

Transtorno depressivo maior: avaliação da aptidão motora e da atenção

Major depressive disorder: motor aptitude and attention evaluation

Naiana Machado ^{1,2}, Silvia Rosane Parcias ^{2,3}, Karoliny dos Santos ^{1,2}, Maria Eduarda Merlin da Silva ^{1,2}

RESUMO

Objetivo: Avaliar a aptidão motora geral e específica e a atenção em pacientes com transtorno depressivo maior (TDM). **Métodos:** Dezesesseis mulheres hospitalizadas responderam a uma Entrevista Sociodemográfica e Clínica e foram avaliadas através do Teste de Trilhas e Escala Motora para Terceira Idade (EMTI). **Resultados:** A média de idade foi 38,63 anos e a do primeiro diagnóstico 32,81 anos; com renda familiar baixa. Na avaliação da aptidão motora geral, 56,25% das pacientes deste estudo foram classificadas como “abaixo da média”, 37,5% como “normal médio” e 6,25%, “normal alto”. As variáveis “motricidade global” e “organização temporal” obtiveram classificação “inferior”. A amostra apresentou maior tempo de execução nos testes de atenção em relação aos valores de referência e um pior desempenho com o aumento da idade. E quanto maior o tempo para a realização do Teste de Trilhas, pior foi o desempenho na EMTI. **Conclusões:** Na maioria das pacientes, a aptidão motora geral, motricidade global e organização temporal encontram-se abaixo da média. Verificou-se a existência de disfunções e influência da idade no nível da atenção, e ainda a existência de relação entre os déficits atencional e motor. Quanto mais baixo o nível de atenção, pior é a aptidão motora.

Palavras-chave

Transtorno depressivo maior, desempenho psicomotor, atividade motora, atenção.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the general and specific motor aptitude and attention in patients with major depressive disorder (MDD). **Methods:** Sixteen women admitted in a psychiatric hospital answered to a clinic and socio-demographic interview. For the evaluation it was used the Motor Scale for the Elderly (Escala Motora para Terceira Idade – EMTI) and the Trail Making Test (TMT). **Results:** The average age of women was 38,63 years old, and the first diagnostic was made on average of 32,81 years old; they also have a low family income. At the general motor aptitude, 56,25% of the patients were classified as “below average”, 37,5% as “normal medium” and 6,25% as “normal low”. The variables global motricity and the temporal organization were classified as

Recebido em
29/5/2009
Aprovado em
30/7/2009

1 Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Departamento de Fisioterapia.

2 Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Laboratório de Desenvolvimento Humano (LADEHU), Núcleo de Atividade Física, Saúde e Gerontomotricidade (NAFISGE).

3 Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Programa de Pós-graduação em Neurociências; e Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL).

Endereço para correspondência: Naiana Machado
Rua Aduci Arbueis do Nascimento, 74, Serraria – 88115-190 – São José, SC
Telefone: (48) 3258 0429 / (48) 8416 6921
E-mail: naianamachado@gmail.com

Keywords

Major depressive disorder, psychomotor performance, motor activity, attention.

*"inferior". The sample showed they need a higher time to execute the tests compared to reference values and also their performance is worse as their age increased. **Conclusions:** In most patients, the general motor aptitude, the global motricity and the temporal organization were considered below average. It were also detected some dysfunctional problems, the influence of age on the level of attention and the negative relationship between the level of attention and the motor performance: the higher the time to make the Trail Making Test, the worse is the performance in Motor Scale for the Elderly.*

INTRODUÇÃO

O transtorno depressivo maior (TDM) é uma condição médica comum, crônica e recorrente que frequentemente ocasiona incapacidade funcional e comprometimento da saúde física e mental¹⁻³. Na atualidade, o transtorno é a quarta causa de incapacidade no mundo e, de acordo com estimativas, em 2020 a doença será a segunda maior causa mundial de inabilidade para o trabalho⁴. Nas Américas, o TDM já constitui a primeira causa de incapacidade, superando até as enfermidades cardiovasculares⁵.

Apesar da gravidade do transtorno, há uma tendência em subestimar o impacto que o mesmo causa sobre a vida diária dos indivíduos acometidos, supondo que, uma vez desaparecidos os sintomas, a recuperação é total. No entanto, existem controvérsias a respeito de quais funções cognitivas são alteradas durante os períodos ativos da doença e quais déficits persistem nos indivíduos que apresentam remissão clínica⁶.

