

Conhecendo sinais e sintomas do Transtorno Depressivo Maior: Revisão de Escopo

Knowing signs and symptoms of Major Depressive Disorder: Scope Review

Recebido: 24/03/2022 | revisado: 26/03/2022 | aceito: 02/04/2022 | publicado: 03/04/2022

Maria do Perpétuo Socorro de Sousa Nóbrega

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4974-0611>
Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Brasil
E-mail: perpetua.nobrega@usp.br

Ramisson da Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1315-5602>
Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Brasil
E-mail: ramissonsilva77@gmail.com

Priscila Campos Tibúrcio

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0627-4120>
Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Brasil
E-mail: priscila.ct@usp.br

Natália Patacho Cafarelli

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7451-1722>
Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Brasil
E-mail: natalia.cafarelli@usp.br

Jussara Carvalho Santos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7008-2756>
Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Brasil
E-mail: jusantos@usp.br

Dárcio Tadeu Mendes

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6059-9308>
Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Brasil
E-mail: dtmendes@usp.br

Carla Sílvia Neves da Nova Fernandes

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7251-5829>
Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal
E-mail: carlasilviaf@gmail.com

Célia Samarina Vilaça de Brito Santos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9198-2668>
Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal
E-mail: celiasantos@esenf.pt

Bruno Miguel Borges de Sousa Magalhães

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6049-8646>
Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal
E-mail: bruno.magalhaes@santamariasauade.pt

Resumo

Objetivo: identificar na literatura os sinais e sintomas do TDM nas dimensões físicas, psíquicas e comportamentais a fim de levantar as melhores evidências para contribuir na autogestão do tratamento. Metodologia: trata-se de um *Scoping Review* norteada pelos pressupostos do *Joanna Briggs Institute* segundo *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR). Foram analisados estudos seguindo das bases de dados *Ageline*, *B-On*, *BDENF*, *BMC Psychology*, *BMC Saçaid Nursing*, *BVS*, *Cochrane*, *EMBASE*, *IBECs*, *Lilacs*, *MedLine*, *Pepsic*, *Psycinfo*, *PubMed*, *SciELO*, *SCOPUS* e *Web of Science*, utilizando os descritores “*Signs and Symptoms*”, “*Depressive Disorder, Major*”, “*Adult*”. Resultados: a amostra final constituiu-se de 51 artigos. Nos estudos predomina a dimensão psíquica 82,35%, seguido da física 68,62% e comportamental 43,13%. Os sinais e sintomas mais prevalentes foram alterações do sono, fadiga, sentimento de culpa, alterações do apetite, humor deprimido, baixa concentração, anedonia, alterações psicomotoras, alterações do peso e ideação suicida. Conclusão: o TDM afeta mente e corpo, e embora sua apresentação clínica seja heterogênea, os estudos evidenciaram que os sinais e sintomas mais frequentes se concentram na dimensão psíquica.

Palavras-chave: Transtorno depressivo maior; Sintomas; Sinais; Autogestão; Adulto.

Abstract

Objective: to identify in the literature the signs and symptoms of MDD in the physical, psychological and behavioral dimensions in order to gather the best evidence to contribute to the self-management of treatment. Methodology: this is a Scoping Review guided by the assumptions of the Joanna Briggs Institute according to Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR). Studies were analyzed following the Ageline, B-On, BDENF, BMC Psychology, BMC Saiaid Nursing, BVS, Cochrane, EMBASE, IBECs, Lilacs, MedLine, Pepsic, Psycinfo, PubMed, SciELO, SCOPUS and Web of Science databases, using the descriptors “Signs and Symptoms”, “Depressive Disorder, Major”, “Adult”. Results: the final sample consisted of 51 articles. In the studies, the psychic dimension predominates, 82.35%, followed by the physical dimension, 68.62%, and the behavioral dimension, 43.13%. The most prevalent signs and symptoms were sleep disorders, fatigue, feelings of guilt, appetite changes, depressed mood, low concentration, anhedonia, psychomotor changes, weight changes and suicidal ideation. Conclusion: MDD affects the mind and body, and although its clinical presentation is heterogeneous, studies have shown that the most frequent signs and symptoms are concentrated in the psychic dimension.

Keywords: Depressive disorder major; Symptoms; Signs; Self-management; Adult.

1. Introdução

Os transtornos mentais são relevantes óbices de saúde pública, com tendência à cronicidade, incapacidade e dificuldade no tratamento (Tambag, 2018, pp. 420-6). O Transtorno Depressivo Maior (TDM) atinge mais de 300 milhões de pessoas no mundo (World Health Organization, 2017) e, no Brasil, cerca de 11,5 milhões, comumente encontradas nos serviços de Atenção Primária à Saúde (Gonçalves et al., 2018, pp. 101-9). É uma disfunção da área afetiva ou do humor que pode levar a perda de autonomia e agravamento de comorbidades (Alvarenga et al., 2012, pp. 497-503). Quanto à neurofisiologia ocorrem alterações bioquímicas no encéfalo causada por déficit no metabolismo de serotonina, que podem acarretar desequilíbrio do humor e ausência da sensação de bem-estar (Perez-Olmos et al., 2016, pp. 285-94). É caracterizado por episódios distintos de pelo menos duas semanas de duração, que abrangem alterações perceptíveis no afeto, cognição, funções neurovegetativas e períodos de remissão (American Psychiatric Association, 2013). É subdiagnosticado e subtratado, com até 60% dos casos não identificados pelo médico clínico, além de frequentemente os pacientes não receberem a terapêutica apropriada (Fleck et al., 2003, pp. 114-22).

O cuidado centrado na pessoa bem como sua participação ativa no tratamento são fortalecedores que podem auxiliar na diminuição do sofrimento no contexto do TDM (Secretaria Municipal de Saúde, 2016). Dessa forma, o conhecimento e as habilidades da pessoa são importantes ferramentas para o controle da sintomatologia, monitorização dos efeitos adversos do tratamento e autogestão, aspectos primordiais para o êxito terapêutico, prevenção de complicações, reincidência do quadro e, até mesmo, internações (Bauer et al., 2009, pp. 17-57).

Atividades de autogestão da doença e do tratamento pela pessoa com TDM devem ser planejadas em conjunto com a equipe de saúde na perspectiva de eliminar lacunas e garantir o recebimento dos cuidados necessários (Ulbrich et al., 2017, pp. 8-16). Nesse sentido, os profissionais de saúde, dentre eles o enfermeiro, devem transmitir informações que ajudem a pessoa na autogestão de sua condição clínica e do tratamento, mas para que isso aconteça é preciso que a mesma conheça os sinais e sintomas a fim de validar os cuidados necessários. A presente revisão evidencia sinais e sintomas do TDM pautado em sua apresentação clínica e subsidia a construção de uma tecnologia informática em saúde para autogestão do TDM, e fornecer informações atualizadas para profissionais de saúde, nomeadamente, enfermeiros generalistas que atuam em cuidados primários. Desse modo, o objetivo da presente revisão é identificar na literatura os sinais e sintomas do TDM nas dimensões físicas, psíquicas e comportamentais a fim de levantar as melhores evidências para contribuir na autogestão do tratamento.

2. Metodologia

Trata-se de *Scoping Review* seguindo recomendações do JBI: 1) identificação da questão e objetivo de pesquisa; 2) identificação de estudos relevantes que viabilizassem a amplitude e abrangência dos propósitos da revisão; 3) seleção de estudo, a partir de critérios predefinidos; 4) mapeamento de dados; 5) sumarização dos resultados por meio de análise temática qualitativa; 6) apresentação dos resultados com identificação das implicações para política, prática ou pesquisa (Peters et al., 2020).

A formulação da questão de pesquisa seguiu a estratégia PCC, mnemônico de população (P), conceito (C) e contexto (C), sendo: P - pessoas com mais de 18 anos, C: TDM e C: sinais e sintomas do TDM. A questão norteadora foi: Quais são os sinais e sintomas presentes nas pessoas com mais de 18 anos no contexto do TDM? Os critérios inclusão: 1) artigos publicados em inglês, português e espanhol; 2) artigos na íntegra sobre sinais e sintomas do TDM; e 3) qualquer desenho de estudo. De exclusão: opinião de especialistas, capítulos de livros, carta ao editor, recomendações, diretrizes, resumo de teses/dissertações, editoriais; artigos repetidos; estudos sobre mulheres com TDM associada ao pós-parto ou pós-violência.

