos

2.1 Objetivo principal

- a) investigar se existe modificação de pensamentos disfuncionais e comportamentos evitativos em pacientes com episódio depressivo que recebem unicamente tratamento farmacológico.

2.2 Objetivos secundários

- a) observar se existe associação entre variáveis sociodemográficas e números de episódios depressivos na disfunção de pensamentos;
- b) buscar evidências de validade baseada na relação com variáveis externas para a Escala de Pensamentos Disfuncionais (EPD) e para a Escala Cognitivo Comportamental de Evitação (CBAS).

3 Hipóteses

- H1a. O tratamento farmacológico se associa com a diminuição de pensamentos disfuncionais e comportamentos evitativos;
- H0a. O tratamento farmacológico não se associa com diminuição de pensamentos disfuncionais e comportamentos evitativos.

- H1b. Mulheres apresentarão maior pontuação na EPD, quando comparadas aos homens.
- H0b. Mulheres apresentarão médias de pontuação na EPD similares às dos homens.

- H1c. Pessoas com mais episódios depressivos terão maior disfuncionalidade de pensamentos.
- H0c. Não haverá diferença entre aqueles com mais ou menos episódios prévios de depressão quanto à disfunção de pensamentos.

- H1d. Casados terão menores pontuações na EPD, quando comparados aos outros grupos.
- H0d. Não existirão diferenças de estado civil nas pontuações da EPD;

- H1e. Existem mudanças na disfunção de pensamentos conforme a idade.
- H0e. A idade não é significativa para os resultados da EPD.

- H1f. Participantes com maior número de episódios depressivos anteriores tem maiores pontuações na EPD.
- H0f. O número de episódios não se mostra relacionado às pontuações da EPD.

- H1g. A EPD correlaciona-se com os resultados da CBAS, indicando que quanto maiores os padrões de evitação maior também a disfunção de pensamentos;
- H0g. A EPD não se correlaciona à CBAS, indicando que quanto maiores os padrões de evitação, menores disfunções de pensamentos.
- H1h. A EPD correlaciona-se com os resultados das escalas de gravidade (HAMD e MADRS), indicando que quanto maior a disfunção cognitiva maior também gravidade da depressão;
- H0h. A EPD não se correlaciona à HAMD e MADRS, indicando que as disfunções de pensamentos não se associarão à gravidade da depressão.

4 Método

4.1 Desenho do Estudo

O projeto de pesquisa atual trata-se de um estudo descritivo observacional, com amostra por conveniência que utiliza a amostra do projeto “The AIUNI – Integral Assessment in Unipolar Depression” (Fernandes; Moreno, 2014). Vale ressaltar que a metodologia de ambos os projetos foi elaborada conjuntamente, de forma a facilitar o desmembramento dos projetos e a homogeneidade da amostra.

4.2 Participantes

Grupo clínico: fizeram parte do estudo 126 pacientes selecionados pelos critérios da pesquisa e confirmação de diagnóstico pela SCID (V-1). Destes, a média de idade foi de 40 anos (DP= 11), sendo a maior parte do sexo feminino (n= 90; 68,7%). Em relação à escolaridade, estes em sua maior parte tinham 13 anos formais de estudo (DP= 4,96). Do total de participantes, a maior parte era solteira (n=67; 51,3%), seguida dos casados (n=42; 32,2%), divorciados / separados (n= 15; 11,7%), viúvos (n=5; 3,8%) e com união estável (n=1; 0,8%). A maior parte dos participantes (n= 52; 39,7%) relata estar desempenhando alguma função laboral, seguidos daquele(a)s que são do lar (n=16; 12,2%). Estudantes corresponderam a uma pequena parcela (n= 3; 2,3%). Por fim, quando questionados se já tinham realizado anteriormente algum tipo de tratamento psiquiátrico ou psicológico, 72 participantes (55%) relataram que sim, sendo 64 (48,9%) destes se referindo ao tratamento psiquiátrico; ainda do total de participantes, 82 (n=62,6%) relatou tomar algum tipo de medicação psiquiátrica de uso contínuo e fazer algum tipo de psicoterapia no momento da pesquisa (n= 102;

77,9%). Detalhes sobre a seleção dos participantes são incluídos no Quadro 1; e o processo de recrutamento de participantes, na Figura 2, disposta na página a seguir.

Figura 2 – *Flow diagram* dos participantes que fizeram parte da pesquisa

Assim como ilustrado na Figura 1, ocorreu uma diminuição significativa do número de participantes do estudo, entretanto, esta diminuição não comprometeu o poder estatístico do estudo. Utilizando os valores de referência $N=20$ (número abaixo do mínimo de escalas respondidas pelos participantes), $p=0.05$ para calcular casos de anova por medidas repetidas utilizando cinco avaliações e um grupo, o programa G*Power 3.0.10 apresentou poder estatístico de 0.96, o que é classificado como muito bom.

Na sequência, é apresentado no Quadro 1 os critérios de inclusão e exclusão de participantes. Como pode-se verificar, os critérios de entrada e manutenção da permanência de participantes no estudo eram bem determinados, o que contribuiu também para a diminuição considerável de participantes na pesquisa.

Quadro 1 – Critérios de inclusão de grupo clínico

Critérios de inclusão:
1. Diagnóstico de TDM segundo o DSM 5 (APA, 2013), sem características psicóticas, baseado na avaliação clínica;
2. HAMD ≥ 14
2. Idade entre 18 e 60 anos;
4. Nível educacional que permita preencher corretamente as escalas autoaplicáveis;
Critérios de exclusão:
1. Qualquer comorbidade psiquiátrica associada à depressão;
2. História passada ou presente de distúrbios neurológicos ou trauma craniano grave;
3. Mulheres grávidas ou amamentando;
4. Condição médica séria ou instável, incluindo condição cardiovascular, hepática, endocrinológica, neurológica, renal, agranulocitose ou outra anormalidade clinicamente significativa laboratorial ou de ECG;
5. Que requeiram medicação psicotrópica além do antidepressivo, exceto medicação sedativa / hipnótica para dormir;
6. Com sério risco de suicídio (definidos por escore ≥ 3 no item 3 da HAMD).
Critérios para descontinuação
1. Não resposta: melhora inferior a 50% na HAMD nas semanas 4 a 8;
2. YOUNG >7 (presença de sintomas hipomaniacos) em qualquer momento do tratamento.

A inclusão de participantes respeitou todos os critérios do quadro 1 e apesar dos pacientes estarem em depressão moderada / grave, quando questionados sobre como percebiam a doença (intensidade), 37 (28,2%) dos que responderam a pergunta relataram perceber seus sintomas como moderado, 25 (19,1%) como grave, seguidos dos que não tinham ainda sido diagnosticados (n= 24; 18,3%) e daqueles que achavam os sintomas leves (n=4, 3,1%).

4.3 Instrumentos de avaliação

4.3.1 Fase de critério de inclusão

- Entrevista Estruturada para o DSM IV– Transtornos eixo I – Versão Clínica - SCID-CV (First et al., 1997): desenvolvida com o intuito de padronização dos procedimentos diagnósticos psiquiátricos, por meio de entrevista. Neste trabalho, utilizar-se-á a versão traduzida para o português (Del-Ben & cols., 2001) composta por perguntas, a partir das quais são preenchidos os pré-requisitos do manual DSM-IV para o diagnóstico do transtorno. O estudo de confiabilidade foi realizado por Del-Ben e colaboradores (2001), em pacientes psiquiátricos de um hospital do interior de São Paulo. Foi empregada a metodologia de teste-reteste, com intervalo de dois dias entre as entrevistas realizadas. Participaram 45 pacientes, com idade média de 34,9 anos (DP=11,8), a maioria mulheres (60%). O índice de concordância para o diagnóstico (Kappa) foi maior que 0,90, com significância a 1%, o que levou à conclusão de que a escala possui boa confiabilidade mesmo não apresentando todos os critérios em relação à versão

original para a pesquisa. Este instrumento será aplicado apenas no grupo de depressivos, investigando obrigatoriamente além do episódio depressivo sintomas psicóticos e maníacos (mania atual e passada; hipomania atual e passada). Para respeitar os critérios diagnósticos atuais, fornecidos pelo DSM 5, foram revisadas as questões diagnosticas referentes ao luto, e, para facilitar as análises por subcategorias, serão estudados casos de depressão com ansiedade, levando em conta critérios para a depressão mista.

4.3.2 Fase de aplicação

- Questionário de Identificação: questionário utilizado com objetivo de coletar informações de caracterização da amostra para a pesquisa, como sexo, idade, estado civil, histórico de diagnóstico familiar e se a pessoa já está passando por tratamento para a depressão. Essas perguntas têm como base o questionário da Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Portadores de Transtorno Bipolar (ABRATA).
- Escala de Depressão de Hamilton- HAMD (Hamilton, 1960): escala multidimensional de heteroavaliação, considerada como “padrão ouro” para a avaliar a gravidade do episódio depressivo em pacientes portadores de transtornos do humor, entretanto, não se constitui como instrumento diagnóstico para identificação de depressão. A versão traduzida para o Brasil do questionário de avaliação foi realizada por Carvalho, Tarcio, Lima, Azevedo e Caetano (1993), os quais realizaram o estudo de validação aplicando a versão

retrotraduzida por 63 estudantes universitários bilíngues. A HAM-D utilizada no presente estudo será aplicada com 17 itens, com pontuação variando de 0 a 4. A avaliação do humor depressivo considera a presença/ausência dos sintomas conforme a última semana. Possui em sua maior parte sintomas cognitivos e vegetativos, avaliando em menor número itens de fatores sociais, motores, ansiedade e humor, que permitem a classificação da depressão leve, moderada ou grave. A confiabilidade da escala HAM-D é citada apenas em sua versão internacional, que varia de 0,83 a 0,94. Para este estudo, utiliza-se a pontuação acima de 23 para classificar pacientes com depressão muito grave; 19 e 22 com depressão grave; 14 e 18 com grau moderado; 8 a 13 para pacientes com grau leve; e pontuação menor que 7 como normal (Blaker, 2000).

- Montgomery-Asberg Depression Rating Scale- MADRS (Montgomery; Asberg, 1979): a MADRS é uma escala semi-estruturada, desenvolvida para ser sensível às variações dos sintomas durante o tratamento. Possui 10 itens, com escores que vão de 0 a 6, sendo que dois deles são para o observador pontuar. Neste estudo, foi utilizada a versão validada para o português brasileiro (PB) de Dractu et al. (1987). Apresenta boa sensibilidade para diferentes gravidades de depressão e boa consistência interna e validade relativa à HAMD (Carneiro et al., 2015). Muller e Szegedi (2002) mostraram que, aumentando a confiabilidade de 0,5 para 0,8, o poder do teste pode detectar uma diferença significativa entre dois tratamentos aumenta de 51% para 71%. Os pontos de corte adotados baseiam-se na pesquisa de Müller et al. (2000), em que 0-8 (remissão), 9-17 (leve), 18-34 (moderado) e > 35 (grave).

- Young Mania Rating Scale - (YMRS) (Young et al., 1978): escala composta por 11 itens, pontuados de 0 a 4 e de 0 a 8 (irritabilidade, fala, conteúdo do pensamento e comportamento disruptivo-agressivo, pontuados em dobro para compensar a ausência de cooperação do paciente). É a escala mais utilizada em estudos clínicos com pacientes maníacos, com elevado índice de confiabilidade entre avaliadores (em torno de 0,93 para a pontuação total e entre 0,66 e 0,92 para os itens individuais). Para a Young, foi adotada a versão traduzida por Vilela (2000), com ponto de corte <7 como indicativo de sintomas significativos de mania/hipomania.
- Cognitive Behavioral Avoidance Scale –CBAS (Ottenbreit; Dobson, 2004): elaborada a partir dos pressupostos de Ferster (1973), que postula a importância de se observar as relações de evitação para provocar a modelagem e posterior mudança de comportamento. Optou-se por manter a tradução literal do nome da escala, assim, adotou-se o nome de Escala Cognitivo Comportamental de Evitação. A escala foi desenvolvida especificamente com frases referentes a estilos de evitação típicos de deprimidos e possui 31 itens, divididos em quatro fatores, quais sejam, Comportamental / Social -S (8 itens, pontuação 8 a 40), referentes a evitar sair ou realizar atividades, evitar eventos sociais; Comportamental Não Social -NS (6, pontuação de 6 a 30) correspondente a evitar atividades novas, não se sentir hábil para realizar tarefas e acreditar grande parte que tudo o que faz terá consequência falhas; Cognitivo Social -CS (7 itens, pontuação de 7 a 35) com itens sobre problemas em relacionamentos sociais relacionados a incapacidade de mudar a forma de reforçamentos provenientes

dessa fonte e Cognitivo Não Social – CNS (10 fatores, pontuação de 10 a 50) referindo se a pensamentos de falhas, derrotas e de deixar as possibilidades passarem. A confiabilidade da versão canadense dos fatores variou de 0.75 a 0.80. Para o estudo brasileiro, a autora do presente projeto entrou em contato com o autor, que disponibilizou a versão em inglês para o processo de tradução e retrotradução. Para o processo de tradução, foram selecionadas duas psicólogas com conhecimento avançado em inglês, uma delas que trabalha diretamente com transtornos de humor e em ambulatório de Transtorno Depressivo e Bipolar e outra sem contato com esse tipo de população (neuropsicóloga). Foi entregue a CBAS e solicitado para que traduzissem da forma que melhor entendessem. Após entregue as traduções, a autora condensou o conteúdo das traduções e enviou uma versão em português para uma brasileira residente há mais de 6 anos nos Estados Unidos para retrotraduzir a versão portuguesa para o inglês. A partir do resultado, foi conversado com o autor da escala e comparados os resultados das traduções. A versão brasileira, assim, teve o mesmo número de itens e não apresentou necessidade de modificar nenhum deles. Esta escala não possui estudos sobre pontos de corte, entendendo-se assim que quanto maior a pontuação maiores os comportamentos evitativos.

- Escala de Avaliação de Pensamentos Depressivos (Carneiro; Baptista, 2016): instrumento construído por meio da elaboração de itens de acordo com a tríade cognitiva de Beck (Beck et al., 1982) e em outros instrumentos de avaliação de crenças que se encontrassem entre os mais utilizados nos artigos científicos e/ou que tivessem em seu conteúdo itens que avaliassem pensamentos relacionados à

depressão com base na tríade (Instrumento de Crandell sobre a tríade cognitiva; Questionário de pensamentos automáticos; Questionário de estilo atribucional; Questionário de estilo atribucional ampliado; Escala de crenças; Inventário da tríade cognitiva; *Irrational values scale* – IVS; Mood Survey; *Self rating depression scale* SDS; *Children cognitive assessment questionnaire* – CCAQ; *Dysfunctional attitude scale* – DAS). A partir da elaboração de itens pelos autores do projeto e da tradução dos itens contidos em outras escalas que avaliassem depressão, foram mantidos aqueles que diziam respeito às crenças de incapacidade, relacionadas por A. T. Beck (Beck et al., 1982) como aquelas referentes a sentimentos de autorrecriinação, culpa, sentimento de inutilidade, baixa autoestima frente a questões externas (relação do sujeito com os outros e o mundo). A versão final do instrumento possui 26 itens, divididos em dois fatores: (i) *baixa autoestima/desesperança*, com 16 itens referentes à percepção negativista do sujeito quanto a si e às suas perspectivas de futuro e (i) *funcionalidade nas relações*, com 10 itens sobre a avaliação positiva que o sujeito apresenta sobre sua relação com os outros e como avalia o suporte que recebe. A escala possui confiabilidade de 0.93, sendo 0.93 o Fator 1 e 0.89 o Fator 2. Para a contagem, quanto maior a pontuação, maiores os pensamentos disfuncionais. A escala fornece os pontos de corte baseados em população clínica (pacientes diagnosticados com depressão segundo DSM IV TR) por fatores, assim, para F1, resultados abaixo de 27 indicam disfunções baixas, entre 28-35 médio baixo, 36-43 médio alto e > 44 alto. Para F2, pontuações abaixo de 22 indicam pouca disfuncionalidade nas relações, 23-26 médio baixo, 27-28 médio alto e > 29 alto.

- Beck Depression Inventory second edition –BDI II (Beck et al., 1997 trad. Goreinstein, Pang, Argimon & Werlang, 2011): validado para o Brasil, é composto por 21 itens e mensura a intensidade da depressão tanto em pacientes diagnosticados quanto em casos prováveis na população normal entre uma faixa etária de 13 e 59 anos. É uma escala tipo *Likert* de quatro pontos, em que quanto maior a pontuação, maior o nível de depressão nos últimos 14 dias. Este instrumento possui algumas diferenças da primeira versão como, por exemplo, o item que avalia perda de apetite, insônia e retraimento social, que foram reelaborados conforme a 4ª edição do DSM IV (APA, 1994). Quatro itens foram retirados da primeira versão (perda de peso, mudança na autoimagem, percepções somáticas e dificuldades de trabalhar) e substituídos por agitação, desvalorização, dificuldade de concentração e falta de energia. O instrumento possui 21 itens, sendo que quanto maior a pontuação, maior a intensidade da depressão. Em amostras de pacientes com doenças afetivas, são adotados os seguintes pontos de corte: < 10 (ausência de depressão ou depressão mínima), 10-18 (depressão leve a moderada), 19-29 (depressão moderada a grave), 30-63 (depressão grave).

4.4 Procedimentos

Este estudo visa continuar o projeto já realizado dentro do projeto “Evidências de Validade para a Escala de Depressão – EPD”, por isso, utilizará amostras e conveniência. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa – CAPPesq (CAAE: 02222012.8.0000.0068). A aplicação do

protocolo se deu após o consentimento dos participantes do estudo mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), no qual constavam as informações pertinentes à pesquisa em questão. Os procedimentos encontram-se descritos a seguir:

- Pré triagem: o recrutamento dos participantes se deu por cadastro *on-line* no site www.progruda.com, do Programa de Transtornos Afetivos (PROGRUDA) do Instituto de Psiquiatria (IPq) da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), onde eram solicitados a responderem a duas questões principais: (i) “você tem se percebido mais desanimado, triste ou para baixo nessas últimas duas semanas?” e (ii) “percebe redução em sua vontade para fazer atividades que antes gostava?”. Para os que respondiam “sim” a uma das duas questões, uma pré-triagem telefônica era realizada, na qual eram feitas perguntas baseadas nos critérios para episódio depressivo maior conforme o DSM IV-TR (APA, 2000) e também referentes ao critério de inclusão e exclusão de pesquisa (cf. Tabela 1).

- Triagem: aqueles que passavam na pré-triagem, eram encaminhados para triagem com psiquiatra especializado em transtornos de humor, com duração aproximada de duas horas. Quando o diagnóstico era confirmado, eram avaliados com a Entrevista Estruturada para o DSM IV-SCID e escala Hamilton de Depressão – HAMD>14, procedimento que durava aproximadamente uma hora. Se confirmada a presença de sintomas de depressão segundo estes critérios, era feita a inclusão do(s) paciente(s), que passava(m) por *wash out*, e então, era(m) submetido(s) ao tratamento medicamentoso proposto.

• Tratamento: após inclusão, era iniciado o tratamento; os pacientes eram avaliados quanto à gravidade dos sintomas semanalmente por quatro semanas (de V1 a V4), e depois mensalmente, até completar 24 semanas, equivalente a seis meses de tratamento. Todos os pacientes receberam tratamento unicamente com sertralina (doses entre 50 a 200mg). Para maiores informações ver estudo de Fernandes e Moreno (2014). A Tabela 1 demonstra o fluxograma de aplicação das escalas da presente pesquisa, respeitando as visitas. A Escala de Depressão de Hamilton – HAMD é adotada como medida de ponto de corte para definição de critério de inclusão ($HAMD > 14$), resposta (50% do valor da HAMD) e remissão ($HAMD > 7$) do tratamento. Findado o projeto, ou em caso de recaída, os pacientes eram reencaminhados para atendimento em redes primárias.

A seguir, a Tabela 1 exemplifica a organização do estudo ao longo das semanas.

