

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Escola de Enfermagem

Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica

Ramisson da Silva

Conhecendo os Sinais e Sintomas do Transtorno Depressivo Maior para Melhor Gestão do Tratamento: *Scoping Review*

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria do Perpétuo S.S. Nóbrega

São Paulo, 2021

Resumo

Introdução: O Transtorno Depressivo Maior (TDM) é tido como uma das mais graves e prevalentes doenças entre todas as enfermidades, impacta significativamente a vida das pessoas devido sua cronicidade, recorrência e quadro clínico heterogêneo, levando à incapacidade funcional e comprometimento da saúde física e mental, além de perdas profissionais e pessoais.

Objetivo: Identificar na literatura nacional e internacional os sinais e sintomas do TDM nas dimensões físicas, psíquicas e comportamentais. **Metodologia:** Trata-se de um *Scoping Review* seguindo recomendações do JBI nas bases de dados *Ageline, B-On, BDENF, BMC Psychology, BMC Sacaid 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*”. O período de busca dos estudos foi de 01 de março a 30 de novembro de 2020. **Resultados:** Foram selecionados 48 artigos de acordo com os critérios de inclusão e exclusão e após leitura na íntegra dos estudos. Os sinais e sintomas mais prevalentes foram alterações do sono, fadiga/perda de energia, humor deprimido, baixa concentração, sentimentos de culpa, alterações do apetite, anedonia, alterações psicomotoras, alterações do peso, ideação e comportamento suicida. Em relação às dimensões dos sinais e sintomas, a dimensão psíquica apresentou (79,16%) de achados, seguida da dimensão física (66,66%) e da comportamental (45,83%). **Conclusão:** Os estudos analisados expuseram os sinais e sintomas mais frequentes apresentados pela pessoa com TDM, assim como seu impacto na qualidade de vida desses indivíduos, com destaque para a dimensão psíquica que configurou-se como a mais dominante dimensão da sintomatologia. Esses achados são importantes para pensar na autogestão do tratamento, para solidificar a monitorização e autogestão do controle terapêutico do TDM. Sugere-se um maior aprofundamento e investimento no conhecimento dessa temática, bem como o desenvolvimento de terapêuticas para abordagem desses sinais e sintomas através da autogestão do TDM.

Palavras-chave: Transtorno Depressivo Maior; Sintomas; Sinais; Adulto.

Abstract

Introduction: Major Depressive Disorder (MDD) is considered one of the most serious and prevalent diseases among all illness, significantly impacting people's lives due to its chronicity, recurrence and heterogeneous clinical picture, leading to functional disability and impairment of physical and mental health, in addition to professional and personal losses. **Objective:** To identify the signs and symptoms of MDD in the physical, psychic and behavioral dimensions in the national and international literature. **Methodology:** This is a Scoping Review following JBI recommendations in the Ageline, B-On, BDENF, BMC Psychology, BMC Sacaid Nursing, BVS, Cochrane, EMBASE, IBECS, Lilacs, MedLine, Pepsic, Psycinfo, PubMed databases, SciELO, SCOPUS and Web of Science, using the descriptors "Signs and Symptoms", "Depressive Disorder, Major", "Adult". The search period for the studies was from March 1st to November 30th, 2020. **Results:** 48 articles were selected according to the inclusion and exclusion criteria and after reading the studies in full. The most prevalent signs and symptoms were sleep disorders, fatigue/energy loss, depressed mood, low concentration, feelings of guilt, appetite changes, anhedonia, psychomotor changes, weight changes, suicidal ideation and behavior. Regarding the dimensions of signs and symptoms, the psychic dimension presented (79.16%) of findings, followed by the physical dimension (66.66%) and the behavioral dimension (45.83%). **Conclusion:** The analyzed studies exposed the most frequent signs and symptoms presented by the person with MDD, as well as their impact on the quality of life of these individuals, with emphasis on the psychic dimension that was configured as the most dominant dimension of symptomatology. These findings are important for thinking about self-management of treatment, to solidify monitoring and self-management of therapeutic control of MDD. Further deepening and investment in knowledge of this theme is suggested, as well as the development of therapies to address these signs and symptoms through self-management of MDD.

Key-words: Depressive Disorder Major; Symptoms; Signs; Adult.

Introdução

Os transtornos mentais (TM) são relevantes óbices de saúde pública, com tendência à cronicidade, incapacidade e dificuldade no tratamento.¹ Sendo os mais frequentes o Transtorno de Ansiedade e o Transtorno Depressivo Maior (TDM). Esse último, atingindo mais de 300 milhões de pessoas no mundo² e, no Brasil, cerca de 11,5 milhões.³

O TDM é uma disfunção da área afetiva ou do humor que pode levar a perda de autonomia e o agravamento de comorbidades existentes.⁴ 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.⁵ 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.⁶ Lamentavelmente, o TDM ainda é subdiagnosticado e subtratado, com até 60% dos casos não sendo identificado pelo médico clínico, além de frequentemente, os pacientes deprimidos também não recebem a terapêutica apropriada.⁷

O cuidado centrado na pessoa bem como sua participação ativa no tratamento são fortalecedores que auxiliam na diminuição do sofrimento no contexto do TDM. Dessa forma, o conhecimento e as habilidades da pessoa acometida, frente aos episódios, são importantes ferramentas para o controle da sintomatologia, monitorização dos efeitos adversos do tratamento e para própria autoavaliação, aspectos primordiais para o êxito terapêutico, prevenção de complicações, reincidência do quadro e, até mesmo, internações.^{8,9}

As atividades de autogestão devem ser planejadas em conjunto com a equipe de saúde na perspectiva de eliminar lacunas e garantir o recebimento dos cuidados necessários.¹⁰ Nesse sentido, os profissionais de saúde devem transmitir informações que ajudem a pessoa na autogestão de sua condição clínica e do tratamento¹¹, mas para que isso aconteça é preciso que a mesma conheça os sinais e sintomas a fim de validar os cuidados necessários. Conduzir essa revisão possibilita evidenciar sinais e sintomas do TDM, e pautado na apresentação clínica.

Ademais, esse estudo tem a finalidade de subsidiar a construção e a implementação de uma tecnologia informática em saúde para melhor autogestão da pessoa com TDM.

Objetivo

Identificar na literatura nacional e internacional os sinais e sintomas do TDM nas dimensões físicas, psíquicas e comportamentais.

Metodologia

Trata-se de um *Scoping Review* seguindo recomendações do JBI, nas etapas 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 relativa ao objetivo e pergunta; 6) apresentação dos resultados com identificação das implicações para política, prática ou pesquisa.¹²

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: transtorno depressivo maior e C: sinais e sintomas do TDM. Desse modo, a questão norteadora foi: Quais são os sinais e sintomas presentes nas pessoas com mais de 18 anos no contexto do TDM?

Os critérios para inclusão dos estudos foram: 1) artigos publicados em inglês, português e espanhol; 2) artigos na íntegra sobre sinais e sintomas do TDM; e 3) qualquer desenho de estudo. Os critérios de exclusão foram: opinião de especialistas, capítulos de livros, carta ao editor, recomendações, diretrizes, resumo de teses ou dissertações, correspondência e editoriais; artigos repetidos; estudos com pessoas com idade menor de 18 anos; e mulheres com TDM associada ao pós-parto ou pós-violência.

As estratégias de busca foram conduzidas por meio de três etapas. Inicialmente, 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). Em seguida, realizaram-se combinações

de descritores controlados e não controlados, obtidos na busca inicial e acrescidos dos operadores booleanos “*OR*”, “*NOT*” e “*AND*”. O período de busca dos estudos foi de 01 de março a 30 de novembro de 2020 (Quadro 1).

Quadro 1- Estratégias de busca utilizadas por base de dados. São Paulo, 2020.

