
ESTUDOS DA DEPRESSÃO: INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO E GÊNERO

MARCELO SALOMÃO AROS¹

ELISA MEDICI PIZÃO YOSHIDA

Pontifícia Universidade Católica de Campinas

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo o levantamento dos instrumentos que vêm sendo empregados em pesquisas na avaliação da depressão e analisar se as diferenças entre os gêneros estariam sendo contempladas. Especial atenção foi dada à avaliação da depressão masculina. Foram identificados 49 instrumentos na base de dados, sendo os mais freqüentes: Hamilton Depression Rating Scale (HRDS), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) e Beck Depression Inventory (BDI). Para a avaliação da depressão feminina há a Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Nenhum instrumento foi identificado para avaliar exclusivamente a depressão masculina. Conclui-se que pouca atenção tem sido dada às diferenças sintomatológicas da depressão no gênero masculino. Críticas quanto à representatividade da amostra e a generalização dos resultados foram realizadas.

Palavras-chave: Depressão; gênero; transtornos do humor; testes psicológicos.

ABSTRACT

STUDIES OF DEPRESSION: TOOLS FOR EVALUATION AND GENDER

This article's aim is to survey instruments that have been used in the research of depression evaluation and also to analyze whether sex differences have been considered. A special focus was given to the issue of male depression evaluation. A number of 49 instruments were identified in the database. The following are the most frequent ones: Hamilton Depression Rating Scale (HRDS), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), and Beck Depression Inventory (BDI). Regarding specifically female depression, the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) is available. No instrument was identified to specifically assess male depression. Therefore it is concluded that little attention has been given to differences in symptoms of depression in males. Sample representativeness and the generality of results are questioned.

Key words: Depression; gender; mood disorder; psychological tests.

¹ A pesquisa original foi apresentada como Dissertação de Mestrado do primeiro autor, orientada pela segunda autora

INTRODUÇÃO

Atualmente a depressão é uma patologia psíquica que afeta mundialmente a saúde de milhões de pessoas. As previsões, para 2020, sugerem que ela será a segunda maior causa de doença, perdendo apenas para as doenças do coração (Nakamura e Santos, 2007). Apesar da extensa literatura existente, os transtornos depressivos seguem sendo pouco compreendidos quanto à sua etiologia, manifestações neurológicas e sintomatológicas. Especialmente, no que concerne às manifestações da depressão em relação ao gênero, o conhecimento acumulado é ainda bastante incipiente.

As síndromes depressivas assim como as síndromes maníacas são classificadas como transtornos de humor ou transtornos afetivos. Entende-se por humor a emoção constante e predominante que é a base para as percepções de um indivíduo em relação ao mundo externo. Ele é um componente da **psiquê** de importância na percepção das experiências e quando predomina uma determinada “coloração”, os eventos de vida acabam adquirindo, inevitavelmente, os padrões do humor predominante (Atkinson et al., 2002).

Os transtornos afetivos constituem um grupo de situações clínicas que se caracterizam pela perda do senso de controle e uma experiência subjetiva de grande sofrimento (Kaplan, Sadock e Grebb, 1997). Os pacientes que sofrem destes transtornos se apresentam com um humor elevado, que corresponde à mania, ou se apresentam com humor deprimido que corresponde à depressão. Andrade, Viana e Silveira (2006) afirmam que vários estudos epidemiológicos têm demonstrado diferenças entre os gêneros na prevalência, incidência, comportamento e curso das doenças mentais. Aros (2008) afirma a existência de importantes sintomas depressivos no gênero masculino que não são captados pelos instrumentos existentes. Esta incompreensão contribuiria para a diminuição da sensibilidade diagnóstica nos homens.

No que concerne à etiologia da depressão, observa-se que a orientação teórica dos autores tem grande peso na atribuição do papel desempenhado por diferentes variáveis. A herança cultural e as vivências emocionais de um indivíduo durante o seu amadurecimento mental têm sido consideradas relevantes para a maior ou menor tendência dos indivíduos a desenvolverem uma síndrome depressiva na idade adulta. Para autores de orientação psicodinâmica, especial importância tem sido conferida ao estilo do cuidado materno, situações de abuso e de negligência, entre outros (Braz, 2002; Medeiros e Furtado, 2004; Zimerman, 1999). Buonomano (1978) encontrou relação entre as mudanças ambientais e culturais e o desenvolvimento de reações depressivas e de desesperança, como consequência do indivíduo não ter o controle sobre o ambiente, se comparado a situações passadas.

Considerando a interação meio ambiente vs. organismo, Justo e Calil (2006) enumeram aspectos sociais e fatores hormonais, como os que contribuem para o surgimento de um estado depressivo em determinados indivíduos. Os avanços tecnológicos dos exames de neuroimagem apontam para a existência de subtipos de transtornos depressivos numa mesma faixa etária, como afirmam Ballmaier et al. (2004). Ou seja, numa mesma faixa etária existem depressões clinicamente diferentes e com diferentes regiões deprimidas no córtex cerebral.

No que concerne à composição clínica da depressão, Atkinson et al. (2002) apontam quatro conjuntos de sintomas que devem estar presentes no transtorno depressivo: os emocionais, os cognitivos, os motivacionais e os físicos. Em relação aos sintomas emocionais, os mais evidentes são a tristeza e o abatimento. Os pacientes sentem desesperança, infelicidade, choram e perdem o prazer com a vida. Em casos graves, podem se isolar do convívio social e até pensar em suicídio. Observa-se que a pessoa deprimida gradualmente perde o interesse por passatempos, recreações e atividades familiares (Bech et al., 1993).