As estratégias de rastreio foram em etapas: buscou-se os descritores na língua inglesa: “*Symptoms and Signs*”, “*Depressive Disorder, Major*”, “*Major Depressive Disorder*”, “*Adult*”; e na língua portuguesa: “Sinais e Sintomas”, “Transtorno Depressivo Maior”, “Adulto”. Estes se encontram nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e *Medical Subject Headings* (MeSH). Realizaram-se combinações de descritores controlados e não controlados, obtidos na busca inicial e acrescidos dos operadores booleanos “OR”, “NOT” e “AND” (Quadro 1). O período de busca dos estudos foi de 01 de março de 2020 a 01 de fevereiro de 2022, sendo descrito.

Quadro 1 - Estratégias de busca utilizadas por base de dados. São Paulo, 2022.

Base de Dados	Estratégia
<i>Ageline</i>	“disorder depressive major” AND “symptoms OR signs” limit: adults
<i>BDENF</i>	tw:(transtorno depressivo maior)
<i>BMC Psychology</i>	depressive major symptoms and signs adults
<i>BMC Saiaid Nursing</i>	depressive major symptoms and signs adults
<i>B-ON</i>	("Transtorno Depressivo MaiorDI" OR "Transtorno Depressivo MaiorET") AND ("Symptoms" OR "signs")
BVS	tw:((mh:("Transtorno Depressivo Maior/DI" OR "Transtorno Depressivo Maior/ET") AND ("Symptoms" OR "signs") AND limit:("humans" OR "adult" OR "middle aged" OR "aged" OR "young_adult") AND la:("en" OR "es" OR "pt")) AND (year_cluster:[1980 TO 2022])) AND (db:("LILACS")) AND (year_cluster:[1980 TO 2022])
<i>Cinahl</i>	(TI ("major depressive disorder" OR mdd OR "major depression")) AND (MH(symptoms) OR AB (symptoms or signs or characteristics or presentation or symptomatology) OR TI (symptoms or signs or characteristics or presentation or symptomatology)) NOT (TI (child or children or adolescent) OR AB (child or children or adolescent)) NOT (TI (postpartum OR AB postpartum)) AND (TI (adults or adult or aged or elderly) OR AB (adults or adult or aged or elderly))

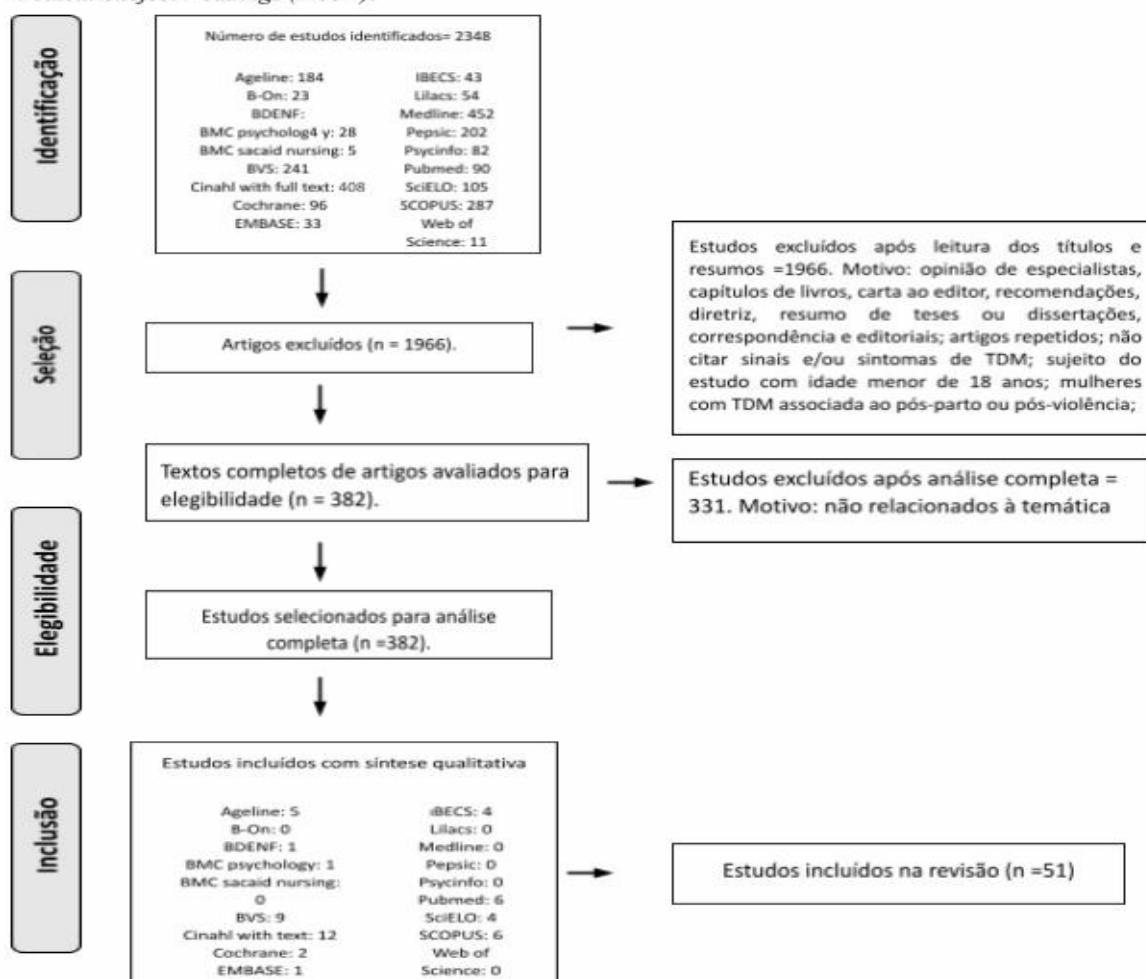
Cochrane	tw:((mh:("Transtorno Depressivo Maior/DI" OR "Transtorno Depressivo Maior/ET") AND ("Symptoms" OR "signs") AND limit:("humans" OR "adult" OR "middle aged" OR "aged" OR "young_adult") AND la:("en" OR "es" OR "pt")) AND (year_cluster:[1980 TO 2022]))
Embase	'major depression':ti AND (symptomatology:ab,ti OR symptom:ab,ti) AND (adult:ab,ti OR aged:ab,ti) NOT (child:ab,ti OR children:ab,ti) AND [embase]/lim NOT ([embase]/lim AND [medline]/lim)
Ibecs	tw:((tw:(tw:((tw:("depressive disorder, major")) OR (tw:("depressive disorders, major")) OR (tw:("major depressive disorder")) OR (tw:("major depressive disorders")) OR (tw:("transtorno depressivo maior")) OR (tw:("trastorno depresivo mayor")))) AND (db:("IBECS") AND limit:("humans" OR "female" OR "male" OR "adult" OR "middle aged" OR "aged" OR "young_adult") AND la:("en" OR "es" OR "pt") AND type:("article")) AND (year_cluster:[1980 TO 2020])) AND (tw:((signs OR symptoms))) AND (limit:("adult" OR "aged") AND la:("es" OR "en") AND type:("article")) AND (year_cluster:[1980 TO 2022]))
Lilacs	tw:((mh:("Transtorno Depressivo Maior/DI" OR "Transtorno Depressivo Maior/ET") AND ("Symptoms" OR "signs") AND limit:("humans" OR "adult" OR "middle aged" OR "aged" OR "young_adult") AND la:("en" OR "es" OR "pt")) AND (year_cluster:[1980 TO 2022])) AND (db:("LILACS"))
Medline	tw:((ti:("major depressive disorder")) AND (tw:("signs")) AND (tw:("symptoms")) AND (tw:("humans")) AND (tw:("adults")) NOT (tw:("postpartum")) NOT (tw:("children")) NOT (tw:("child")))) AND (db:("MEDLINE")) AND mj:("Transtorno Depressivo Maior") AND clinical_aspect:("diagnosis") AND limit:("adult" OR "middle aged" OR "aged" OR "young_adult") AND la:("en")) AND (year_cluster:[1980 TO 2022])
Pepsic	tw: ("Transtorno Depressivo Maior")
Psycinfo	Any Field: "major depressive disorder" NOT Any Field: "child" OR Any Field: "children" OR Any Field: "adolescent" AND Any Field: "symptomatology" AND Any Field: "humans" OR Any Field: "female" OR Any Field: "male" AND Any Field: "adult" OR Any Field: "middle aged" OR Any Field: "aged" OR Any Field: "young adult" NOT Any Field: "postpartum" OR Any Field: "AB postpartum"
PubMed	("depressive disorder, major"[tiab] OR "P"[tiab]) NOT postpartum [tiab] NOT children NOT adverse events AND signs [tiab])
sciELO	((ti:(*Depressive major disorder)) AND NOT (child) AND NOT (adolescents)) AND (ab:(Symptoms))
SCOPUS	((((TITLE-ABS-KEY ("major depressive disorder" OR "major depression") AND TITLE-ABS-KEY ((symptom OR signs))) AND (TITLE-ABS-KEY (adult* OR middle-age OR aged OR elderly OR older))) AND (TITLE-ABS-KEY (adult* OR middle-age OR aged OR elderly OR older))) AND NOT (TITLE-ABS-KEY (treatment)) AND (LIMIT-TO (LANGUAGE,"English") OR LIMIT-TO (LANGUAGE , "Spanish"))
Web of Science	TI=("major depressive disorder") AND TI=("major depressive") AND TS=("symptoms" OR "signs") AND TS=(adults) NOT TS=("child" OR "children" OR "adolescent")

Fonte: Autoria Própria.