Tabela 1 - Fluxograma do estudo

Semanas	V0	V1	V2	V3	V4	V5	V6	V7	V8	V12	V24
TCLE											
SCID											
HAM D											
MADRS											
YOUNG											
BDI II											
EPD											
CBAS											

Legenda: TCLE -Termo de consentimento livre e esclarecido; SCID -Entrevista estruturada para DSM IV; HAMD- Escala Hamilton de Depressão; MADRS- Escala Montgomery Asberg de Depressão; YOUNG- Escala Young de Mania; BDI II- Escala Beck de Depressão; EPD- Escala de Pensamentos Depressivos; CBAS- Escala cognitivo comportamental de evitação.

5 Análise Estatística

Para a interpretação dos resultados, foram realizadas as seguintes análises:

- Tratamento de dados faltantes (*missing data*): as informações eram descartadas quando o participante não respondia ao menos 90% de cada um dos testes. Para os 10% dos dados ausentes, utilizou-se imputação múltipla implementada pelo algoritmo MICE, conforme descrito em Van Buuren e Groothuis-Oudshoorn (2011).

- Análise fatorial confirmatória: empregada com o objetivo de verificar a validade de construto previamente estabelecida da EPD (Carneiro; Baptista, 2016) e viabilidade de utilização da escala como parâmetro geral de interpretação dos dados. Para tal, a análise fatorial confirmatória foi realizada considerando o modelo baseado em análise fatorial confirmatória (AFC), esperando cargas acima de 0,40 para considerar o item como sendo discriminativo ou informativo, e índices de ajustes adequados como CFI (Confirmatory Fit Index) maior que 0,90 e RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation) menor que 0,08 para a confirmação do modelo.

- Estimação dos Thetas: para o teste EPD: a utilização deste método teve o objetivo de utilizar um parâmetro de medida psicométrica confiável que considerasse a estimativa dos itens e das pessoas para explicar a variabilidade das respostas do teste. Realizou-se uma TRI confirmatória bidimensional, idêntico à AFC, mediante modelo de crédito parcial generalizado (GPCM).

- Análises estatísticas descritivas e inferenciais robustas: descritivas de média, mediana, média aparada em 20%, desvio padrão e MAD (desvio padrão da mediana) foram realizadas de forma a observar as tendências centrais e as dispersões tradicionais e robustas das variáveis sociodemográficas com a escala EPD e demais instrumentos utilizados. Adicionalmente, para permitir melhor interpretação dos dados pareados, foram estimadas as diferenças entre as médias das medidas robustas e calculados os tamanhos dos efeitos destas diferenças através de comparações post hoc das matrizes de contrastes de *Tukey*.

- Correlações robustas: as correlações entre os testes, com o objetivo de atender aos propósitos do estudo, também foram realizadas. Dependendo do tipo da análise, adotou-se a correlação parcial ou a correlação de *Spearman*. Os coeficientes das correlações foram considerados significativos quando $p < 0,05$ ou quando o intervalo de confiança de 95% não ultrapassasse o valor zero.

- Análise de rede: modelo de rede direcional (causal) também foi efetuado, baseando na hipótese que os itens avaliados se relacionam através de seus sintomas, sem a necessidade de um traço latente subjacente. Forma-se, portanto, uma rede entre as variáveis que pode ser moderada ou mediada por uma cadeia de processos que se tornam mensuráveis. Para tal, adotou-se o método PMRF (*Pairwise Markov Random Field*) usando o gráfico Gaussiano para itens tipo likert e método LASSO (*Least Absolute Shrinkage and Selection Operator*) pelo critério de informação Bayesiana estendida (EBIC) para prever os efeitos de variáveis que não contribuem para a identificação das respostas.

- Análises longitudinais: as análises longitudinais foram realizadas a partir da mrANOVA (Anova de medidas repetidas). Valores são considerados significativos quando o intervalo de confiança de 95% não cruzam o valor zero.

Todas as análises mencionadas foram realizadas no programa R (versão 3.5.1). Para a imputação de dados foi utilizado o pacote “mice” (versão 3.3.0, van Buuren; Groothuis-Oudshoorn, 2011). A análise fatorial confirmatória foi obtida através do pacote “lavaan” (versão 0.6-3, Rosseel, 2012). O pacote mirt (versão 1.29, de Chalmers, 2012) foi utilizado para as estimações dos thetas. Para as estatísticas inferenciais (diferença entre as médias) foi utilizado o pacote “WRS2” (versão 0.10 de Mair; Wilcox, 2018). Para o modelo de redes, foi utilizado o pacote “bnlearn” (versão 4.4 de Scutari, 2010) combinado com o pacote huge (versão 1.2.7 de Zhao et al., 2015).

6 Resultados

Os dados longitudinais deste estudo contaram com os participantes que responderam a todas as escalas até V24 (maiores informações ver Figura 1). A Tabela 3 traz os dados descritivos dos participantes quanto a suas pontuações nas escalas.

6.1 Análise fatorial confirmatória

Considerando os objetivos principais do estudo, ou seja, investigar as relações entre pensamentos depressivos, comportamentos evitativos e sintomas de depressão, foi realizada a análise fatorial confirmatória (AFC) da EPD para verificação de validade de construto do modelo, considerando que a EPD será utilizada como base para as análises estatísticas descritivas e também de parâmetro para verificação das hipóteses principais do presente estudo. Vale considerar ainda que fora a BDI, todos os outros carecem de estudos psicométricos (CBAS, HAMD e MADRS).

Os resultados indicaram índices de ajuste adequados da escala, confirmando este modelo de dois fatores. Os índices de ajuste do modelo foram: CFI=0,979; RMSEA=0,039 e SRMR=0,086. Segundo parâmetros estabelecidos por Hair e cols (2009), índices de CFI superiores ou próximos a 0,90 indicam refinamento do modelo e RMSEA entre 0,06 e 0,08 trazem bons ajustes. Deste modo, entende-se que talvez um modelo de dois fatores mostra uma solução adequada a EPD, apesar desta se mostrar adequada para avaliação deste construto. A Figura 3 ilustra tais resultados.

Figura 3 – Análise fatorial confirmatória (AFC) de dois fatores com estimativa WLSMV (*mean- and variance-adjusted weighted least squares*) do teste EPD (N=131 pacientes)

Nesta figura, os valores das setas unidirecionais representam as cargas fatoriais (lambdas) e o valor da seta direcional representa a correlação ou covariância entre as duas variáveis latentes. Os símbolos ovais representam as variáveis latentes (fatores F1 e F2) e os retângulos as variáveis observáveis (itens epd1 a epd26). Deste modo, é possível observar que a EPD obteve cargas fatoriais entre 0,41 e 0,76, o que indica que os itens possuem boa informação dentro de seu respectivo fator. Ainda, a correlação de F1 (baixa autoestima / desesperança) e F2 (funcionalidade das relações) foi moderada, o que é positivo, já que ambas mensuram partes diferentes da distorção de pensamentos.

6.2 Estimação dos Thetas da EPD

A partir do modelo confirmatório de dois fatores, foi realizado cálculo para obtenção dos valores *Thetas* dos fatores da EPD, definindo, assim, parâmetros dos comportamentos em função do traço latente. Esta medida é importante porque cada resposta que o sujeito dá ao item depende do nível que ele possui no traço latente observado (no caso os pensamentos depressivos), e necessitamos observar até que ponto existem relações entre o traço latente medido com o desempenho (neste caso estado depressivo) do respondente independentemente da amostra de itens utilizados ou do grau de dificuldade deles. O resultado encontra-se disposto na Figura 4.

Figura 4 – Distribuição dos escores das variáveis latentes (F1 e F2) obtidos através do modelo de crédito parcial generalizado (GPCM) da teoria de resposta ao item multidimensional (TRI_m) do teste EPD

Os resultados da análise indicaram que a variável latente F1 teve média 0,01 (DP = 0,95) com os valores mínimo e máximo iguais a -2,16 a 2,11; enquanto que F2 teve média 0,01 (DP = 0,92) com valores entre -1,95 a 2,18. Assim, com esta padronização, foram realizadas as estatísticas descritivas das variáveis latentes da EPD em relação aos dados sociodemográficos.

6.3 Análises estatísticas descritivas da EPD

A partir dos resultados obtidos para a EPD em *Theta*, foram realizadas as análises descritivas, com objetivo de investigar se existiriam diferenças estatisticamente significativas de padrão de distorção de pensamento com sexo, diagnóstico anterior de depressão, tratamento psiquiátrico passado, tratamento psiquiátrico atual, psicoterapia no passado e psicoterapia atual. Todas estas variáveis estão dispostas nesta ordem, na Tabela 2.

Tabela 2 – Estatísticas descritivas das variáveis latentes do EPD (F1 e F2) em relação às variáveis dicotômicas

Variável		n	M	DP	Mediana	M 20%	MAD	Min.	Máx.
Sexo (F1)	F	95	0,08	0,97	0,02	0,08	0,99	-2,16	2,11
	M	33	-0,20	0,88	-0,20	-0,31	0,94	-1,53	2,11
Sexo (F2)	F	95	-0,03	0,88	0,07	0,00	0,71	-1,95	2,06
	M	33	0,15	1,06	0,07	0,12	1,01	-1,80	2,18
Aval.Pq. (F1)	sim	72	0,10	0,87	-0,09	0,03	0,80	-1,68	2,11
	não	43	-0,01	1,07	0,00	-0,03	1,09	-2,16	1,90
Aval. Pq. (F2)	sim	72	0,09	0,96	0,10	0,11	0,83	-1,80	2,06
	não	43	-0,08	0,90	-0,02	-0,10	0,83	-1,95	2,18
Ep.Vida (F1)	1 a 4	52	0,06	0,80	-0,09	0	0,72	-1,70	2,12
	5 ou +	22	0,05	0,89	-0,08	0	0,80	-1,32	1,76
Ep.Vida (F2)	1 a 4	52	0,01	0,90	0,05	0,05	0,87	1,98	1,98
	>5	22	0,05	1,05	-0,27	-0,06	0,78	2,15	2,15
Trat.Pq. P (F1)	Não	64	0,12	0,94	0,04	0,10	0,81	-2,12	2,10
	sim	49	0,00	0,95	-0,13	-0,06	1,00	-2,16	2,11
Trat.Pq. P (F2)	não	64	0,06	0,91	0,07	0,03	0,83	-1,95	2,18
	sim	49	-0,02	1,00	-0,13	0,01	0,81	-1,80	2,06
T.Pq.At. (F1)	não	82	0,11	0,87	-0,01	0,06	0,81	-1,53	2,11
	sim	30	0,03	1,12	-0,06	0,01	1,04	-2,16	2,11
T.Pq.At (F2)	não	82	0,08	0,90	0,06	0,04	0,79	-1,80	2,18
	sim	30	-0,01	1,02	0,12	0,04	1,16	-1,95	2,06
Psi.P(F1)	não	82	0,01	0,93	-0,11	-0,05	0,95	-2,16	2,10
	sim	33	0,19	0,96	0,07	0,19	0,75	-2,12	2,11
Psi.P (F2)	não	82	-0,01	0,89	0,07	-0,02	0,80	-1,80	2,06
	sim	33	0,19	1,02	0,16	0,20	0,74	-1,95	2,18
Psi.At (F1)	não	102	0,04	0,96	-0,09	-0,01	0,93	-2,16	2,11
	sim	12	0,15	0,83	0,25	0,12	0,65	-1,07	1,63
Psi.At (F2)	não	102	0,00	0,90	0,08	0,01	0,79	-1,95	2,06
	sim	12	0,31	1,14	-0,12	0,20	0,74	-1,31	2,18

Legenda: F- feminino; M- masculino; Aval Pq.-pacientes com diagnóstico psiquiátrico de depressão anterior; Trat.Pq.P.-tratamento psiquiátrico anterior; Trat.Pq.At-estar realizando tratamento psiquiátrico no momento; Psi.P.- passar por psicoterapia no passado; Psi.At- passar por psicoterapia no momento.

Dos dados encontrados, é importante ressaltar que nem todos os participantes responderam a todos os itens questionados. Da amostra total, é possível observar que ela é composta em sua maior parte por mulheres (n=95), e com pacientes que tinham diagnóstico prévio de depressão (n=72), mas nem todos haviam feito tratamento anterior (n=64) ou psicoterapia (n=82). A partir destes dados, foi gerada análise de diferença de média para verificar se existiria alguma interferência destas variáveis na amostra e nas futuras análises. Os resultados desta análise estão dispostos na Tabela 3.

Tabela 3 – Diferenças entre as médias robustas e tamanhos dos efeitos das diferenças entre variáveis dicotômicas

Variável	Fator 1 (Depressão)		Fator 2 (Relação)	
	Dif. Médias [IC 95%]	Tam.Efeito [IC 95%]	Dif. Médias [IC 95%]	Tam. Efeito [IC 95%]
Sexo	0,30 [-0,09; 0,65]	0,33 [-0,07; 0,74]	-0,18 [0,22; -0,61]	-0,18 [-0,62; 0,25]
Aval.Pq.	0,10 [-0,30; 0,49]	0,10 [-0,30; 0,50]	0,18 [-0,18; 0,54]	0,20 [-0,19; 0,59]
Ep.Vida	0,00 [-0,45; 0,48]	0,00 [-0,54; 0,55]	-0,01 [-0,55; 0,52]	-0,01 [-0,55; 0,51]
T.Pq.P.	0,13 [-0,23; 0,50]	0,14 [-0,24; 0,53]	0,07 [-0,29; 0,45]	0,08 [-0,31; 0,47]
T.Pq.At.	0,07 [-0,39; 0,55]	0,07 [-0,39; 0,52]	0,07 [-0,38; 0,51]	0,07 [-0,37; 0,53]
Psi.P.	-0,19 [-0,58; 0,21]	-0,21 [-0,64; 0,20]	-0,21 [-0,63; 0,20]	-0,22 [-0,66; 0,21]
Psi.At.	-0,11 [-0,69; 0,47]	-0,12 [-0,74; 0,46]	-0,28 [-1,08; 0,52]	-0,26 [-0,96; 0,42]

Nota. Os valores com asteriscos possuem diferenças significativas em suas médias do *theta*. Legendas: IC = intervalo de credibilidade da distribuição a posteriori dos parâmetros estimados. Dif. = diferença, Tam. Ef. = tamanho do efeito da diferença. Aval Pq.-pacientes com diagnóstico psiquiátrico de depressão anterior; Trat.Pq.P.-tratamento psiquiátrico anterior; Trat.Pq.At-estar realizando tratamento psiquiátrico no momento; Psi.P.- passar por psicoterapia no passado; Psi.At- passar por psicoterapia no momento.

De acordo com os resultados, observa-se que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas destas variáveis em relação ao padrão de distorção de pensamento. A seguir, foram realizadas análises com as variáveis categóricas, quais sejam: faixa etária, estado civil, renda pessoal, renda familiar e religião.

Tabela 4 – Estatísticas descritivas das variáveis latentes do EPD em relação a faixa etária

EPD	idade	n	média	DP	mediana	média20%	MAD	Min.	Máx.
F1	18 a 33	32	0,10	0,84	-0,05	0,04	0,71	-1,28	2,08
	34 a 40	30	0,30	0,77	0,33	0,30	0,77	-1,19	1,81
	41 a 50	31	-0,06	1,11	-0,16	-0,09	1,20	-2,23	2,09
	51 a 61	28	-0,22	0,84	-0,23	-0,22	0,91	-2,22	1,36
F2	18 a 33	32	0,08	0,84	0,24	0,09	0,73	-1,74	1,68
	34 a 40	30	0,39	0,90	0,26	0,37	0,79	-1,41	2,04
	41 a 50	31	-0,17	0,96	-0,14	-0,21	0,86	-1,87	1,73
	51 a 61	28	-0,17	0,87	-0,13	-0,21	0,73	-1,62	2,19

Os resultados encontrados de faixa etária sugerem uma média aparada maior da faixa etária de 34 a 40 anos quando comparada as demais em F1 e em F2, maior pontuação que os demais; ainda, pessoas acima de 41 anos com a mesma média de pontuação. Para observar se estas diferenças de média eram estatisticamente significantes, procedeu-se o teste *post-hoc* de ANOVA (Tabela 5).

Tabela 5 – Comparação *post-hoc* entre os grupos de faixa etária através da matriz de contrastes de *Tukey*

		Fator 1 (Depressão)		Fator 2 (Relação)	
		Dif.Médias [IC 95%]	Tam.Ef.	Dif.Médias [IC 95%]	Tam.Ef.
18 a 33	34 a 40	-0,20 [-0,80; 0,39]	-0,25	-0,32 [-0,91; 0,28]	-0,36
	41 a 50	0,15 [-0,44; 0,74]	0,15	0,25 [-0,34; 0,84]	0,28
	51 a 61	0,31 [-0,30; 0,92]	0,37	0,25 [-0,36; 0,85]	0,29
34 a 40	41 a 50	0,36 [-0,25; 0,96]	0,37	0,57 [-0,03; 1,16]	0,61
	51 a 61	0,52 [-0,10; 1,13]	0,64	0,56 [-0,05; 1,17]	0,63
41 a 50	51 a 61	0,16 [-0,45; 0,77]	0,16	0,00 [-0,61; 0,60]	-0,01

Deste modo, como apresenta a Tabela 5, apesar de aparentemente ter uma diferença nas pontuações, a análise posterior de ANOVA indicou que tais diferenças não são estatisticamente significantes. A seguir são dispostas as estatísticas descritivas em relação ao estado civil (Tabela 6).

Tabela 6 – Estatísticas descritivas das variáveis latentes do EPD em relação ao estado civil

var.	grupo	n	M	DP	M20%	mediana	MAD	min.	máx.
F1	Casado	43	-0,26	0,95	-0,35	-0,46	0,83	-2,16	1,81
	Divorciado	16	0,36	1,15	0,31	-0,06	1,50	-1,29	2,11
	Solteiro	53	0,19	0,82	0,16	0,07	0,68	-1,68	2,1
	Viúvo	5	0,12	0,76	0,27	0,39	0,62	-1,01	0,81
F2	Casado	43	-0,18	0,93	-0,11	0,03	0,93	-1,95	1,37
	Divorciado	16	0,46	0,99	0,37	0,21	0,96	-1,18	2,18
	Solteiro	53	0,04	0,86	-0,01	0,10	0,66	-1,80	2,06
	Viúvo	5	-0,05	0,99	-0,11	-0,24	1,09	-1,24	1,31

Os resultados das estatísticas descritivas indicam que a pontuação média aparada daqueles que, em F1, são casados se mostra menor do que da média dos outros participantes. Ademais, observa-se que os divorciados apresentam uma média aparada maior do que dos outros grupos em F2. Para verificar se estas diferenças são estatisticamente significantes, foi realizada uma análise comparativa a seguir (cf. Tabela 7).

Tabela 7 – Comparação *post-hoc* entre os grupos de estado civil através da matriz de contrastes de Tukey

Contrastes	Fator 1			Fator 2		
	Dif. Médias	IC 2,5%	IC 97,5%	Dif. Médias	IC 2,5%	IC 97,5%
divorciado-casado	0,61*	0,08	1,19	0,60*	0,13	1,18
solteiro-casado	0,46*	0,09	0,85	0,20	-0,19	0,56
viúvo-casado	0,39	-0,39	1,24	0,12	-0,68	1,09
solteiro-divorciado	-0,15	-0,71	0,34	-0,40	-0,89	0,13
viúvo-divorciado	-0,22	-1,10	0,65	-0,49	-1,39	0,44
viúvo-solteiro	-0,07	-0,84	0,75	-0,08	-0,95	0,74

Nota. Os valores com asterisco possuem diferenças significativas em suas médias do theta. IC = intervalo de credibilidade da distribuição a posteriori dos parâmetros estimados.

A partir dos testes *post hoc*, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os divorciados e casados, e solteiros e casados em F1 e entre os divorciados e casados em F2. Desta maneira, aqueles que são casados apresentaram menores distorções de pensamento quando comparados aos casados e solteiros, e os resultados de F2 indicam que casados possuem diferença estatisticamente significativa na funcionalidade das relações quando comparados aos divorciados, sendo estes últimos aqueles que percebem mais que são queridos pelas pessoas e apoiados por elas. As Figuras 5 e 6 ilustram tais resultados.