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 Sacaid Nursing</i>	depressive major symptoms and signs adults
<i>B-ON</i>	("Transtorno Depressivo MaiorDI" OR "Transtorno Depressivo MaiorET") AND ("Symptoms" OR "signs")
<i>BVS</i>	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 2020])) AND (db:(“LILACS”)) AND (year_cluster:[1980 TO 2020])
<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))
<i>Cochrane</i>	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 2020]))
<i>Embase</i>	'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)
	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

Ibecs	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 2020])
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 2020])) 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 2020]))
Pepsic	tw: (“Transtorno Depressivo Maior”)
Psycinfo	Any Field: “major depressive disorder” <i>NOT</i> Any Field: “child” <i>OR</i> Any Field: “children” <i>OR</i> Any Field: “adolescent” <i>AND</i> Any Field: “symptomatology” <i>AND</i> Any Field: “humans” <i>OR</i> Any Field: “female” <i>OR</i> Any Field: “male” <i>AND</i> Any Field: “adult” <i>OR</i> Any Field: “middle aged” <i>OR</i> Any Field: “aged” <i>OR</i> Any Field: “young adult” <i>NOT</i> Any Field: “postpartum” <i>OR</i> 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”)) AND (EXCLUDE (LANGUAGE , “French”) OR EXCLUDE (LANGUAGE, “Turkish”))
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”)

Os artigos selecionados de acordo com título e resumo, foram incorporados ao *software Endnote Web* para verificação de duplicatas. Quando os títulos e resumos não foram suficientes para definir a seleção inicial, os estudos eram selecionados para a leitura na íntegra.

Depois de validá-los frente a questão e objetivo de pesquisa, partiu-se para a avaliação crítica dos estudos incluídos com aplicação da chave de busca nas bases de dados; aplicação dos limites (recorte temporal - estudos desde 1980 a 2020); critérios de inclusão/exclusão e filtros da língua.

Esse processo foi realizado por dois revisores que avaliaram os estudos selecionados. Em discordâncias quanto a incluir/excluir estudos, dois revisores, independentes, reconduziram a leitura com vistas a resolver as divergências, quando permaneceram, um terceiro revisor reavaliou e desempatou. A seleção dos estudos seguiu as recomendações do *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR)¹³ (Figura 1).

As estratégias adotadas para a localização dos artigos foram adaptadas de acordo com cada portal e/ou base de dados *Ageline*, *B-On*, *BDENF*, *BMC Psychology*, *BMC Sacaid Nursing*, *BVS*, *Cochrane*, *EMBASE*, *IBECS*, *Lilacs*, *MedLine*, *Pepsic*, *Psycinfo*, *PubMed*, *SciELO*, *SCOPUS* e *Web of Science*, devido às características específicas para o acesso das mesmas.

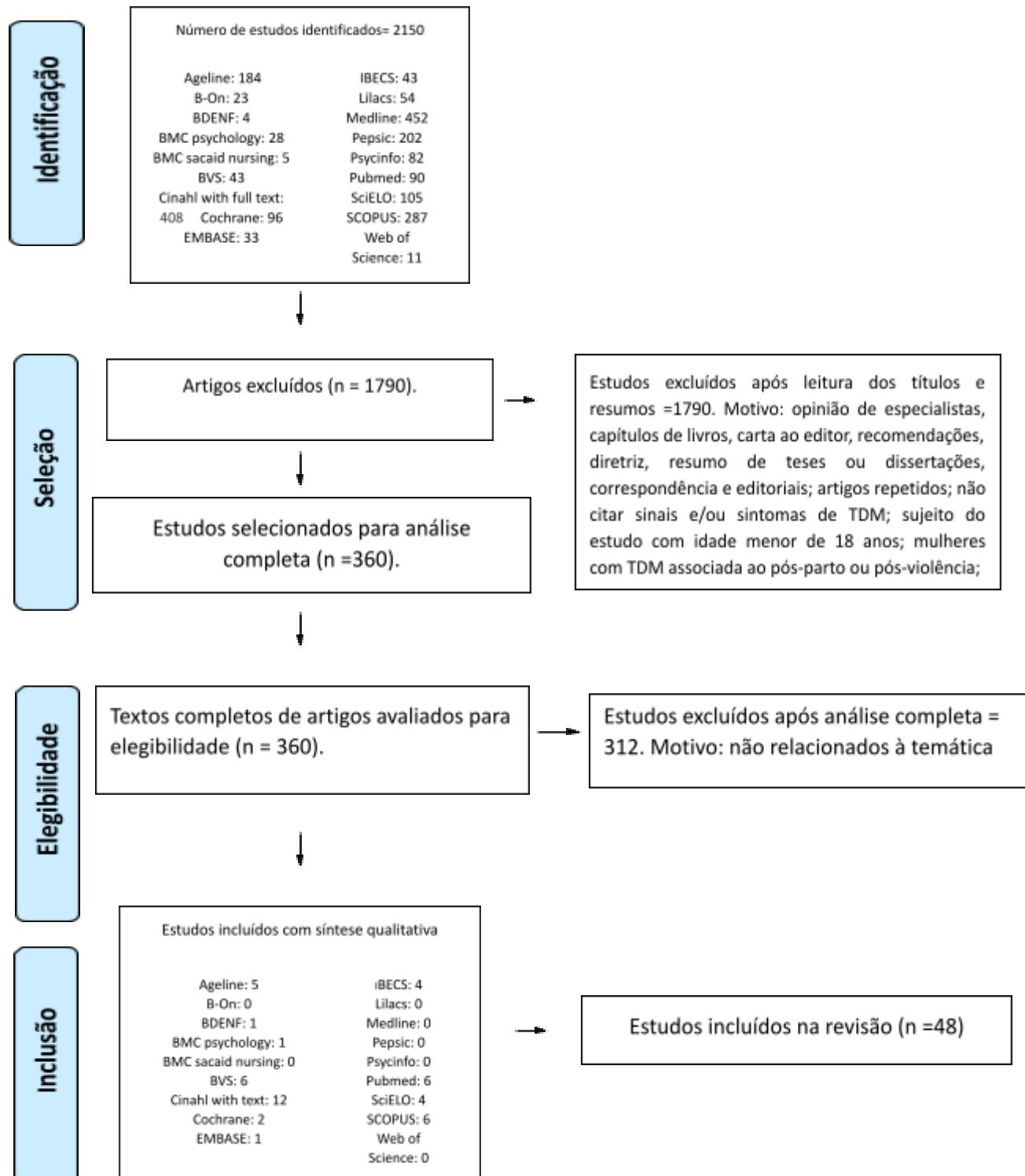


Figura 1- Fluxograma do processo de busca e seleção dos artigos de acordo com os cruzamentos dos termos *Medical Subject Headings (MeSH)*, baseada no instrumento *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA)*¹³, via bases de dados e biblioteca virtual.

Em seguida, procedeu-se ao mapeamento dos estudos, os quais foram inseridos em um banco de dados no Microsoft Word de acordo com as seguintes variáveis: Nome do autor, ano de publicação, país, título do artigo, objetivo do estudo, periódico, sinais e sintomas e conclusões (Quadro 2). Após a seleção dos artigos e periódicos, foi realizada a sumarização dos resultados de forma descritiva. Os dados foram submetidos a comparação e análise rigorosa em busca de identificar as especificidades frente ao tema de pesquisa. Isso exigiu esforço interpretativo para agrupá-los quanto à semelhança de temática. Subsequentemente, os estudos foram sintetizados, recorrendo-se a uma estrutura analítica descritiva e apresentados em categorias, seguido das reflexões no transcorrer da análise e conclusão do estudo. O estudo não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa por ter utilizado fontes de domínio público.

Resultados

Foram encontrados 2.150 estudos nas dezoito bases de dados, 1790 não se enquadram nos critérios de inclusão e nos objetivos propostos ou eram repetidos, resultando 360 artigos que foram lidos na íntegra e após essa análise, restaram 48 artigos (Quadro 2).