Os estudos selecionados de acordo com título e resumo, foram incorporados ao *Endnote Web* para verificação de duplicatas. Quando os títulos e resumos não foram suficientes para definir a seleção inicial, os estudos eram selecionados para leitura na íntegra. Após validá-los frente a questão e objetivo de pesquisa, partiu-se para a avaliação crítica com aplicação da chave de busca nas bases de dados; aplicação dos limites (recorte temporal 1980 a 2022); critérios de inclusão/exclusão e filtros da língua. Esse processo foi realizado por dois revisores, em discordâncias quanto a incluir/excluir estudos, dois revisores, independentes, reconduziram a leitura com vistas a resolver as divergências, quando permaneceram, um terceiro revisor desempatou. A seleção dos estudos seguiu as

recomendações do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews* (Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman, & PRISMA, 2009, pp. 1-6) (Figura 1).

Fluxograma (PRISMA) do processo de busca e seleção dos artigos de acordo com os cruzamentos dos termos *Medical Subject Headings (MeSH)*.



Fonte: Autoria própria.

Após mapeamento, os estudos foram inseridos em banco de dados seguindo as variáveis: Autor, ano de publicação, país, título do artigo, periódico e sinais e sintomas (Quadro 2), submetidos a comparação e análise rigorosa em busca de identificar as especificidades frente ao tema de pesquisa, sintetizados, analisados e apresentados em categorias. O estudo não foi submetido a análise ética por ter utilizado fontes públicas.

3. Resultados

Foram encontrados 2.348 estudos, 1966 não se enquadraram, resultando em 382, após análise, restaram 51 artigos (Quadro 2).

Quadro 2 - Caracterização dos estudos incluídos na revisão. São Paulo, SP, Brasil. 2022.

Ano/País/Periódico/Referência/Autores	Título do Estudo	Sinais e Sintomas
2018/Costa Rica/Enfermería Actual de Costa Rica ^{A14}	<i>Impact of factors associated with depressive symptoms on elderly health with hemodialysis.</i>	Humor deprimido, perda de interesse ou prazer.
2015/Canadá/BMC Psychology ^{A15}	<i>Oncologists perception of depressive symptoms in patients with advanced cancer: accuracy and relational correlates.</i>	Tristeza, anedonia, culpa ou baixa autoestima, sono ou apetite perturbado, fadiga, pouca concentração antipatia por si mesmo, sensação de fracasso, imagem corporal negativa, pessimismo, ideação suicida.
2017/Brasil/Rev. Saúde Pública ^{A16}	<i>Depression and health behaviors in Brazilian adults - PNS 2013.</i>	Humor depressivo, anedonia, falta de energia, sentimento de culpa ou de baixa autoestima, distúrbios do sono ou de apetite e baixa concentração.
2010/Brasil/J. Psiquiatr. ^{A17}	Distorções do pensamento em pacientes deprimidos: frequência e tipos.	Ideias de culpa, pensamentos de autodepreciação, pessimismo, ideias de fracasso, suicidas, pensamentos de autocompaixão, hipocondria, pensamentos e desejo de morte.
2009/Brasil/ Rev. Psiquiatr. ^{A18}	<i>Importance of retardation and fatigue/interest domains for the diagnosis of major depressive episode after stroke: a four months prospective study.</i>	Fadiga, retardo psicomotor, concentração reduzida, insônia, sintomas cognitivos, ansiedade; alteração alimentar / peso, perda de libido.
2009/Brasil/Rev Psiquiatr. ^{A19}	<i>Depression in Parkinson's disease: clinical-epidemiological correlates and comparison with a controlled group of non-parkinsonian geriatric patients.</i>	Bradicinesia, falta de concentração, fraqueza e distúrbios do sono
2009/Brasil/CLINICS ^{A20}	<i>Recognition of depressive symptoms by physicians.</i>	Diminuição da concentração, alterações psicomotoras, do sono, apetite e peso e fadiga, pensamentos de morte / suicídio, inutilidade ou culpa.
2014/Brasil/Psychol Health Med ^{A21}	<i>Major depressive disorder symptoms in male and female young adults.</i>	Tristeza, choro, dificuldade para tomar decisões e falta de energia, autocrítica, irritabilidade, alterações na autoimagem, dificuldade no trabalho e perda de interesse pelo sexo.
2017/Holanda/Psychol Med ^{A22}	<i>Age-related variability in the presentation of symptoms of major depressive disorder.</i>	Diminuição da libido, alterações psicomotoras, do sono, apetite e peso, sensibilidade interpessoal, irritação, hipocondria, sintomas somáticos, gastrintestinais, culpa, anedonia, piora na qualidade e reatividade do humor, ansiedade/tensão, irritação, tristeza, paralisia de chumbo e pânico/sintomas fóbicos, problemas de tomada de decisão e concentração, pessimismo, autocrítica, pensamentos suicidas, dor, variação diurna com piora do humor pela manhã e fadiga
2009/EUA/Am J Geriatr Psychiatry. ^{A23}	<i>Profiles of depressive symptoms in older adults diagnosed with major depression: latent cluster analysis.</i>	Tristeza aparente e relatada, tensão interna, sono/ apetite reduzidos e dificuldades de concentração

2013/Austrália/Psychosom Med ^{A24}	<i>Physical activity and depression symptom profiles in young men and women with major depression.</i>	Humor deprimido, alterações de apetite, pensamentos vacilantes, suicídio, insônia, fadiga, hipersonia, culpa excessiva.
2012/EUA/Int J Geriatr Psychiatry ^{A25}	<i>Age differences in symptom expression in patients with major depression</i>	Choro, tristeza, sensação de medo, ser incomodados ou incomodar a vida ou fracassar a vida, falta de apetite, perda de interesse em sexo, sentir-se inútil, querer morrer e pensar em suicídio.
2018/Espanha/Rev Psiquiatr Salud Ment ^{A26}	<i>Depression and associated variables in people over 50 years in Spain.</i>	Incapacidade funcional, dificuldades para realizar tarefas diárias
2015/Espanha/Actas Psiquiatra. ^{A27} Esp.	<i>Cognitive impairments and depression: a critical review.</i>	Diminuição da velocidade psicomotora, atenção, aprendizagem visual e memória, bem como funções executivas.
2009/Espanha/Actas Psiquiatra. ^{A28} Esp.	<i>Executive function in patients with late onset depression.</i>	Disfunção cognitiva.
2011/Irã/J Psychiatr Pract. ^{A29}	<i>Clinical characteristics of patients with major depressive disorder with and without hypothyroidism: a comparative study.</i>	Humor deprimido, sentimento de culpa, suicídio, distúrbio do sono, perda de peso, ansiedade e agitação.
2011/Alemanha/Psychiatry Res ^{A30}	<i>CSF-hypocretin-1 Levels in Patients With Major Depressive Disorder Compared to Healthy Controls.</i>	Regulação prejudicada da vigília com hiperexcitação e agitação, dificuldades para adormecer e preservar a continuidade do sono.
2019/Chile/Rev. Medic. Chile ^{A31}	<i>Factores de riesgo para intento de suicidio en personas con trastorno depresivo en atención secundaria.</i>	Comportamento suicida: ideação e tentativa de suicídio.
2017/Chile/Rev. Medic. Chile ^{A32}	<i>Comorbilidad en personas con depresión que consultan en centros de la atención primaria de salud en Santiago, Chile.</i>	Risco de suicídio.
2017/Singapura/BMC Psychiatry ^{A33}	<i>Success/failure condition influences attribution of control, negative affect, and shame among patients with depression in Singapore.</i>	Afeto negativo, vergonha, baixo ajustamento psicológico, funcionamento prejudicado nos relacionamentos pessoais, no trabalho e na saúde.
2013/Canadá/Clin Interv. Aging. ^{A34}	<i>Discrepancies in Cornell scale for depression in dementia (CSDD) items between residents and caregivers, and the CSDD's factor structure.</i>	Baixa autoestima, pessimismo, perda de interesse, peso, queixas físicas, retardo psicomotor, tristeza, dificuldade em adormecer, variações diurnas no humor, agitação/psicose (agitação, delírios congruentes com o humor e suicídio) e fadiga e uma reação mínima a eventos agradáveis
2012/Itália/J. Affect Disord. ^{A35}	<i>Cyclothymic depressive anxious temperament pattern is related to suicide risk in 346 patients with major mood disorders.</i>	Comportamento suicida, ideação suicida.
2016/EUA/Aging Health ^{A36} Ment	<i>Agreement between physicians and liaison psychiatrists on depression in old age patients of a general hospital: influence of symptom severity, age and personality.</i>	Problemas de sono e sentimento de culpa.