A doença apresenta uma ampla sintomatologia que inclui desde 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 retardo motor⁷.

Muitos pacientes também relatam prejuízo na capacidade de pensar, concentrar-se ou tomar decisões¹. Sabe-se que a atenção é a base para todos os processos cognitivos e que sua alteração implica em dificuldades nas funções psicomotoras, executivas, capacidade de aprendizagem e memória⁸.

De modo semelhante, a aptidão motora está profundamente associada aos aspectos físicos, neurológicos, psicológicos e sociais do ser humano⁹. Pode-se avaliar o padrão motor de um sujeito verificando sua aptidão motora (AM), que representa a capacidade de realizar um movimento motor intencional (práxis motora) e está relacionada ao equilíbrio neuropsicomotor, tendo como elementos básicos: motricidade fina e global, equilíbrio, esquema corporal, organização espacial e temporal, lateralidade e linguagem¹⁰.

Portanto, a avaliação da aptidão motora e da atenção torna-se um elemento útil para identificar e monitorar alte-

rações psicomotoras, constituindo o caminho lógico a seguir para compreender melhor a doença, melhorar a especificidade diagnóstica, bem como estabelecer parâmetros diagnósticos e terapêuticos.

Não foram encontrados na literatura trabalhos que quantificam os déficits motores em suas áreas específicas em indivíduos com TDM. Verifica-se, assim, a necessidade de construir um conhecimento mais profundo do funcionamento neuropsicológico da doença e sua relação com as disfunções cognitivas, mais precisamente em relação à motricidade nos seus diferentes domínios, e investigar a relação da atenção sobre o rendimento motor desses pacientes. O TDM, por sua variada complexidade, etiologia e apresentação clínica, representa uma indicação muito significativa de acompanhamento terapêutico¹¹. Estudos preliminares sugerem que o uso de terapias voltadas para a resolução de problemas seja eficaz na redução dos sintomas depressivos e na melhora do desempenho em atividades da vida diária, podendo ser uma alternativa terapêutica importante para essa população⁶.

Dessa forma, o objetivo deste estudo foi avaliar a aptidão motora geral e específica, e a atenção em indivíduos com diagnóstico de TDM, a fim de verificar a relação entre essas variáveis e identificar possíveis déficits motores e alterações da atenção em função da doença depressiva, visando contribuir no processo de reabilitação dessas áreas.

MÉTODO

Participaram deste estudo 16 pacientes do sexo feminino, com diagnóstico clínico de transtorno depressivo maior segundo os critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV)¹, que se encontravam em tratamento pelo Sistema Único de Saúde (SUS), entre o 4º e o 10º dia de internação na ala feminina de um hospital psiquiátrico da cidade de São José, SC. A pré-seleção clínica das pacientes foi realizada por um psiquiatra, sendo adotados como critérios de exclusão: história atual de dependência de álcool, gravidez, além de problemas físicos e de saúde que impedissem a realização dos testes.

Os sujeitos foram informados sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa e, assim que concordaram em participar, assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido. Obteve-se a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade do Estado de Santa Catarina (Processo nº: 3286/2007).

O protocolo de investigação foi composto de três partes: Entrevista Sociodemográfica e Clínica, Teste de Trilhas e Escala Motora para Terceira Idade (EMTI) adaptada, aplicados nessa ordem, de forma individual, em uma sessão com duração de 60 minutos.

A Entrevista Sociodemográfica e Clínica foi empregada com o intuito de caracterizar a amostra, tendo por base os seguintes itens: idade, sexo, estado civil, escolaridade, renda familiar, ocupação, idade do primeiro diagnóstico e utilização de medicamentos psiquiátricos.

O Teste de Trilhas¹², utilizado no protocolo de pesquisa, avalia, além da atenção, a flexibilidade mental, a velocidade de processamento visual e a função motora, sendo constituído por duas partes. Na primeira etapa (Parte A), utilizando um lápis a pessoa deve conectar uma série de círculos contendo números dispostos ao acaso em sequência numérica, fazendo uma verificação visual simples. Na segunda (Parte B), adiciona-se a dimensão de flexibilidade cognitiva, pois devem-se ligar números e letras dentro de círculos em sequências alternadas, em ordem crescente. O critério de correção é o tempo, em segundos; quanto maior o tempo utilizado para concluir cada parte, pior o desempenho. Como não possui normatização para a população brasileira, foram utilizados valores de referência da população norte-americana, constituindo, portanto, um fator limitante do estudo.