Quadro 2 - Caracterização dos estudos incluídos na revisão. São Paulo, SP, Brasil. 2020

Ano/País/Período/Referência/Autores	Autores	Título do Estudo	Objetivos	Sinais e Sintomas
2018/Costa Rica/ <i>Enfermería Actual de Costa Rica</i> ¹⁴	Júnior EVS, et al.	<i>Impact of factors associated with depressive symptoms on elderly health with hemodialysis.</i>	Conhecer o impacto dos fatores associados à sintomatologia do TDM na saúde de idosos em hemodiálise.	Humor deprimido, perda de interesse ou prazer.
2015/Canadá/ <i>BM C Psychology</i> ¹⁵	Gouveia L, et al.	<i>Oncologists perception of depressive symptoms in patients with advanced cancer: accuracy and relational correlates.</i>	Examinar a concordância entre o paciente e o oncologista sobre sintomas do TDM específicos e identificar possíveis preditores de detecção precisa.	Tristeza, perda de interesse ou prazer, sentimento de culpa ou baixa autoestima, sono ou apetite perturbado, sensação de cansaço e pouca concentração antipatia por si mesmo, sensação de fracasso, imagem corporal negativa, pessimismo, ideação suicida.
2017/Brasil/ <i>Rev. Saúde Pública</i> ¹⁶	Barros MBA, et al.	<i>Depression and health behaviors in Brazilian adults - PNS 2013.</i>	Avaliar a prevalência de comportamentos relacionados à saúde segundo presença e tipo de depressão em adultos brasileiros.	Humor deprimido, perda de interesse e prazer, falta de energia, sentimento de culpa ou de baixa autoestima, distúrbios do sono ou de apetite e baixa concentração.
2010/Brasil/ <i>J. Bras. Psiquiatr.</i> ¹⁷	Medeiros HLV, et al.	Distorções do pensamento em pacientes deprimidos: frequência e tipos.	Identificar as principais distorções do pensamento em pacientes deprimidos e suas relações com dados clínicos e sociodemográficos.	Ideias de culpa, pensamentos de autodepreciação, desesperança (pessimismo), idéias de fracasso, pensamentos de auto-compaixão, ideias suicidas, hipocondria, pensamentos e desejo de morte.
2009/Brasil/ <i>Rev. Bras. Psiquiatr.</i> ¹⁸	Terroni LMN, et al.	<i>Importance of retardation and fatigue/interest domains for the diagnosis of major depressive episode after stroke: a four months prospective study.</i>	Identificar os domínios da sintomatologia depressiva que melhor explicam o diagnóstico de TDM dentro de 4 meses após o AVC.	Fadiga, retardo psicomotor, concentração reduzida, insônia, sintomas cognitivos, ansiedade; alteração alimentar / peso, perda de libido.
2009/Brasil/ <i>Rev. Bras Psiquiatr.</i> ¹⁹	Veiga, BAAG, et al	<i>Depression in Parkinson's disease: clinical-epidemiological correlates and comparison with a controlled group of non-parkinsonian geriatric patients.</i>	Avaliar e comparar a frequência e a gravidade da depressão maior (DM) em pacientes com Doença de Parkinson e em indivíduos com mais de 60 anos sem doenças neurológicas, reumatológicas ou comorbidades oncológicas.	Bradicinesia, falta de concentração, fraqueza e distúrbios do sono
2009/Brasil/ <i>CLINICS</i> ²⁰	Henriques SG, et al	<i>Recognition of depressive symptoms by physicians.</i>	Investigar o reconhecimento dos sintomas do TDM por médicos clínicos.	Diminuição da concentração, apetite ou alteração de peso e insônia ou hipersonia, agitação / retardo

	al.			psicomotor e fadiga, pensamentos de morte / suicídio, inutilidade ou culpa.
2014/Brasil/ <i>Psychology, Health & Medicine</i> ²¹	Molina M, et al.	<i>Major depressive disorder symptoms in male and female young adults.</i>	Comparar as taxas de prevalência de transtorno depressivo maior (TDM) e diferenciar a presença e gravidade dos sintomas depressivos entre mulheres e homens de 18 a 24 anos	Tristeza, choro, dificuldade para tomar decisões e falta de energia, além de autocritica, irritabilidade, alterações na auto-imagem, dificuldade no trabalho e perda de interesse pelo sexo.
2017/Holanda/ <i>Psychological Medicine</i> ²²	Schaakxs R, et al.	<i>Age-related variability in the presentation of symptoms of major depressive disorder.</i>	Examinar a variedade de sintomas depressivos somáticos, cognitivos e vegetativos presentes de forma diferenciada, dependendo da idade do paciente, no TDM.	Despertar de manhã cedo, interesse reduzido em sexo e problemas dormir durante a noite, sensibilidade interpessoal, irritação, dormir muito, agitação psicomotora, hipocondria, sintomas somáticos gerais e gastrointestinais, sentimentos de culpa, diminuição da capacidade de prazer ou diversão, diminuição do interesse em pessoas/atividades, diminuição da qualidade do humor, diminuição da reatividade do humor, sensação de ansiedade ou tensão, sensação de irritação, sensação de tristeza, paralisia de chumbo e pânico/sintomas fóbicos, concentração/problemas de tomada de decisão, futuro pessimismo, autocritica e, pensamentos suicidas, dores e incômodos, distúrbios do apetite, constipação/diarréia, variação diurna com piora do humor pela manhã, baixo nível de energia / fatigabilidade, problemas para adormecer, retardo psicomotor, distúrbios do peso.
2009/EUA/ <i>American Journal of Geriatric Psychiatry</i> ²³	Hybels CF, et al.	<i>Profiles of depressive symptoms in older adults diagnosed with major depression: latent cluster analysis.</i>	Explorar a estrutura subjacente da apresentação dos sintomas em idosos com TDM, identificando grupos homogêneos de indivíduos com base nos perfis dos sintomas.	Tristeza aparente e relatada, tensão interna, sono reduzido, apetite reduzido e dificuldades de concentração
2013/Austrália/ <i>Psychosomatic Medicine</i> ²⁴	McKercher C, et al.	<i>Physical activity and depression symptom profiles in young men and women with major depression.</i>	Verificar se adultos jovens com TDM fisicamente ativos, diferem em seu perfil de sintomas de depressão em relação aos fisicamente inativos	Humor deprimido, alterações de apetite, pensamentos viciantes, suicídio, insônia, fadiga, hipersonia, culpa excessiva.
2012/EUA/ <i>International Journal of Geriatric Psychiatry</i> ²⁵	Hybels CF, et al.	<i>Age differences in symptom expression in patients with major depression</i>	Comparar a expressão dos sintomas em pacientes principalmente de meia-idade (<60) e idosos (>60) que estavam deprimidos e determinar se os perfis de sintomas diferiam por idade.	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/ <i>Revista de psiquiatría y salud mental</i> ²⁶	Portellano-Ortiz CP, et al.	<i>Depression and associated variables in people over 50 years in Spain.</i>	Determinar a associação de variáveis clínicas e sociodemográficas ao TDM em uma amostra de pessoas com mais de 50 anos de idade e comparar a prevalência de depressão com os outros países europeus.	Incapacidade funcional, dificuldades para realizar tarefas diárias
2015/Espanha/ <i>Actas Esp. Psiquiatra</i> ²⁷	Roca M, et al.	<i>Cognitive impairments and depression: a critical review.</i>	Avaliar as revisões sistemáticas e os estudos de meta-análise publicados nos últimos 10 anos (2004-2014) que abordam o desempenho cognitivo de pacientes deprimidos.	Alterações cognitivas (diminuição da velocidade psicomotora, atenção, aprendizagem visual e memória, bem como funções executivas.).
2009/Espanha/ <i>Actas Esp. Psiquiatra</i> ²⁸	Osório R, et al.	<i>Executive function in patients with late onset depression.</i>	Analizar o desempenho cognitivo em testes de rastreamento neuropsicológico em um grupo de pacientes com TDM de início tardio e idosos não deprimidos.	Disfunção cognitiva.
2011/Irã/ <i>Journal of Psychiatric Practice</i> ²⁹	Mowla A, et al.	<i>Clinical characteristics of patients with major depressive disorder with and without hypothyroidism: a comparative study.</i>	Comparar as características clínicas dos pacientes com TDM associados ao hipotireoidismo com os dos pacientes com TDM sem hipotireoidismo.	Humor deprimido, sentimentos de culpa, suicídio, distúrbio do sono perda de peso, ansiedade e agitação.
2011/Alemanha/ <i>Psychiatry Research</i> ³⁰	Schmidt FM, et al.	<i>CSF-hypocretin-1 Levels in Patients With Major Depressive Disorder Compared to Healthy Controls.</i>	Analizar os níveis de LCR-hipocretina-1 em pacientes com transtorno depressivo maior em comparação com controles saudáveis.	Regulação prejudicada da vigília com hiperexcitação e agitação, bem como dificuldades para adormecer e preservar a continuidade do sono.
2019/Chile/ <i>Rev. Medic. Chile</i> ³¹	Salvo L, et al.	<i>Factores de riesgo para intento de suicidio en personas con trastorno depresivo en atención secundaria.</i>	Descrever o comportamento suicida e os fatores de risco para tentativa de suicídio em pessoas com transtornos depressivos maiores (TDM).	Comportamento suicida ideação suicida, tentativa de suicídio.
2017/Chile/ <i>Rev. Medic. Chile</i> ³²	Martinez P, et al.	<i>Comorbilidad en personas con depresión que consultan en centros de la atención primaria de salud en Santiago, Chile.</i>	Caracterizar os deprimidos que se consultam em Unidades Básicas de Saúde, levando em consideração a presença de comorbidade física ou psiquiátrica crônica.	Risco de suicídio.
2017/Singapura/ <i>BMC Psychiatry</i> ³³	Yeo SN, et al.	<i>Success/failure condition influences attribution of control, negative affect, and shame among patients with depression in Singapore.</i>	Analizar a condição de sucesso/ fracasso como moderador entre depressão e afeto negativo ou vergonha e as diferenças entre pacientes com TDM e controles saudáveis em Cingapura.	Afeto negativo, vergonha, baixo ajustamento psicológico, funcionamento prejudicado nos relacionamentos pessoais, no trabalho e na saúde.
2013/Canadá/ <i>Clin Interv Aging</i> ³⁴	Wongpakaran N, et al.	<i>Discrepancies in Cornell scale for depression in dementia (CSDD) items between residents and caregivers, and the</i>	Examinar os itens da Escala Cornell para Depressão em Demência em termos de concordância encontrada entre residentes e	Baixa autoestima, pessimismo, perda de interesse, queixas físicas, retardos psicomotor, tristeza, dificuldade em adormecer, perda de peso e variações