Os sintomas cognitivos consistem de pensamentos pessimistas e idéias de incapacidade, perda de memória e sentimento de culpa (Calil e Pires, 1998). Em indivíduos com depressão, a memória autobiográfica tende a ser demasiadamente genérica, inespecífica e difusa, havendo dificuldade para localizar espacial e temporalmente, os eventos de vida (Pergher, Stein e Wainer, 2004). Ainda em relação à memória na depressão, Burt, Zembar e Niederehe (1995) citam evidências que indicam o comprometimento da memória em pacientes que sofrem de depressão e cujo desempenho melhora significativamente após o tratamento com antidepressivos. Outro sintoma cognitivo que possui diminuição de seu desempenho na depressão é a capacidade de resolução de problemas, com relevante impacto sobre o cotidiano destas pessoas, tornando-as desadaptadas (Nezu e Nezu, 2001).

Em relação aos sintomas físicos, a depressão pode levar à fadiga, alterações do apetite, do sono e da atividade física. No quesito motivacional, a pessoa deprimida geralmente tende à passividade e à baixa energia, o que diminui a sua iniciativa para executar funções necessárias (Andrade e Goreinstein, 1998; Andrade et al., 2006).

As observações de Atkinson et al. (2002) oferecem um panorama consistente da dinâmica mental que um indivíduo deprimido hipoteticamente poderia apresentar. No entanto, elas não se ocupam de possíveis relações entre o gênero da pessoa deprimida e sua sintomatologia. Na realidade, este é um tema pouquíssimo explorado na literatura, havendo apenas alguns estudos que se ocupam desta questão. E, mesmo assim, a maioria deles o faz de forma apenas tangencial. Nas duas principais classificações internacionais, DSM-IV (Associação Americana de Psiquiatria, 1995) e CID-10 (Organização Mundial da Saúde, 1993), os critérios para o diagnóstico da depressão são os mesmos para homens e mulheres.

Em indivíduos adultos há a tendência para se admitir que as mulheres são duas vezes mais acometidas pelos transtornos depressivos, quando comparadas aos homens (Kaplan et al., 1997). No entanto, outros estudos começam a apresentar resultados que contradizem estas observações, ao relatarem prevalência semelhante nos dois gêneros (Andrade et al., 2006; Paradela, Lourenço e Veras, 2005; Souza e Ferreira, 1997; Vorcaro, Uchoa e Lima-Costa, 2002).

Andrade et al. (2006) afirmam que os homens apresentem o mesmo risco para depressão que as mulheres, ainda que a forma de apresentá-la seja diferente. Estes autores defendem que os homens manifestam a depressão com sintomas de irritabilidade em vez de disforia ou anedonia, mais verificados em mulheres. O termo disforia é definido como uma inquietude e ausência de bem estar em situações de conotação prazerosa (Houaiss, Villar e Franco 2001). A anedonia é a perda do interesse e afastamento de todas as atividades prazerosas (Kaplan et al., 1997). Esta posição vem ao encontro

da experiência clínica dos autores do presente trabalho, segundo a qual os homens apresentariam diferenças sintomatológicas da depressão, quando comparados às mulheres. E ainda, que seriam necessários critérios diagnósticos específicos para a avaliação adequada da depressão masculina.

Com base nesta pressuposição, acredita-se que o uso, bastante difundido, de critérios baseados no DSM-IV (Associação Americana de Psiquiatria, 1995) e/ou CID-10 (Organização Mundial da Saúde, 1993), para o desenvolvimento de instrumentos de avaliação psicológica, tais como escalas e questionários, pode induzir a um viés na avaliação da depressão. O viés é possível uma vez que as especificidades ligadas ao gênero da pessoa avaliada não são consideradas.

Atualmente a maioria das pesquisas voltadas para a avaliação de depressão utiliza escalas e questionários, o presente estudo teve como objetivo proceder ao levantamento dos instrumentos de avaliação empregados em pesquisas e analisar, em que medida, possíveis diferenças entre os gêneros estariam sendo contempladas. Especial atenção foi dada à questão da avaliação da depressão masculina. Tomou-se como referência a produção sobre depressão indexada na base de dado *Medline* no ano de 2007. A escolha da *Medline* deveu-se ao fato dela ser uma base de dados com representatividade em volume e complexidade do tema depressão a nível mundial. E a definição do período de tempo levou em consideração o fato de que a ciência é cumulativa e que o último ano é reflexo do conhecimento anteriormente produzido. O período mais recente de produção também traz a vantagem de revelar as novas tendências na área de estudo.

MÉTODO

Material

O levantamento da produção científica baseou-se na análise de resumos da base de dados *Medline*, produzida pela *National Library of Medicines*, e que reúne referências bibliográficas e resumos de mais de 3700 revistas biomédicas publicadas nos Estados Unidos e em 70 outros países. São, aproximadamente, oito milhões de registros da literatura desde 1966, nas áreas de: Medicina, Enfermagem, Odontologia e Medicina Veterinária. Sua atualização é mensal e está dividida em grupos de anos (<http://www.usp.br/sibi/biblioteca/medline.htm>).

Procedimento

O acesso à *Medline* foi feito através da utilização dos descritores: *depression* e *scale*. Neste estudo não foram utilizados outros termos na pesquisa ao banco de dados em detrimento da necessidade de não se restringir a amostra para a captação das tendências gerais das pesquisas que avaliam a depressão com instrumentos e também para possibilitar a quantificação das proporções em que se vem estudando o gênero masculino, o gênero feminino e ambos os gêneros. Tomou-se como limite de tempo o primeiro semestre do ano de 2007. Dentre os 988 resumos acessados, 656 foram considerados adequados aos objetivos da investigação por reportarem algum tipo de instrumento de avaliação da depressão. Para cada resumo de artigo selecionado foram então identificadas as seguintes variáveis: instrumentos de avaliação da depressão utilizados, nacionalidade do artigo, natureza do instrumento, gênero da amostra estudada e faixa etária da amostra.