A Escala Motora para Terceira Idade¹⁰ consiste numa bateria de testes motores que avaliam a aptidão motora geral e específica através da análise de seis variáveis: motricidade fina, motricidade global, equilíbrio, esquema corporal, organização espacial e organização temporal. Em cada um desses domínios, o indivíduo realiza, em sequência, 10 atividades que vão aumentando o nível de dificuldade progressivamente. Neste estudo, optou-se por iniciar no 5º teste de cada domínio, como sugerido pelo autor¹⁰ e procedido em outra pesquisa¹³ na qual os pesquisadores decidiram o mesmo por se tratar de uma população mais jovem. A pontuação é realizada através da soma dos resultados positivos obtidos nas provas e a classificação é realizada de acordo com a Tabela 1.

A análise dos dados foi realizada através dos recursos da estatística descritiva e inferencial, utilizando o programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 13.0. Para verificar a normalidade dos dados, utilizou-se o teste de Shapiro-Wilk. Como os dados se apresentaram normais, relacionou-se a aptidão motora geral e a atenção utilizando o teste paramétrico de correlação de Pearson. Para todos os cálculos foi fixado o nível crítico de 5% ($p \leq 0,05$).

Tabela 1. Classificação dos resultados EMTI

130 ou mais	Muito superior
120 – 129	Superior
110 – 119	Normal alto
90 – 109	Normal médio
80 – 89	Normal baixo
70 – 79	Inferior
69 ou menos	Muito inferior

Fonte: ROSA NETO, 2009, p. 126.

RESULTADOS

A idade das pacientes variou de 22 a 55 anos, com média de 38,63 ($\pm 9,67$); sendo a idade do primeiro diagnóstico, de 13 a 55 anos, com média de 32,81 ($\pm 11,77$).

Em relação ao diagnóstico médico, as pacientes foram classificadas conforme mostra o Quadro 1. O TDM com episódio único grave sem características psicóticas ($n=5$; 31,25%) e o TDM recorrente leve ($n=5$; 31,25%) foram os diagnósticos mais encontrados.

Quadro 1. Diagnóstico clínico

TDM	Episódio único	Leve ($n = 2$) (12,5%)
		Grave sem características psicóticas ($n = 5$) (31,25%)
TDM	Recorrente	Grave com características psicóticas ($n = 1$) (6,25%)
		Leve ($n = 5$) (31,25%)
		Grave sem características psicóticas ($n = 1$) (6,25%)
		Grave com características psicóticas ($n = 2$) (12,5%)

Todas as pacientes utilizavam medicação psiquiátrica. O Gráfico 1 apresenta a porcentagem de medicamentos utilizados por classe terapêutica.

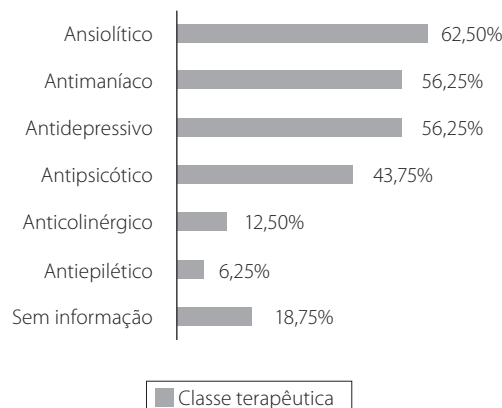


Gráfico 1. Medicamentos por classe terapêutica.

As características sociodemográficas da amostra estão sumarizadas na Tabela 2. A maioria das mulheres era casada (n=10; 62,5%), não havia completado o Ensino Fundamental (n=6; 37,5%), possuía renda familiar de 1 a 3 salários mínimos (n=7; 43,75%) e encontrava-se afastada do emprego em virtude da doença depressiva (n=8; 50%).