		<i>CSDD's factor structure.</i>	cuidadores, e também comparar modelos alternativos da versão tailandesa da escala.	diurnas no humor, agitação / psicose (agitação, delírios congruentes com o humor e suicídio) e sintomas negativos (falta de energia, perda de interesse e uma reação mínima a eventos agradáveis)
2012/Itália/ <i>J. Affect Disord.</i> ³⁵	Pompili M, et al.	<i>Cyclothymic depressive anxious temperament pattern is related to suicide risk in 346 patients with major mood disorders.</i>	Analizar a relação entre o padrão individual de temperamentos afetivos e sintomas atípicos de depressão medidos pela Escala de Gotland para Depressão Masculina e comportamento suicida em pacientes com TDM	Comportamento suicida, ideação suicida.
2016/EUA/ <i>Aging and Mental Health</i> ³⁶	Canuto A, et al.	<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>	Determinar o grau de concordância entre a avaliação do TDM pelos médicos da atenção primária e analisar como a apresentação clínica dos pacientes e os traços de personalidade influenciam esse grau de concordância.	Problemas de sono e sentimentos de culpa.
2014/Canadá/ <i>International Journal of Geriatric Psychiatry</i> ³⁷	Potvin O, et al.	<i>Subjective sleep characteristics associated with anxiety and depression in older adults: a population-based study.</i>	Identificar características subjetivas do sono específicas para ansiedade e TDM em idosos.	Má qualidade do sono como acordar durante a noite ou muito de manhã cedo e dificuldade em adormecer.
2014/EUA/ <i>International Journal of Geriatric Psychiatry</i> ³⁸	Sachs-Ericsson, N, et al.	<i>Differences Between Suicide Attempters and Nonattempters in Depressed Older Patients: Depression Severity, White-Matter Lesions, and Cognitive Functioning.</i>	Analizar as diferenças entre idosos com TDM que tentam suicídio e aqueles que não tentam.	Ideação suicida.
2010/Holanda/ <i>Journal of the American Geriatrics Society</i> ³⁹	Luijendijk HJ, et al.	<i>Heart Failure and Incident Late-Life Depression.</i>	Avaliar se a insuficiência cardíaca aumenta o risco de desenvolver TDM e se o uso de diuréticos de alça em pessoas com insuficiência cardíaca altera esse risco.	Falta de energia e apatia.
2016/Reino Unido/ <i>Cochrane Database SystRev</i> ⁴⁰	Galizia I, et al.	<i>S-adenosyl methionine for depression in adults</i>	Avaliar os efeitos do SAMe em comparação com placebo ou antidepressivos para o tratamento do TDM em adultos.	Humor baixo e perda de interesse ou prazer. Perda ou ganho de peso, diminuição ou aumento do apetite, insônia ou hipersonia, agitação psicomotora ou retardo e fadiga. Culpa excessiva, sentimentos de inutilidade, baixa concentração e indecisão ocorrem. Pensamentos recorrentes de morte e pensamentos e ações suicidas
2018/Reino Unido/ <i>Journal</i>	Christensen M,	<i>Efficacy of vortioxetine on the physical symptoms of major depressive disorder.</i>	Realizar análises post hoc de dados de cinco estudos de curto prazo controlados	Perturbação persistente do humor e perda de interesse / prazer na maioria atividades diárias, também podem

<i>of Psychopharmacology</i> ⁴¹	et al.		por placebo de vortioxetina em pacientes com TDM.	ter sintomas físicos como fadiga/baixa energia, sono e apetite distúrbios, tensão muscular, dores de cabeça e sintomas gerais de dor e sintomas cognitivos, como concentração prejudicada, memória fraca e dificuldade em tomar decisões
2009/EUA/ <i>Progress in Neurobiology</i> ⁴²	Pandi-Perrumal SR, et al.	<i>Bidirectional communication between sleep and circadian rhythms and its implications for depression: lessons from agomelatine.</i>	Avaliar as implicações entre o sono e ritmos circadianos para o TDM.	Distúrbios do sono, anormalidades no ritmo circadiano, dificuldade em adormecer, diminuição do tempo total do sono, despertares matinais, alterações rápidas no sono REM, avanços ou atrasos nas fases dos ritmos circadianos e insônia, humor deprimido
2015/Tailândia/ <i>Journal of Affective Disorders</i> ⁴³	Srisurapanont M, et al.	<i>Clinical and sociodemographic correlates of severe insomnia in psychotropic drug-free, Asian outpatients with major depressive disorder.</i>	Examinar os correlatos sociodemográficos e clínicos da insônia grave em pacientes ambulatoriais adultos asiáticos sem drogas psicotrópicas com TDM.	Insônia
2005/México/ <i>Salud mental</i> ⁴⁴	Moreno J, et al.	<i>El sistema serotoninérgico en el paciente deprimido. Primera parte</i>	Analizar estudos que envolveram a serotonina como o fator bioquímico vulnerável ao TDM.	Irritabilidade, ansiedade, perda ou ganho de apetite ou peso, sentimento de culpa, deficiência e desesperança
1996/EUA/ <i>Hormone and Metabolic Research</i> ⁴⁵	Deuschle M, et al.	<i>Plasma leptin in depressed patients and healthy controls</i>	Descrever a relação entre sistemas endócrinos alterados na afetividade e leptina.	Perda de apetite e o peso corporal
2015/Inglaterra/ <i>International Journal of Geriatric Psychiatry</i> ⁴⁶	Potter GG, et al.	<i>Appetite loss and neurocognitive deficits in late-life depression</i>	Examinar a associação dos sintomas de perda de apetite ao desempenho neurocognitivo no TDM.	Perda de apetite e perda de peso, menor desempenho na memória episódica, funções executivas psicomotoras e fluência verbal.
2013/EUA/ <i>International Journal of Geriatric Psychiatry</i> ⁴⁷	Charlton RA, et al.	<i>Preliminary analysis of age of illness onset effects on symptom profiles in major depressive disorder.</i>	Determinar se a idade de início do TDM influenciou os perfis de sintomatologia depressiva.	Perda de peso e sintomas gastrointestinais, pensamentos suicidas e distúrbios do sono
2019/Brasil/ <i>Revista de saúde pública</i> ⁴⁸	Gomes AP, et al.	<i>Adiposity, depression and anxiety: interrelationship and possible mediators.</i>	Explorar a associação entre adiposidade, TDM e transtorno de ansiedade generalizada, e avaliar o papel da inflamação, qualidade da dieta e atividade física nessa associação.	Alterações do peso
2015/Bélgica/ <i>Disability & Rehabilitation</i> ⁴⁹	Knapen J, et al.	<i>Exercise therapy improves both mental and physical health in patients with major depression</i>	Apresentar diretrizes clínicas para terapia com exercícios em pacientes com TDM derivadas de meta-análises recentes.	Humor deprimido perda de interesse ou prazer, motivação e energia, fadiga generalizada, baixa autoestima e autoconfiança, medo de se mover e queixas psicossomáticas, perda ou ganho de peso,