Os instrumentos detectados foram listados em função da terminologia escolhida pelos autores em cada resumo de artigo. Assim instrumentos que apresentavam outras versões ou posteriores revisões foram incluídos em função da sua semelhança estrutural ao instrumento original. Por exemplo, instrumentos em resumos de artigos que se utilizaram da BDI (Beck et al., 1961), e suas outras versões como BDI II (Beck, Steer e Brown, 1996), foram agrupados como o instrumento “BDI” na listagem.

RESULTADOS

A Tabela 1 mostra a relação total (n=49) de instrumentos identificados nos 656 resumos selecionados. Observa-se que nove instrumentos foram utilizados em 91,2% dos trabalhos. Dentre estes, a *Hamilton Depression Rating Scale (HRDS)* (Hamilton, 1960), a *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)* (Zigmond e Snaith, 1983) e o *Beck's Depression Inventory (BDI)* (Beck, Ward, Mendelson, Mock e Erbaugh, 1961) foram os mais utilizados. Juntos, estes três instrumentos são citados em mais de 50% dos artigos.

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

Escola	F	F%	SF%
Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)	149	20,8	20,8
Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	141	19,6	40,4
Beck's Depression Inventory (BDI)	94	13,1	53,5
Center for Epidemiological Studies Depression (CES-D)	80	11,1	64,6
Geriatric Depression Scale (GDS)	66	9,2	73,8
Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS)	52	7,2	81,1
Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)	35	4,9	85,9
Zung Self-Rating Depression Scale (ZSDS)	26	3,6	89,6
Depression and Anxiety Stress Scale (DASS)	12	1,7	91,2
Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD)	8	1,1	92,3
Children's Depression Rating Scale (CDRS)	5	0,7	93,0
Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)	3	0,4	93,5
Reynolds Child Depression Scale	3	0,4	93,9
Quality of Life in Depression Scale (QLDS)	2	0,3	94,2
Harvard National Depression Screening Day Scale (HANDS)	2	0,3	94,4
Children's Depression Inventory (CDI)	2	0,3	94,7
Calgary Depression Rating Scale for Schizophrenia (CDSS)	2	0,3	95,0
Hopkins Symptom Checklist-90-Depression Scale (HCL-90-DS)	2	0,3	95,3
Goldberg Anxiety and Depression Scale (GADS)	2	0,3	95,5
Aga Khan University Anxiety and Depression Scale (AKUADS)	2	0,3	95,8
Depression Cognitive Index (DCI)	2	0,3	96,1
Symptom Checklist – Depression Subscale (SCL-DS)	1	0,1	96,2

Tabela 1. Escalas de depressão presentes na produção bibliográfica de 2007 (cont.)

Escala	F	F%	SF%
Ko's Depression Inventory	1	0,1	96,4
EuroQuol-5D (EQ-5D)	1	0,1	96,5
Cerad Behavioral Rating Scale (CBRS)	1	0,1	96,7
Mood Anxiety Symptoms Questionnaire (MASQ)	1	0,1	96,8
Von Zerssen's Depression Scale	1	0,1	96,9
Patient Health Questionnaire – Depression Scale (PHQ-DS)	1	0,1	97,1
Neurobehavioral Functioning Inventory – Depression Scale (NFI-DS)	1	0,1	97,2
Chapman Revised Physical Anhedonia Scale (CRPAS)	1	0,1	97,4
Inventory of Depressive Symptoms (IDS)	1	0,1	97,5
Depression Self-Rating Scale Iranian Adolescent	1	0,1	97,6
Cornell Dysthymia Rating Scale (CSDD)	1	0,1	97,8
Depressive Mood Scale (EHD)	1	0,1	97,9
Mexican Spanish IBS-QOL	1	0,1	98,1
Clinimetric Scale for the Diagnosis of Depression (CSDD)	1	0,1	98,2
Brief Symptom Inventory – Subscale Depression (BSI-SD)	1	0,1	98,3
Diagnostic Inventory to Depression (DID)	1	0,1	98,5
Depression Scale(DEPS)	1	0,1	98,6
Depressive Experience Questionnaire (DEQ)	1	0,1	98,7
Punjabi Postnatal Depression Scale	1	0,1	98,9
Diagnostic Inventory for Depression (DID)	1	0,1	99,0
Depression Stigma Scale (DEPS)	1	0,1	99,2
Melancholia Scale (MES)	1	0,1	99,3
Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS)	1	0,1	99,4
Adolescent Depression Rating Scale (ADRS)	1	0,1	99,6
Greek Hospital Anxiety and Depression Scale (GHADS)	1	0,1	99,7
Global Depression Scale (GDS)	1	0,1	99,9
Calgary Depression Scale for Schizophrenia (CDSS)	1	0,1	100,0

SF% - soma das frequências percentuais

Em relação ao sexo dos participantes das pesquisas, 83,5% contaram com amostras de ambos os sexos. Em seguida vêm os estudos com amostras exclusivamente femininas (12,8%), e 3,7% foram de amostras exclusivamente masculinas (n=24).

Os estudos que tiveram amostras exclusivamente femininas, empregaram um total de 92 instrumentos para mensurar a depressão, dado que em vários deles mais de um instrumento foi utilizado. Destes, a *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) (Cox, Holden e Sagovsky, 1987) foi a mais utilizada (n=30). A seguir aparecem a *Center for Epidemiological Studies-Depression Scale* (CES-D) (Radloff, 1977) (n=13), a *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) (Zigmond e Snaith, 1983) (n=12), a *Hamilton Depression Rating Scale* (HDRS) (Hamilton, 1960) (n=10), o Beck's Depression Inventory

(BDI) (Beck et al., 1961) (n=8), a *Geriatric Depression Scale* (GDS) (Yesavage et al., 1982-83) (n=6) e a *Zung Self-Rating Depression Scale* (ZSDS) (Zung, 1965) (n=4). Outros nove instrumentos foram citados uma única vez na amostra.