2014/Canadá/Int J Geriatr Psychiatry ^{A37}	<i>Subjective sleep characteristics associated with anxiety and depression in older adults: a population-based study.</i>	Má qualidade do sono como acordar durante a noite ou muito de manhã cedo e dificuldade em adormecer.
2014/EUA/Int J Geriatr Psychiatry ^{A38}	<i>Differences Between Suicide Attempters and Nonattempters in Depressed Older Patients: Depression Severity, White-Matter Lesions, and Cognitive Functioning.</i>	Ideação suicida.
2010/Holanda/J Am Geriatr Soc ^{A39}	<i>Heart Failure and Incident Late-Life Depression.</i>	Falta de energia e apatia.
2016/Reino Unido/Cochrane Database SystRev ^{A40}	<i>S-adenosyl methionine for depression in adults</i>	Humor baixo, anedonia, alterações do peso, apetite e sono, agitação ou retardo psicomotor, fadiga, culpa excessiva, sentimentos de inutilidade, baixa concentração e indecisão, pensamentos recorrentes de morte e pensamentos e ações suicidas.
2018/Reino Unido/J Psychopharmacol ^{A41}	<i>Efficacy of vortioxetine on the physical symptoms of major depressive disorder.</i>	Perturbação persistente do humor, anedonia, fadiga/baixa energia, alterações do sono e apetite, tensão muscular, dores de cabeça e sintomas gerais de dor e cognitivos, como concentração prejudicada, memória fraca e dificuldade em tomar decisões.
2009/EUA/Prog Neurobiol ^{A42}	<i>Bidirectional communication between sleep and circadian rhythms and its implications for depression: lessons from agomelatine.</i>	Distúrbios do sono e humor deprimido
2015/Tailândia/J Affect Disord ^{A43}	<i>Clinical and sociodemographic correlates of severe insomnia in psychotropic drug-free, Asian outpatients with major depressive disorder.</i>	Insônia
2005/México/Salud mental ^{A44}	<i>El sistema serotoninérgico en el paciente deprimido. Primera parte</i>	Irritabilidade, ansiedade, perda ou ganho de apetite ou peso, sentimento de culpa, deficiência e desesperança
1996/ EUA/Horm Metab Res ^{A45}	<i>Plasma leptin in depressed patients and healthy controls</i>	Perda de apetite e o peso corporal.
2015/Inglaterra/Int J Geriatr Psychiatry ^{A46}	<i>Appetite loss and neurocognitive deficits in late-life depression</i>	Perda de apetite e de peso, menor desempenho na memória episódica, funções executivas psicomotoras e fluência verbal.
2013/EUA/Int J Geriatr Psychiatry ^{A47}	<i>Preliminary analysis of age of illness onset effects on symptom profiles in major depressive disorder.</i>	Perda de peso, sintomas gastrointestinais, pensamentos suicidas e distúrbios do sono
2019/Brasil/Rev Publica ^{A48}	<i>Adiposity, depression and anxiety: interrelationship and possible mediators.</i>	Alterações do peso

2015/Bélgica/Disabil Rehabil A49	<i>Exercise therapy improves both mental and physical health in patients with major depression</i>	Humor deprimido, perda de interesse/prazer/motivação/energia, fadiga generalizada, baixa autoestima e autoconfiança, medo de se mover e queixas psicossomáticas, alterações psicomotoras, do peso e sono, sentimentos de inutilidade, culpa excessiva ou inadequada, capacidade diminuída de pensar ou se concentrar, indecisão e ideação suicida.
2010/Grécia/Affective disorders (clinical) A50	<i>The effect of the number of depressive episodes on fatigue in female patients with major depression.</i>	Fadiga.
2020/Alemanha/Compr Psychiatry A51	<i>Effects of age on depressive symptomatology and response to antidepressant treatment in patients with major depressive disorder aged 18 to 65 years.</i>	Agitação, sintomas somáticos gerais, cognitivos, gastrointestinais e hipocondria, sentimento de culpa e perda de interesse sexual, hipersonia, suicídio e sensibilidade interpessoal, despertar de manhã cedo, interesse geral reduzido e irritabilidade.
2016/Alemanha/J Affect Disord A52	<i>Prevalence and correlates of DSM-IV-TR major depressive disorder, self-reported diagnosed depression and current depressive symptoms among adults in Germany.</i>	Humor deprimido ou diminuição do interesse ou prazer quase todos os dias na maior parte do tempo.
2014/EUA/Cochrane Database Syst Rev. A53	<i>Alternating current cranial electrotherapy stimulation in the treatment of depression</i>	Distúrbios na regulação do humor, biorritmos do sono e apetite, função cognitiva, função interpessoal e ocupacional, atividades de autocuidado (higiene), comportamentos suicidas, experiência persistente de dor emocional (tristeza, ansiedade e irritabilidade).
2019/Bélgica/BMC Psychiatry A54	<i>The dynamical signature of anhedonia in major depressive disorder: positive emotion dynamics, reactivity, and recovery</i>	Incapacidade, humor depressivo e anedonia.
2001/EUA/J Am Dent Assoc A55	<i>Major depressive disorder. Psychopathology, medical management and dental implications</i>	Tristeza acentuada, anedonia, alterações do peso, sono, fadiga, dificuldade de concentração, comprometimento físico e suicídio. Desinteresse em realizar técnicas apropriadas de higiene bucal.
2010/Suécia/Nord Psychiatry A56	<i>Undetected depression in primary healthcare: Occurrence, severity and co-morbidity in a two-stage procedure of opportunistic screening</i>	Sentimento de culpa e autoacusação
2018/Canadá/J Affect Disord A57	<i>Vortioxetine improves symptomatic and functional outcomes in major depressive disorder: A novel dual outcome measure in depressive disorders.</i>	Disfunções cognitivas como: dificuldade de concentração, pensamento lento e dificuldade em aprender coisas novas ou lembrar de coisas.
2014/Reino Unido/Psychol Med A58	<i>Cognitive impairment in depression: a systematic review and meta-analysis.</i>	Disfunção cognitiva
2017/Espanha/Eur Psychiatry A59	<i>Early maladaptive schemas and suicidal ideation in depressed patients</i>	Ideação suicida

2000/Alemanha/ <i>Psychopathology</i> ^{A60}	<i>Segmentation of behavior and time structure of movements in depressed patients</i>	Alterações da atividade facial, marcha, postura e movimentos das mãos e braços. Agitação ou retardo, anedonia.
2009/Brasil/J. bras. psiquiatr. ^{A61}	Transtorno depressivo maior: avaliação da aptidão motora e da atenção	Alterações no sono, apetite, ritmo circadiano, mudanças comportamentais, alterações motoras, prejuízo na capacidade de pensar, concentrar-se ou tomar decisões.
2021/EUA/JMIR <i>Mhealth Uhealth</i> . ^{A62}	<i>Relationship Between Major Depression Symptom Severity and Sleep Collected Using a Wristband Wearable Device: Multicenter Longitudinal Observational Study.</i>	Alterações do sono.
2021/Brasil/ <i>Aging Health</i> . ^{A63}	<i>The influence of age, sex and education on the phenomenology of depressive symptoms in a population-based sample aged 75+ years with major depression: the Pietà Study.</i>	Sintomas gastrointestinais, hipocondria, culpa, perda da libido, alteração psicomotora, do apetite e sono, irritabilidade, tristeza, choro, ansiedade, inutilidades e ideação suicida.
2021/Suíça/J <i>Affect Disord.</i> ^{A64}	<i>Sex differences in depressive symptoms and their networks in a treatment-seeking population - a cross-sectional study.</i>	Ganho de peso, sintomas gastrointestinais, perda de apetite, libido e ansiedade, perturbação do sono ou fadiga, humor deprimido/ interesse diminuído e culpa.