				insônia ou hipersonia, agitação ou retardo psicomotor, sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada, capacidade diminuída de pensar ou se concentrar ou indecisão e ideação suicida
2010/Grécia/ <i>Affective disorders (clinical)</i> ⁵⁰	Ferentin os P, et al.	<i>The effect of the number of depressive episodes on fatigue in female patients with major depression.</i>	Investigar a correlação, independente da gravidade, da fadiga em pacientes do sexo feminino com TDM com o número de episódios depressivos.	Fadiga.
2020/Alemanha/ <i>Comprehensive Psychiatry</i> ⁵¹	Wagner S, et al.	<i>Effects of age on depressive symptomatology and response to antidepressant treatment in patients with major depressive disorder aged 18 to 65 years.</i>	Comparar as características demográficas e clínicas em pacientes com TDM de diferentes faixas etárias no início do estudo e durante o tratamento.	Agitação, sintomas somáticos gerais, sintomas cognitivos gastrointestinais e hipocondria, sentimentos de culpa e perda de interesse sexual, relataram uma maior necessidade de dormir e com como suicídio e sensibilidade interpessoal, sintomas neuro-vegetativos como despertar de manhã cedo, interesse geral reduzido e irritabilidade
2016/Alemanha/ <i>Journal of Affective Disorders</i> ⁵²	Maske UE, et al.	<i>Prevalence and correlates of DSM-IV-TR major depressive disorder, self-reported diagnosed depression and current depressive symptoms among adults in Germany.</i>	Examinar a prevalência e os correlatos relacionados à saúde de TDM entre adultos de 18 a 79 anos.	Humor deprimido ou diminuição do interesse ou prazer quase todos os dias na maior parte do tempo.
2014/EUA/ <i>Cochrane Database Syst Rev</i> ⁵³	Kavirajan HC, et al.	<i>Alternating current cranial electrotherapy stimulation in the treatment of depression</i>	Avaliar a eficácia e segurança da estimulação eletroterapéica craniana de corrente alternada (CES) em comparação com a simulação de CES para depressão aguda.	Distúrbios na regulação do humor, biorritmos do sono e apetite, função cognitiva, função interpessoal e ocupacional, atividades de autocuidado, como higiene e, em casos extremos, comportamentos suicidas, experiência persistente de dor emocional, que pode incluir tristeza, ansiedade e irritabilidade.
2019/Bélgica/ <i>BM C Psychiatry</i> ⁵⁴	Heininga VE, et al.	<i>The dynamical signature of anhedonia in major depressive disorder: positive emotion dynamics, reactivity, and recovery</i>	Comparar como o afeto positivo se desdobra na vida diária de controles saudáveis versus pacientes com diagnóstico de TDM.	Incapacidade, humor depressivo e anedonia
2001/EUA/ <i>The Journal of the American Dental Association</i> ⁵⁵	Friedlander AH, et al.	<i>Major depressive disorder. Psychopathology, medical management and dental implications</i>	Explorar a psicopatologia do TDM tratamento e as implicações odontológicas	Tristeza acentuada, perda de interesse ou prazer nas atividades diárias, alterações de peso, distúrbios do sono, fadiga, dificuldade de concentração, comprometimento físico e suicídio. Desinteresse em realizar técnicas apropriadas de higiene bucal, fluxo salivar diminuído, cárie dentária desenfreada, doença periodontal avançada.

2010/Suécia/ <i>Nordic Journal of Psychiatry</i> ⁵⁶	Lotfi L, et al.	<i>Undetected depression in primary healthcare: Occurrence, severity and comorbidity in a two-stage procedure of opportunistic screening</i>	Analizar a ocorrência e a gravidade do TDM, bem como o sexo, a idade e a comorbidade psiquiátrica em pacientes com depressão previamente não detectada.	Sentimentos de culpa e auto-acusação
2018/Canadá/ <i>Journal of Affective Disorders</i> ⁵⁷	Christensen MC, et al.	<i>Vortioxetine improves symptomatic and functional outcomes in major depressive disorder: A novel dual outcome measure in depressive disorders.</i>	Avaliar o efeito combinado da vortioxetina sobre os sintomas depressivos e a capacidade funcional em adultos com TDM.	Disfunções cognitivas como: dificuldade de concentração, pensamento lento e dificuldade em aprender coisas novas ou lembrar de coisas.
2014/Reino Unido/ <i>Psychological Medicine</i> ⁵⁸	Rock PL, et al.	<i>Cognitive impairment in depression: a systematic review and meta-analysis.</i>	Abordar a questão de saber se o comprometimento cognitivo deve ser considerado uma característica central da depressão	Disfunção cognitiva
2017/Espanha/ <i>European journal of psychiatry</i> ⁵⁹	Flink N, et al.	<i>Early maladaptive schemas and suicidal ideation in depressed patients</i>	Comparar os esquemas desadaptativos iniciais entre pacientes psiquiátricos ambulatoriais em tratamento para TDM com e sem ideação suicida atual.	Ideação suicida
2000/Alemanha/ <i>Psychopathology</i> ⁶⁰	Lemke MR, et al.	<i>Segmentation of behavior and time structure of movements in depressed patients</i>	Testar se as unidades de ação são mais curtas em pacientes deprimidos e para investigar se os padrões de tempo dos movimentos em sessões de entrevista discriminam pacientes deprimidos de controles saudáveis e se essas mudanças se relacionam com a gravidade global dos sintomas e síndromes psicopatológicas específicas em pacientes deprimidos.	Os distúrbios psicomotores em pacientes deprimidos se manifestam em vários domínios motores, incluindo alterações da atividade facial, marcha, postura e movimentos das mãos e braços. A atividade pode ser aumentada (agitação) ou diminuída (retardo), anedonia.
2009/Brasil/ <i>J. bras. psiquiatr.</i> ⁶¹	Machado N, et al.	Transtorno depressivo maior: avaliação da aptidão motora geral e específica e da atenção em pacientes com TDM.	Avaliar a aptidão motora geral e específica e a atenção em pacientes com TDM.	Alterações no sono, apetite e ritmo circadiano até mudanças comportamentais. Destaca-se a importância das alterações motoras, em particular referindo-se à agitação ou ao retardamento motor, prejuízo na capacidade de pensar, concentrar-se ou tomar decisões

Os estudos incluídos foram publicados no período de 11 de outubro de 1996 a 28 de fevereiro de 2020. O ano de maior concentração de estudos foi em 2009 (14,58%). Acredita-se que, em decorrência da COVID-19 e seu impacto no âmbito da saúde mental da população, a publicação de artigos relacionados a essa temática crescerá com a necessidade de pesquisas em relação ao TDM.