Nos artigos voltados para a avaliação da depressão masculina foram utilizados 25 instrumentos (em um estudo foram utilizados dois instrumentos), todos originalmente desenvolvidos com o objetivo de diagnosticar a depressão em ambos os sexos. Foram os seguintes: a *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) (Zigmond e Snaith, 1983) (n=6), a *Hamilton Depression Rating Scale* (HDRS) (Hamilton, 1960) (n=3), a *Center for Epidemiological Studies - Depression Scale* (CES-D) (Radloff, 1977) (n=3), a *Zung Self-Rating Depression Scale* (ZSDS) (Zung, 1965) (n=3), a *Montgomery-Asberg Depression Rating Scale* (MADRS) (Montgomery e Asberg 1979) (n=2), a *Geriatric Depression Scale* (GDS) (Yesavage et al., 1982-83) (N=2), o *Beck's Depression Inventory* (BDI) (Beck et al., 1961) (n=2), a *Depression and Anxiety Stress Scale* (DASS) (McAlonan et al., 2007) (n=2), a *Patient Health Questionnaire Depression Scale* (PHQ-DS) (Kolkow, Spira, Morse e Grieger, 2007) (n=1) e a *Calgary Depression Rating Scale for Schizophrenia* (CDSS) (Muller, 2007) (n=1). Assim 100% dos instrumentos utilizados para mensurar a depressão em homens encontram-se entre os 17 mais freqüentes na amostra geral (Tabela 1).

Quanto aos temas focalizados nos estudos da depressão masculina, foram identificados oito tipos diferentes de interesse: 1) Idosos com depressão (n=6); 2) Neoplasias no sistema reprodutivo masculino (n=5); 3) Trabalhadores masculinos com depressão (bombeiros, profissionais de emergências e estresse ocupacional) (n=5); 4) Veteranos de guerra (n=4); 5) Problemas sexuais e depressão em homens (n=1); 6) Homens infectados com HIV e depressão (n=1); 7) Homens prisioneiros com depressão (n=1) e 8) Homens diabéticos usando antidepressivos (n=1).

Quanto aos países em que foram realizados estudos sobre depressão as quatro nações mais freqüentes foram: Estados Unidos da América com 25,6% (n=168), a Inglaterra 9% (n=59) e com escores iguais Alemanha e Austrália 5,6% (n=37). Para o gênero feminino os cinco maiores escores foram: Estados Unidos da América (n=25), Inglaterra e Austrália (n=7) e Suécia e China (n=6).

Quanto aos países em que foram realizados estudos com amostras exclusivamente masculinas: os Estados Unidos da América (n=6), a Inglaterra (n=4) e o Japão (n=3). A Austrália, Coreia e China com escores iguais (n=2). E ainda, Polônia, Holanda, Suécia, Malásia e Nigéria produziram um artigo (n=1) sobre o tema.

Oito estudos eram de autores brasileiros (1,2%) e todos envolviam amostras de participantes de ambos os sexos. Os autores destes artigos eram: Tamada, Amaral, Issler, Nierenberg e Lafer (2007) e Romão, Romão Junior, Belasco e Barbosa (2007), ambos trabalhos pertencentes à Universidade de São Paulo; Minett, Silva, Ortiz e Bertolucci (2007) da Escola Paulista de Medicina-SP; Carod-Artal, Vargas e Martinez-Martin (2007) do Hospital de Reabilitação Sarah de Brasília – DF; Saad, Botega e Toro (2007) da Universidade de Campinas - SP; Cunha et al. (2007) do Hospital Governador Israel Pinheiro – MG; Fontenelle et al. (2007) da Universidade do Rio de Janeiro-RJ e Gazalle et al. (2007) do Hospital das Clínicas de Porto Alegre-RS. Por esta amostra observa-se que as pesquisas em depressão vêm sendo realizadas no Brasil, por pesquisadores filiados a faculdades de Medicina ou hospitais gerais.

Em relação à faixa etária das amostras pesquisadas, houve predomínio de estudos que focalizaram os indivíduos adultos (59,3%), seguidos pelos idosos (19,1%) e adultos e idosos (9,5%). A somatória dos artigos que estudavam a depressão em adultos isoladamente com a associação de adultos com outra(s) faixa(s) etária(s), atinge um total de 75,8%, dos artigos. Em relação aos artigos brasileiros, a faixa etária mais estudada foi a de adultos com quatro artigos. Os idosos foram estudados em três artigos e a faixa de idosos e adultos foi estudada por um artigo.

Nos artigos do gênero masculino a faixa etária predominante foi de adultos (n=15), em seguida de idosos (n=5) e a terceira mais freqüente foi de adultos e idosos (n=4). Dentre os instrumentos preferencialmente utilizados pelos pesquisadores, os de tipo auto-relato foram os mais empregados (68,1%), seguidos dos de tipo *rating scale* (a avaliação é feita pelo clínico) (31,9%).

Nos 24 artigos que estudaram a depressão exclusivamente no gênero masculino foram encontrados 18 instrumentos de tipo auto-relato (72%) e sete *rating scales* (28%) (um dos artigos utilizou dois instrumentos). Nos oito artigos produzidos no Brasil foram encontrados 10 instrumentos diferentes: seis de tipo auto-relato e quatro *rating scales* (dois artigos utilizaram dois instrumentos).