Tabela 2. Características sociodemográficas

	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Estado Civil		
Solteira	1	6,25
Casada	10	62,5
Desquitada	5	31,25
TOTAL	16	100,0
Escolaridade		
Analfabeta	1	6,25
Ensino Fundamental Incompleto	6	37,5
Ensino Fundamental Completo	4	25
Ensino Médio Completo	5	31,25
TOTAL	16	100,0
Renda Familiar		
1 a 3 Salários Mínimos*	7	43,75
4 a 6 Salários Mínimos	6	37,5
7 ≥ Salários Mínimos	2	12,5
Não Informado	1	6,25
TOTAL	16	100,0
Ocupação		
Em Atividade	7	43,75
Rendas Domésticas	1	6,25
Afastada (por doença)	8	50
TOTAL	16	100,0

* 1 Salário Mínimo ≈ R\$ 400,00.

Quanto à avaliação da atenção, 3 das 16 pacientes avaliadas não conseguiram realizar a Parte A do Teste de Trilhas e seis não completaram a Parte B. Os valores médios para cada faixa etária estão representados na Tabela 3.

Tabela 3. Tempo de execução Teste de Trilhas - A e B (por faixa etária)

Faixa Etária	Teste de Trilhas Parte A (média em segundos)		Teste de Trilhas Parte B (média em segundos)	
	Valor de referência	Valor encontrado	Valor de referência	Valor encontrado
20 – 29 (n=4)	27,4 (σ 9,6)	112 (σ 24)	58,7 (σ 15,9)	197 (σ 0)
30 – 39 (n=3)	30,2 (σ 10,6)	74,3 (σ 52,3)	61 (σ 23,4)	197,5 (σ 82,7)
40 – 49 (n=7)	30,7 (σ 9,9)	131,3 (σ 73,7)	64,4 (σ 18,9)	214,4 (σ 122,8)
50 – 59 (n=2)	35,1 (σ 10,6)	118 (σ 93,4)	77,7 (σ 23,8)	302 (σ 203,6)

Os escores obtidos pelas pacientes avaliadas no Teste de Trilhas foram comparados com dados normativos disponíveis na literatura, considerando uma diferença significativa qualquer escore superior a 2 desvios-padrão quando comparado ao escore médio normativo, conforme utilizado no estudo de Kolling *et al.* (2007)¹⁴.

Verificou-se nas pacientes deste estudo, em todas as faixas etárias, um maior tempo para a execução dos testes, tanto da Parte A quanto da Parte B. O incremento no tempo e as diferenças entre as Partes A e B foram mais pronunciadas com o aumento da idade. Também se observaram elevados valores de desvio-padrão, o que pode ser justificado pela discrepância nos tempos de execução de cada grupo.

A avaliação da aptidão motora geral revelou que, das 16 pacientes avaliadas, 9 (56,25%) obtiveram aptidão motora abaixo da média, 6 (37,5%) foram classificadas como aptidão motora “normal médio” e 1 (6,25%) como “normal alto” (ver Tabela 4).

Tabela 4. Aptidão motora geral

Classificação (EMTI)	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Normal alto	1	6,25
Normal médio	6	37,5
Normal baixo	1	6,25
Inferior	5	31,25
Muito inferior	3	18,75
TOTAL	16	100,0

O resultado da avaliação por áreas específicas da aptidão motora mostrou que: em relação à motricidade fina, as pacientes obtiveram classificação “normal médio”; no equilíbrio, esquema corporal e organização espacial, foram classificadas como “normal baixo”; e na motricidade global e organização temporal, apresentaram desempenho “inferior”, como se observa na Tabela 5.

Tabela 5. Aptidão motora específica

	Média	Classificação
Motricidade fina	92,12 (σ 25,08)	Normal média
Motricidade global	76,50 (σ 28,01)	Inferior
Equilíbrio	84,00 (σ 25,55)	Normal baixa
Esquema corporal	82,50 (σ 23,13)	Normal baixa
Organização espacial	87,75 (σ 23,88)	Normal baixa
Organização temporal	78,00 (σ 10,73)	Inferior

A relação entre a aptidão motora geral e a atenção (Parte A) através do teste de correlação de Pearson demonstrou um valor de -0,657, indicando uma associação linear negativa moderada entre as variáveis. Na mesma relação realizada para a Parte B, o valor foi de -0,743, revelando associação linear negativa alta entre as variáveis. Esses dados demonstram que, quanto maior o tempo de realização do Teste de Trilhas, pior foi o desempenho na EMTI.