Ao analisar as publicações por país, verifica-se que: 18,75 % são provenientes dos Estados Unidos da América (9); 16,6% do Brasil (8); 8,33% da Alemanha (4), Espanha (4), Canadá (4) e Reino Unido (4); 4,16% da Bélgica (2), Chile (2) e Holanda (2); 2,08% Austrália, Costa Rica, Singapura, Grécia, Irã, Itália, Tailândia, Suécia e México (1 cada).

O percentual dos sinais e sintomas encontrados foram: Alterações do sono 47,9% (23 estudos), Fadiga/perda de energia 31,25% (15), Humor deprimido 29,1% (14), Baixa concentração 29,1% (14), Sentimentos de culpa 29,1% (14), Alterações do apetite 29,1% (14), Anedonia 27,08% (13), Alterações psicomotoras 27,08% (13), Alterações do peso 27,08% (13), Ideação suicida 25% (12), Comportamento suicida 18,75% (9), Tristeza 16,66% (8), Sensação de fracasso/inutilidade 14,58% (7), Sintomas cognitivos 14,58% (7), Pessimismo 12,5% (6), Baixa autoestima 12,5% (6), Ansiedade 10,4% (5), Dificuldade em pensar/tomar decisões 10,4% (5), Perda de libido 10,4% (5), Irritabilidade 10,4% (5), Incapacidade funcional 10,4% (5), Sintomas somático inespecíficos 10,4% (5), Sensibilidade interpessoal 8,33% (4), Dificuldade de aprendizado/memória 8,33% (4), Tensão muscular 6,25% (3), Hipocondria 6,25% (3), Medo 6,25% (3), Sintomas gastrointestinais 6,25% (3), Dor 6,25% (3), Variação diurna do humor 6,25% (3), Alterações no pensamento 6,25% (3), Déficit no autocuidado 4,16% (2), Vergonha 2,08% (1), Pânico/Paralisia 2,08% (1) e Sentimento de ser um incômodo aos outros 2,08% (1).

Discussão

Dentre os artigos incluídos nesta revisão, nove deram destaque ao TDM associado a outras patologias e condições crônicas de saúde, tanto físicas quanto psiquiátricas, as quais

são um fator de risco para o TDM e vice-versa. Essas condições têm implicação direta na construção do diagnóstico, no tratamento, com ênfase nos idosos, por apresentarem mais comumente outros agravos.^{14,15,16,18,19,28,29,32,34,36,39}

Outrossim, um ponto interessante, no que se refere ao tratamento, são dois estudos que apontam melhorias na sintomatologia do TDM com a prática de atividades físicas, tanto em homens quanto em mulheres, com efeito antidePRESSivo físico, psíquico e comportamentalmente.^{24,26,49}

O TDM apresenta determinado nível de heterogeneidade na sua conformação clínica^{22,23}, logo, para uma melhor compreensão estes foram organizados em dimensões *físicas*, que compreendem as alterações dos sistemas fisiológicos; *psíquicas*, sinais e sintomas que envolvem as alterações nas funções psíquicas, e *comportamentais*, abrangendo relacionamentos e atitudes. Os estudos apresentaram sinais e sintomas em todas as dimensões, com destaque para a dimensão psíquica (79,16%), seguida pela dimensão física (66,66%) e, a comportamental (45,83%).⁶²

Dimensão física

Dentre os sintomas físicos do TDM apresentam-se alterações do sono, como a hipersonia ou insônia, alterações do apetite, alterações do peso, fadiga⁴⁰ e alterações sexuais, sintomas esses, frequentemente presentes também chamados de somáticos. Tais sintomas foram apontados como elementos importantes no curso crônico do TDM e no prejuízo da resposta ao tratamento, além de inapropriadamente não receberem o mesmo foco clínico que os sintomas psíquicos⁴¹, que resultam em menos diagnósticos nos casos de pessoas que apresentam predominantemente sintomas somáticos.²⁰

Os distúrbios do sono foram identificados como os sintomas mais predominantes do TDM, sendo essas alterações: insônia, manter o tempo e eficiência do sono, despertar precoce e hipersonia.^{30,37,42} 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.⁴³

A perda/ganho de peso ou apetite também está intimamente ligada ao TDM.⁴⁴ A perda de peso decorrente de uma diminuição no apetite é algo característico do TDM⁴⁵, vindo a ser mais prevalente em idosos⁴⁶, nos quais a redução do peso, associa-se com o declínio do estado de saúde.⁴⁷ 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 níveis elevados de obesidade.⁴⁸ A fadiga e a perda de energia são sintomas clássicos do TDM⁴⁹, estando presentes em grande parte das pessoas deprimidas e repercutindo de forma negativa na qualidade de vida desses.⁵⁰ Já em relação às alterações sexuais, o TDM aumenta significativamente o risco de desenvolvê-las ou agravar disfunções pré-existentes, além disso, são um evento adverso comum de diversos antidepressivos, o que pode resultar em abandono e interrupção do uso da medicação.⁵¹

Dimensão psíquica

O humor deprimido é definido como um dos sintomas centrais do TDM⁵² e caracteriza-se por um intenso embotamento da emoção e da habilidade de vivenciar emoções congruentes, tanto positivas quanto negativas.⁵³ A anedonia, assim como o humor deprimido, é crucial no diagnóstico do TDM, e refere-se a perda de interesse ou prazer nas atividades diárias⁵⁴, inclusive nas previamente prazerosas.⁵⁵ As mulheres apresentaram predomínio nessa dimensão, com manifestações soberanas de tristeza, choro, dificuldade em tomar decisões, falta de energia, autocrítica, irritabilidade e mudanças na autoimagem em relação aos homens.²¹

A ansiedade mostrou-se um sintoma comum, com sua presença sendo um fator prejudicial no resultado do tratamento.⁴⁰ Da mesma maneira, o sentimento de culpa interferiu na realização da terapêutica, uma vez que fomenta a rejeição e a não busca por ajuda.⁵⁶ Algo esperado, visto que indivíduos com TDM tendem a colocar sobre si mesmos a responsabilidade por situações desagradáveis, ocasionando em sentimentos de vergonha.³³

Houve uma prevalência na sintomatologia do TDM quanto a disfunção cognitiva²⁷, como prejuízo na capacidade de pensar, concentrar, lembrar e aprender coisas novas⁵⁷, até mesmo na tomada de decisões, ocasionando em uma piora no funcionamento psicossocial⁵⁸ e como importante pressagiador do desenvolvimento de ideação suicida.¹⁷

Dimensão comportamental

Os distúrbios psicomotores nas pessoas com TDM expressam-se de diferentes formas, podendo vir a ser uma agitação, na qual a atividade motora está aumentada, ou retardo, onde a atividade encontra-se diminuída.⁶⁰ 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.⁶¹ Outro sintoma do TDM, é a ideação suicida, a qual tende a ser persistente, sendo um dos maiores riscos para o suicídio nessa população.⁵⁹ Ser jovem, não ter cônjuge, emprego, apresentar sintomas psicóticos, aumentam o risco de tentativas de suicídio.^{31,38} Aliás, um dos estudos discorre sobre tipos de temperamento afetivo que se relacionam com o comportamento suicida.³⁵

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.⁶³ 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 delineia 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.^{64,65}

Seguindo esse pensamento, a autogestão, pode vir a ser uma, dentre as diversas formas, de abordagem do TDM, pois tem por objetivo enfatizar atuação do paciente em seu

tratamento somado à capacidade da pessoa, com participação de sua família, comunidade e profissionais de saúde, de gerir os sinais e sintomas físicos e psicossociais, a terapêutica e as consequências culturais e espirituais da comorbidade.

Para tal, as atividades de autogestão são executadas pelos indivíduos e desenvolvidas em cooperação com a equipe de saúde. Intervenções são propostas, e visam favorecer as competências dos pacientes para auto-monitorizar os sintomas e realizar decisões informadas, tornando-se como parceiros ativos no controle do seu processo de doença.^{66,67,68,69}

Conclusão

Os estudos analisados expõem os sinais e sintomas mais frequentes nos indivíduos com TDM. Com destaque a dimensão psíquica que apresentou (79,16%), desse modo, sendo a dimensão de sintomas mais prevalente. O conhecimento dessas manifestações é importante porque contribui para o controle apropriado do TDM, para o cuidado centrado no indivíduo e também colabora com a sua participação ativa no tratamento.