Figura 5 – Distribuições a posteriori das amostras MCMC da matriz de contrastes de Tukey de F1 com estado civil

Figura 6 – Distribuições a posteriori das amostras MCMC da matriz de contrastes de Tukey de F2 com estado civil

Na sequência, as mesmas análises foram realizadas em relação à renda pessoal e familiar. Os resultados encontram-se dispostos a seguir (cf. Tabela 8).

Tabela 8 – Estatísticas descritivas das variáveis latentes do EPD em relação à renda pessoal

var.	grupo	n	média	DP	média20%	mediana	MAD	min.	máx.
F1	sal.<1	46	-0,04	0,87	-0,07	-0,15	0,72	-2,16	2,10
	sal.1a3	11	0,46	0,67	0,43	0,51	0,76	-0,46	1,63
	sal.3a6	26	-0,10	0,97	-0,16	-0,20	1,06	-1,53	2,11
	sal.6>	6	-0,48	1,30	-0,48	-1,07	0,19	-1,28	2,11
F2	sal.1	46	0,07	0,96	0,05	0,02	0,89	-1,74	2,18
	sal.1a3	11	0,28	0,76	0,18	0,22	0,59	-0,60	2,06
	sal.3a6	26	-0,14	0,77	-0,12	0,04	0,47	-1,80	1,39
	sal.6>	6	-0,42	1,06	-0,42	-0,33	0,87	-1,54	1,39

De acordo com a média aparada, aqueles que possuem entre 1 a 3 salários foram aqueles que apresentaram as maiores médias de disfuncionalidade de pensamento em F1 e maior funcionalidade das relações em F2, ao passo que aqueles com mais de 6 salários se mostraram com menores pontuações em F1 e também em F2. Os testes para verificação se estas diferenças de média são estatisticamente significantes encontram-se a seguir (cf. Tabela 9).

Tabela 9 – Comparação *pos-hoc* entre os grupos de renda pessoal através da matriz de contrastes de Tukey

Var.	Dif. Médias	Fator 1		Dif. Médias	Fator 2	
		IC 2,5%	IC 97,5%		IC 2,5%	IC 97,5%
sal.1a3 - sal.<1	0,51	-0,04	1,15	0,29	-0,37	0,78
sal.3a6 - sal.<1	-0,08	-0,56	0,38	0,22	-0,62	0,23
sal.6> - sal.<1	-0,61	-1,40	0,16	0,41	-1,29	0,34
sal.3a6 - sal.1a3	-0,59	-1,20	0,12	0,31	-0,99	0,24
sal.6> - sal.1a3	-1,12*	-2,06	-0,24	0,47	-1,61	0,22
sal.6> - sal.3a6	-0,53	-1,31	0,34	0,42	-1,08	0,57

Nota. Os valores com asterisco possuem diferenças significativas em suas médias do theta. IC = intervalo de credibilidade da distribuição a posteriori dos parâmetros estimados.

Apesar das diferenças encontradas entre as médias, os resultados não foram estatisticamente significativos (cf. Tabela 9). A distribuição dos resultados encontra-se ilustrada a seguir (cf. Figura 7).

Figura 7 – Distribuições a posteriori das amostras MCMC da matriz de contrastes de *Tukey* para o Fator 1 da renda pessoal

Figura 8 – Distribuições a posteriori das amostras MCMC da matriz de contrastes de *Tukey* para o Fator 2 da renda pessoal

Análises estatísticas descritivas referentes à renda familiar, conforme detalhadas na Tabela 9, indicam que os participantes que tinham renda familiar com mais de 6 salários se mostraram semelhantes àqueles com maiores pontuações médias na distorção de pensamentos, ao passo que aqueles com menos de 1 salário são os de maior percepção de funcionalidade das relações. Os comparativos destas médias encontram-se na sequência (cf. Tabela 10).

Tabela 10 – Estatísticas descritivas das variáveis latentes do EPD em relação à renda familiar

var.	grupo	n	média	DP	média20%	mediana	MAD	min	max
F1	sal1	6	0,00	0,61	0,00	-0,21	0,40	-0,51	1,02
	sal1a3	21	-0,17	1,06	-0,16	-0,24	0,77	-2,16	1,81
	sal3a6	28	-0,04	0,83	-0,09	-0,11	0,90	-1,39	1,90
	sal6	15	0,20	1,08	0,18	0,41	1,13	-1,53	2,11
F2	sal1	6	0,71	1,02	0,71	0,92	0,92	-1,06	1,78
	sal1a3	21	-0,25	0,95	-0,27	-0,20	0,84	-1,95	2,06
	sal3a6	28	0,14	0,71	0,15	0,11	0,37	-1,67	2,06
	sal6	15	-0,31	0,90	-0,32	-0,35	0,82	-1,80	1,39

Os dados descritos na Tabela 9 indicam que existe uma diferença na média aparada em 20% em F1 que demonstra que a pontuação daqueles que recebem mais de 6 salários se mostrou maior do que aqueles que recebem menores rendas quanto à baixa autoestima e desesperança. De igual forma, a média destes se mostrou menor em F2, demonstrando que foram aqueles com menores pontuações médias em funcionalidade das relações. Para verificar se estas diferenças de média eram estatisticamente significativas, foi realizada uma análise *post hoc*, a qual se encontra descrita na Tabela 11.

Tabela 11 – Comparação *post hoc* entre os grupos de renda familiar através da matriz de contrastes de Tukey

Var.	Fator 1			Fator 2		
	Dif. Médias	IC 2,5%	IC 97,5%	Dif. Médias	IC 2,5%	IC 97,5%
sal1a3-sal1	-0,17	-1,03	0,59	<i>-1,03*</i>	<i>-1,75</i>	<i>-0,16</i>
sal3a6-sal1	-0,05	-0,89	0,76	-0,63	-1,37	0,14
sal6-sal1	0,22	-0,66	1,10	<i>-1,07*</i>	<i>-1,87</i>	<i>-0,26</i>
sal3a6-sal1a3	0,12	-0,38	0,70	0,40	-0,07	0,90
sal6-sal1a3	0,39	-0,31	1,05	-0,05	-0,57	0,55
sal6-sal3a6	0,27	-0,35	0,86	-0,45	-1,04	0,02

Nota. Os valores em *itálico* possuem diferenças significativas em suas médias do *theta*. IC = intervalo de credibilidade da distribuição a posteriori dos parâmetros estimados.

Apesar das diferenças de média encontradas, os resultados da comparação *post hoc* indicou a não existência de diferenças estatisticamente significativas na variável *renda familiar* na distorção de pensamento dos sujeitos. As Figuras 9 e 10 ilustram tais resultados.

Figura 9 – Distribuições *a posteriori* das amostras MCMC da matriz de contrastes de Tukey para o Fator 1 da renda familiar

Figura 10 – Distribuições a posteriori das amostras MCMC da matriz de contrastes de Tukey para o Fator 2 da renda familiar

Por fim, foram realizadas estatísticas descritivas sobre as variáveis latentes da EPD quanto à religião, com o objetivo de observar se a presença de estratégias externas poderia estar relacionada à menor disfuncionalidade de pensamento ou, ainda, com uma maior percepção de funcionalidade das relações. Tais resultados encontram-se dispostos, a seguir, na Tabela 12.

Tabela 12 – Estatísticas descritivas das variáveis latentes do EPD em relação à religião

var.	grupo	n	média	DP	média20%	mediana	MAD	min	máx.
F1	catol	37	-0,18	1,01	-0,18	-0,09	1,01	-2,16	1,79
	espiri	26	0,02	0,86	-0,05	-0,15	0,77	-1,15	2,10
	evang	18	0,00	0,59	0,00	-0,09	0,52	-1,13	1,06
	jeova	7	0,55	1,15	0,55	0,49	1,02	-1,32	1,90
	judeu	5	-0,33	0,91	-0,33	-0,63	1,03	-1,39	1,02
	outro	19	0,38	1,01	0,36	0,37	1,11	-1,07	2,11
F2	catol	37	-0,18	0,88	-0,13	-0,10	0,74	-1,95	1,37
	espiri	26	0,31	1,01	0,19	0,14	0,86	-1,46	2,18
	evang	18	0,20	0,68	0,15	0,20	0,82	-0,89	1,46
	jeova	7	0,24	0,58	0,26	0,54	0,64	-0,61	0,97
	judeu	5	-0,62	1,03	-0,54	-0,02	0,53	-1,80	0,34
	outro	19	-0,07	1,06	-0,15	-0,26	0,97	-1,61	2,06

Nota: Thetas da EPD, sendo F1 (baixa autoestima/desesperança) e F2 (funcionalidade das relações).

Observando as médias aparadas em 20% dispostas na Tabela 11, nota-se que os participantes que se classificaram judeus foram os com menores pontuações quando comparados às outras categorias em F1 e também com aqueles com menor pontuação média em F2. A verificação se estas diferenças se mostram estatisticamente significativas encontram-se, adiante, na Tabela 13.

Tabela 13 – Comparação *pos-hoc* entre os grupos religiosos através da matriz de contrastes de Tukey

Var.	Fator 1			Fator 2		
	Dif. Médias	IC 2,5%	IC 97,5%	Dif. Médias	IC 2,5%	IC 97,5%
espiri-catol	0,18	-0,31	0,64	0,46	-0,01	0,92
evang-catol	0,18	-0,29	0,71	0,37	-0,15	0,91
jeova-catol	0,75	-0,09	1,49	0,41	-0,29	1,12
judeu-catol	-0,17	-1,06	0,68	-0,43	-1,28	0,44
outro-catol	0,54*	0,03	1,10	0,07	-0,45	0,58
evang-espiri	0,01	-0,50	0,56	-0,09	-0,60	0,45
jeova-espiri	0,57	-0,24	1,36	-0,05	-0,82	0,70
judeu-espiri	-0,34	-1,24	0,57	-0,89	-1,78	0,01
outro-espiri	0,36	-0,21	0,89	-0,39	-0,95	0,13
jeova-evang	0,57	-0,29	1,37	0,04	-0,76	0,79
judeu-evang	-0,35	-1,28	0,58	-0,80	-1,75	0,11
outro-evang	0,36	-0,21	1,00	-0,30	-0,92	0,29
judeu-jeova	-0,91	-1,97	0,25	-0,84	-1,91	0,23
outro-jeova	-0,21	-1,10	0,58	-0,34	-1,08	0,41
outro-judeu	0,70	-0,18	1,65	0,50	-0,43	1,42

Nota. Os valores com asterisco possuem diferenças significativas em suas médias do theta. IC = intervalo de credibilidade da distribuição a posteriori dos parâmetros estimados.

Os resultados do teste de análise *post hoc* encontrou diferença estatisticamente significativa entre aqueles que responderam ser católicos com participantes que responderam ter outra denominação religiosa em F1. Entende-se, assim, que pessoas que têm uma orientação religiosa classificada como católica se mostra com menor distorção de pensamentos do que aquelas sem orientação religiosa ou com outras orientações que aquelas não contempladas no presente trabalho. A seguir, encontram-se as figuras que mostram a distribuição das variáveis (cf. Figuras 11 e 12).

Figura 11 – Distribuições a posteriori das amostras MCMC da matriz de contrastes de Tukey para o Fator 1 da religião

Figura 12 – Distribuições a posteriori das amostras MCMC da matriz de contrastes de Tukey para o Fator 2 da religião

6.4 Correlações e redes bayesianas

Com o objetivo de verificar relações entre pensamentos depressivos, comportamentos evitativos e sintomas depressivos, diferentes análises foram realizadas. Inicialmente, as análises correlacionais foram efetuadas, e encontram-se dispostas a seguir (cf. Tabela 14).

Tabela 14 – Matriz de correlações parciais

	F1	F2	S	NS	CS	CNS	BDI	YMRS	MADRS
theta1	1,00								
theta2	0,41*	1,00							
S	0,28	0,18	1,00						
NS	0,32	0,15	0,48*	1,00					
CS	0,39	0,29	0,81*	0,68*	1,00				
CNS	0,39	0,20	0,43*	0,77*	0,72*	1,00			
BDI	0,47*	0,25	0,30	0,36	0,42	0,41	1,00		
YMRS	-0,06	0,01	0,06	-0,18	-0,03	-0,16	0,02	1,00	
MADRS	0,32	0,03	0,33*	0,23	0,32	0,30	0,35*	0,21	1,00
HAMD	0,34*	0,16	0,29	0,29	0,32	0,22	0,38*	0,15	0,42*

Legenda: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$. Theta 1 (EPD fator 1- baixa autoestima/ desesperança) Theta 2 (EPD fator 2- disfuncionalidade das relações); S- CBAS Comportamental/social; NS- CBAS Comportamental não social; CS -CBAS cognitivo social; CNS - CBAS cognitivo não social; BDI -escala Beck de Depressão; YMRS- Escala Young de Mania; MADRS – Escala de depressão de Montgomery Asberg; HAMD- Escala Hamilton de Depressão.

As correlações parciais entre os instrumentos (V1) indicaram relações significativas e moderadas entre o F1 da EPD com a HAMD e fracas com a BDI. Desse modo, quanto maiores os sintomas de depressão avaliados por estas escalas, maiores também as pontuações dos participantes quanto à distorção de pensamentos. A Escala BDI apresentou uma relação significativa de magnitude fraca com as escalas HAMD e MADRS, indicando que a intensidade dos sintomas de depressão avaliados pelos participantes mediante a BDI se relaciona com a avaliação de gravidade feita pelos profissionais que os entrevistaram. Ainda em relação aos resultados, a correlação da MADRS com a HAMD foi moderada, demonstrando correlação entre os conteúdos avaliados por estas escalas. Por fim, referente à CBAS e seus fatores, não foram encontradas correlações estatisticamente significativas com as outras escalas utilizadas. Desse modo, os resultados trazem evidências de validade convergente baseada na relação com outras variáveis para a EPD, a BDI, a HAMD e a MADRS.

Tão importante quanto entender as correlações é também entender como estas relações podem ser determinadas. Desse modo, a análise de redes com indicadores causais também foi efetuada, com o objetivo de observar a rede causal das variáveis utilizadas. Tal resultado é ilustrado na Figura 13.

Figura 13 – Modelo de rede causal (*bnlearn package* de R)

O modelo de rede causal indica que, partindo da direita superior, os sintomas de mania avaliados pela YMRS causam alterações em sintomas detectadas pela MADRS, assim como os sintomas detectados pelos escores da MADRS se mostram interferindo nos resultados de BDI e HAMD e, por fim, os sintomas detectados por estes testes se apresentam interferindo na disfunção de pensamentos avaliados pela EPD F1, que, por sua vez, interfere na percepção de funcionalidade de relações avaliadas por F2. Outros pontos interessantes a serem observados são os resultados da CBAS, que mostram uma covariância dos escores e com o fator comportamental social interferindo diretamente nos resultados da MADRS. A Figura

14 traz a mesma rede causal, com suas devidas magnitudes causais obtidas a partir do modelo de rede bayesiana.

***Os valores indicam as direções das setas. Quanto maior o valor, mais escura e espessa é a seta direcional e mais provável a direção da seta entre duas variáveis.

Figura 14 – Indicadores causais da rede bayesiana

Examinando os dados a partir da Figura 14, a relação de redes causal variou de 0,59 a 0,04, ou seja, de forte a nula. Ainda, esta figura nos permite verificar que, apesar de EPD F1 aparecer como influenciadora de F2, podemos observar que também existe uma relação contrária, mesmo não tão forte, que ocorre de EPD F1 para BDI, mas não de EPD para MADRS ou para HAMD. Traduzindo tais dados, é possível entender que, no modelo encontrado no presente estudo, os sintomas referentes aos pensamentos depressivos tendem a serem explicados pelos sintomas de depressão, mas não são causa dos sintomas de depressão. De igual maneira, podemos afirmar que a distorção de pensamentos causa uma baixa percepção da funcionalidade das relações. Tão importante quanto este tipo de análise é o fato de se poder observar que, neste modelo, comportamentos sociais mostraram causar sintomas de depressão, mas a depressão não causou comportamentos de evitação.

6.5 Análises longitudinais

Visando cumprir os objetivos do presente estudo, foram realizadas análises longitudinais (de medidas repetidas) para verificar se os pensamentos e os comportamentos disfuncionais persistiam ao longo do tratamento antidepressivo, ou se haveria uma redução dos mesmos unicamente com esta forma de tratamento. A seguir, são descritos os resultados encontrados em cada uma das variáveis em relação à média e desvio padrão dos dados utilizados para análise longitudinal (Tabela 15).

Tabela 15 – Média e desvio padrão das escalas utilizadas para avaliação ao longo das semanas

	<i>N</i>	V1 M(DP)	V8 M(DP)	V12 M(DP)	V24 M(DP)
HAMD-17	38	19,73 (4,54)	6,81 (3,97)	7,18 (4,96)	4,78 (4,59)
MADRS	36	25,40 (6,94)	11,02 (7,59)	9,05 (7,47)	6,13 (6,65)
YMRS	19	1,78 (2,35)	0,84 (1,65)	0,73 (1,33)	0,94 (1,55)
BDI	22	35,82 (7,00)	14,05 (10,06)	14,14 (8,90)	11,55 (9,18)
EPD F1	21	36,29 (6,30)	25,14 (7,47)	26,19 (8,66)	25,95 (8,25)
EPD F2	21	21,35 (4,26)	17,22 (4,12)	16,52 (5,25)	16,87 (5,48)
CBAS CS	20	27,75 (7,31)	20,65 (8,70)	20,55 (9,24)	21,30 (10,24)
CBAS CNS	20	22,40 (4,09)	17,25 (6,14)	16,05 (7,25)	15,95 (6,50)
CBAS COG S	20	22,80 (4,96)	17,05 (6,66)	16,25 (8,07)	17,45 (7,44)
CBAS COGNS	20	33,50 (6,14)	26,70 (9,72)	24,40 (10,40)	25,90 (10,05)

Theta 1 (EPD fator 1- baixa autoestima/ desesperança) Theta 2 (EPD fator 2- disfuncionalidade das relações); CBAS_S- Comportamental/social; CBAS_NS- Comportamental não social; CBAS_CS cognitivo social; CBAS_CNS cognitivo não social; BDI -escala Beck de Depressão; YMRS- Escala Young de Mania; MADRS – Escala de depressão de Montgomery Asberg; HAMD- Escala Hamilton de Depressão.

A partir dos dados, é possível observar que existe uma mudança entre o primeiro com o segundo momento de avaliação em todas as escalas, mesmo com aqueles referentes aos subfatores sociais. Importante considerar que, segundo as escalas de gravidade (MADRS e HAMD), a partir de V8 os participantes já se encontram em resposta ao tratamento e em V24 já se encontram em remissão. Ainda, as escalas autoavaliativas de depressão indicam que os pacientes ainda se avaliam ao final com sintomas leves a moderados de depressão (BDI), com baixas disfunções de F1, e pouca disfuncionalidade das relações F2 (EPD) e com mais repertórios sociais do que não sociais (CBAS). As figuras, a seguir (Figura 15), ilustram as pontuações em cada uma das escalas.

Figura 15 – Médias e IC 95% das escalas HAMD e MADRS conforme sua localização ao longo das quatro aplicações

Deste modo, conforme descrito anteriormente, a Figura 15 ilustra os resultados encontrados ao longo das avaliações, que indicam que os pacientes já obtiveram uma resposta ao tratamento com sertralina logo nos primeiros dois meses de tratamento (V8). Deste momento em diante, ocorreu a diminuição discreta, porém, constante na pontuação das escalas, sugerindo melhora dos pacientes com escores classificados como remissão de sintomas depressivos. A Figura 16, adiante, apresenta os resultados encontrados nas escalas de controle (Young e BDI).