Fonte: Autoria Própria.

Os estudos incluídos foram publicados no período de 11 de outubro de 1996 a 12 de abril de 2021. O ano de maior concentração foi em 2009 (13,72%). Acredita-se que, em decorrência da COVID-19 e seu impacto no âmbito da saúde mental da população, estudos relacionados a essa temática crescerão com a necessidade de pesquisas em relação ao TDM. Verificou-se que 19,6% são provenientes dos EUA (10); 17,64% Brasil (9); 7,84% Alemanha (4), Espanha (4), Canadá (4) e Reino Unido (4); 3,92% Bélgica (2), Chile (2) e Holanda (2); 1,96% Austrália, Costa Rica, Singapura, Grécia, Irã, Itália, Tailândia, Suécia, Suíça e México (1 cada).

O percentual dos sinais e sintomas referente aos 51 artigos selecionados de acordo com as dimensões psíquica foram: Sentimento de culpa (31,37%), humor deprimido (29,41%), baixa concentração (27,45%), anedonia (27,45%), ideação suicida (25,49%), tristeza 17,64%, sensação de fracasso/inutilidade (15,68%), ansiedade (13,72%), sintomas cognitivos (13,72%), irritabilidade (11,76%), baixa autoestima (11,76%), dificuldade em pensar/tomar decisões (9,8%), hipocondria (7,84%), dificuldade de aprendizado/memória (7,84%), medo (5,88%), variação diurna do humor (5,88%), alterações no pensamento (5,88%), vergonha (1,96%), pânico/Paralisia (1,96%) e sentimento de ser um incômodo aos outros (1,96%) pertencendo a dimensão psíquica. Englobados pela dimensão física estão, alterações do sono (50,98%), fadiga/perda de energia (31,37%), alterações do apetite (31,37%), alterações do peso (27,45%), perda de libido (13,72%), sintomas gastrointestinais (9,8%), sintomas somático inespecíficos (9,8%), tensão muscular (5,88%) e dor (5,88%). E concernente a dimensão comportamental apresentam-se as alterações psicomotoras (27,45%), comportamento suicida (17,64%), incapacidade funcional (9,8%), sensibilidade interpessoal (7,84%) e déficit no autocuidado (3,92%).

4. Discussão

Dentre os estudos incluídos, nove deram destaque ao TDM associado a outras patologias e condições crônicas de saúde, tanto físicas quanto psiquiátricas, as quais são fatores de risco para o TDM e vice-versa. Essas têm implicação direta na construção do diagnóstico psiquiátrico, no tratamento, com ênfase nos idosos, por apresentarem mais comumente outros agravos.^{A14,A15,A16,A18,A19,A28,A29,A32,A34,A36,A39} Outrossim, um ponto interessante, que se refere ao tratamento, são dois estudos que apontam melhoras na sintomatologia do TDM com a prática de atividades físicas, em homens quanto em mulheres, com efeito antidepressivo físico, psíquico e comportamental.^{A24,A26,A49}

O TDM apresenta determinado nível de heterogeneidade na sua conformação clínica^{A22,A23,A25,A63}, logo, para uma melhor compreensão estes foram organizados em dimensões *físicas* (alterações dos sistemas fisiológicos); *psíquicas* (sinais e sintomas que envolvem as alterações nas funções psíquicas), e *comportamentais* (relacionamentos e atitudes) (Del Porto, 1999, pp. 6-11). Os estudos apresentaram sinais e sintomas em todas as dimensões, com destaque para a psíquica (82,35%), seguida pela física (68,62%) e comportamental (43,13%).

Dimensão física

Dentre os sintomas físicos, as alterações do sono (hipersonia ou insônia), apetite, peso, a fadiga^{A40} e alterações sexuais, comumente chamadas de sintomas somáticos, são apontados como elementos importantes no curso crônico do TDM, mas que inapropriadamente não recebem o mesmo foco clínico que os sintomas psíquicos^{A41}, resultando em menos diagnósticos nas pessoas com predomínio dos sintomas somáticos e prejuízo na resposta ao tratamento.^{A20} Dentre as alterações do sono, foram identificados como mais frequência a insônia, manter o tempo e eficiência do sono, despertar precoce e hipersonia.^{A30,A37,A42,A62} A insônia em sua

natureza expressa-se pela dificuldade em adormecer, continuar dormindo ou ter uma qualidade de sono restaurador, o que implica em maior disfunção para os afazeres do cotidiano no dia seguinte.^{A43}

A perda/ganho de peso ou apetite está intimamente ligada ao TDM.^{A44} A perda de peso decorrente de uma diminuição no apetite é algo característico desse transtorno mental^{A45}, mais prevalente em idosos^{A46}, nos quais a redução do peso, associa-se com o declínio do estado de saúde.^{A47} Em contrapartida, em adultos, destaca-se uma associação bidirecional entre TDM e obesidade. No TDM atípico, onde os sintomas neurovegetativos reversos são mais destacados, como a hiperfagia e a hipersonia, têm sido associados a níveis elevados de obesidade.^{A48} A fadiga e a perda de energia são sintomas clássicos do TDM^{A49}, presentes em grande parte das pessoas deprimidas, repercutindo negativamente na qualidade de vida.^{A50}

Já em relação às alterações sexuais, o TDM aumenta significativamente o risco de desenvolvê-las ou agravar disfunções pré-existentes, além de representarem um evento adverso comum de diferentes antidepressivos, o que pode resultar em abandono e interrupção do uso da medicação.^{A51} O profissional de saúde precisa estar atento a essas necessidades para poder instruir a pessoa com TDM sobre a finalidade de superar esses sintomas e ter melhora na qualidade de vida. Estimular a atividade física com a finalidade de obter maior adesão é uma alternativa, visto que no TDM muitos perdem o prazer de fazer as coisas que gostavam, ganham peso, pioram a qualidade do sono e perdem o apetite.

Como medida para lidar com as alterações sexuais, nas ações de educação em saúde, por meio de orientações não farmacológicas, devem ser frisados os efeitos adversos das medicações e que esses podem ser amenizados com o conhecimento de zonas erógenas, antes desconhecidas pela pessoa. Outra possibilidade, é ensinar técnicas de meditação para ajudar a adormecer ou diminuir a ansiedade, bem como a escrita de diário para a pessoa elaborar suas questões internas.

Dimensão psíquica

O humor deprimido é definido como um dos sintomas centrais do TDM^{A52} e caracteriza-se por um intenso embotamento da emoção e da habilidade de vivenciar emoções congruentes, tanto positivas quanto negativas.^{A53} A anedonia, assim como o humor deprimido, é crucial no diagnóstico, e refere-se a perda de interesse ou prazer nas atividades diárias^{A54}, inclusive nas prazerosas.^{A55} As mulheres apresentaram predomínio nessa dimensão^{A64}, com manifestações soberanas de tristeza, choro, dificuldade em tomar decisões, falta de energia, autocrítica, irritabilidade e mudanças na autoimagem em relação aos homens.^{A21}

A ansiedade mostrou-se um sintoma comum, sendo um fator prejudicial no resultado do tratamento.^{A40} Da mesma maneira, o sentimento de culpa interferiu na realização da terapêutica, uma vez que fomenta a rejeição e a não busca por ajuda.^{A56} Algo esperado, visto que pessoas com TDM tendem a colocar sobre si mesmos a responsabilidade por situações desagradáveis, ocasionando em sentimentos de vergonha.^{A33} Houve prevalência na sintomatologia do TDM quanto a disfunção cognitiva^{A27}, como prejuízo na capacidade de pensar, concentrar, lembrar e aprender coisas novas^{A57}, até mesmo na tomada de decisões, ocasionando em uma piora no funcionamento psicossocial^{A58} e como importante pressagiador do desenvolvimento de ideação suicida.^{A17}

Diante dessa sintomatologia, o profissional de saúde, nomeadamente, o enfermeiro, deve ser receptivo e empático para com a pessoa com TDM e prover escuta ativa para identificar possíveis ambivalências emocionais e labilidade de humor, abordar a pessoa de modo a acolher sem julgar, com a finalidade de identificar possível ideação suicida e intervir para evitar tentativas ou o suicídio. A pessoa com TDM deverá ser encorajada a buscar ajuda no serviço ou em outros espaços de atenção em saúde nos momentos de crise.