DISCUSSÃO

O acesso à base de dados *Medline*, com os verbetes *depression* e *scale*, nos primeiros seis meses de 2007, resultou, inicialmente, numa amostra de 988 resumos, dos quais 656 mencionavam, especificamente, o emprego de pelo menos um instrumento de avaliação psicológica. É necessário se salientar que este número certamente é ainda mais elevado, quando se considera que uma grande parte dos periódicos não se encontra indexada e que o acesso à produção, por meio de palavras chave, constitui sempre uma forma de filtro seletivo que impõe restrições ao tipo de produção acessada.

Acredita-se que pelo volume de resumos analisados (n=656) a amostra deva ser representativa da produção mundial na área, o que permite supor que os dados constituem uma amostra confiável de como a depressão vem sendo estudada e avaliada. Neste sentido, os três instrumentos mais utilizados para se estudar a depressão, a *Hamilton Depression Rating Scale* (HDRS) (20,8%), a *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) (19,6%) e o *Beck's Depression Inventory* (BDI) (13,1%) devem efetivamente se encontrar entre os mais utilizados na literatura mundial. Faz parte dos procedimentos deste estudo agrupar as terminologias originais de cada instrumento, suas posteriores versões e reedições.

Corroborando estes resultados, desde os anos 90, Bech et al. (1993) já assinalavam que a HDRS era a escala mais utilizada nos estudos sobre os transtornos depressivos, nas últimas décadas. Ela tem sido utilizada em diferentes países, faixas etárias, gêneros e na associação da mensuração da depressão com outras patologias. A HDRS possui 17 itens (clássica), mas existem versões com 21 e 24 itens (Hamilton, 1960). É uma escala multidimensional que permite avaliar a gravidade do episódio depressivo (Calil e Pires, 1998). São considerados pacientes gravemente deprimidos os que apresentam escores acima de 25 pontos; moderadamente deprimidos, entre 18 e 24 pontos e levemente deprimidos, entre 7 e 17 pontos. A HDRS permite avaliar a depressão segundo quatro fatores principais.

O primeiro fator possui maior representatividade dos sintomas depressivos, o segundo fator contém itens de avaliação da sintomatologia somática e distúrbios do sono. O terceiro fator é composto por itens que se referem às variações da ansiedade. O quarto fator, com pouca representatividade, possui no total quatro itens: um item de insônia média e um item de insônia tardia associados a um item de ansiedade somática e um item de sintomas somáticos gerais (Hamilton, 1960). Portanto, a HRDS é considerada adequada para avaliar três das quatro dimensões da depressão: sintomas emocionais, cognitivos e somáticos (Atkinson et al., 2002).

Apesar de muito utilizada, a HDRS apresenta algumas limitações que merecem referência. Por exemplo, contém itens que avaliam sintomas contraditórios, como por exemplo: “retardo” e “agitação”, o que torna impossível a pontuação máxima de 52 pontos. Além disto, a escala possui pouca sensibilidade para a detecção de mudanças na intensidade da sintomatologia depressiva (Dratcu, Ribeiro e Calil, 1985) e a presença de vários itens que avaliam sintomas somáticos (itens, 11, 12, 13 e 14) e que podem levar a conclusões enganosas, em pacientes que apresentam doenças físicas (Moreno e Moreno, 1998).

Em relação às características de expressão da depressão de acordo com o gênero, a HDRS possui uma ampla investigação do “mundo intrapsíquico” como: tristeza, desamparo, culpa, estar deprimido, são termos que envolvem autocompreensão. Este tipo de investigação intensifica a pontuação dos sintomas depressivos no gênero feminino, caracterizados por disforia e anedonia, e não contemplam manifestações sintomáticas, tais como as associadas à irritabilidade, mais observadas em homens (Andrade et al., 2006). Na constituição da HRDS, encontra-se, por exemplo, o item 1 que mensura a tristeza, a desesperança e o desamparo. Quanto à irritabilidade, o item 10 aborda esta questão, no entanto o avaliado que se julgar tenso e irritado recebe pontuação mínima igual a 1. Outra questão de relevância no conjunto de sintomas depressivos masculinos é a diminuição da produtividade no trabalho, por diminuição das capacidades cognitivas. Apenas o item 8 avalia a lentificação do pensamento e da dificuldade de concentração e da diminuição motora.

A *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) (Zigmond e Snaith, 1983) tem sido utilizada para a detecção de síndromes depressivas e ansiosas. É formada por 14 itens e duas subescalas que mensuram sintomas depressivos (sete itens) e sintomas ansiosos (sete itens). Segundo Watson e Clark (1984), a ansiedade pode ser diferenciada da depressão pela presença da hiperestimulação autonômica. Já a depressão pode ser discriminada da ansiedade pela presença de anedonia (afeto negativo). Em quadros mais leves ocorre superposição dos sintomas depressivos e dos ansiosos. Mas em quadros moderados e graves as duas síndromes apresentariam sintomas mais específicos e estas diferenças levariam a uma diminuição da correlação entre as duas patologias. Em pesquisa de validação da HADS para a população brasileira, Botega, Bio, Zomignami, Garcia Jr. e Pereira (1995), encontraram correlação significativa entre as duas subescalas o que compromete a possibilidade de discriminar sintomas ansiosos de depressivos. Assim é preciso desenvolver-se uma compreensão mais acurada de que a ansiedade e a depressão são sintomatologias diferentes, que podem ser concomitantes, mas a mensuração de ambas no mesmo instrumento pode levar a confusões diagnósticas, imprecisão e prejuízo para os pacientes e para a saúde em geral.

Em relação à avaliação de anedonia e de disforia, a HADS destina dois itens para mensurar a diminuição do prazer e dois itens para mensurar a tristeza do avaliado. Nenhum item da subescala de depressão avalia a irritação. Assim é provável que a HADS possua maior sensibilidade para identificar a depressão no gênero feminino, já que o gênero masculino, como afirma Aros (2008), possui uma menor tendência de nomear desconforto psíquico do tipo tristeza e de falta de prazer e, como cita Andrade et al. (2006), o gênero feminino tende a manifestar sintomas de anedonia e disforia.