Para melhorar a autogestão da sintomatologia do TDM, deve-se haver uma participação ativa do indivíduo no tratamento, um projeto terapêutico planejado por uma equipe multidisciplinar de saúde com o cuidado centrado no indivíduo, orientando sobre os sinais e sintomas.

Portanto, para essa *Scoping Review* oferece bases para subsidiar a construção de uma tecnologia informática de monitorização e autogestão do controle terapêutico no contexto do TDM.

Referências

1. Tambag H. Effects of a psychiatric nursing course on beliefs and attitudes about mental illness. *Int J Caring Sci.* 2018 cited 2020 May 29;11(1):420-6. Available from:
http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/48_tambag_original_11_1.pdf.
2. World Health Organization et al. Depression and other common mental disorders: global health estimates. World Health Organization, 2017.
3. Gonçalves AMC , Teixeira MTB , Gama JRA , Lopes CS , Silva GA , Gamarra CJ et al. Prevalência de depressão e fatores associados em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família. *J Bras Psiquiatr.* 2018;67(2):101-9.
4. Alvarenga MRM, Oliveira MAC, Faccenda O. Depressive symptoms in the elderly: analysis of the items of the Geriatric Depression Scale. *Acta Paul Enferm.* 2012;25(4):497-503.
5. Perez-Olmos I, Bustamante D, Ibanez-Pinilla M. Serotonin transporter gene (5-HTT) polymorphism and major depressive disorder in patients in Bogotá, Colombia. *Biomédica.* 2016;36(2):285-94.doi:10.7705/biomedica.v36i3.3014.
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-V). Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.
7. Fleck MPA, Lafer B, Sougey EB, Del Porto JA, Brasil MA, Juruena MF. Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (versão integral). *Rev Bras Psiquiatr.* 2003;25(2):114-22.
8. Brasil. Secretaria Municipal de Saúde. Coleção Guia de Referência Rápida Depressão: Tratamento e acompanhamento de adultos com depressão (incluindo pessoas portadoras de doenças crônicas). Rio de Janeiro; 2016.
9. Bauer, Michael, Whybrow PC, Angst J, Versiani M, Möller H, Força-Tarefa da WFSBP sobre Diretrizes de Tratamento para Transtornos Depressivos Unipolares. Diretrizes da World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) para

- tratamento biológico de transtornos depressivos unipolares, 2^a parte: tratamento de manutenção do transtorno depressivo maior e tratamento dos transtornos depressivos crônicos e das depressões subliminares. Rev Psiq Clín. 2009;36(2):58-76.
10. Ulrich EM, Mattei AT, Mantovani MF, Madureira AB, Kalinke LP. Care models for people with chronic diseases: integrative review. Invest. Educ. Enferm. 2017; 35 (1): 8-16.
 11. Brito M. A reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência no autocuidado - Uma teoria explicativa. Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, 2012. Tese de Doutoramento.
 12. Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Baldini SC, Khalil H, Parker D. Chapter 11: scoping reviews. In: Aromataris E, Munn Z (Editors). Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual, JBI, 2017.
 13. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG; PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. PLoS Med. 2009;6(7):e 1000097. doi: 10.1371/journal.pmed.1000097
 14. Júnior EVS, Brito SA, Rosa RS, Boery EN, Boery RNSO. Impact of factors associated with depressive symptoms on elderly health with hemodialysis. Enfermería Actual de Costa Rica. 2018;35:01-14.
 15. Gouveia L, Lelorain S, Brédart A, Dolbeault S, Bonnaud-Antignac A, Cousson-Gélie F, et al. Oncologists perception of depressive symptoms in patients with advanced cancer: accuracy and relational correlates. BMC Psychology. 2015;3: 01-11.
 16. Barros MBA, Lima MG, Azevedo RCS, Medina LBP, Lopes CS, Menezes PR, et al. Depression and health behaviors in Brazilian adults - PNS 2013. Rev Saúde Pública. 2017;51:1:8.
 17. Medeiros HLV, Sougey EB. Distorções do pensamento em pacientes deprimidos: frequência e tipos. J Bras Psiquiatr. 2010;59(1):28-33.

18. Terroni LMN, Frágua R, Lucia M, Tinone G, Mattos P, Iosifescu DV, et al. Importance of retardation and fatigue/interest domains for the diagnosis of major depressive episode after stroke: a four months prospective study. *Rev Bras Psiquiatr.* 2009;31(3):202-7.
19. Veigal BAAG, Borges V, Silva SMCA, Goulart FO, Cendoroglo MS, Ferraz HB. Depression in Parkinson's disease: clinical-epidemiological correlates and comparison with a controlled group of non-parkinsonian geriatric patients. *Rev Bras Psiquiatr.* 2009;31(1):39-42.
20. Henriques SG, Frágua R, Iosifescu DV, Menezes PR, Lucia MCS, Gattaz WF, et al. Recognition of depressive symptoms by physicians. *CLINICS* 2009;64(7):629-35.
21. Molina MAL, Jansena K, Drewsa C, Pinheiro R, Silva R, Souza L. Major depressive disorder symptoms in male and female young adults. *Psychology, Health & Medicine.* 2014;19(2):136–145.
22. Schaakxs R, Comijs HC, Lamers F, Beekman ATF, Penninx BWJH. Age-related variability in the presentation of symptoms of major depressive disorder. *Psychol Med.* 2017;47(3):543-552.
23. Hybels CF, Blazer DG, Pieper CF, Landerman LR, Steffens DC. Profiles of depressive symptoms in older adults diagnosed with major depression: latent cluster analysis. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2009;17(5):387-96.
24. McKercher C, Patton GC, Schmidt MD, Venn AJ, Terence Dwyer, Kristy Sanderson. Physical activity and depression symptom profiles in young men and women with major depression. *Psychosom Med.* 2013;75(4):366-74.
25. Hybels CF, Landerman LR, Blazer DG. Age differences in symptom expression in patients with major depression. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2012;27(6):601-11.
26. Portellano-Ortiz C, Garre-Olmo J, Calvó-Perxas L, Conde-Sala JL. Depression and associated variables in people over 50 years in Spain. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Engl Ed).* 2018;11(4):216-226.
27. Roca M, Vives M, López-Navarro E, García-Campayo J, Gili M. Cognitive impairments and depression: a critical review. *Actas Esp Psiquiatr.*

2015;43(5):187-93.

28. Osorio R, Lózar BG, Ramos I, Agüera L. Executive function in patients with late onset depression. *Actas Esp Psiquiatr*. 2009;37(4):196-9.
29. Mowla A, Kalantarhormozi MR, Khazraee S. Clinical characteristics of patients with major depressive disorder with and without hypothyroidism: a comparative study. *J Psychiatr Pract*. 2011;17(1):67-71.
30. Schmidt FM, Arendt E, Steinmetzer A, Bruegel M, Kratzsch J, Strauss M, et al. CSF-hypocretin-1 Levels in Patients With Major Depressive Disorder Compared to Healthy Controls. *Psychiatry Res*. 2011 Dec 30;190(2-3):240-3.
31. Salvo L, Ramírez J, Castro A. Factores de riesgo para intento de suicidio en personas con trastorno depresivo en atención secundaria. *Rev Med Chile*. 2019;147:181-189.
32. Martínez P, Rojas G, Fritsch R, Martínez V, Vöhringer PA, Castro A. Comorbilidad en personas con depresión que consultan en centros de la atención primaria de salud en Santiago, Chile. *Rev Med Chile*. 2017;145:25-32.
33. Yeo SN, Zainal H, Tang CS, Tong EM, Ho CS, Ho RC. Success/failure condition influences attribution of control, negative affect, and shame among patients with depression in Singapore. *BMC Psychiatry*. 2017;17:1-7.
34. Wongpakaran N, Wongpakaran T, Reekum RV. Discrepancies in Cornell scale for depression in dementia (CSDD) items between residents and caregivers, and the CSDD's factor structure. *Clin Interv Aging*. 2013;8:641-8.
35. Pompili M, Innamorati M, Rihmer Z, Gonda X, Serafini G, Akiskal H, et al. Cyclothymic depressive anxious temperament pattern is related to suicide risk in 346 patients with major mood disorders. *J Affect Disord*. 2012;136(3):405-11.
36. Canuto A, Gkinis G, DiGiorgio S, Arpone F, Herrmann FR, Weber K. 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*. 2016 Oct;20(10):1092-8.
37. Potvin O, Lorrain D, Belleville G, Grenier S, Préville M. Subjective sleep