Figura 16 – Médias e IC 95% das escalas Young e BDI conforme sua localização ao longo das quatro aplicações

Como esperado, os resultados da escala de mania de Young mantiveram-se baixas e com a mesma pontuação. Observa-se, ainda, que o IC 95% foi maior do que nas demais escalas, devido ao menor número de sujeitos e maior variabilidade de respostas. Tal resultado é importante considerando que sintomas depressivos podem frequentemente ser confundidos como parte do espectro bipolar e garantem a homogeneidade da amostra. Ainda, vale considerar que, assim como o avaliado nas escalas de gravidade pelos profissionais, os pacientes também percebem uma melhora significativa nos sintomas depressivos nos primeiros dois meses, com melhoras mais discretas ao longo do tratamento. O mesmo se dá para a EPD (cf. Figura 17).

Figura 17 – Média e IC 95% das medidas EPD F1 e F2 conforme sua localização ao longo das aplicações

Os resultados da EPD em seus fatores ilustram uma melhora na disfunção de pensamentos e também na funcionalidade das relações. Comparando o perfil dos pacientes com a média normativa de pacientes com depressão, pode-se observar que os pacientes iniciaram o tratamento com disfunções (F1) classificadas com média alta (segundo terminologia de classificação do manual) e finalizam o tratamento com baixas disfunções de pensamentos, e com problemas altos na funcionalidade das relações (F2), terminando com melhora na funcionalidade das relações. Por fim, indicadores, a seguir, trazem os resultados encontrados em CBAS (cf. Figura 18).

Figura 18 – Médias e IC95% das escalas CBAS e seus fatores conforme sua localização ao longo das aplicações

Por fim, resultados na CBAS indicam uma redução na pontuação de comportamentos de esquiva dos participantes. Considerando que esta escala ainda não possui bem determinadas suas classificações, considerando o ponto de corte de cada um dos fatores, verifica-se que os participantes iniciam o tratamento com esquivas referentes a comportamento social (CS) acima do ponto de corte e se mantêm assim ao final das avaliações, mas não apresentam pontuações de comportamento não social acima do ponto de corte em nenhum momento (CNS). Referente à parte social cognitivo (CogS) e à não social (CogNS), os resultados foram abaixo do ponto de corte em CogS e em CogNS em V1 e continuaram a diminuir até V24, indicando que os pacientes apresentaram estratégias de evitação abaixo do ponto médio da escala.

Análises por medidas repetidas (rBANOVA) foram realizadas de forma a observar se esta diferença previamente verificada apresentaria resultados estatisticamente significantes entre os momentos. Cada um dos resultados encontra-se descrito a seguir, e discriminados pelas escalas avaliativas (Tabela 16).

Tabela 16 – Análise comparativa entre os diferentes momentos da HAMD e MADRS

		Prior odds	Posterior odds	BF _{10, U}	error %
	HAMD 8	0.414	9.282e +11	2.241e +12***	1.705e -17
HAMD 1	HAMD12	0.414	7.105e +9	1.715e +10***	9.093e -14
	HAMD24	0.414	7.444e +13	1.797e +14**	2.014e -18
HAMD 8	HAMD12	0.414	0.080	0.192	5.244e -6
	HAMD24	0.414	0.628	1.517	7.510e -8
HAMD 12	HAMD24	0.414	2.190	5.286*	4.063e -4
	MADRS8	0.414	1.166e +8	2.814e +8***	2.438e -11
MADRS 1	MADRS12	0.414	5.671e +7	1.369e +8***	3.552e -11
	MADRS24	0.414	8.432e +11	2.036e +12***	1.006e -15
MADRS 8	MADRS12	0.414	0.202	0.487	2.281e -7
	MADRS24	0.414	10.182	24.583*	1.384e -7
MADRS 12	MADRS24	0.414	0.871	2.102	6.110e -4

Note. The posterior odds have been corrected for multiple testing by fixing to 0.5 the prior probability that the null hypothesis holds across all comparisons (Westfall, Johnson, & Utts, 1997). Individual comparisons are based on the default t-test with a Cauchy (0, $r = 1/\sqrt{2}$) prior. The "U" in the Bayes factor denotes that it is not corrected. (**fraco suporte para H1* ***moderado suporte para H1* ****forte suporte para H1* *****suporte muito forte para H1*)

Os resultados da análise comparativa de diferenças de médias apontaram, então, forte suporte para H1 em HAMD 1 com todos os momentos, indicando que as diferenças de pontuação ao longo destes momentos não são encontradas ao acaso. O mesmo se dá entre o momento 12 com o 24, indicando uma melhora também na gravidade dos sintomas, mesmo que fraca. Na MADRS, a comparação da anova por medidas repetidas mostrou diferenças entre o momento 1 com os demais tempos, e entre a visita 12 com a 24. Não foram encontradas diferenças entre o momento 8 com as demais variáveis. Diferente da HAMD, foram encontrados resultados importantes de melhora também entre o momento 8 com o 24, mas não entre 12 e 24.

YOUNG e BDI

As escalas YOUNG e BDI, utilizadas neste estudo como comparativas, também foram avaliadas em relação a diferença de medidas. Os resultados encontrados a partir desta análise estão discriminados, adiante, na Tabela 17.

Tabela 17 – Análise comparativa entre os diferentes momentos da YOUNG e BDI

		Prior odds	Posterior odds	BF _{10, U}	error %
	YOUNG8	0.414	0.192	0.465	0.008
YOUNG 1	YOUNG12	0.414	0.343	0.827	0.002
	YOUNG24	0.414	0.191	0.461	0.008
YOUNG 8	YOUNG12	0.414	0.118	0.285	0.015
	YOUNG24	0.414	0.098	0.237	0.016
YOUNG 12	YOUNG24	0.414	0.114	0.276	0.016
	BDI 8	0.414	211370.091	510292.539***	3.707e-10
BDI 1	BDI 12	0.414	2.062e+6	4.977e+6***	1.170e-9
	BDI 24	0.414	1.015e+7	2.450e+7***	5.009e-12
BDI 8	BDI 12	0.414	0.093	0.223	0.031
	BDI 24	0.414	0.385	0.930	0.007
BDI 12	BDI 24	0.414	0.274	0.662	0.015

Note. The posterior odds have been corrected for multiple testing by fixing to 0.5 the prior probability that the null hypothesis holds across all comparisons (Westfall, Johnson, & Utts, 1997). Individual comparisons are based on the default t-test with a Cauchy (0, $r = 1/\sqrt{2}$) prior. The "U" in the Bayes factor denotes that it is uncorrected. (**fraco suporte para H1* ***moderado suporte para H1* ****forte suporte para H1* *****suporte muito forte para H1*)

Em relação a Young, a comparação da anova por medidas repetidas não mostrou diferenças de media significativas ao longo dos momentos na Young (cf. Tabela 17). Quanto ao BDI, a comparação da anova por medidas repetidas mostrou diferenças entre o momento 1 com os demais tempos, e entre a visita 12 com a 24. Não foram encontradas diferenças entre o momento 8 com as demais variáveis.

CBAS

A CBAS é uma escala dividida em quatro fatores, destinada a avaliar comportamentos evitativos típicos em depressão. A seguir, são descritos os resultados encontrados (cf. Tabela 18).

Tabela 18 – Análise comparativa entre os diferentes momentos da CBAS

		Prior odds	Posterior odds	BF _{10, U}	error %
<i>Comportamental social</i>					
CBAS 1	CBAS 8	0.414	11.209	27.062**	3.015e -4
	CBAS 12	0.414	5.403	13.043*	4.180e -4
	CBAS 24	0.414	1.469	3.545*	0.003
CBAS 8	CBAS 12	0.414	0.097	0.234	0.022
	CBAS 24	0.414	0.119	0.287	0.021
CBAS 12	CBAS 24	0.414	0.113	0.272	0.021
<i>Comportamental não social</i>					
CBAS 1	CBAS 8	0.414	3.645	8.800*	7.057e -4
	CBAS 12	0.414	7.922	19.125*	3.180e -4
	CBAS 24	0.414	12.071	29.143*	3.020e -4
CBAS 8	CBAS 12	0.414	0.219	0.529	0.009
	CBAS 24	0.414	0.243	0.586	0.007
CBAS 12	CBAS 24	0.414	0.097	0.234	0.022
<i>Cognitivo social</i>					
CBAS 1	CBAS 8	0.414	10.705	25.843**	3.017e -4
	CBAS 12	0.414	5.963	14.397*	3.795e -4
	CBAS 24	0.414	2.691	6.498*	0.001
CBAS 8	CBAS 12	0.414	0.144	0.347	0.018
	CBAS 24	0.414	0.106	0.256	0.021
CBAS 12	CBAS 24	0.414	0.322	0.778	0.003
<i>Cognitivo não social</i>					
CBAS 1	CBAS 8	0.414	2.662	6.426*	0.001
	CBAS 12	0.414	14.155	34.173**	3.047e -4
	CBAS 24	0.414	5.126	12.375*	4.432e -4
CBAS 8	CBAS 12	0.414	0.464	1.121	0.001
	CBAS 24	0.414	0.114	0.276	0.021
CBAS 12	CBAS 24	0.414	0.209	0.505	0.010

Note. The posterior odds have been corrected for multiple testing by fixing to 0.5 the prior probability that the null hypothesis holds across all comparisons (Westfall, Johnson, & Utts, 1997). Individual comparisons are based on the default t-test with a Cauchy (0, $r = 1/\sqrt{2}$) prior. The "U" in the Bayes factor denotes that it is uncorrected. (**fraco suporte para H1* ***moderado suporte para H1* ****forte suporte para H1* *****suporte muito forte para H1*)

Segundo resultados encontrados, notou-se diferenças entre o momento 1 com todos os outros momentos. Vale ressaltar, ainda, que para comportamento social, a diferença entre o momento 1 com o 8 mostrou-se mais visível do que com o momento 12 e 24, os quais apresentaram um fraco suporte para H1, apesar de presente. No fator comportamento não social, apesar de fracas, as evidências foram encontradas para o primeiro momento com todos os outros. Em relação a cognitivo social, os resultados indicaram diferenças do primeiro momento com os momentos 8 e 12 e fracas para os momentos 1 e 24. Por fim, quanto a cognitivo não social, as evidências foram fracas do momento 1 para 8 e 1 e 24 e forte entre 1 e 12.

EPD

A EPD, como apresentada nos resultados preliminares, foi interpretada a partir dos *Thetas*. Análises comparativas entre os momentos estão descritas, a seguir, na Tabela 19.

Tabela 19 – Análise comparativa entre os diferentes momentos da EPD

		Prior odds	Posterior odds	BF _{10, U}	error %
<i>Theta 1</i>					
	EPD 8	0.414	63166.804	152498.154***	1.208e -9
EPD 1	EPD 12	0.414	959.938	2317.495***	1.907e -7
	EPD 24	0.414	10540.278	25446.483***	1.394e -8
EPD 8	EPD 12	0.414	0.121	0.292	0.026
	EPD 24	0.414	0.116	0.280	0.027
EPD12	EPD 24	0.414	0.095	0.230	0.027
<i>Theta 2</i>					
	EPD8	0.414	77.404	186.869***	2.793e -5
EPD 1	EPD12	0.414	71.420	172.423***	2.802e -5
	EPD24	0.414	382.583	923.637***	4.834e -7
EPD 8	EPD12	0.414	0.125	0.301	0.035
	EPD24	0.414	0.096	0.231	0.034
EPD12	EPD24	0.414	0.095	0.229	0.034

Note. The posterior odds have been corrected for multiple testing by fixing to 0.5 the prior probability that the null hypothesis holds across all comparisons (Westfall, Johnson, & Utts, 1997). Individual comparisons are based on the default t-test with a Cauchy (0, $r = 1/\sqrt{2}$) prior. The "U" in the Bayes factor denotes that it is uncorrected. (* *fraco suporte para H1* ** *moderado suporte para H1* ****forte suporte para H1* *****suporte muito forte para H1*).

Segundo resultados encontrados, foram notadas diferenças entre o momento 1 com todos os outros momentos para ambas as escalas. Assim como encontrado nos resultados da BDI e CBAS, não foram encontradas mudanças entre os outros momentos. Desse modo, as mudanças se mostraram notórias apenas quando comparando o início do tratamento.

7 Discussão

A depressão, como apresentada no presente trabalho, é um Transtorno de Humor de grande incidência, classificada como uma das maiores doenças incapacitantes mundialmente com índices que indicam seu contínuo crescimento (Maj et al., 1992; Fava et al., 1998; Andrade et al. 2012; CANMAT, 2014). Há décadas, diferentes tentativas de se prevenir seu agravamento, ou ainda, de promover a saúde são estudadas. Contudo, ainda insuficientes para responder todas as lacunas que sua multifatorialidade compõe. O presente estudo não foi diferente, e teve por objetivo investigar a evolução dos quadros depressivos ao longo do tratamento farmacológico para TDM, verificando a relação entre sintomas, comportamentos evitativos e pensamentos disfuncionais. Os resultados serão discutidos aqui, levando em conta os objetivos principais do estudo e a complexidade envolvida, não a ordem apresentada no item “resultados”.

Considerando que os estudos na literatura demonstram que pacientes depressivos apresentam padrões específicos de comportamentos evitativos e também de disfuncionalidade em seus pensamentos (Ferster, 1973; Ottenbreit; Dobson, 2004; Moulds et al., 2007; Disner et al., 2011; Trew, 2011, Beck; Bredemeier, 2016; dentre outros), diferentes investigações foram realizadas com o objetivo de verificar a eficácia e efetividade de tratamentos psicoterápicos, no caso, a utilização da Terapia Cognitivo-Comportamental na diminuição, recaída e recorrência de sintomas depressivos. Observaram, dentre outros aspectos, que o tratamento cognitivo comportamental influenciava positivamente na recuperação do paciente, e que as taxas de recaída e recorrência eram menores quando comparadas a tratamentos utilizando unicamente psicofármacos (Friedman et al., 2009; Parikh et al., 2009; NIMH, 2017). Entretanto, não foram encontrados estudos que investigassem qual

seria o efeito da medicação na cognição unicamente durante o tratamento farmacológico, sem fornecer intervenção psicoterápica ou psicoeducacional como tratamento adjuvante – o qual justamente é o foco da presente pesquisa, que visa analisar e compreender esta lacuna encontrada nos dados da literatura.

Desta forma, os dados do presente estudo indicaram uma diminuição visível da gravidade de sintomas depressivos ao comparar o paciente no início do tratamento com os meses subsequentes, indicando que o tratamento farmacológico foi capaz de promover uma mudança estatisticamente significativa nos sintomas do paciente, corroborando com os dados da literatura, os quais já evidenciam a superioridade dos tratamentos psicofarmacológicos como aqueles de primeira opção no tratamento de transtornos de humor.

Na amostra do presente estudo, pode-se perceber uma resposta dos sintomas depressivos logo no segundo mês de tratamento, que evolui para uma resposta ao final do sexto mês. Adicionalmente, os resultados encontrados na aplicação da CBAS e EDP indicaram melhora estatisticamente significativa em pensamentos disfuncionais e comportamentos evitativos dos pacientes, a ponto de se considerar que o tratamento unicamente farmacológico se mostrou eficaz para reduzir também esses sintomas.

Assim, os dados encontrados sugerem que os pacientes do estudo, tratados com sertralina, apresentam ao final dos seis meses menor gravidade dos sintomas depressivos e menor número de comportamentos evitativos e pensamentos disfuncionais quando comparados ao início do tratamento. Entretanto, pode-se afirmar que as diferenças ao longo do tratamento foram apenas diferentes quanto a gravidade dos sintomas depressivos, mensurados pela HAMD e MADRS, mas que

não houveram diferenças ao longo do tratamento nas outras escalas (CBAS, EPD e BDI), o que leva a entender que, apesar da existência de relações entre o desfecho do tratamento farmacológico com modificações de pensamento e comportamentos, esta mudança não se mostra suficiente para manter uma melhora contínua neste setor.

Em segundo plano, o objetivo da presente pesquisa buscou evidências de validade baseada na relação com variáveis externas para a Escala de Pensamentos Disfuncionais –EPD. Análises correlacionais foram adotadas para que este objetivo fosse cumprido, as quais indicaram evidências de validade baseada na relação com outras variáveis para EPD, a partir da convergência encontrada da escala com medidas de gravidade de depressão (HAMD) e também com a BDI. Este resultado segue os pressupostos teóricos da TCC outrora apontados por A. T. Beck (Beck et al., 1982; Beck; Bredemeier, 2016), o qual afirma que existe uma relação direta entre a disfuncionalidade de pensamento com a depressão, sendo a negatividade um sintoma central para se analisar, por esse ser capaz de fazer o sujeito generalizar todas suas atividades para o lado negativo, apresentando, consequentemente, baixa propensão de conseguir reforços em seu meio. Deste modo, o presente estudo também contribui fornecendo mais uma evidencia de que, à medida que os pacientes respondem ao tratamento, há uma diminuição de padrões de evitação e disfuncionalidade de pensamento relativamente em consonância com a melhora do quadro depressivo.

Apesar dos resultados encontrados, vale ressaltar que a depressão, como descrita no início, constitui de múltiplos aspectos, o que torna as medidas de depressão difíceis de serem combinadas e, por essa razão, a correlação moderada entre HAMD e MADRS não foi diferente do esperado. Ainda quanto às evidencias

de validade da EPD, estas devem ser interpretadas com cautela, já que a HAMD é uma medida de sintomas de gravidade de depressão que contém itens que avaliam também sintomas de ansiedade, ao passo que a MADRS avalia unicamente sintomas depressivos (Carneiro et al., 2015). Em relação a CBAS, não foram encontradas evidências de validade baseada na relação com outras variáveis. Tal resultado foi diferente do esperado, considerando estudos prévios que indicavam a relação da CBAS com outras escalas de depressão (Ottenbreit; Dobson, 2004).

O modelo bayesiano de redes desenhado para este trabalho visava justamente responder a esta lacuna, ou seja, identificar como se davam causalidades, uma vez que as relações encontradas destoam do encontrado em estudos prévios, onde a EPD convergiu ambas para escalas de gravidade, ou ainda, estudos que correlacionando MADRS e HAMD, a magnitude correlacional era maior (estudos). Este modelo causal permitiu verificar que os pensamentos depressivos faziam parte do modelo da depressão, mas não eram causadores da depressão.

A afirmativa de que os pensamentos depressivos causam depressão já foi fonte de diferentes estudos, e à medida que os estudos que fornecem modelos causais avançam, consegue-se chegar a estimativas mais acuradas, que levam a este entendimento. Ademais, um resultado interessante que este modelo trouxe foi o de que os comportamentos sociais se mostraram causando sintomas de depressão. Na CBAS, os itens referentes a comportamentos sociais dizem respeito a evitar participar de eventos ou interações sociais, tais como não ir em festas, não atender ao telefone quando alguém liga, recusas de socialização e sensação de estar isolado(a) em interações sociais.

Por fim, não menos importante, cabe a consideração de que os resultados encontrados que servem de evidências de validade para a EPD (análise fatorial confirmatória) e das variáveis sociodemográficas. A análise fatorial confirmatória da EPD foi realizada, neste estudo, visando observar se o modelo com dois fatores era adequado para a interpretação dos dados encontrados *a priori*. Os resultados foram positivos, demonstrando uma boa adequação do modelo e trazendo evidências de validade de construto para a escala, apoiando os resultados previamente encontrados e reforçando, mediante esta validade de construto, a credibilidade do teste para avaliar pensamentos disfuncionais em pacientes depressivos. Sendo a EPD uma escala brasileira, construída a partir de pacientes de nossa realidade, é importante encontrar resultados que sustentem seu modelo.

No que tange aos dados sociodemográficos, foi possível observar diferenças entre casados e não casados quanto à funcionalidade das relações e distorção de pensamentos. Os casados foram aqueles que apresentaram menores distorções de pensamento quando comparados aos casados e solteiros; e menor percepção de funcionalidade das relações, quando comparados aos divorciados. Estes dados corroboram com dados da literatura, a qual coloca ser casado como um fator protetivo a depressão (WHO, 2016).

Quanto as variáveis como renda familiar e religião, observou-se que pessoas com maior renda familiar tinham também maiores distorções de pensamento e menor percepção de funcionalidade das relações em detrimento daquelas com menor renda, e uma diferença estatisticamente significativa entre aqueles que responderam ser católicos com participantes que responderam ter outra denominação religiosa em F1. Entende-se, assim, que pessoas que têm uma orientação religiosa católica se mostra

com menor distorção de pensamentos do que aquelas sem orientação religiosa ou com outras orientações que aquelas não contempladas no presente trabalho.