O terceiro instrumento mais freqüente foi o *Beck's Depression Inventory* (BDI) constituído por 21 itens, cada um com quatro alternativas com graus crescentes de gravidade (Beck et al., 1961). Permite a avaliação da intensidade da depressão, segundo os graus: leve, moderada e grave. É indicado para pessoas entre 17 e 80 anos, embora sejam relatadas experiências com pessoas de outras faixas etárias (crianças e adolescentes). A versão em português do BDI conta com inúmeros estudos de validação e precisão no Brasil e suas características psicométricas, incluindo as normas para a população brasileira. São apresentadas no Manual da versão em português das Escalas de Beck, desenvolvido por Cunha (2001), em que se verifica que em relação ao gênero os maiores escores foram os atingidos pelo sexo feminino (Cunha, 2001).

Em relação às observações sobre os gêneros Andrade et al., (2006) afirmam que o item 11 avalia a presença de irritabilidade na sintomatologia do avaliado (sintoma mais freqüente na clínica do gênero masculino). Mas identificaram-se seis itens neste instrumento que avaliam a anedonia e a disforia no entrevistado (são os itens: 4, 12, 16, 18, 19 e 21). Assim também o BDI possui uma constituição e concentração de itens que tendem a identificar a depressão no gênero feminino com maior eficiência do que no gênero masculino (Andrade et al., 2006; Aros, 2008) e carecem de itens que discriminariam a depressão no gênero masculino.

Na avaliação da depressão quanto ao gênero, o fato de haver um predomínio de estudos com amostras de participantes de ambos os sexos (83,5%) sugere a tendência dos pesquisadores de avaliar a depressão tanto em homens quanto em mulheres, a despeito da maioria os estudos apontar para uma prevalência da depressão feminina (Kaplan et al, 1997). E, quanto ao fato de utilizarem instrumentos desenvolvidos para a avaliação de sintomas depressivos, independentemente do gênero do participante, pode ser compreendido como uma indicação de que acreditam que as manifestações da depressão seriam universais. Como se viu na introdução, esta crença começa a ser contestada por alguns autores (por exemplo, Andrade et al., 2006; Justo e Calil, 2006; Paradela et al., 2005; Souza e Ferreira, 1997; Vorcaro et al., 2002) e mereceria portanto vir a ser melhor pesquisada, para se dirimir, por meio de evidências empíricas, possíveis vieses.

Nos estudos sobre o gênero feminino foram identificados 84 artigos, o que corresponde a 12,8% da amostra total. O instrumento mais utilizado foi a *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) (35,7%). A EPDS foi adaptada para detectar a depressão nas mulheres, num período após o puerpério. Dentre seus itens há um que questiona, se a mulher se sente ansiosa ou preocupada, e em outro, se tem sentido pânico por alguma razão. Nestas duas questões, a sintomatologia avaliada é a ansiosa. Esta sobreposição das sintomatologias pode prejudicar a validade discriminante do instrumento e induzir a erros de avaliação.

Conforme referido, apenas 3,7% dos artigos acessados (n=24), tinham amostras exclusivamente masculinas. Todos eles tratavam de situações adversas do ponto de vista ambiental e biológico. As situações identificadas foram: depressão em veteranos de guerras, depressão em presidiários ou depressão em situações de adversidade patológicas, como por exemplo, pacientes com câncer ou em ambientes de trabalho que geram estresse e que não coincidem com uma amostra mais freqüente e representativa do gênero masculino. Estas pesquisas contribuíram para a compreensão destas populações específicas, mas é preciso ter cautela na generalização dos resultados.

Em 100% dos artigos que focalizaram a depressão em homens foram utilizados os mesmos instrumentos das nove primeiras posições da Tabela 1. Os mais utilizados foram, a HADS (n=6) e a HRDS (n=3). A ausência, na amostra pesquisada, de escalas ou questionários especificamente construídos para a avaliação de depressão em homens, aponta para a possibilidade de que não existam instrumentos com esta finalidade. Todavia, uma afirmação definitiva demandaria uma pesquisa mais extensa, em termos de limites temporais e de bases de dados acessadas, já que amostra representativa não significa necessariamente, que todo o universo pesquisado esteja nela representado.

Na classificação das amostras de acordo com a faixa etária, a mais freqüente foi a dos indivíduos adultos (59,3%), seguida, dos idosos (19,1%) e a terceira a de adultos e idosos (9,5%). Provavelmente esta tendência encontra fatores como: as atuais taxas de morbidade para depressão na população mundial e por serem os adultos os responsáveis pela maior produção econômica nas diversas nações. A faixa etária menos estudada é a das crianças (2,3%), o que confirma a observação de Oliveira (2006) de que, apesar das crianças serem uma parcela significativa dos atendimentos psicológicos, as pesquisas com as crianças perdem em números expressivos para as pesquisas com os adultos.

Segundo os resultados encontrados os países que mais estudaram a depressão no gênero masculino foram: os Estados Unidos da América, a Inglaterra, o Japão, China, Coréia e Austrália. Nos oito artigos brasileiros nenhum deles mensurava a depressão exclusivamente no gênero masculino. Em relação à amostra geral, os Estados Unidos da América, Inglaterra e Alemanha foram respectivamente os mais freqüentes. E em relação ao gênero feminino: Estados Unidos da América, Inglaterra e Austrália foram respectivamente os mais freqüentes. Confirmando a tendência do estudo da depressão em formatos muito semelhantes do gênero feminino ao do estudo das amostras da população geral.