Dimensão comportamental

Os distúrbios psicomotores nas pessoas com TDM expressam-se de diferentes formas. Podem vir a ser uma agitação, na qual a atividade motora está aumentada, ou retardo, onde a atividade encontra-se diminuída.^{A60} Um achado interessante, é a percepção de uma relação entre a atenção e os déficits motores, pois quanto menor o nível de atenção, pior foi a aptidão motora.

Observou-se um tempo de reação mais demorado em pessoas deprimidas quando comparado com controles não depressivos, com a maioria apresentando função psicomotora anormal, com prevalentemente lentidão motora.^{A61} Outro sintoma do TDM, é a ideação suicida, a qual tende a ser persistente, sendo um dos maiores riscos nessa população.^{A59} Ser jovem, não ter cônjuge, emprego, apresentar sintomas psicóticos, aumentam o risco de tentativas de suicídio.^{A31,A38} Aliás, um dos estudos discorre sobre tipos de temperamento afetivo que se relacionam com o comportamento suicida.^{A35}

Os cuidados e aspirações são construídas em conjunto, tendo como base o cuidado centrado no indivíduo, ou seja, há uma transferência da responsabilidade do tratamento à pessoa, corroborando com as diretrizes da Rede de Atenção Psicossocial (Gomes, & Martins, 2015, pp. 58-78). Desse modo, a relação do profissional de saúde implica ajudar a pessoa com TDM a ressignificar as queixas persistentes e as novas alternativas de reabilitação. Isso constitui, por si só, um desafio e delinea diferentes formas de abordagem. Ressaltando que, a ressignificação dos sintomas, não deve anular o sujeito, e sim, o convocar a dizer sobre si mesmo, suas expectativas e o que consegue fazer (Costa, Silveira, Vianna, & Silva-Kurimoto, 2012, pp. 46-53).

Seguindo esse pensamento, a autogestão pode vir a ser uma, dentre as diversas formas de abordagem do TDM, pois tem por objetivo enfatizar atuação da pessoa em seu tratamento somado à sua capacidade, com participação de sua família, comunidade e profissionais de saúde, de gerir os sinais e sintomas físicos e psicossociais, a terapêutica e decorrências culturais e espirituais da comorbidade. Para tal, as atividades de autogestão são executadas pelas pessoas e desenvolvidas em cooperação com a equipe de saúde. Intervenções são propostas e visam favorecer as competências da pessoa para auto monitorizar os sintomas e realizar decisões informadas, tornando-se parceiros ativos no controle do processo de doença (Galvão, & Janeiro, 2013, pp. 225-30).

Por fim, promover a autogestão em saúde é colocar a pessoa na centralidade do tratamento, incrementar suas potencialidades, evitar desgastes com idas aos serviços de saúde, reduzir custos, evitar a curatela que impede o desenvolvimento da autonomia e promove a exclusão social, sem, no entanto, desconsiderar a importância da relação paciente-profissional de referência e das reais necessidades em situações de desorganização. Dessa maneira, a autogestão converge com o conceito de participação do usuário utilizado pelo Modelo de Atenção Psicossocial vigente no Brasil, o qual foi descrito por Benedetto Saraceno em seu livro sobre a Reabilitação Psicossocial (Saraceno, 2011, pp. 93-101).

4. Conclusão

Foi possível evidenciar que os sinais e sintomas se concentraram mais na dimensão psíquica (sendo sentimento de culpa, humor deprimido, baixa concentração, anedonia, ideação suicida as maiores evidências), seguido da física (alterações no sono, fadiga e perda de apetite) e comportamental (alteração psicomotora e comportamento suicida). O conhecimento dos sinais e sintomas é importante para a pessoa com essa condição clínica conduzir a autogestão de seu tratamento, como para o profissional de saúde, no cuidado que oferta. A limitação desta revisão recai na inserção de estudos sobre a sintomatologia do TDM apenas em adultos. Assim, recomenda-se a realização de novos estudos visando o aprofundamento deste tema, de modo a aprofundar evidências de forma mais minuciosa a sintomatologia do TDM e seus impactos na qualidade de vida da pessoa com essa condição clínica.

Referências

- Alvarenga, M. R. M., Oliveira, M. A. C., & Faccenda, O. (2012). Depressive symptoms in the elderly: analysis of the items of the Geriatric Depression Scale. *Acta Paul Enferm*, 25(4), 497-503. 10.1590/S0103-21002012000400003.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-V). Arlington, VA: American Psychiatric Association. Available from: DSM_V.pdf (co.pt).
- Barros, M. B. A., Lima, M. G., Azevedo, R. C. S., Medina, L. B. P., Lopes, C. S., Menezes, P. R., & Malta, D., C. (2017). Depression and health behaviors in Brazilian adults - PNS 2013. *Rev Saúde Pública*, 51(1), 1-8. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051000084>.
- Bauer, M., Whybrow, P. C., Angst, J., Versiani, M., & Möller, H. (2009). Diretrizes da World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) para tratamento biológico de transtornos depressivos unipolares, 2ª parte: tratamento de manutenção do transtorno depressivo maior e tratamento dos transtornos depressivos crônicos e das depressões subliminares. *Rev Psiq Clín*, 36(2), 17-57. 10.1590/S0101-60832009000800001.
- Brasil. Secretaria Municipal de Saúde. (2016). Coleção Guia de Referência Rápida Depressão: Tratamento e acompanhamento de adultos com depressão (incluindo pessoas portadoras de doenças crônicas). Rio de Janeiro. Disponível em: GuiaDepressao_reunido.pdf (rio.rj.gov.br).
- Canuto, A., Gkinis, G., DiGiorgio, S., Arpone, F., Herrmann, F. R., & Weber, K. (2016). Agreement between physicians and liaison psychiatrists on depression in old age patients of a general hospital: influence of symptom severity, age and personality. *Aging Ment Health*, 20(10), 1092-8. 10.1080/13607863.2015.1063103.
- Charlton, R. A., Lamar, M., Ajilore, O., & Kumar, A. (2013). Preliminary analysis of age of illness onset effects on symptom profiles in major depressive disorder. *Int J Geriatr Psychiatry*, 28(11), 1166-74. 10.1002/gps.3939.
- Christensen, M. C., Florea, I., Lindsten, A., & Baldwin, D. V. (2018). Efficacy of vortioxetine on the physical symptoms of major depressive disorder. *J Psychopharmacol*, 32(10), 1086-97. 10.1177/0269881118788826.
- Christensen, M. C., Loft, H., & McIntyre, R. S. (2018). Vortioxetine improves symptomatic and functional outcomes in major depressive disorder: A novel dual outcome measure in depressive disorders. *J Affect Disord*, 227(106), 787-94. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.11.081>.
- Costa, A., Silveira, M., Vianna, P., & Silva-Kurimoto, T. (2012). Desafios da atenção psicossocial na rede de cuidados do sistema único de saúde do Brasil. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (7), 46-53. 10.19131/rpesm.0079.
- Del Porto, J. (1999). Conceito e diagnóstico. *Rev Bras Psiquiatr*, 21(1), 6-11. <https://doi.org/10.1590/S1516-44461999000500003>.
- Deuschle, M., Blum, W. F., Englaro, P., Schweiger, U., Weber, B., Pflaum, C. D., & Heuser, I. (1996). Plasma leptin in depressed patients and healthy controls. *Horm Metab Res*, 28(12), 714-7. 10.1055/s-2007-979885.
- Dias, F. L. C., Teixeira, A. L., Guimarães, H. C., Santos, A. P. B., Resende, E. P. F., Machado, J. C. B., Barbosa, M. T., & Caramelli, P. (2021). The influence of age, sex and education on the phenomenology of depressive symptoms in a population-based sample aged 75+ years with major depression: the Pietà Study. *Aging Ment Health*, 25(3), 462-7. 10.1080/13607863.2019.1698517.
- Ferentinos, P., Kontaxakis, V. P., Havaki-Kontaxaki, B. J., Dikeos, D., Papadimitriou, G. N., & Lykouras, L. (2010). The effect of the number of depressive episodes on fatigue in female patients with major depression. *EUR NEUROPSYCHOPHARMACOL*, 20(3), S349-50. 10.1016/S0924-977X(10)70484-3.
- Fleck, M. P. A., Lafer, B., Sougey, E. B., Del Porto, J. A., Brasil, M. A., & Juruena, M. F. (2003). Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (versão integral). *Rev Bras Psiquiatr*, 25(2), 114-22. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462003000200013>.
- Flink, N., Lehto, S. M., Koivumaa-Honkanenb, H., Viinamäki, H., Ruusunen, A., Valkonen-Korhonenb, M., & Honkalampi, K. (2017). Early maladaptive schemas and suicidal ideation in depressed patients. *Eur J Psychiatr*, 31(3), 87-92. 10.1016/j.ejpsy.2017.07.001.
- Friedlander, A. H., & Mahler, M. E. (2001). Major depressive disorder. Psychopathology, medical management and dental implications. *J AmDent Assoc*, 132(5), 629-38. 10.14219/jada.archive.2001.0240.
- Galizia, I., Oldani, L., Macritchie, K., Amari, E., Dougall, D., Jones, T. N., Lam, R. W., Massei, G. J., Yatham, L. N., & Young, A. H. (2016). S-adenosyl methionine (SAME) for depression in adults. *Cochrane Database Syst Rev*, 10(1), 1-94. 10.1002/14651858.CD011286.pub2.
- Galvão, M. T. R. L. S., & Janeiro, J. M. S. V. (2013). O autocuidado em enfermagem: Autogestão, automonitorização e gestão sintomática como conceitos relacionados. *Rev Min Enferm*, 17(1), 225-30. <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20130019>.
- Gomes, A. P., Soares, A. L. G., Menezes, A. M. B., Assunção, M. C., Wehrmeister, F. C., Howe, L. D., & Gonçalves, H. (2019). Adiposity, depression and anxiety: interrelationship and possible mediators. *Rev Saude Pública*, 53(103), 1-11. 10.11606/S1518-8787.2019053001119.
- Gomes, G. B. M., & Martins, R. P. C. (2015). Reinserção psicossocial por meio de atendimento grupal de pacientes depressivos do caps. *Perspec em Psicologia*, 19(1), 58-78. Disponível em: Vista do REINSERÇÃO PSICOSSOCIAL POR MEIO DE ATENDIMENTO GRUPAL DE PACIENTES DEPRESSIVOS DO CAPS (ufu.br).
- Gonçalves, A. M. C., Teixeira, M. T. B., Gama, J. R. A., Lopes, C. S., Silva, G. A., Gamarra, C. J., Duque, K. C. D., & Machado, M. L. S. M. (2018). Prevalência de depressão e fatores associados em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família. *J Bras Psiquiatr*, 67(2), 101-9. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000192>.