Por fim, evidências que elucidem o raciocínio estes dois achados se mostram mais difíceis, já que a diversidade religiosa implica em outras questões não mensuradas no presente estudo, como por exemplo, se possui regularidade na prática ou quantos anos segue as premissas requeridas por sua religião e a questão da renda se mostra, no presente estudo, com ressalvas, já que quem não tem salário não mostrou este padrão encontrado em quem tem mais de 3 salários, indicando que não é correto inferir que aqueles com menor renda possuem diferenças daqueles com maior renda nos padrões de pensamento. Deste modo, é um dado que fica em aberto, cumprindo algumas limitações do estudo, discorridas no tópico conclusão.

8 Conclusão

Este estudo teve por objetivo realizar uma análise de pensamentos e comportamentos evitativos ao longo de seis meses em pacientes previamente diagnosticados como depressivos pelo psiquiatra e sem comorbidades, de forma a propiciar uma análise pormenorizada de substratos unicamente ativados pela depressão. Os principais achados desse estudo demonstram especificamente que:

1. existe uma melhora substancial dos sintomas depressivos dos pacientes, quando são bons respondedores a antidepressivos (como no caso);
2. os pensamentos e padrões evitativos são comportamentos que necessitam de intervenções específicas, já que sua redução se mostra não estável quando recebendo somente psicofármacos;
3. pensamentos distorcidos não causam depressão, mas trabalhar com a disfuncionalidade de comportamentos e pensamentos se mostra como uma ferramenta importante para que a melhora do tratamento seja não apenas a nível de sintoma, mas também a nível de uma melhor qualidade de vida do sujeito.

Limitações ao trabalho devem ser realizadas, como por exemplo, o número reduzido da amostra, e também a falta de estudo comparativo com grupos placebo e grupos com intervenção psicoterápica ou controle de fatores de personalidade. A partir da evidência que demonstra que os sintomas não podem ser reduzidos unicamente por psicofármacos, espera-se que seja possível pensar em dispositivos que se tornem mais disponíveis em relação às formas de treinamento em TCC, para que uma maior parte de pacientes sejam alcançados e tratados adequadamente.

9 Referências

Ablon JS, Jones EE. Validity of controlled clinical trials of psychotherapy: findings from the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Am J Psychiatry*. 2002;159(5):775-83.

Akiskal HS. Mood disorders: clinical features. In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P editors. *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 9th Ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009. v1, cap 13.7, p. 1693-1733.

Alloy LB, Abramson LY, Francis EL. Do negative cognitive styles confer vulnerability to depression? *Curr Dir Psychol Sci*. 1999;8:128-32.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition. Washington, DC [Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - 1995]. Trad. Dayse Batista. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition- Revised. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2002.

American Psychiatric Association [APA] *Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders - DSM-5*. Washington DC: American Psychiatric Association; 2013.

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(2):e31879.

Beck AT, Bredemeier, K. A unified model of depression: integrating clinical, cognitive, biological and evolutionary process. *Clinical Psychological Science*. 2016;4(4):596-619.

- Beck AT, Haigh EAP. Advances in cognitive theory and therapy: the generic cognitive model. *Annu Rev Clin Psychol*. 2014;10:1-24.
- Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. *Terapia cognitiva da depressão*. Rio de Janeiro: Zahar; 1982[1979].
- Beck AT, Steer RA, Brown GK. *Manual for the Beck Depression Inventory–II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1996.
- Beck JS. *Terapia cognitivo comportamental: teoria e prática* 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2013.
- Berlim MT. *Transtornos depressivos, ideação suicida e qualidade de vida em pacientes deprimidos ambulatoriais*. Dissertação de mestrado. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2005.
- Beshai S, Dobson KS, Bockting CLH, Quigley L. Relapse and recurrence prevention in depression: current research and future prospects. *Clin Psychol Rev*. 2011;31(8):1349-60.
- Blake E, Dobson KS, Sheptycki AR, Drapeau M. The relationship between depression, severity and cognitive errors. *Am J Psychother*. 2016;70(2):203-21.
- Blacker D. Psychiatric rating scales. In: Sadock BJ, Sadock VA. *Comprehensive textbook of Psychiatry*. 7th.ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000. p.755-783.
- Brewin CR, Reynolds M, Tata P. Autobiographical process and the course of depression. *J Abnorm Psychol*. 1999;108(3):511-7.
- Bridges KR, Harnish RJ. Role of irrational beliefs in depression and anxiety: a review. *Health*. 2010;2(8):862-77.

Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments [CANMAT]. *Treating depressive disorder: relapse and recurrence*. 2012. Disponível em: <http://www.canmat.org/cme-depression-relapse-and-recurrence.php>. Acesso em: 31 out. 2014.

Carneiro AM, Baptista MN. *Escala de Pensamentos Depressivos (EPD)*. São Paulo: Hogrefe; 2016.

Carneiro AM, Fernandes F, Moreno RA. Hamilton depression rating scale and montgomery–asberg depression rating scale in depressed and bipolar I patients: psychometric properties in a Brazilian sample. *Health Qual Life Outcomes*. 2015; 13:42.

Carvalho TFR, Lima MG, Soares Azevedo RC, Caetano D. Tradução do inglês para o português do Questionário de Auto avaliação da Escala de Hamilton para a Depressão. *J Bras Psiquiatr*. 1993; 42(5):255-60.

Chalmers P. Mirt: A Multidimensional Item Response Theory Package for the R Environment. *J Stat Softw*. 2012; 48(6):1-29.

Cribb G, Moulds ML, Carter S. Rumination and experiential avoidance in depression. *Behaviour Change*. 2006;23(3):165-76.

Cuijpers P, Weitz E, Lamers F, Pennix BW, Twisk J, DeRubeis RJ, Dimidjian S, Dunlop BW, Jarrett RB, Segal ZV, Hollon SD. Melancholic and atypical depression as predictor and moderator of outcome in cognitive behavior therapy and phamarcotherapy for adult depression. *Depress Anxiety*. 2017; 34(3):246-56.

Del Porto, JA. Conceito e diagnóstico. *Rev Bras Psiquiatr*. 1999;21(Suppl. 1):06-11.

Del-Ben LCM, Vilela JAA, Crippa JA de S, Hallak JEC, Labate CM, Zuardi AW. Confiabilidade da “Entrevista Clínica Estruturada para o DSM IV- Versão Clínica” traduzida para o português. *Rev Bras Psiquiatr*. 2001;23(3):156-9.

- Dickson KS, Ciesla JA, Reilly C. Rumination, worry, cognitive avoidance and behavioral avoidance: examination of temporal effects. *Behav Ther.* 2012;43(3): 629-640.
- Disner SG, Beevers CG, Haigh EAP, Beck AT. Neural mechanisms of the cognitive model of depression. *Nat Rev Neurosci.* 2011;12(8):467-77.
- Dobson K. The science of CBT: toward a metacognitive model of change? *Beh Ther.* 2013;44(2):224-7.
- Dobson DJG, Dobson KS. *The evidence-based practice of cognitive-behavioral therapy*. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2017.
- Dractu L, Ribeiro L da C, Calil HM. Depression assessment in Brazil: the first application of the Montgomery-Asberg Depression Rating Scale. *Br J Psychiatry.* 1987;150:797-800.
- Ekers D, Webster L, Van Straten A, Cuijpers P, Richards D, Gilbody S. Behavioural activation for depression: An update of meta-analysis of effectiveness and sub group analysis. *PLoS One.* 2014; 9(6):e100100.
- Fava GA, Ruini C, Rafanelli C, Finos L, Conti S, Grandi S. Six year outcome of cognitive behavior therapy for prevention of recurrent depression. *Am J Psychiatry.* 2004;161(10):1872-6.
- Fava GA, Rafanelli C, Grandi S, Canestrari R, Morphy MA. Six-year outcome for cognitive behavioral treatment of residual symptoms in major depression. *Am J Psychiatry.* 1998;155(10):1443-5.
- Fernandes FF, Moreno RA. *Integral Assessment in Unipolar Depression (AIUNI)*. Clinical Trials.gov, NCT02268487, 2014.

Ferster CB. A functional analysis of depression. *American Psychologist*. 1973;28(10):858-70.

First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. *Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders-clinician version (SCID-CV)*. New York: State Psychiatric Institute, Biometrics Research; 1997.

Fournier MA, DeRubeis RJ, Hollon SD, Amsterdam JD, Shelton RC, Fawcett J. Antidepressant drug effects and depression severity: a patient level meta analysis. *JAMA*. 2010;303(1):47-53.

Friedman ES, Thase ME, Wisniewski SR, Trivedi MH, Biggs MM, Fava M, Warden D, Niederehe G, Luther JF, Rush AJ. Cognitive Therapy Argumentation versus CT Switch Treatment: a STAR*D report. *Int J Cogn Ther*. 2009;2(1):66-87.

Gaynes BN, Rush AJ, Trivedi MH, Wisniewski SR, Spencer D, Fava M. The Star*D study: treating depression in the real world. *Cleve Clin J Med*. 2008;75(1):57-66.

Grahek I, Everaert J, Krebs RM, Koster EHW. Cognitive control in depression: toward clinical models informed by cognitive neuroscience. *Clinical Psychological Science*. 2018;6(4):464-80.

Gorenstein, C, Pang WY, Argimon IIL, Werlang BSG. *Manual do Inventário de Depressão de Beck – BDI-II*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2011.

Gruenberg AM, Goldstein R, Pincus HA. *Classification of depression: research and diagnostic criteria: DSM IV and ICD 10*. 2005; Disponível em: http://www.wiley-vch.de/books/sample/3527307850_c01.pdf. Acesso em: 20 dez, 2016.

Greenberg PE, Birnbaum H. The economic burden of depression in the US: societal and patient perspectives. *Expert Opin Pharmacother*. 2005;6(3):369-76.

- Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1960;23:56-62.
- Hansen R, Gaynes B, Thieda P, Gartlehner G, Deveaugh-Geiss A, Krebs E, Lohr K. Meta-analysis of major depressive disorder relapse and recurrence with second-generation antidepressants. *Psychiatr Serv*. 2008;59(10):1121-30.
- Israel JA. The impact of residual symptoms in major depression. *Pharmaceuticals*. 2010;3(8):2426-40.
- Jarrett RB, Minhajuddin A, Borman PD, Dunlap L, Segal ZV, Kidner CL, Friedman ES, Thase ME. Cognitive reactivity, dysfunctional attitudes, and depressive relapse and recurrence in cognitive therapy responders. *Behav Res Ther*. 2012;50(5):280-6.
- Kazdin AE. Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annu Rev Clin Psychol*. 2007;3:1-27.
- Koenig M, Thase ME. First-line pharmacotherapies for depression= what is the best choice? *Pol Arch Med Wewn*. 2009;119(7-8):478-86.
- Li J, Zhang Y, Su W, Liu L, Gong H, Peng W, Jiang C. Cognitive behavioral therapy for treatment-resistant depression: a systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res*. 2018;268:243-50.
- Luppa M, Heinrich S, Angermeyer MC, König HH, Reidel-Heller SG. Cost of illness studies of depression: a systematic review. *J Affect Disord*. 2009;98(1-2):29-43.
- Maj M, Veltro F, Pirozzi R, Lohr S, Magliano L. Pattern of recurrence of illness after recovery from an episode of major depression: a prospective study. *Am J Psychiatry*. 1992;149(6):795-800.
- Mair P, Wilcox R. *WRS2: Wilcox robust estimation and testing*. 2018.

Melfi CA, Chawla AJ, Croghan TW, Hanna MP, Kennedy S, Sredl K. The effects of adherence to antidepressant treatment guidelines on relapse and recurrence of depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1998;55(12):1128-32.

Montgomery AS, Asberg, M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry*. 1979;134:382-9.

Moulds ML, Kandris E, Starr S, Wong AC. The relationship between rumination, avoidance and depression in a non-clinical sample. *Behav Res Ther*. 2007;45(2):251-61.

Müller MJ, Szegedi A. Effects of interrater reliability of psychopathologic assessment on power and sample size calculations in clinical trials. *J Clin Psychopharmacol*. 2002;22(3):318-25.

Müller MJ, Szegedi A, Wetzel W, Benkert O. Moderate and severe depression gradations of the Montgomery-Asberg Depression Rating Scale. *J Affect Disord*. 2000;60(2):137-40.

Nasrin F, Rimes K, Reinecke A, Rink M, Barnhofer T. Effects of brief behavioural activation on approach and avoidance tendencies in acute depression: preliminary findings. *Behav Cogn Psychother*. 2017;45(1):58-72.

National Institute of Mental Health [NIMH], *Major Depression*. 2017; disponível em: <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/major-depression.shtml>. Acesso em: 22/10/2017.

Organização Mundial de Saúde [OMS]. *Classificação Internacional de Doenças - CID 10*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.

Ottenbreit ND, Dobson KS. Avoidance and depression: the construction of the Cognitive Behavioral Avoidance Scale. *Behav Res Ther*. 2004;42(3):293-313.

Parikh SV, Segal ZV, Grigoriadis S, Ravindran AV, Kennedy SH, Lam RW, Patten SB; Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT): clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults II. Psychotherapy alone or in combination with antidepressant medication. *J Affect Disord.* 2009;117 Suppl 1:S15-25.

Paykel ES, Scott J, Teasdale JD, Johnson AL, Garland A, Moore R, Jenaway A, Cornwall PL, Hayhurst H, Abbott R, Pope M. Prevention of relapse in residual depression by cognitive therapy: a controlled trial. *Arch Gen Psychiatry.* 1999;56(9):829-35.

Prendes-Alvarez S, Schatzberg AF, Nemeroff CB. Pharmacological treatments for unipolar depression. In: Nathan PE, Gorman JM. [Org.]. *A Guide to Treatments that Work.* 4th ed. New York: Oxford University Press; 2015. p. 327-354.

R Core Team. *R: A language and environment for statistical computing.* Vienna, Austria: R Foundation for Statistical Computing; 2018.

Richards DA, Ekers D, McMilian D, Taylor RS, Byford S, Warren FC, Berret B, Farrand PA, Gilbody S, Kuyken W, O'Mahen H, Watkins ER, Wright KA, Hollon SD, Reed N, Rhodes S, Fletcher E, Finning K. Cost and outcome of Behavioral Activation versus Cognitive Behavioural Therapy for Depression (COBRA): a randomized, controlled, non-inferiority trial. *Lancet.* 2016;388(10047):871-80.

Riso LP, du Toit PL, Blandino A, Penna S, Dacey S, Duin, JS, Pacoe EM, Grant MM, Ulmer CS. Cognitive aspects of chronic depression. *J Abnorm Psychol.* 2003; 112(1):72-80.

Rnic K, Dozois DJ, Martin RA. Cognitive distortions, humor styles, and depression. *Eur J Psychol.* 2016;12(3):348-62.

Rosseel Y. Iavaan: An R Package for Structural Equation Modeling. *J Stat Softw.* 2011;48(2):1-36.

Rush AJ, Fava M, Wisniewski SR, Lavori PW, Trivedi MH, Sackeim HA, Thase ME, Nierenberg AA, Quitkin FM, Kashner M, Kupfer DJ, Rosenbaum JF, Alpert J, Stewart JW, McGrath PJ, Biggs MM, Shores-Wilson K, Lebowitz BD, Ritz L; Niederehe G; STAR*D Investigators Group. Sequenced treatment alternatives to relieve depression (STAR*D): rationale and design. *Control Clin Trials.* 2004;25(1):119-42.

Scutari M. Learning Bayesian Networks with the bnlearn R Package. *J Stat Softw.* 2010; e35(3): 1-22.

Shou H, Yang Z, Satterthwaite TD, Cook PA, Bruce SE, Shinohara RT, Rosenberg B, Sheline YI. Cognitive behavioral therapy increases amygdala connectivity with the cognitive control network in both MDD and PTSD. *Neuroimage Clin.* 2017;14:464-70.

Smit F, Cuijpers P, Oostenbrink J, Batelaan N, de Graaf R, Beekman A. Costs of nine common mental disorders: implications for curative and preventive psychiatry. *J Ment Health Policy Econ.* 2006;9(4):193-200.

Solomon A, Arnow IH, Gotlib IH, Wind B. Individualized measurement of irrational beliefs in remitted depressives. *J Clin Psychol.* 2003;59(4):439-55.

Trew JL. Exploring the roles of approach and avoidance in depression: an integrative model. *Clin Psychol Rev.* 2011;31(7):1156-68.

van Buuren S, Groothuis-Oudshoorn K. Mice: Multivariate imputation by chained equations in R. *J Stat Softw.* 2011;45(3): -67.

Vilela JAA. *Estudo da confiabilidade e validade de uma versão modificada da Young Mania Rating Scale*. Dissertação de Mestrado. Ribeirão Preto – SP: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2000.

Vittengl JR, Clarck LA, Dunn TW, Jarrett RB. Reducing relapse and recurrence in unipolar depression: a comparative meta analysis of cognitive behavioral therapy's effects. *J Consult Clin Psychol*. 2007;75(3):475-88.

Watkins ER. *Rumination-focused cognitive behavioral therapy for depression*. New York: The Guilford Press; 2016.

Westfall PH, Johnson WO, Utts JM. A Bayesian perspective on the Bonferroni adjustment. *Biometrika*. 1997;84(2):419-27.

Word Health Organization. *Depression: a global crisis*. Mental Health Day. 2012. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/management/depression/wfmh_paper_depression_wmhd_2012.pdf. Acesso em: 21 out. 2014.

Word Health Organization. *Fact sheet depression*. 2016. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>. Acesso em: 23 jun. 2016.

Wright JH, Basco MR, Thase ME. *Learning cognitive-behavior therapy: an illustrated guide*. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2006.

Yoshimura S, Okamoto Y, Onoda K, Matsunaga M, Okada G, Kunisato Y, Yoshino A, Ueda K, Suzuki S, Yamawaki S. Cognitive behavioral therapy for depression changes medial pre-frontal and ventral anterior cingulate cortex activity associated with self-referential processing. *Soc Cogn Affect Neurosci*. 2014;9:487-93.

Yoshimura S, Okamoto Y, Matsunaga O, Onoda K, Okada G, Kunisato Y, Yoshino A, Ueda K, Suzuki SI, Yamawaki S. Cognitive behavioral therapy changes functional connectivity between medial prefrontal and anterior cingulate cortices. *J Affect Disord.* 2017;208:610-4.

Young R, Biggs J, Ziegler V, Meyer D. A rating scale for mania: reliability, validity and sensibility. *Br J Psychiatry.* 1978;133:429-35.

Zhao T, Li X, Liu H, Roeder K, Lafferty J, Wasserman L. *Huge: High-Dimensional Undirected Graph Estimation*; 2015. Disponível em: <https://cran.r-project.org/web/packages/huge/huge.pdf>.

10 Anexos

ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - HCFMUSP**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS DA PESQUISA

TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: “Trajetória longitudinal da depressão: análise de pensamentos disfuncionais e comportamentos evitativos”

PESQUISADOR: Prof. Dr. Ricardo Alberto Moreno

FUNÇÃO/CARGO: Médico Psiquiatra, Professor do Departamento de Psiquiatria.

INSCRIÇÃO NO CONSELHO REGIONAL: CRM/SP: 48.154

UNIDADE DO HC-FMUSP: Instituto de Psiquiatria (IPq) - Programa de transtorno afetivos (GRUDA)

AValiação DO RISCO DA PESQUISA: () mínimo (X) baixo () médio () alto

DURAÇÃO DA PESQUISA: 36 meses.