Em relação à natureza dos instrumentos de avaliação da depressão, prevaleceram os de tipo auto-relato (68,1%), possivelmente por serem aplicados de forma mais rápida e com menores custos, quando comparados aos de avaliação clínica (*rating scale*). Isto é especialmente válido para contextos de ambulatórios, hospitalares e serviços de apoio psico-social, pois os de auto-relato permitem uma aplicação ampla e com custos mais baixos. Quanto aos do tipo *rating scale*, além da aplicação ser necessariamente individual, a avaliação costuma demandar muito tempo, com categorias que dependem de interpretações subjetivas e com pouca precisão entre avaliadores (Garb, 1998). Em relação às pesquisas brasileiras, pode-se afirmar que vêm seguindo a tendência mundial ao preferencialmente utilizarem instrumentos de tipo auto-relato.

Resumindo, foi encontrado um número bastante considerável de resumos de artigos voltados para a avaliação da depressão. As afirmações sobre a depressão no gênero masculino são questionáveis já que pouca atenção tem sido dada à depressão masculina. Ainda de acordo com o levantamento realizado, não foram encontrados instrumentos de avaliação específicos para a depressão em homens. Mesmo nas mulheres, os instrumentos estariam restritos à avaliação da depressão no pós-puerpério.

O uso de instrumentos de avaliação, que não levam em consideração as expressões sintomatológicas específicas de cada gênero, pode ser uma fonte de viés. A este respeito vale destacar como alguns limites deste estudo a pressuposição de que a existência de diferenças de expressão da depressão entre os gêneros possa se constituir em uma valorização excessiva das observações clínicas dos autores. É possível que estas diferenças fiquem tão atenuadas na população geral e que estudos, tão específicos, passariam por exageros metodológicos. Cabe ainda pontuar que a depressão pode ser mais freqüente no gênero feminino por esta população ser simplesmente mais sensível a esta patologia. Por fim, deixam-se estas ponderações sobre as diferenças da depressão entre os gêneros com intuito que estas possam contribuir para o fundamental avanço da ciência. Fica a indicação da necessidade de novas pesquisas sobre este tema para um maior avanço sobre este assunto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrade, L.H.S.G.; Viana, M.C. & Silveira, C.M. (2006). Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33 (2), 43-54.
- Aros, M.S. (2008). *Produção científica sobre depressão: Análises de resumos (2004-2007)*. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.
- Associação Americana de Psiquiatria (1995). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (4ª ed.; D. Batista, trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Original publicado em 1994).
- Atkinson, R.L.; Atkinson, R.C.; Smith, E.E., Bem, D.J. & Nolen-Hoeksema, S. (2002). Psicopatologia. In: R. L. Atkinson; R.C. Atkinson; E.E. Smith; D.J. Bem & S. Nolen-Hoeksema (Eds.), *Introdução à Psicologia de Hilgard*. (13ª edição; D. Bueno, trad.). Porto Alegre: Artmed.
- Ballmaier, M.; Kumar, A.; Thompson, P.M.; Narr, K.L.; Lavretsky, H.; Estanol, L., DeLuca, H. & Toga, A.W. (2004). Localizing gray matter deficits in late-onset depression using computational cortical pattern matching methods. *The American Journal of Psychiatry*, 161, 2091-2099.
- Bech, P.; Malt, U.F.; Dencker, S.J.; Ahlfors, U.G.; Elgen, K.; Lewander, T.; Lundell, A.; Simpson, G.M. & Lingjaerde, O. (1993). Scales for assessment of diagnosis and severity of mental disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 372 (87), 37-40.

-
- Beck, A.T.; Steer, R.A. & Brown, G.K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Beck, A.T.; Ward, C.H.; Mendelson, M.; Mock, J. & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Botega, N.J.; Bio, M.R.; Zomignami, M.A.; Garcia Jr., C. & Pereira, W.A.B. (1995). Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Revista de Saúde Pública*, 29 (5), 355-363.
- Braz, F.S. & Salomão, N.M.R. (2002). A fala dirigida a meninos e meninas: Um estudo sobre o input materno e suas variações. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 15 (2), 333-344.
- Buonomano, J. (1978). *Mudança de cultura, depressão e a dimensão locus of control*. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.
- Burt, D.B.; Zembar, M.J. & Niederehe, G. (1995). Depression and memory impairment: A meta-analysis of the association, its pattern, and specificity. *Psychological Bulletin*, 117 (2), 285-305.
- Calil, H.M. & Pires, M.L.N. (1998). Aspectos gerais das escalas de avaliação de depressão. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25 (5), 240-244.
- Carod-Artal, A.J.; Vargas, A.J. & Martinez-Martin, P. (2007). Determinants of quality of life in Brazilian patients with Parkinson's disease. *Movement Disorders*, 22 (10), 1408-1415.
- Cox, J.L.; Holden, J.M. & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786.
- Cunha, J.A. (2001). *Manual da versão em português das Escala Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Cunha, U.G.V.; Rocha, F.L.; Melo, R.A.; Valle, E.A.; Souza Neto, J.J.; Brega, R.M.; Scoralick, F.M.; Silva, A.S.; Oliveira, F.M.; Costa Júnior, A.L.; Alves, V.X.F. & Sakurai, E. (2007). A placebo-control double-blind randomized study of venlafaxine in the treatment of depression in dementia. *Demential Geriatric Cognitive Disorder*, 24 (1), 36-41.
- Dratcu, L.; Ribeiro, L.C. & Calil, H.M. (1985). Escalas de avaliação de depressão e sua utilidade clínica: Hamilton, Montgomery-Asberg e Visual Análoga do Humor. *Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria*, 7, 59-65.
-