- Gouveia, L., Lelorain, S., Brédart, A., Dolbeault, S., Bonnaud-Antignac, A., Cousson-Gélie, F., & Sultan, S. (20150). Oncologists perception of depressive symptoms in patients with advanced cancer: accuracy and relational correlates. *BMC Psychology*, 3(6), 01-11. 10.1186/s40359-015-0063-6.
- Heininga, V. E., Dejonckheere, E., Houben, M., Obbels, J., Sienaert, P., Leroy, B., Roy, J. V., & Kuppens, P. (2019). The dynamical signature of anhedonia in major depressive disorder: positive emotion dynamics, reactivity, and recovery. *BMC Psychiatry*, 19(59), 1-11. 10.1186/s12888-018-1983-5.
- Henriques, S. G., Fráguas, R., Iosifescu, D. V., Menezes, P. R., Lucia, M. C. S., Gattaz, W.F., & Martins, M. A. (2009). Recognition of depressive symptoms by physicians. *CLINICS*, 64(7), 629-35. <https://doi.org/10.1590/S1807-59322009000700004>.
- Hybels, C. F., Blazer, D. G., Pieper, C. F., Landerman, L. R., & Steffens, D. C. (2009). Profiles of depressive symptoms in older adults diagnosed with major depression: latent cluster analysis. *Am J Geriatr Psychiatry*, 17(5), 387-96. 10.1097/JGP.0b013e31819431ff.
- Hybels, C. F., Landerman, L. R., & Blazer, D. G. (2012). Age differences in symptom expression in patients with major depression. *Int J Geriatr Psychiatry*, 27(6), 601-11. 10.1002/gps.2759.
- Júnior, E. V. S., Brito, S. A., Rosa, R. S., Boery, E. N., & Boery, R. N. S. O. (2018). Impact of factors associated with depressive symptoms on elderly health with hemodialysis. *Enfermería Actual de Costa Rica*, 35(1), 01-14. <https://doi.org/10.15517/revenf.v0i35.31519>.
- Kavirajan, H. C., Lueck, K., & Chuang, K. (2014). Alternating current cranial electrotherapy stimulation (CES) for depression. *Cochrane Database Syst Rev*, 7(1), 1-19. 10.1002/14651858.CD010521.pub2.
- Knapen, J., Vancampfort, D., Moriën, Y., & Marchal, Y. (2015). Exercise therapy improves both mental and physical health in patients with major depression. *Disabil Rehabil*, 37(16), 1490-5. 10.3109/09638288.2014.972579.
- Lemke, M. R., Koethe, N., & Schleidt, M. (2000). Segmentation of behavior and time structure of movements in depressed patients. *Psychopathology*, 33(3), 131-6. 10.1159/000029134.
- Lotfi, L., Flyckt, L., Krakau, I., Mårtensson, B., & Nilsson, G. H. (2010). Undetected depression in primary healthcare: occurrence, severity and co-morbidity in a two-stage procedure of opportunistic screening. *Nord J Psychiatry*, 64(6), 421-7. 10.3109/08039481003786378.
- Luijckx, H. J., Tiemeier, H., Berg, J. F. V. D., Bleumink, G. S., Hofman, A., & Stricker, B. H. C. (2010). Heart Failure and Incident Late-Life Depression. *J Am Geriatr Soc*, 58(8), 1441-8. 10.1111/j.1532-5415.2010.02921.x.
- Machado, N., Parcias, S. R., Santos, K., & Silva, M. E. M. (2009). Transtorno depressivo maior: avaliação da aptidão motora e da atenção. *J Bras Psiquiatr*, 58(3), 175-80. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852009000300006>.
- Martínez, P., Rojas, G., Fritsch, R., Martínez, V., Vöhringer, P. A., & Castro, A. (2017). Comorbilidad en personas con depresión que consultan en centros de la atención primaria de salud en Santiago, Chile. *Rev Med Chile*, 145(1), 25-32. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872017000100004>.
- Maske, U. E., Buttery, A. K., Beesdo-Baum, K., Riedel-Heller, S., Hapke, U., & Busch, M. A. (2016). Prevalence and correlates of DSM-IV-TR major depressive disorder, self-reported diagnosed depression and current depressive symptoms among adults in Germany. *J Affect Disord*, 190(28), 167-77. 10.1016/j.jad.2015.10.006.
- McKercher, C., Patton, G. C., Schmidt, M. D., Venn, A. J., Terence, D., & Sanderson, k. (2013). Physical activity and depression symptom profiles in young men and women with major depression. *Psychosom Med*, 75(4), 366-74. 10.1097/PSY.0b013e31828c4d53.
- Medeiros, H. L. V., & Sougey, E. B. (2010). Distorções do pensamento em pacientes deprimidos: frequência e tipos. *J Bras Psiquiatr*, 59(1), 28-33. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852010000100005>.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & PRISMA, Group. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med*, 6(7), 1-6. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>.
- Molina, M. A. L., Jansena, K., Drewsa, C., Pinheiro, R., Silva, R., & Souza, L. (2014). Major depressive disorder symptoms in male and female young adults. *Psychology, Health & Medicine*, 19(2), 136-45. 10.1080/13548506.2013.793369.
- Moreno, J., Campos, M. G., Lara, C., & Torner, C. (2005). El sistema serotoninérgico en el paciente deprimido. Primera parte. *SaludMent*, 28(6), 20-6. Available from: SALUD-05-06-03 OK.pmd (scielo.org.mx).
- Mowla, A., Kalantarhormozi, M. R., & Khazraee, S. (2011). Clinical characteristics of patients with major depressive disorder with and without hypothyroidism: a comparative study. *J Psychiatr Pract*, 17(1), 67-71. 10.1097/01.pra.0000393848.35132.ff.
- Orosio, R., Lózar, B. G., Ramos, I., & Agüera, L. (2009). Executive function in patients with late onset depression. *Actas Esp Psiquiatr*, 37(4), 196-9. Available from: 14143 3. 1130 ing.qxd: (actas psiquiatria.es).
- Pandi-Perumal, S. R., Moscovitch, A., Srinivasan, V., Spence, D. W., Cardinali, D. P., & Brown, G. B. (2009). Bidirectional communication between sleep and circadian rhythms and its implications for depression: lessons from agomelatine. *Prog Neurobiol*, 88(4), 264-71. 10.1016/j.pneurobio.2009.04.007.
- Perez-Olmos, I., Bustamante, D., & Ibanez-Pinilla, M. (2016). Serotonin transporter gene (5-HTT) polymorphisms and major depressive disorder in patients in Bogotá, Colombia. *Biomedica*, 36(2), 285-94. <https://doi.org/10.7705/biomedica.v36i3.3014>.
- Peters, M. D. J., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C., & Khalil, H. (2020). Chapter 11. Chapter 11: scoping reviews. Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual, *JBI*. 10.46658/JBIMES-20-12.