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS DA PESQUISA: O objetivo deste estudo é observar o funcionamento cognitivo (pensamentos e comportamentos) de pacientes com depressão ao longo do episódio depressivo. Este trabalho se justifica pelas evidências recentes que indicam que pacientes com depressão utilizam estratégias cognitivo-comportamentais muitas vezes inadequadas, assim, a identificação das mesmas pode se tornar um importante fator protetivo. Para tal, Você será convidado a preencher alguns questionários que solicitam informações de como você tem se sentindo e também será convidado a relatar o quanto você concorda ou discorda com algumas frases, que dizem respeito a como você avalia as situações no dia a dia. Seus relatos nos questionários serão fontes de dados para avaliar a eficácia de seu tratamento. Essa avaliação será feita nos seguintes momentos: agora, no início de seu tratamento, após oito semanas e por fim, após doze semanas.

PROCEDIMENTOS QUE SERÃO UTILIZADOS E PROPÓSITOS: Os pacientes que aceitarem participar desta pesquisa fornecerão dados demográficos, de antecedentes pessoais, antecedentes familiares e antecedentes psiquiátricos para fins de avaliação epidemiológica e clínica. Deverão preencher escalas auto-aplicáveis a respeito de sintomas psíquico gerais em cinco momentos diferentes ao longo de seis meses, especificados no tópico a seguir. As avaliações serão realizadas por psicólogos e médicos que aplicarão escalas para avaliação de humor. Os procedimentos de avaliação por meio das escalas levam em média 30 minutos. O tempo estipulado desde a consulta até a aplicação de escala não devem ultrapassar o tempo de 2 horas por dia de avaliação, visando evitar efeito fadiga.

ETAPAS DO ESTUDO: A amostra de pacientes que será selecionada para participar deste estudo vem de pacientes que foram submetidos ao tratamento em monoterapia com sertralina no estudo de avaliação integral na depressão

unipolar (AIUNI). Os participantes deverão responder a escalas psicológicas durante cinco momentos, classificados conforme as semanas (entrada -VO, primeira semana V1, oitava semana V8, décima segunda semana V12 e vigésima quarta semana, V24 e final do projeto). O paciente que faltar por mais de duas semanas seguidas em qualquer visita de avaliação será retirado do estudo e seguido no ambulatório assistencial do grupo de pesquisa.

DESCONFORTO E RISCOS ESPERADOS: Caso você concorde em participar, asseguramos que as avaliações não envolverão qualquer risco de dano físico a você. O conteúdo dos questionários respondidos serão armazenados em local acessível apenas aos responsáveis pela pesquisa, para fins de estudo. Desta forma, a preservação da identidade de cada participante está assegurada.

BENEFÍCIOS QUE PODERÃO SER OBTIDOS: Sua participação poderá proporcionar – na área pessoal - melhor identificação de características do seu quadro clínico, que não tenham sido identificadas antes. Na área coletiva, você ajudará no aumento de conhecimento a respeito do transtorno depressivo, principalmente em relação a padrões cognitivos das pessoas.

FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA: Os pacientes serão avaliados no momento da entrada do estudo (V0), na primeira semana após os psiquiatras iniciarem a medicação (V1), na oitava semana de tratamento (V8), na décima segunda semana (V12) e ao final do estudo (V24). Nas visitas serão avaliados por médicos psiquiatras e psicólogos do programa de transtornos afetivos (GRUDA). Serão assistidos durante todo o momento em que participarem da pesquisa em questão e após a última visita prevista serão encaminhados para o ambulatório assistencial do grupo onde serão acompanhados até estabilização do quadro clínico e condição de alta médica para a rede básica de assistência (não necessariamente remitidos do episódio depressivo).

GARANTIA DE ACESSO EM QUALQUER ETAPA DO ESTUDO: Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de dúvidas. O principal investigador é o Dr. Ricardo Alberto Moreno, que pode ser encontrado no endereço Programa de Transtornos Afetivos (GRUDA), Instituto de Psiquiatria (IPq), Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP), Rua Dr. Ovídio Pires de Campos, 785, 3º andar, Ala Norte, CEP: 05403-010, São Paulo, SP - Brasil. Telefones: (11) 2661-6648, (11) 2661-7894 e (11) 98511-2277. E-mail: progruda@uol.com.br. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5º andar – tel: (11) 2661- 1548, (11) 2661-7585, 2661-1549; e-mail: cappesq.adm@hc.fm.usp.br

GARANTIA DE RETIRADA DO TERMO DE CONSENTIMENTO: É garantida a plena liberdade ao participante de recusar-se a participar ou retirar o seu consentimento em qualquer fase da pesquisa sem penalização alguma, de sigilo e privacidade.

DIREITO DE CONFIDENCIALIDADE: As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros pacientes, não sendo divulgado a identificação de nenhum paciente. O paciente também tem direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam de conhecimento dos pesquisadores.

DESPESAS E COMPENSAÇÕES: Não há despesas para o participante que decidir participar deste estudo, incluindo exames e consultas médicas e psicológicas. Não haverá compensação financeira relacionada à sua participação. Os custos relacionados ao

deslocamento do paciente bem como alimentação e outras despesas que ocorram para a realização das consultas, não será coberto pelo grupo de pesquisa ou pelos pesquisadores envolvidos e ficará única e exclusivamente a cargo do paciente que decidir participar do protocolo de pesquisa. Em caso de dano pessoal, diretamente causado pelos procedimentos ou tratamentos propostos neste estudo (nexo causal comprovado), o participante tem direito a tratamento médico na instituição, bem como às indenizações legalmente estabelecidas.

Fui suficientemente informado a respeito do estudo “Trajetória longitudinal da depressão: análise de pensamentos disfuncionais e comportamentos evitativos”.

Eu discuti as informações acima com o Pesquisador Responsável (Dr. Ricardo Alberto Moreno) ou pessoa(s) por ele delegada(s) sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim os objetivos, os procedimentos, os potenciais desconfortos e riscos e as garantias de confidencialidade e de esclarecimento permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho a garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo, assino este termo de consentimento e recebo uma via rubricada pelo pesquisador.

<hr/> Nome do participante	<hr/> <u>Dr. Ricardo Alberto Moreno</u> Nome do investigador
<hr/> Assinatura do participante/representante legal Data __/__/__	<hr/> Assinatura do investigador Data __/__/__

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME:
 DOCUMENTO DE IDENTIDADE: CPF:
 SEXO : .M ☐ F ☐ DATA NASCIMENTO:/...../.....
 ENDEREÇO
 Nº COMPLEMENTO
 BAIRRO: CIDADE
 CEP: TELEFONES: (.....) (.....)

2. RESPONSÁVEL LEGAL
 NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.):
 DOCUMENTO DE IDENTIDADE : CPF:
 SEXO: M ☐ F ☐ DATA NASCIMENTO:/...../.....
 ENDEREÇO:
 Nº COMPLEMENTO:
 BAIRRO: CIDADE:
 CEP: TELEFONES: (.....) (.....)

ANEXO B – Aprovação do Comitê de Ética

Ipa.

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Pensamentos disfuncionais e comportamentos evitativos em pacientes com depressão: um estudo longitudinal

Pesquisador: Ricardo Alberto Moreno

Área Temática:

Versão: 5

CAAE: 02222012.8.0000.0068

Instituição Proponente: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.944.463

Apresentação do Projeto:

Nova documentação foi submetida.

Objetivo da Pesquisa:

trata-se de Emenda solicitando alteração do título, para fins de Pós Graduação.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Sem alterações.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

o novo título será "Pensamentos disfuncionais e comportamentos evitativos em pacientes com depressão: um estudo longitudinal".

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Não se aplica.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Rua Ovídio Pires de Campos, 225 5º andar
 Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 05.403-010
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)2661-7585 Fax: (11)2661-7585 E-mail: cappelq.adm@hc.fm.usp.br

USP - HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE

Continuação do Parecer: 2.944.463

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_1226803_E3.pdf	25/09/2018 16:00:10		Aceito
Folha de Rosto	FRassinado.pdf	25/09/2018 15:59:20	Ricardo Alberto Moreno	Aceito
Outros	Alteracaotituloset2018.pdf	25/09/2018 11:22:31	Ricardo Alberto Moreno	Aceito
Outros	Ementa.pdf	20/07/2016 14:16:11	Ricardo Alberto Moreno	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_junho_doutorado.doc	08/07/2016 09:19:00	Ricardo Alberto Moreno	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_junho.pdf	08/07/2016 09:17:48	Ricardo Alberto Moreno	Aceito
Outros	FORMULÁRIO_EMENDAS_BROCHURAS_REGISTRO_ONLINE_8996.pdf	30/04/2015 16:45:02		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Emenda_numero_online_8996.pdf	28/04/2015 15:15:50		Aceito
Outros	Emenda_numero_online_8996.pdf	28/04/2015 15:14:09		Aceito
Outros	oficio_cba_adriana.pdf	17/02/2014 13:56:25		Aceito
Outros	Cadastro online - 8996.pdf	25/07/2012 15:25:08		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 05 de Outubro de 2018

Assinado por:
ALFREDO JOSE MANSUR
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Ovídio Pires de Campos, 225 5º andar

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-010

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)2661-7585

Fax: (11)2661-7585

E-mail: cappelq.adm@hc.fm.usp.br

ANEXO C – Caderno dos Instrumentos de Avaliação Utilizados no Estudo

Avaliação Integral na Depressão

Unipolar - AIUNI

ETIQUETA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Registro HC:

Número do sujeito:

Iniciais:

Data de Nascimento:

Data aplicação TCLEs ____/____/____

Aplicador: _____

FASE I

Avaliações	V -1	V 0	V 1	V 2	V 4	V 8	V 12	V24
TCLE								
Crítérios								
Atendimento Clínico								
HAM-D 17 itens								
SCID								
ABTB								
Quest. Covariáveis								
CGI								
UKU								
SIGMA-VB								
SIGMA-VB (cego)								
BDI-II								
SCI-MOODS								
HCI-32								
EPD								
CBAS								
YMRS								
Coleta de sangue								
Densitometria óssea								

V-1- FASE I /000

VISITA-1

Data __ / __ / __

Investigador(a) Médico(a)

- ☐ História Clínica
- ☐ Exame físico geral e neurológico
- ☐ Sinais vitais e peso

- ☐ Critérios de inclusão/exclusão
- ☐ Exames laboratoriais, ECG
- ☐ SCID

Cego:☐ UKU☐ HAMD☐ MADRS☐ YOUNG**Monitora:**☐ BDI-II☐ HAM-D☐ Questionário covariáveis☐ EPD☐ CBAS☐ Encaminhamentos e orientações☐ Verificar execução dos procedimentos

V-1- FASE I /001

Critérios de Inclusão:

- ☐ Diagnóstico de TDM segundo o DSM-IV-TR, baseado na avaliação clínica, apresentando-se em episódio:
- ☐ Confirmação pela entrevista clínica estruturada SCID-P ____
- ☐ Idade entre 18 e 65 anos ____
- ☐ Pacientes do sexo feminino devem estar usando um método contraceptivo clinicamente aceito. Será solicitado β HCG em caso de dúvida clínica quanto ao estado gestacional da paciente ____
 - ☐ contraceptivo oral e/ou
 - ☐ camisinha
- ☐ Alfabetizados e com capacidade de compreensão das tarefas solicitadas ____
- ☐ Terem uma pontuação total na HAMD17 ≥ 14 na Visita 0. ____
- ☐ Terem pontuação ≥ 2 no item 1 da escala de avaliação de depressão HAMD17
- ☐ Serem considerados confiáveis e concordarem em manter todos os compromissos de visitas à clínica, exames procedimentos. ____
- ☐ Residentes à Grande São Paulo ____

- ☐ Os pacientes e/ou representantes legais devem compreender a natureza do estudo e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido _____

Critérios de Exclusão:

- ☐ Serão excluídos pacientes com Esquizofrenia, Transtorno Esquizoafetivo ou Retardo Mental (Quociente Intelectual Total inferior a 90) ____
 - ☐ Qualquer condição adicional do Eixo I do DSM-IV-TR além do TDM ou TB I ou II, em andamento ou que foi considerada como o diagnóstico primário no período de 1 ano antes da Visita 1 (exceto dependência de nicotina, cafeína ou fobia específica).

 - ☐ Doenças graves, instáveis, incluindo doença renal, gastroenterológica, respiratória, cardiovascular, endocrinológica, neurológica, imunológica ou hematológica ____
 - ☐ Hipo ou hipertireoidismo não-corrigido ____
 - ☐ Pacientes com sério risco de suicídio, de acordo com critério clínico ou escore 4 no item suicídio da escala HAM-D. ____
 - ☐ Glaucoma de ângulo fechado ____
 - ☐ Agranulocitose atual ____
 - ☐ Tratamento com neuroléptico injetável de depósito (depot) com menos de um intervalo de dose entre as injeções, antes da visita 0 ____
 - ☐ Tratamento com inibidor reversível da monoamino-oxidase em semana anterior à V0, e com IMAO nas duas semanas que antecedem a V0 ____
 - ☐ Tratamento com fluoxetina nas 4 semanas que antecedem a visita 0
 - ☐ Tratamento com antidepressivos (exceto fluoxetina), antipsicóticos, lítio, valproato, carbamazepina e outros estabilizadores de humor nos 7 dias que antecedem a visita 0 ____
 - ☐ Clozapina nos últimos 28 dias ____
- As pacientes que engravidarem serão excluídas do estudo.

EXAME FÍSICO	V-1– FASE I/002
ALTURA: _____ PESO: _____ PA: _____ PULSO: _____	
GERAL: _____	
CABEÇA E PESCOÇO: _____	
PELE E ANEXOS: _____	
AP. CARDIOVASCULAR: _____	
AP. RESPIRATÓRIO: _____	
ABDOME: _____	
EXTREMIDADES: _____	
OUTRO: _____	

EXAME NEUROLÓGICO	V-1 – FASE I/003
MARCHA (EQUILÍBRIO DINÂMICO): _____	
EQUILÍBRIO ESTÁTICO: _____	
MOTRICIDADE VOLUNTÁRIA: _____	
TONO MUSCULAR: _____	
COORDENAÇÃO: _____	
REFLEXOS: _____	
SENSIBILIDADE: _____	
NERVOS CRANIANOS: _____	

SOLICITAÇÃO DE EXAMES**V-1 – FASE I/004**

Albumina _____	Ferro sérico _____
Ácido fólico _____	Ferritina _____
Vitamina B ₁₂ _____	Transferrina _____
Cálcio iônico _____	TGO _____
Zinco _____	TGP _____
Paratormônio _____	GGT _____
TSH _____	
T4L _____	
Calcitonina _____	
25 (OH) D _____	
Fosfatase alcalina _____	
Creatinina _____	
Bilirrubinas _____	
Capacidade total de ligação do ferro _____	
Hemograma (dados positivos) _____	
Magnésio _____	
Uréia _____	
ECG _____	
Outros _____	

Data da entrega da solicitação: __ / __ / __

Escala de avaliação de depressão de Hamilton – 17 itens

V-1 – FASE I/005

1. Humor deprimido (tristeza, desesperança, desamparo, menos valia)

- 0 Ausente.
- 1 Sentimentos são relatados somente se perguntados.
- 2 Sentimentos são relatados espontaneamente com palavras.
- 3 Comunica estes sentimentos não verbalmente, ou seja, na expressão facial, postura, voz e a tendência ao choro.
- 4 Paciente comunica quase exclusivamente esses sentimentos, espontaneamente, tanto em seu relato verbal como na comunicação não verbal.

2. Sentimentos de culpa

- 0 Ausentes.
- 1 Auto-recriminação; acha que decepcionou outras pessoas.
- 2 Idéias de culpa ou ruminções sobre erros ou ações do passado.
- 3 Acha que a doença atual é um castigo; delírios de culpa.
- 4 Ouve vozes que acusam ou denunciam e/ou tem alucinações visuais ameaçadoras.

3. Suicídio

- 0 Ausente.
- 1 Acha que a vida não vale a pena.
- 2 Gostaria de estar morto ou qualquer cogitação sobre possível morte para si mesmo.
- 3 Idéias ou gestos suicidas.
- 4 Tentativa de suicídio (Qualquer tentativa séria marque 4).

4. Insônia inicial

- 0 Sem dificuldade para iniciar o sono.
- 1 Queixa-se de dificuldade ocasional para conciliar o sono, ou seja, mais que meia hora.
- 2 Queixa-se de dificuldade para conciliar o sono todas as noites.

5. Insônia intermediária 0 Sem dificuldades.

- 1 Queixa-se de ficar com inquietude e perturbação durante a noite.
- 2 Acorda durante a noite – qualquer saída da cama marcar 2 (exceto para necessidades fisiológicas).

6. Insônia terminal (madrugada)

- 0 Sem dificuldade.
- 1 Acorda de madrugada mas, volta a dormir.
- 2 Não consegue voltar a dormir se acordar de madrugada ou sair da cama.

7. Trabalho e atividades

- 0 Sem dificuldades.
- 1 Pensamentos e sentimentos de incapacidade, fadiga ou fraqueza relacionados a atividades, trabalho ou passatempos.
- 2 Perda de interesse em atividades, passatempos ou trabalho relatado diretamente pelo paciente ou indiretamente, por meio de falta de iniciativa, vacilação (sente que precisa se forçar para trabalhar ou desenvolver atividades).
- 3 Redução do tempo gasto em atividades ou queda de produtividade. Marque 3 se não ocupa pelo menos três horas/dia em atividades (trabalho ou passatempos), exceto as de rotina.
- 4 parou de trabalhar devido à doença atual. Marque 4 se o paciente não desenvolve atividades além das de rotina ou deixa de executá-las sem ajuda.

8. Retardo (lentificação do pensamento e discurso, dificuldade de concentração, diminuição da atividade motora)

- 0 Pensamento e discurso normal.
- 1 Discreta lentificação durante a entrevista.
- 2 Óbvia lentificação durante a entrevista.
- 3 Entrevista difícil.
- 4 Estupor.

9. Agitação

- 0 Nenhuma.
- 1 Inquietude.
- 2 Brinca com as mãos ou cabelos, etc.
- 3 Movimenta-se, não consegue sentar-se quieto durante a entrevista.
- 4 Retorce as mãos, rói unhas, puxa cabelos, morde lábios.

10. Ansiedade psíquica

- 0 Sem problemas.
- 1 Tensão e irritabilidade subjetivas.
- 2 Preocupação excessiva com trivialidades.
- 3 Atitude apreensiva aparente na fisionomia ou no discurso.
- 4 Medos expressos espontaneamente

11. Ansiedade somática (concomitantes fisiológicos da ansiedade: GI: boca seca, flatulência, indigestão, diarreia, cólicas, eructação; CV: palpitação, cefaléias. Resp.: hiperventilação, suspiros; sudorese ter que urinar frequentemente)

- 0 Ausente.
- 1 Leve: Sintomas menores relatados quando inquirido.
- 2 Moderado: Paciente descreve espontaneamente sintomas não incapacitantes.
- 3 Grave: Maior número e frequência que 2; acompanhado de estresse subjetivo e prejudica o funcionamento normal.
- 4 Incapacitante: Numerosos sintomas, persistentes ou incapacitantes na maior parte do tempo; ataques de pânico.

12. Sintomas somáticos (apetite, digestivo)

- 0 Nenhum.
- 1 Perda de apetite, mas come sem necessidade de encorajamento. Peso no abdome.
- 2 Dificuldades para comer sem encorajamento ou insistência. Pede ou requer laxantes ou medicação para sintomas gastrointestinais.

13. Sintomas somáticos (gerais)

- 0 Nenhum.
- 1 Peso ou lassidão em membros, costas ou cabeça. Dores nas costas, cabeça ou musculares. Perda de energia e fatigabilidade.
- 2 Marque 2 para qualquer sintoma bem definido.

14. Sintomas genitais (perda da libido, distúrbios menstruais)

- 0 Ausentes ou informação insuficiente.
- 1 Leves: redução da libido ou desempenho sexual insatisfatório; tensão pré-menstrual leve.
- 2 Graves: desinteresse ou impotência; tensão pré-menstrual grave.

15. Hipocondria

- 0 Ausente.
- 1 Auto-observação (corporal) aumentada.
- 2 Preocupação excessiva com a saúde.
- 3 Queixas frequentes, pedidos de ajuda, etc.
- 4 Delírio hipocondríaco.