- Fontenelle, L.F.; Domingues, A.M.; Souza, W.F.; Mendlowicz, M.V.; Menezes, G.B.; Figueira, I.L. & Versiani, M. (2007). History of trauma and dissociative symptoms among patients with obsessive-compulsive disorder and social anxiety disorder. *Psychiatry Quaterly*, 78 (3), 241-250.
- Garb, H.N. (1998). *Studying the clinician: Judgment research and psychological assessment*. Washington: American Psychological Association.
- Gazalle, F.K.; Frey, B.N.; Hallal, P.C.; Andreazza, A.C.; Cunha, A.B.; Santin, A. & Kapczinski, F. (2007). Mismatch between self-reported quality of life and functional assessment in acute mania: A matter of unawareness of illness? *Journal of Affective Disorders*, 103 (1-3), 247-252.
- Gorestein, C. & Andrade, L. (1998). Inventário de depressão de Beck: Propriedades psicométricas da versão em português. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25 (5), 245-250.
- Hamilton, M. (1960). A Rating Scale for Depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 23, 56-62.
- Houaiss, A.; Villar, M.S. & Franco, F.M.M. (Ed.). (2001). *Dicionário Houaiss da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Justo, L.P. & Calil, H.M. (2006). Depressão: O mesmo acometimento para homens e mulheres? *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33 (2), 43-54.
- Kaplan, H.I.; Sadock, B.J. & Grebb, J.A. (1997). *Compêndio de Psiquiatria: Ciências do comportamento e Psiquiatria Clínica*. (D. Batista, trad.; 7ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Original publicado em 1994).
- Kolkow, T.T.; Spira, J.L.; Morse, J.S. & Grieger, T.A. (2007). Post-traumatic stress disorder and depression in health care providers returning from deployment to Iraq and Afghanistan. *Military Medicine*, 172 (5), 451- 455.
- McAlonan, G.M.; Lee, A.M.; Cheung, V.; Cheung, C.; Tsang, K.W.; Shan, P.C.; Chua, S.E. & Wong, J.G. (2007). Immediate and sustained psychological impact of an emerging infectious disease outbreak on health care workers. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 52 (4), 241-247.
- Medeiros, P.P.V. & Furtado, E.F. (2004). Perfil dos cuidados maternos em mães deprimidas e não-deprimidas no período puerperal. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 53 (4), 227-234.

-
- Minett, T.S.; Silva, R.V.; Ortiz, K.Z. & Bertolucci, P.H. (2007). Subjective memory complaints in an elderly sample: A cross-sectional study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23 (1),49-54.
- Montgomery, A.S. & Asberg, M. (1979). New Depression Scale Designed to be sensitive to change. *British Journal of Psychiatry*, 134, 382-389.
- Moreno, R.A. & Moreno, D.H. (1998). Escalas de depressão de Montgomery & Asberg (MADRS) e de Hamilton (HAM-D). *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25 (5), 262-272.
- Muller, M.J. (2007). Gender-specific associations of depression of with positive and negative symptoms in acute schizophrenia. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 31 (5), 1095-1100.
- Nakamura, E. & Santos, J.Q. (2007). Depressão Infantil: Abordagem antropológica. *Revista de Saúde Pública*, 41 (1), 53-60.
- Nezu, A.M. & Nezu, C.M. (2001). Problem solving therapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 11 (2), 187-205.
- Oliveira, I.T. (2006). *O planejamento da psicoterapia breve infantil a partir do referencial do desenvolvimento*. Tese de Doutorado. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Organização Mundial da Saúde (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10*. (D. Caetano, trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Original publicado em 1992).
- Paradela, E.N.P.; Lourenço, R.A. & Veras, R.P. (2005). Validação da Escala de Depressão Geriátrica em um ambulatório geral. *Revista de Saúde Pública*, 39 (6), 918-923.
- Pergher, G.K.; Stein, L.M. & Wainer, R. (2004). Estudos sobre a memória na depressão: Achados e implicações para a terapia cognitiva. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31 (2), 82-90.
- Radloff, L.S. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Romão, M.A.; Romão Junior, J.E.; Belasco, A.G. & Barbosa, D.A. (2007). Quality of life patients with chronic renal failure under high-efficiency hemodialysis. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 27 (4), 593- 598.
- Saad, I.A.; Botega, N.J. & Toro, I.F. (2007). Predictors of quality-of-life improvement following pulmonary resection due lung cancer. *São Paulo Medical Journal*, 125 (1), 46-49.
-

- Souza, M.A. & Ferreira, M.C., (1997). Identidade de gênero masculina em civis e militares. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 10 (2), 303-314.
- Tamada, R.S.; Amaral, J.A.; Issler, C.K.; Nierenberg, A.A. & Lafer, B. (2007). Antidepressant treatment-emergent affective switch in bipolar disorder: A prospective case-control study of outcome. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28 (4), 297-300.
- Vorcaro, C.M.R.; Uchoa, R. & Lima-Costa, M.F.F. (2002). Prevalência e características associadas à depressão: Revisão de estudos epidemiológicos com base populacional. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 51 (3), 167-182.
- Watson, D. & Clark, L.A. (1984). Negative affectivity: the disposition to experience aversive emotional states. *Psychological Bulletin*, 96, 465-490.
- Yesavage, J.A.; Brink, T.L.; Rose, T.L.; Lum, O.; Huang, V.; Adey, M. & Leirer, V.O. (1982-83). Development and validation of a Geriatric Depression Screening Scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17 (1), 37-49.
- Zigmond, A.S. & Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale, *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 67 (6), 367-370.
- Zimerman, D.E. (1999). *Fundamentos psicanalíticos: Teoria, técnica e clínica – uma abordagem didática*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Zung, W.W.K. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*, 12, 63-70.

Recebido em 19/03/2008
Revisto em 10/07/2008
Aceito em 15/07/2008