- Pompili, M., Innamorati, M., Rihmer, Z., Gonda, X., Serafini, G., Akiskal, H., Amore, M., Niolu, C., Sher, L., Tatarelli, R., Perugi, G., & Girardi, P. (2012). Cyclothymic depressive anxious temperament pattern is related to suicide risk in 346 patients with major mood disorders. *J Affect Disord*, 136(3), 405-11. 10.1016/j.jad.2011.11.011.
- Portellano-Ortiz, C., Garre-Olmo, J., Calvó-Perxas, L., & Conde-Sala, J. L. (2018). Depression and associated variables in people over 50 years in Spain. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Engl Ed)*, 11(4), 216-26. 10.1016/j.rpsm.2016.10.003.
- Potter, G. G., McQuoid, D. R., & Steffens, D. C. (2015). Appetite loss and neurocognitive deficits in late-life depression. *Int J Geriatr Psychiatry*, 30(6), 647-54. 10.1002/gps.4196.
- Potvin, O., Lorrain, D., Belleville, G., Grenier, S., & Prévile, M. (2014). Subjective sleep characteristics associated with anxiety and depression in older adults: a population-based study. *Int J Geriatr Psychiatry*, 29(12), 1262-70. 10.1002/gps.4106.
- Roca, M., Vives, M., López-Navarro, E., García-Campayo, J., & Gili, M. (2015). Cognitive impairments and depression: a critical review. *Actas Esp Psiquiatr*, 43(5), 187-93. Available from: 17-97-ENG-187-93-556584.pdf (actaspsiquiatria.es).
- Rock, P. L., Roiser, J. P., Riedel, W. J., & Blackwell, A. D. (2014). Cognitive impairment in depression: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*, 44(10), 2029- 40. 10.1017/S0033291713002535.
- Sachs-Ericsson, N., Hames, J. L., Joiner, T. E., Corsentino, E., Rushing, N. C., Palmer, E., Gotlib, I. H., Selby, E. A., Zarit, S., & Steffens, D. C. (2014). Differences Between Suicide Attempters and Nonattempters in Depressed Older Patients: Depression Severity, White-Matter Lesions, and Cognitive Functioning. *Am J Geriatr Psychiatry*, 22(1), 75-85. 10.1016/j.jagp.2013.01.063.
- Salvo, L., Ramírez, J., & Castro, A. (2019). Factores de riesgo para intento de suicidio en personas con trastorno depresivo en atención secundaria. *Rev Med Chile*, 147(2), 181-9. <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872019000200181>.
- Saraceno, B. (2011). A cidadania como forma de tolerância. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo*, 22(2), 93-101. <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v22i2p93-101>.
- Schaakxs, R., Comijs, H. C., Lamers, F., Beekman, A. T. F., & Penninx, B. W. J. H. (2017). Age-related variability in the presentation of symptoms of major depressive disorder. *Psychol Med*, 47(3), 543-52. 10.1017/S0033291716002579.
- Schmidt, F. M., Arendt, E., Steinmetzer, A., Bruegel, M., Kratzsch, J., Strauss, M., Baum, P., Hegerl, U., & Schonknecht, P. (2011). CSF-hypocretin-1 Levels in Patients With Major Depressive Disorder Compared to Healthy Controls. *Psychiatry Res*, 190(3), 240-3. 10.1016/j.psychres.2011.06.004.
- Srisurapanont, M., Likhitsathian, S., Chua, H. C., Udomratn, P., Chang, S., Maneeton, N., Maneeton, B., Chen, C., Chan, E. S., Bautista, D., Sulaiman, A. H. B. (2015). Clinical and sociodemographic correlates of severe insomnia in psychotropic drug-free, Asian outpatients with major depressive disorder. *J Affect Disord*, 186(6), 26-31. 10.1016/j.jad.2015.06.032.
- Tambag, H. (2018). Effects of a psychiatric nursing course on beliefs and attitudes about mental illness. *Int J Caring Sci*, 11(1), 420-6. Available from: http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/48_tambag_original_11_1.pdf.
- Terroni, L. M. N., Fráguas, R., Lucia, M., Tinone, G., Mattos, P., Iosifescu, D.V., & Scaf, M. (2009). Importance of retardation and fatigue/interest domains for the diagnosis of major depressive episode after stroke: a four months prospective study. *Rev Bras Psiquiatr*, 31(3), 202-7. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462009000300004>.
- Ulbrich, E. M., Mattei, A.T., Mantovani, M. F., Madureira, A. B., & Kalinke, L. P. (2017). Care models for people with chronic diseases: integrative review. *Invest. Educ. Enferm*, 35(1), 8-16. 10.17533/udea.iee.v35n1a02.
- Veiga1, B. A. A. G., Borges, V., Silva, S. M. C. A., Goulart, F. O., Cendoroglo, M. S., & Ferraz, H. B. (2009). Depression in Parkinson's disease: clinical-epidemiological correlates and comparison with a controlled group of non-parkinsonian geriatric patients. *Rev Bras Psiquiatr*, 31(1), 39-42. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462009000100010>.
- Vetter, J. S., Spiller, T. R., Cathomas, F., Robinaugh, D., Brühl, A., Boeker, H., Seifritz, E., & Kleim, B. (2021). Sex differences in depressive symptoms and their networks in a treatment-seeking population - a cross-sectional study. *J Affect Disord*, 278(47), 357-364. 10.1016/j.jad.2020.08.074.
- Wagner, S., Wollschläger, D., Dreimüller, N., Engelmann, J., Herzog, D. P., Roll, S. C., Tadic, A., & Lieb, K. (2020). Effects of age on depressive symptomatology and response to antidepressant treatment in patients with major depressive disorder aged 18 to 65 years. *Compr Psychiatry*, 99(1), 152-70. 10.1016/j.comppsy.2020.152170.
- WHO. (2017). Depression and other common mental disorders: global health estimates. World Health Organization. Available from: WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf.
- Wongpakaran, N., Wongpakaran, T., & Reekum, R. V. (2013). Discrepancies in Cornell scale for depression in dementia (CSDD) items between residents and caregivers, and the CSDD's factor structure. *Clin Interv Aging*, 8(1), 641-8. 10.2147/CIA.S45201.
- Yeo, S., Zainal, H., Tang, C. S., Tong, E. M., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2017). Success/failure condition influences attribution of control, negative affect, and shame among patients with depression in Singapore. *BMC Psychiatry*, 17(285), 1-7. 10.1186/s12888-017-1451-7.
- Zhang, Y., Folarin, A. A., Sun, S., Cummins, N., Bendayan, R., Ranjan, Y., Rashid, Z., Conde, P., Stewart, C., Laiou, P., Matcham, F., White, K. M., Lamers, F., Siddi, S., Simblett, S., Myin-Germeyns, I., Rintala, A., Wykes, T., Haro, J. M., Penninx, B. W. J. H., Narayan, V. A., Hotopf, M., Dobson, R. J. B., & Consortium, R. (2021). Relationship Between Major Depression Symptom Severity and Sleep Collected Using a Wristband Wearable Device: Multicenter Longitudinal Observational Study. *JMIR Mhealth Uhealth*, 9(4), 1-15. 10.2196/24604.