16. Perda de peso (avalie A ou B)

A. De acordo com o paciente.

- 0 Nenhum.
- 1 Provável emagrecimento associada à doença atual.
- 2 Perda de peso indubitável (de acordo com o paciente).

B. Com base em medidas semanais.

- 0 Menos de 0,5 Kg de perda de peso na semana.
- 1 Mais de 0,5 Kg de perda de peso na semana.
- 2 Mais de 1 Kg de perda de peso na semana.

17. Crítica

- 0 Reconhece estar deprimido e doente ou não estar deprimido esta semana.
- 1 Reconhece estar doente, mas atribui isso à má alimentação, ao clima, ao excesso de trabalho, ao vírus, à necessidade de descanso, etc.
- 2 Nega estar doente.

Pontuação Total HAM-D (17 itens):

ENTREVISTA DA ABTB

V-1- FASE I /006

NOME/CÓDIGO: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO: _____

DATA DO 1º ATENDIMENTO: ____/____/____

Endereço : _____

Cidade: _____ CEP: _____ - _____

Telefone para contato: 1- _____ 2 - _____

e-mail- _____

Contato de um familiar:

☐ Pai ou mãe ☐ Irmã (o) ☐ Filho (a) ☐ Outro _____

Nome: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ CEP: _____ - _____

Telefone para contato: 1- _____ 2 - _____

e-mail- _____

QUESTIONÁRIO MÉDICO E SOBRE FATORES DE RISCO
--

Este questionário será usado para a obtenção de informações sobre sua história pessoal e familiar, que são importantes para a compreensão do seu problema.

1. DADOS DEMOGRÁFICOS

Data de Nascimento: __/__/__

Idade: ____ Peso: ____ Altura: ____ Sexo: ☐ M ☐ F

Estado Civil: ____ Número de Filhos: ____ ☐ Não Tem Filhos

Naturalidade (Cidade e Estado onde nasceu): _____

Adotado? ☐ Não ☐ Sim

Gêmeo? ☐ Não ☐ Sim, se sim: ☐ Monozigóticos ☐ Dizigóticos

Etnia: ☐ Branca ☐ Negra ☐ Amarela ☐ Parda/mulata ☐ Outros: _____

Religião: ☐ Católico ☐ Judeu

☐ Protestante ☐ Testemunha de Jeová

☐ Evangélico/Crente ☐ Espírita

☐ Outra, qual: _____ ☐ Sem religião

Ocupação Atual: ☐ Trabalhando ☐ Desempregado

☐ Aposentado por tempo de serviço ☐ Do lar

☐ Aposentado por invalidez ☐ Afastado (licença médica)

☐ Estudante ☐ Outro, qual: _____

☐ Nunca trabalhou

Total do número de anos que já estudou (excluir repetência, contar a partir do 1º. ano do Ensino Fundamental)

Renda Individual: ☐ Não ☐ Sim R\$ ____ (____ N° de salários mínimos)

Renda Familiar: N° de pessoas na casa ____ Total de todos que moram na casa: R\$ ____ (____ N° de salários mínimos)

HISTÓRIA MÉDICA GERAL

Quais dessas doenças abaixo foram diagnosticadas por um médico? Marcar com um “X” e colocar a idade

(Por favor, não deixe nada em branco)

Sim	Não	Não sei	Idade:	Convulsão/ataques
Sim	Não	Não sei	Idade:	Ferimentos na cabeça (com perda de consciência)
Sim	Não	Não sei	Idade:	Enxaqueca
Sim	Não	Não sei	Idade:	Asma
Sim	Não	Não sei	Idade:	Diabetes
Sim	Não	Não sei	Idade:	Hipotireoidismo
Sim	Não	Não sei	Idade:	Hipertireoidismo
Sim	Não	Não sei	Idade:	Pressão alta
Sim	Não	Não sei	Idade:	Derrame cerebral

Você é portador de alguma doença não perguntada? ☐ Sim ☐ Não

Qual(Quais)? _____

Hábitos

Tabagismo Passado: 0 ☐ - não 1 ☐ - sim Se sim, tempo uso: _____ anos
 Tabagismo Atual: 0 ☐ - não 1 ☐ - sim Se sim, maior n° cigarros/dia: _____
 Uso Atual : Chá preto/Chimarrão 0 ☐ - não 1 ☐ - sim
 Café: 0 ☐ - não 1 ☐ - sim
 Refrigerante de cola: 0 ☐ - não 1 ☐ - sim

FATORES RELACIONADOS AO SEXO FEMININO

Sexo masculino: 9 ☐ - não se aplica

Uso atual de método anticoncepcional: 0 ☐ - não 1 ☐ - sim Se sim, Qual (is):

1 ☐ -Anticoncepcional oral (pílula) 2 ☐ - DIU 3 ☐ -Camisinha

4 ☐ - Diafragma 5 ☐ - Coito interrompido 6 ☐ - L.Tubária
 7 ☐ - Vasectomia do marido 8 ☐ - Tabela 10 ☐ - outro, qual: _____

Menopausa: 0 ☐ - não 1 ☐ - sim Se sim, idade: ____ anos.

Terapia de Reposição Hormonal (atual): 0 ☐ - não 1 ☐ - sim

HISTÓRIA FAMILIAR

Algun parente seu já foi diagnosticado com algum transtorno psiquiátrico, em especial Transtorno Bipolar ou Depressão?

PAI	Não	Sim	Não sei	☐ Bipolar ☐ Depressão	☐ Outro _____
MÃE	Não	Sim	Não sei	☐ Bipolar ☐ Depressão	☐ Outro _____
IRMÃO*	Não	Sim	Não sei	☐ Bipolar ☐ Depressão	☐ Outro _____
IRMÃO*	Não	Sim	Não sei	☐ Bipolar ☐ Depressão	☐ Outro _____
IRMÃ*	Não	Sim	Não sei	☐ Bipolar ☐ Depressão	☐ Outro _____
IRMÃ*	Não	Sim	Não sei	☐ Bipolar ☐ Depressão	☐ Outro _____
FILHO	Não	Sim	Não sei	☐ Bipolar ☐ Depressão	☐ Outro _____
FILHO	Não	Sim	Não sei	☐ Bipolar ☐ Depressão	☐ Outro _____
FILHA	Não	Sim	Não sei	☐ Bipolar ☐ Depressão	☐ Outro _____
FILHA	Não	Sim	Não sei	☐ Bipolar ☐ Depressão	☐ Outro _____

* Irmã(o) do mesmo pai e mãe

Outros parentes

Transtorno Psiquiátrico

TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO

Você já passou por avaliação psiquiátrica ou psicológica?

- ☐ Não ☐ Sim, com diagnóstico de depressão
☐ Sim, sem diagnóstico
☐ Sim, com outro diagnóstico. Qual? _____

Você já foi submetido a algum tratamento psiquiátrico? ☐ Não ☐ Sim

Atualmente estava passando por tratamento medicamentoso para depressão?

- ☐ Não ☐ Sim Há quanto tempo? _____

Quais **medicamentos** você toma para qualquer dos comportamentos / problemas discutidos neste questionário?

Medicação Atual	Tomando agora?		Idade em que começou? (em anos)	Duração do tratamento (em meses)	Dose atual
	<u>SIM</u>	<u>NÃO</u>			
Carbonato de lítio (Carbolitium)	S	N			
ANTI-CONVULSIVANTES					
Valproato/ Divalproato de sódio (Depakene, Valpakene, Depakote)	S	N			
Carbamazepina (Tegretol, Tegretard)	S	N			
Oxcarbazepina (Trileptal)	S	N			
Lamotrigina (Lamictal, Neural)	S	N			
Topiramato (Topamax)					
OUTROS	S	N			
ANTIDEPRESSIVOS – ISRS e ISRSN					
Fluoxetina (Prozac, Verotina, Fluxene, Daforin, Eufor, Nortec, Deprax, Psiquial)	S	N			
Fluvoxamina (Luvax)	S	N			
Paroxetina (Aropax, Cebrilin, Pondera, Roxetin)	S	N			
Sertralina (Zoloft, Tolrest, Serenata, Sercerin, Assert, Novativ, Seronip)	S	N			
Citalopram (Cipramil, Procimax, Denyl, Alcytam)	S	N			
Escitalopram (Lexapro)	S	N			
Venlafaxina (Efexor, Venlift)	S	N			
Mirtazapina (Remeron)	S	N			
Bupropiona (Welbutrin, Zetron)					
ANTIDEPRESSIVOS – TCC e OUTROS					
Amitriptilina (Amitril, Tryptanol)	S	N			
Nortriptilina (Pamelor)	S	N			
Imipramina (Tofranil)	S	N			
Clomipramina (Anafranil)					
Minalciprano (Ixel)	S	N			

OUTROS	S	N			
ANSIOLÍTICOS BENZODIAZEPÍNICOS					
Alprazolam (Frontal, Apraz, Altrox, Tranquinal)	S	N			
Clonazepam (Rivotril, Clonotril)	S	N			
Diazepam (Diempax, Valium)	S	N			
OUTROS	S	N			
NEUROLÉPTICOS – ATÍPICOS					
Clozapina (Leponex)	S	N			
Olanzapina (Zyprexa)	S	N			
Ziprasidona (Geodon)	S	N			
Quetiapina (Seroquel)	S	N			
Aripiprazol (Abilify)	S	N			
Risperidona (Risperdal, Zargus, Risperidon, Respidon)	S	N			
Sulpirida (Equilid; Sulpan, Dogmatil)	S	N			
NEUROLÉPTICOS – TÍPICOS					
Clorpromazina (Amplictil, Longactil)	S	N			
Haloperidol (Haldol)	S	N			
Pimozida (Orap)	S	N			
OUTROS	S	N			
ESTIMULANTES					
Metilfenidato (Ritalina; Concerta; RitalinaLA)	S	N			
Hormônio T4 (Euthyrox, Synthroid, Puran T4)	S	N			
Outros medicamentos ? Qual _____	S	N			

Você já realizou Psicoterapia? ☐ Não ☐ Sim

Está realizando psicoterapia atualmente? ☐ Não ☐ Sim Há quanto tempo? _____

Você já fez Eletroconvulsoterapia? ☐ Não ☐ Sim

Medicações clínicas **não psiquiátricas** em uso atual: ☐ Não ☐ Sim, descreva:

Qual nível daria aos sintomas?

¹() Não estou diagnosticado ²() Leve ³() Moderado ⁴() Severo

SCID-P					V-1- FASE I /007
Screening	A51b 1 3	A113 ? 1 2 3	A166 ? 1 2 3	B21 1 3	
P1 1 2 3	EDM Passado	A114 ? 1 2 3	A167 ? 1 2 3	B22 ? 1 2 3	
P2 1 2 3	A52 ? 1 2 3	A115 ? 1 2 3	A168 ? 1 2 3	B23 1 3	
P3 1 2 3	A53 ? 1 2 3	A116 ? 1 2 3	A169 ? 1 2 3	B24 ? 1 2 3	
P4 1 2 3	A54 ? 1 2 3	A117 ☐	A170 ? 1 2 3	B25 1 3	
P5 1 2 3	A55 ☐	A118 ☐	A171 ? 1 2 3	B26 ? 1 2 3	
P6 1 2 3	A56 ☐	A119 ? 1 2 3	A172 ? 1 2 3	B27 ? 1 2 3	
P7 1 2 3	A57 ? 1 2 3	A120 1 3	A173 ()	B28 ? 1 2 3	
P8 1 2 3	A58 ☐	A121 ? 1 2 3	A174 1 3	B29 1 3	
P9 1 2 3	A59 ☐	A122 ? 1 2 3	A175 ? 1 3	B30 ? 1 2 3	
P10 1 2 3	A60 ? 1 2 3	A123 ? 1 2 3	A176 ? 1 3	B31 1 3	
P11 1 2 3	A61 ☐	A124 ? 1 3	A177 ? 1 3	B32 ? 1 2 3	
P12 1 2 3	A62 ☐	A125 1 3	A178 1 3	B33 1 3	
EDM Atual	A63 ? 1 2 3	Maníaco	A179 1 2	B34 ☐	
A1 ? 1 2 3	A64 ? 1 2 3	Passado	A180 ? 1 2 3	B35 ☐	
A2 ? 1 2 3	A65 ☐	A126 ? 1 2 3	A181 ? 1 2 3	Outros	
A3 ? 1 2 3	A66 ☐	A127 ☐	A182 ? 1 2 3	Sintomas	
A4 ☐	A67 ? 1 2 3	A128 ☐	A183 ? 1 2 3	☐	
A5 ☐	A68 ☐	A129 ? 1 2 3	A184 ? 1 2 3		
A6 ? 1 2 3	A69 ☐	A130 ? 1 2 3	A185 1 3	B36 ? 1 2 3	
A7 ☐	A70 ? 1 2 3	A131 ? 1 2 3	A186 1 3	B37 ? 1 2 3	
A8 ☐	A71 ☐	A132 ? 1 2 3	Devido a uma	B38 ? 1 2 3	
A9 ? 1 2 3	A72 ☐	A133 ? 1 2 3	CMG	B39 ? 1 2 3	
A10 ☐	A73 ☐	A134 ? 1 2 3	A187 ☐	B40 ? 1 2 3	
A11 ☐	A74 ☐	A135 ? 1 2 3	A188 ? 1 2 3	B41 1 3	
A12 ? 1 2 3	A75 1 3	A136 ☐	A189 ? 1 2 3	B42 ? 1 2 3	
A13 ? 1 2 3	A76 ? 1 2 3	A137 ☐	A190 ? 1 2 3	B43 1 3	
A14 ☐	A77 ? 1 3	A138 ? 1 2 3	A191 ? 1 2 3	B44 ? 1 2 3	
A15 ☐	A78 1 3	A139 1 3	A192 1 3	B45 1 3	
A16 ? 1 2 3	A79 1 3	A140 1 3	A193 1 2 3 4	B46 ? 1 2 3	
A17 ☐	A80 ()	A141 ? 1 3	Induzido por	B47 1 3	
A18 ☐	A81 ()	A142 1 3	Subst.	B48 ? 1 2 3	
A19 ? 1 2 3	Maníaco Atual	A143 ()	☐	B49 1 3	
A20 ☐	A82 ☐	A144 ()	Epis: ☐ . ☐	B50 ? 1 2 3	
A21 ☐	A83 ? 1 2 3	Hipoman.	A194 ? 1 2 3	B51 1 3	
A22 ☐	A84 ☐	Passado	A195 ? 1 2 3	B52 ? 1 2 3	
A23 ☐	A85 ☐	A145 ? 1 2 3	A196 ? 1 2 3	B53 1 3	
A24 1 3	A86 ? 1 2 3	A146 ☐	A197 ? 1 2 3	Cronologia dos	
A25 ? 1 2 3	A87 ? 1 2 3	A147 ☐	1 2 3 4	sint. psicóticos:	
A26 ? 1 3	A88 ? 1 2 3	A148 ? 1 2 3	A198 ? 1 2 3	no verso	
A27 1 3	A89 ? 1 2 3	A149 ? 1 2 3	A199 1 3	Diagnóstico	
A28 1 3	A90 ? 1 2 3	A150 ? 1 2 3	A200 1 2 3	Diferencial	
A29 ()	A91 ? 1 2 3	A151 ? 1 2 3	A201 1 2	Psicótico	
A30 ? 1 3	A92 ? 1 2 3	A152 ? 1 2 3	Sintomas	C1 ☐	
A31 ? 1 2 3	A93 ☐	A153 ? 1 2 3	Psicóticos	C2 ? 1 3	
A32 ? 1 2 3	A94 ☐	Aum At	B1 ? 1 2 3	C3 ? 1 3	
A33 ? 1 2 3	A95 ? 1 2 3	Agit PM	B2 1 3	C4 ? 1 3	
A34 ? 1 2 3	A96 1 3	A154 ? 1 2 3	B3 ? 1 2 3	C5 ? 1 3	
A35 ? 1 2 3	A97 1 3	A155 1 3	B4 1 3	C6 ? 1 3	
A36 1 3	A98 ? 1 3	A156 ? 1 2 3	B5 ? 1 2 3	C7 ? 1 3	
A37 ? 1 2 3	A99 1 3	A157 ? 1 2 3	B6 1 3	C8 ? 1 3	
A38 ? 1 2 3	A100 ()	A158 ? 1 2 3	B7 ? 1 2 3	C9 ? 1 3	
A39 ? 1 2 3	A101 ? 1 3	A159 ? 1 3	B8 1 3	C10 ? 1 3	
A40 ? 1 2 3	A102 ? 1 2 3	A160 1 3	B9 ? 1 2 3	C11 ? 1 3	
A41 ? 1 2 3	A103 ? 1 2 3	A161 ()	B10 ? 1 3	C12 ? 1 3	
A42 ? 1 2 3	A104 ? 1 2 3	A162 ()	B11 ☐	C13 ? 1 3	
A43 ? 1 2 3	A105 ? 1 2 3	Transtorno	B12 ☐	Esquizofrenifor	
A44 ? 1 2 3	A106 ? 1 2 3	Distímico	B13 ☐	me	
A45 1 3	A107 1 3	☐	B14 ☐	C14 1 3	
A46 ? 1 2 3	Hipoman.	A163 ? 1 2 3	B15 ☐	C15 ? 1 3	
A47 ? 1 2 3	Atual	☐	B16 ? 1 2 3	C16 2 3	
A48 ? 1 2 3	A108 ? 1 2 3	☐	B17 1 3	C17 ? 1 3	
A49 ? 1 2 3	A109 ☐	☐	B18 ☐	C18 ? 1 3	
A50 ? 1 2 3	A110 ☐	☐	B19 ☐		
A51 1 3	A111 ? 1 2 3	A164 ? 1 2 3	B20 ? 1 2 3		
A51a 1 3	A112 ? 1 2 3	A165 ? 1 2 3	Esquizaofetivo		
C19 ? 1 3	C20 ? 1 3	C21 1 3		C22 ? 1 3	