- characteristics associated with anxiety and depression in older adults: a population-based study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2014;29(12):1262-70.
38. Sachs-Ericsson N, Hames JL, Joiner TE, Corsentino E, Rushing NC, Palmer E, et al. Differences Between Suicide Attempters and Nonattempters in Depressed Older Patients: Depression Severity, White-Matter Lesions, and Cognitive Functioning. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2014;22(1):75-85.
39. Luijendijk HJ, Tiemeier H, Berg JFVD, Bleumink GS, Hofman A, Stricker BHC. Heart Failure and Incident Late-Life Depression. *J Am Geriatr Soc*. 2010;58(8):1441-8.
40. Galizia I, Oldani L, Macritchie K, Amari E, Dougall D, Jones TN, et al. S-adenosyl methionine (SAMe) for depression in adults. *Cochrane Database Syst Rev*; 2016.
41. Christensen MC, Florea I, Lindsten A, Baldwin DV. Efficacy of vortioxetine on the physical symptoms of major depressive disorder. *J Psychopharmacol*. 2018; 32(10): 1086–1097.
42. Pandi-Perumal SR, Moscovitch A, Srinivasan V, Spence DW, Cardinali DP, Brown GB, et al. Bidirectional communication between sleep and circadian rhythms and its implications for depression: lessons from agomelatine. *Prog Neurobiol*. 2009;88(4):264-71.
43. Srisurapanont M, Likhitsathian S, Chua HC, Udomratn P, Chang S, Maneeton N, et al. Clinical and sociodemographic correlates of severe insomnia in psychotropic drug-free, Asian outpatients with major depressive disorder. *J Affect Disord*. 2015;186:26-31.
44. Moreno J, Campos MG, Lara C, Torner C. El sistema serotoninérgico en el paciente deprimido. Primera parte. México: SaludMent. 2005;vol.28(6):20-26.
45. Deuschle M, Blum WF, Englaro P, Schweiger U, Weber B, Pflaum CD, et al. Plasma leptin in depressed patients and healthy controls. *Horm Metab Res*. 1996; 28(12):714-7.
46. Potter GG, McQuoid DR, Steffens DC. Appetite loss and neurocognitive deficits in late-life depression. *Int J Geriatr Psychiatry*, 2015;30(6):647-54.

47. Charlton RA, Lamar M, Ajilore O, Kumar A. Preliminary analysis of age of illness onset effects on symptom profiles in major depressive disorder. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2013; 28(11):1166–1174.
48. Gomes AP, Soares ALG, Menezes AMB, Assunção MC, Wehrmeister FC, Howe LD, et al. Adiposity, depression and anxiety: interrelationship and possible mediators. *Rev Saude Publica*. 2019;53:103.
49. Knapen J, Vancampfort D, Moriën Y, Marchal Y. Exercise therapy improves both mental and physical health in patients with major depression. *Disabil Rehabil*. 2015;37(16):1490-5.
50. Ferentinos P, Kontaxakis VP, Havaki-Kontaxaki BJ, Dikeos D, Papadimitriou GN, Lykouras L, et al. The effect of the number of depressive episodes on fatigue in female patients with major depression. *EUR NEUROPSYCHOPHARMACOL*. 2010, v. 20(3):S349-S350.
51. Wagner S, Wollschläger D, Dreimüller N, Engelmann J, Herzog DP, Roll SC, et al. Effects of age on depressive symptomatology and response to antidepressant treatment in patients with major depressive disorder aged 18 to 65 years. *Compr Psychiatry*. 2020;99:152-170.
52. Maske UE, Buttery AK, Beesdo-Baum K, Riedel-Heller S, Hapke U, Busch MA. 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*. 2016;190:167-177.
53. Kavirajan HC, Lueck k, Chuang k. Alternating current cranial electrotherapy stimulation (CES) for depression. *Cochrane Database Syst Rev*; 2014.
54. Heininga VE, Dejonckheere E, Houben M, Obbels J, Sienaert P, Leroy B, et al. The dynamical signature of anhedonia in major depressive disorder: positive emotion dynamics, reactivity, and recovery. *BMC Psychiatry*. 2019; v. 19(59).
55. Friedlander AH, Mahler ME. Major depressive disorder. *Psychopathology, medical management and dental implications*. *J AmDent Assoc*. 2001;132(5):629-38.

56. Lotfi L, Flyckt L, Krakau I, Mårtensson B, Nilsson GH. Undetected depression in primary healthcare: occurrence, severity and co-morbidity in a two-stage procedure of opportunistic screening. *Nord J Psychiatry*. 2010;64(6):421-7.
57. Christensen MC, Loft H, McIntyre RS. Vortioxetine improves symptomatic and functional outcomes in major depressive disorder: A novel dual outcome measure in depressive disorders. *J Affect Disord*. 2018;227:787-794.
58. Rock PL, Roiser JP, Riedel WJ, Blackwell AD. Cognitive impairment in depression: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*. 2014;44(10):2029- 40.
59. Flink N, Lehto SM, Koivumaa-Honkanenb H, Viinamäkib H, Ruusunenc A, Valkonen-Korhonenb M, et al. Early maladaptive schemas and suicidal ideation in depressed patients. *Eur J Psychiatr*. 2017;31(3):87-92.
60. Lemke MR, Koethe N, Schleidt M. Segmentation of behavior and time structure of movements in depressed patients. *Psychopathology*. 2000;33(3):131-6.
61. Machado N, Parcias SR, Santos K, Silva MEM. Transtorno depressivo maior: avaliação da aptidão motora e da atenção. *J Bras Psiquiatr*. 2009; p.175-180.
62. Del Porto J. Conceito e diagnóstico. *Rev Bras Psiquiatr*. 1999;21(1):6-11.
63. Gomes GBM, Martins RPC. Reinscrição psicossocial por meio de atendimento grupal de pacientes depressivos do caps. *Perspec em Psicologia*. 2015;19(1):58-78.
64. Amaral GF, Jardim PCBV, Brasil MAA, Souza ALL, Freitas HF, Taniguchi LM, et al. Prevalência de transtorno depressivo maior em centro de referência no tratamento de hipertensão arterial. *Rev Psiquiatr RS*. 2007;29(2):161-168.
65. Costa A, Silveira M, Vianna P, Silva-Kurimoto T. Desafios da atenção psicossocial na rede de cuidados do sistema único de saúde do Brasil. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 7, 2012; 46-53.
66. Galvão MTRLS, Janeiro JMSV. O autocuidado em enfermagem: Autogestão, automonitorização e gestão sintomática como conceitos relacionados. *Rev Min Enferm*. 2013;17(1): 225-230.
67. Balduino AFA, Mantovani MF, Lacerda MR, Meier MJ. Análise conceitual de autogestão do indivíduo hipertenso. *Rev Gaúcha Enferm*. 2013;34(4):37-44.

68. Lorig K, Ritter PL, Pifer C, Werner P. Effectiveness of the Chronic Disease SelfManagement Program for Persons with a Serious Mental Illness: A Translation Study. *Community Ment Health J.* 2014; 50:96–103.
69. Wehmeier PM, Fox T, Doerr JM, Schnierer N, Bender M, Nater UM. Development and Validation of a Brief Measure of Self- Management Competence: The SelfManagement Self-Test (SMST). *Ther Innov Regul Sci.* 2020; 54: 534–543.