C23 ? 1 3	D18 1 3	E25 ____	E87 ? 1 2 3	E150 1 2 3
C24 ? 1 3	D19 1 2 3 4	E26 ____	E88 ? 1 2 3	E151 1 2 3
C25 ? 1 3	D20 ____	T. Uso Subst.	E89 ? 1 2 3	E152 1 2 3
C26 1 3	Depressivo	Não-Alc.	E90 ? 1 2 3	E153 1 2 3
Delirante	Maior	Anotar no verso	E91 ? 1 2 3	E154 1 2 3
C27 ? 1 3	D21 1 3	SHA ()	E92 3	E155 1 2 3
C28 ? 1 3	D22 1 3	E/C ()	E93 3	E156 1 2 3
C29 ? 1 3	D23 1 3	OP ()	E94 3	E157 1 2 3
C30 ? 1 3	D24 1 2	E95 3	E96 3	E158 1 2 3
C31 ? 1 3	Padrão Sazonal	E97 3	E98 3	E159 1 2 3
C32 ? 1 3	____	E99 3	E100 1 3	E160 1 2 3
C33 ? 1 3	D25 1 3	E101 1 3	E102 1 3	E161 1 2 3
C34 ()	D26 1 3	E103 1 3	E104 1 3	E162 1 2 3
Psicótico Breve	D27 1 3	E105 1 3	E106 1 3	E163 1 2 3
C35 ? 1 3	D28 1 3	E107 1 3	E108 1	E164 1 2 3
C36 ? 1 3	D29 1 3	E109 1	E110 1	E165 1 2 3
C37 ? 1 3	D30 1 3	E111 1	E112 1	E166 1 2 3
C38 ? 1 3	D31 ? 1 3	E113 1	E114 1	E167 1 2 3
C39 ? 1 3	D32 ()	E115 1	E116 3	E168 1 2 3
C40 ____	D33 ____	E117 3	E118 3	E169 1 2 3
Devido a CMG	D34 1 3	E119 3	E120 3	E170 1 2 3
____	D35 ()	E121 3	E122 3	E171 1 2 3
C41 ? 1 3	D36 6 7	E123 3	E124 1	E172 1 2 3
C42 ? 1 2 3	D37 ()	E125 1	E126 1	E173 1 2 3
C42a. 1 3	D38 ()	E127 1	E128 1	E174 1 2 3
C42b 1 2	D39 ()	E129 1	E130 1	E175 1 2 3
Induzido por	D40 ()	E131 1	E132 1 2 3	E176 1 2 3
Substância	D41 ()	E133 1 2 3	E134 1 2 3	E177 1 2 3
Tr: ____ . ____	D42 ()	E135 1 2 3	E136 1 2 3	E178 1 2 3
C43 ? 1 3	D43 () ____	E137 1 2 3	E138 1 2 3	E179 1 2 3
C44 ? 1 3	____	E139 1 2 3	E140 () ____	E180 1 3
C45 ? 1 3	D44 ()	E141 () ____	E142 () ____	E181 1 3
C46 1 3	T Por Uso de	E143 () ____	E144 () ____	E182 1 3
C47 1 2	Álcool	E145 () ____	E146 () ____	E183 1 3
C48 1 2	____	E147 () ____	E148 1 2 3	E184 1 3
Psicótico SOE	(Anotar no	E149 1 2 3	E149 1 2 3	E185 1 3
C49 1 3	verso)			E186 1 3
C50 ()	E1 ____			E187 1 3
C51 1 3	E2 ? 1 2 3			E188 1 3
C52 1 2 3 4	E3 ? 1 2 3			E189 1 3
C53 5 6 7	E4 ? 1 2 3			E190 1 3
C54 ()	E5 ? 1 2 3			E191 1 3
C55 ()	E6 1 3			E192 1 3
C56 ()	E7 ? 1 2 3			E193 1 3
C57 ()	E8 ? 1 2 3			E194 1 3
Curso	E9 ? 1 2 3			E195 1 3
C58 ()	E10 ? 1 2 3			E196 1 3
Bipolar I	E11 ? 1 2 3			E197 1 3
D1 ____	E12 ? 1 2 3			E198 1 3
D2 1 3	E13 ? 1 2 3			E 200 1 3
D3 1 3	E14 ? 1 2 3			E 201 1 3
D4 1 3	E15 1 3			E 202 1 3
D5 ()	E16 1 2			E 203 1 3
D6 1 3	E17 1 3			
D7 1 3	E18 ()			
D8 1 3	E19 ? 1 3			
D9 1 3	E20 ()			
D10 1 2	E21 ? 1 3			
D11 1 3	E22 1 2 3			
D12 1 3	E23 ()			
D13 1 3	E24			
D14 1 3	1			
D15 1 3	2			
D16 1 3	3			
D17 1 3	4			
F4 ? 1 2 3	F9 ? 1 2 3	F14 ? 1 2 3	F19 ? 1 3	F24 ? 1 3
F5 ? 1 2 3	F10 ? 1 2 3	F15 ? 1 2 3	F20 ? 1 2 3	F25 1 2 3
F6 ? 1 2 3	F11 ? 1 2 3	F16 ? 1 2 3	F21 ? 1 2 3	F26 4 5 6
F7 ? 1 2 3	F12 ? 1 2 3	F17 ? 1 2 3	F22 ? 1 2 3	F27 ()
F8 ? 1 2 3	F13 ? 1 2 3	F18 ? 1 3	F23 ? 1 3	F28 ()

Cronologia e demais anot. clínicas devem ser feitas no verso

Pânico

**Agorafobia
sem Pânico**

F29 ? 1 2 3
 F30 ☐
 F31 ☐
 F32 ☐
 F33 ☐
 F34 ☐
 F35 ☐
 F36 ☐
☐ ()
 F37 ? 1 2 3
 F38 ? 1 2 3
 F39 ? 1 2 3
 F40 ? 1 3
 F41 ? 1 2 3
 F42 ? 1 3
 F43 1 2 3
 F44 4 5 6
 F45 ()
 F46 ()
Fobia Social
 F47 ? 1 2 3
 F48 ☐
 F49 ☐
 F50 ☐
 F51 ☐
 F52 ☐
☐ ()
 F53 ? 1 2 3
 F54 ? 1 2 3
 F55 ? 1 2 3
 F56 ? 1 2 3
 F57 ? 1 2 3
 F58 ? 1 3
 F59 ? 1 2 3
 F60 ? 1 2 3
 F61 1 3
 F62 ? 1 3
 F63 1 2 3
 F64 4 5 6
 F65 ()
 F66 ()
Fobia
Específica ☐
 F67 ? 1 2 3
 F68 ? 1 2 3
 F69 ? 1 2 3
 F70 ? 1 2 3
 F71 ? 1 2 3
 F72 ? 1 2 3
 F73 ? 1 2 3
 F74 1 3
 F75 ☐
 F76 ☐
 F77 ☐
 F78 ☐
 F79 ☐
☐ ()
 F80 ? 1 3
 F81 1 2 3
 F82 4 5 6
 F83 ()
 F84 ()
TOC
 F85 ? 1 2 3
 F86 ? 1 2 3
 F87 ? 1 2 3
 F88 ? 1 2 3
☐

F89 ? 1 2 3
 F90 ? 1 2 3
 F91 ☐
 F92 ? 1 2 3
 F93 ☐
 F94 ? 1 2 3
 F95 ? 1 2 3
 F96 ? 1 3
 F97 1 3
 F98 1 3
 F99 1 2 3
 F100 4 5 6
 F101 ()
 F102 ()
TEPT
 F103 ☐
 Anotar no verso
 F104 ☐
 F105 ? 1 2 3
 F106 ? 1 2 3
 F107 ? 1 2 3
 F108 ? 1 2 3
 F109 ? 1 2 3
 F110 ? 1 2 3
 F111 ? 1 2 3
 F112 ? 1 2 3
 F113 ? 1 2 3
 F114 ? 1 2 3
 F115 ? 1 2 3
 F116 ? 1 2 3
 F117 ? 1 2 3
 F118 ? 1 2 3
 F119 ? 1 2 3
 F120 1 3
 F121 ? 1 2 3
 F122 ? 1 2 3
 F123 ? 1 2 3
 F124 ? 1 2 3
 F125 ? 1 2 3
 F126 1 3
 F127 ? 1 2 3
 F128 ? 1 2 3
 F129 1 3
 F130 1 3
 F131 1 2 3
 F132 4 5 6
 F133 ()
 F134 ()
TAG
 F135 ? 1 2 3
 F136 ? 1 2 3
 F137 ? 1 2 3
 F138 ? 1 2 3
 F139 ? 1 2 3
 F140 ? 1 2 3
 F141 ? 1 2 3
 F142 ? 1 2 3
 F143 ? 1 2 3
 F144 ? 1 2 3
 F145 ? 1 2 3
 F146 ? 1 2 3
 F147 ? 1 3
 F148 1 3
 SEV 1 2 3
 F149 ()
Substância /
CMG
 F150 ? 1 3
 F151 ? 1 2 3
 F152 ? 1 2 3

D. 1 3
 TIPO 1 2 3
Induzido por substância
 EP: ☐ ☐
 F153 ? 1 2 3
 F154 ? 1 2 3
 F155 ? 1 2 3
 F156 ? 1 2 3
 F156a 1 3
 F156b 1 2 3 4
 F156c 1 2
Ansiedade SOE
 F156d 1 3
 F157 ? 1 2 3
 F158 1 2 3
 4 ☐
T.
Somatoformes
 G1 ☐
 G2 ? 1 2 3
 G3 ()
 G4 ? 1 2 3
 G5 ? 1 2 3
 G6 ? 1 2 3
 G7 ? 1 2 3
 G8 ? 1 2 3
 G9 ? 1 2 3
 G10 ? 1 2 3
 G11 ? 1 2 3
 G12 ? 1 2 3
 G13 ? 1 2 3
 G14 ? 1 2 3
 G15 ? 1 2 3
 G16 1 3
 G17 ? 1 2 3
 G18 ? 1 2 3
 G19 ? 1 2 3
 G20 ? 1 2 3
 G21 ? 1 2 3
 G22 ? 1 2 3
 G23 ? 1 2 3
 G24 ? 1 2 3
 G25 ? 1 2 3
 G26 ? 1 2 3
 G27 1 3
 G28 ? 1 2 3
 G29 ? 1 2 3
 G30 ? 1 2 3
 G31 ? 1 2 3
 G32 ? 1 2 3
 G33 1 3
 G34 ? 1 2 3
 G35 ? 1 2 3
 G36 ? 1 2 3
 G37 ? 1 2 3
 G38 ? 1 2 3
 G39 1 3
 G40 1 3
Dor
 G41 ? 1 2 3
 G42 ? 1 2 3
 G43 ? 1 2 3
 G44 ? 1 2 3
 1 3
 G45 ()
Indiferenciado
 G46 ☐
 G47 ? 1 2 3
 G48 ? 1 2 3
 G49 ? 1 2 3

G50 ? 1 2 3
 G51 ? 1 2 3
 G52 ()
 G53 ? 1 2 3
 G54 ? 1 2 3
 G55 1 3
Hipocondria
 G56 ? 1 2 3
 G57 ? 1 2 3
 G58 ? 1 2 3
 G59 ? 1 2 3
 G60 ? 1 2 3
 G61 ()
 G62 ? 1 2 3
 G63 1 3
TDC
 G64 ? 1 2 3
 G65 ? 1 2 3
 G66 ? 1 2 3
 1 3
 G67 ()
Anorexia Nervosa
 H1 ? 1 2 3
 H2 ? 1 2 3
 H3 ? 1 2 3
 H4 ? 1 2 3
 H5 1 3
 Subtipo 1 3
 H6 1 3
 H7 1 2 3
 H8 4 5 6
 H9 ()
 H10 ()
Bulimia Nervosa
 H11 ? 1 2 3
 H12 ? 1 2 3
 H13 ? 1 2 3
 H14 ? 1 2 3
 H15 ? 1 2 3
 H16 ? 1 2 3
 H17 1 3
 TIPO 1 3
 H18 ? 1 3
 H19 1 2 3
 H20 4 5 6
 H21 ()
 H22 ()
Compulsão Alimentar
 H23 ? 1 2 3
 H24 ? 1 2 3
 H25 ? 1 2 3
 H26 ? 1 2 3
 H27 ? 1 2 3
 H28 1 3
 H29 ? 1 2 3
 H30 ? 1 2 3
 H31 ? 1 2 3
 H32 1 3
 H33 ? 1 3
 H34 1 2 3
 H35 4 5 6
 H36 ()
 H37 ()
Ajustamento
 II ☐

I2 ? 1 2 3
 I3 ? 1 2 3
 I4 ? 1 2 3
 I5 ? 1 3
 I6 ? 1 2 3
 I7 1 3
 I8 ()
 Observações

BDI-II**V-1 – Fase I/009**

* não permitida reprodução desta escala

V-1 – FASE I/010**Escala de avaliação de pensamentos e comportamentos disfuncionais****Escala de Pensamentos Depressivos**

* não permitida reprodução desta escala

Escala cognitivo comportamental evitação- CBAS

* não permitida reprodução desta escala

V-1 – FASE I/011**Escala Montgomery-Asberg de Depressão -MADRS**

Instrução para o aplicador: esta escala baseia-se nos sintomas relatados e observados do paciente considerando a última semana. Caso as respostas não possam ser obtidas do paciente devido a sua gravidade, lembre-se de utilizar informações de outras fontes.

1. Tristeza Aparente (representando desânimo, tristeza e desespero (mais que um abatimento simples e transitório), refletidos na fala, expressão facial a postura). Avalie pela profundidade e incapacidade de alegrar-se.

0. Nenhuma tristeza

1.

2. Parece abatido, mas se alegra sem dificuldades.

3.

4. Parece triste e infeliz a maior parte do tempo.

5.

6. Parece muito triste todo o tempo. Extremamente desanimado.

2. Tristeza Relatada (representando relatos de humor depressivo, independentemente de estarem refletidos na aparência. Inclui abatimento, desânimo ou sentimento de desamparo e

desesperança). Avalie pela intensidade, duração e grau com que se relata que o humor é influenciado pelos acontecimentos.

0- Tristeza ocasional compatível com as circunstâncias.

1-

2- Triste e abatido, mas se alegra sem dificuldades.

3-

4- Sentimentos predominantes de tristeza ou melancolia. O humor é ainda influenciado por circunstâncias externas.

5-

6- Tristeza, infelicidade ou desânimo contínuos e invariáveis.

3. Tensão Interior (representando sentimentos de desconforto indefinido, inquietação, agitação interior, tensão mental crescente chegando até pânico, pavor ou angústia). Avaliar de acordo com intensidade, frequência, duração do grau de reassseguramento necessário.

0- Tranquilo, somente tensão interior fugaz.

1-

2- Sentimentos ocasionais de inquietação e desconforto indefinido.

3-

4- sentimentos contínuos de tensão interna ou pânico intermitente que o paciente só consegue dominar com alguma dificuldade.

5-

6- Apreensão ou angústia persistente. Pânico incontrolável.

4. Sono Diminuído (representando a experiência de redução de duração ou profundidade do sono comparadas com o padrão normal próprio do indivíduo quando está bem).

0- Dorme normalmente

1-

2- Leve dificuldade para adormecer ou sono discretamente reduzido, leve ou interrompido.

3-

4- Sono reduzido ou interrompido por, pelo menos, duas horas.

5-

6- Menos de duas ou três horas de sono.

5. Diminuição Do Apetite (representando o sentimento de perda de apetite quando comparado ao seu normal. Avalie pela perda da vontade de comer ou pela necessidade de forçar-se a comer).

0- Apetite normal ou aumentado.

1-

2- Apetite levemente diminuído.

3-

4- Sem apetite. A comida não tem sabor.

5-

6- É necessário ser sempre persuadido para comer.

6. Dificuldades de Concentração (representando dificuldades em concluir ou organizar os pensamentos chegando à falta de concentração incapacitante). Avalie de acordo com a intensidade, a frequência e o grau de incapacidade resultante.

0- Sem dificuldade para se concentrar.

1-

2- Dificuldades ocasionais em concluir ou organizar os pensamentos.

3-

4- Dificuldades para se concentrar e sustentar o pensamento, que reduzem a capacidade para ler ou manter uma conversa.

5-

6- Incapaz de ler ou conversar, a não ser com grande dificuldade.

7. Lassidão (representando a dificuldade ou a lentidão para iniciar e realizar atividades rotineiras).

0 Dificilmente apresenta qualquer dificuldade para iniciar atividades. Sem preguiça.

1

2 Dificuldades para iniciar atividades.

3

4 Dificuldades para começar atividades rotineiras simples, que são realizadas à custa de esforço.

5

6 Lassidão completa. Incapaz de fazer qualquer coisa sem ajuda.

8. Incapacidade de Sentir (representando a experiência subjetiva de interesse reduzido pelo ambiente ou por atividades que são normalmente prazerosas). A capacidade de reagir com emoção apropriada às circunstâncias ou às pessoas está reduzida.

0 Interesse normal pelo ambiente e pelas outras pessoas.

1

2 Capacidade reduzida de desfrutar interesses rotineiros.

3

4 Perda de interesse pelo ambiente. Perda de sentimentos pelos amigos e conhecidos.

5

6 A experiência de estar emocionalmente paralisado, incapaz de sentir raiva, pesar ou prazer e uma falta de sentimentos completa ou mesmo dolorosa em relação a parentes próximos ou amigos.

9. Pensamentos Pessimistas (representando pensamentos de culpa, inferioridade, auto reprovação, pecado, remorso e ruína).

0 Sem pensamentos pessimistas.

1

2 Ideias flutuantes de falha, auto reprovação ou auto depreciação.

3

4 Autoacusações persistentes ou ideias definidas, mas ainda racionais de culpa ou pecado. Progressivamente pessimista sobre o futuro.

5

6 Delírios de ruína, remorso ou pecado irremediável. Autoacusações que são absurdas e inabaláveis.

10. Pensamentos Suicidas (representando o sentimento de que não vale a pena viver, que uma morte natural seria bem-vinda, pensamentos suicidas e preparativos para suicídio). Tentativas de suicídio por si só não devem influenciar a avaliação.

0 Aprecia a vida ou a aceita como ela é.

1

2 Enfastiado de viver. Pensamentos suicidas transitórios

3

4 Provavelmente seria melhor morrer. Pensamentos suicidas são frequentes e o suicídio é considerado com uma solução possível, mas sem planos ou intenções específicas.

5

6 Planos explícitos para o suicídio quando houver uma oportunidade. Providência para o suicídio.

Escala de Mania de Young -YMRS

V-1 – FASE I/012

Guia para avaliação dos itens - quando vários sintomas são fornecidos para um grau específico de gravidade, a presença de apenas um dos sintomas é suficiente para a pontuação. Os sintomas são fornecidos como guias

1. HUMOR EXPANSIVO/ELEVADO

- 0** Ausente
- 1** Leve ou possivelmente elevado quando questionado
- 2** Elevação subjetiva definida; otimista, alegre; autoconfiante; apropriado ao conteúdo
- 3** Elevado, inapropriado ao contexto; jocoso
- 4** Eufórico; riso inapropriado; cantando

2. Aumento da energia e atividade motora

- 0** Ausente
- 1** Aumento subjetivo
- 2** Animado; aumento de gesticulação
- 3** Energia excessiva; às vezes hiperativo; inquieto/impaciente (pode ser acalmado)
- 4** Excitação motora; hiperatividade contínua (não pode ser acalmado)

3. Interesse sexual

- 0** Normal; sem aumento
- 1** Leve ou possivelmente aumentado
- 2** Aumento subjetivo bem definido quando questionado
- 3** Conteúdo sexual espontâneo; discorre sobre assuntos sexuais; hipersexualizado segundo auto-relato
- 4** Atos sexuais evidentes (direcionados a pacientes, equipe ou entrevistador)

4. Sono

- 0** Não relata diminuição do sono
- 1** Dorme menos do que o habitual (até 1 hora a menos)
- 2** Dorme menos do que o habitual (por 1 hora ou mais)
- 3** Relata diminuição da necessidade de sono
- 4** Nega necessidade de sono

5. Irritabilidade

- 0** Ausente
- 2** Aumento subjetivo
- 4** Irritável em alguns momentos durante a entrevista; episódios recentes de raiva ou importunação na enfermaria
- 6** Frequentemente irritável durante a entrevista.
- 8** Hostil, não-cooperativo; entrevista impossível

6. Discurso (velocidade e quantidade)

- 0** Sem aumento
- 2** Sente-se mais falante
- 4** Aumento da velocidade ou quantidade em alguns momentos, prolixo em alguns momentos
- 6** Aumento consistente da velocidade e quantidade; difícil interromper
- 8** Pressão de discurso; ininterruptível, discurso contínuo

7. Distúrbio de linguagem-pensamento**0** Ausente**1** Circunstancial; leve distraibilidade; pensamentos rápidos**2** Distraído; perde intenção do pensamento;
muda de assunto freqüentemente; pensamentos acelerados**3** Fuga de idéias; tangencialidade;
difícil para acompanhar; rimando, ecolalia**4** Incoerente; comunicação impossível**8. Conteúdo****0** Normal**2** Planos questionáveis, novos interesses**4** Projetos especiais; hiperreligioso**6** Idéias grandiosas ou paranóides; idéias de referência**8** Delírios; alucinações**9. Comportamento disruptivo-agressivo****0** Ausente, cooperativo**2** Sarcástico; fala alto às vezes, vigilante**4** Querelante; faz ameaças na enfermaria**6** Ameaça entrevistador; grita; entrevista difícil**8** Agressivo; destrutivo; entrevista impossível**6** Ameaça entrevistador; grita; entrevista difícil**8** Agressivo; destrutivo; entrevista impossível**10. Aparência****0** Traje e cuidados pessoais apropriados**1** Um pouco descuidado**2** Desleixado; moderadamente desalinhado; trajes exagerados**3** Desalinhado; parcialmente trajado; maquiagem extravagante**4** Completamente descuidado; enfeitado; vestes bizarras**11. INSIGHT****0** Presente; admite doença;
concorda com necessidade de tratamento**1** Possivelmente doente**2** Admite mudanças de comportamento, mas nega doença**3** Admite possível mudança de comportamento, mas nega doença**4** Nega qualquer mudança de comportamento