DISCUSSÃO

O presente estudo avaliou a aptidão motora geral e a específica, e a atenção em indivíduos com transtorno depressivo maior (TDM). A idade média das pacientes da amostra foi de 38,63 anos, entretanto destaca-se que a depressão começa a atingir pessoas em plena juventude, sendo que a média etária de sua primeira manifestação baixou de 40 para 26 anos¹⁵.

Em relação à situação conjugal, a maioria das mulheres era casada. Contudo, a depressão parece ser mais frequente entre pessoas divorciadas ou separadas. Pessoas que moram sozinhas e viuvez recente representam probabilidade maior de desenvolver essa patologia, já que a solidão é um suposto fator de risco. Dessa forma, o casamento mostra-se como fator de proteção à depressão, mais para os homens do que para as mulheres^{16,17}.

Esse transtorno é mais comum em indivíduos com menor renda e nível de escolaridade¹⁸, fato também observado na amostra estudada em se tratando da renda. Embora achados em diferentes amostras sugiram não haver relação dos índices encontrados com etnia, educação, rendimentos ou estado civil¹.

É relatado que a educação é um fator de proteção à depressão e determinante para um tratamento eficaz. A correlação entre educação e saúde parece ser bastante robusta e tem sido encontrada mundialmente entre populações de várias idades, rendas e raças. A educação está, geralmente, correlacionada com menores taxas de depressão, sendo que níveis educacionais mais elevados podem reduzir o risco de desenvolvimento de depressão¹⁷, o que não foi possível constatar neste estudo, possivelmente por se tratar de um número amostral pequeno.

Existe uma associação clara e consistente entre o tempo de trabalho perdido e o TDM¹⁸. A literatura tem mostrado evidências de que os pacientes depressivos têm diminuição da produtividade no trabalho e prejuízo da qualidade de vida quando comparados a portadores de outras doenças de caráter crônico¹⁹. A depressão afeta a população em geral, sendo altamente incapacitante e interferindo de modo decisivo e intenso na vida pessoal, profissional, social e econômica dos portadores²⁰. Nesse aspecto os dados encontrados neste estudo corroboram essas observações, já que a maioria das pacientes encontrava-se afastada do trabalho em virtude da doença depressiva.

Em relação à avaliação da atenção, obtivemos um baixo rendimento no Teste de Trilhas, tanto na Parte A quanto na B, quando comparado com os valores normais de referência para a mesma faixa etária. Esse resultado encontra suporte na literatura e sugere a existência de disfunções atencionais em pacientes com TDM²¹. Quanto ao fator idade, houve um aumento no tempo de execução do Teste de Trilhas, tanto

na Parte A quanto na B, proporcional ao aumento da idade, tal como o esperado e constatado em outras pesquisas¹².

Os resultados dessa amostra foram semelhantes aos descritos em estudo anterior²², o qual descreve a presença de alterações na capacidade de sequenciação visoespacial, memória imediata e atenção em pacientes com depressão unipolar, quando comparados a indivíduos normais. Também foi verificado, em pacientes eutímicos com TDM, déficits na atenção e na função executiva, caracterizando um desempenho deficiente em todos os domínios da atenção, o qual persiste nos períodos de remissão e aumenta à medida que prossegue a doença²³.

A disfunção cognitiva é comum entre os indivíduos com TDM, no entanto, os componentes da cognição não são igualmente afetados. Pacientes depressivos com características psicóticas apresentam desempenho significativamente menor do que indivíduos saudáveis nas variáveis velocidade e precisão quando relacionadas à atenção seletiva²⁴.

Na avaliação da aptidão motora geral através da EMTI, a maioria das pacientes foi classificada "abaixo da média", poucas se encontravam dentro dos padrões de normalidade.

É descrito, em pacientes deprimidos unipolares, comprometimento da capacidade de sustentar a atividade cognitiva e motora, de alternar o foco de atenção, além de lentidão motora e cognitiva. Os déficits teriam relação com a gravidade do quadro, sendo mais intensos em pacientes que necessitam de internação hospitalar²⁵.

A análise da aptidão motora específica revelou que a motricidade global e organização temporal foram as áreas que apresentaram maior comprometimento, estando abaixo do padrão considerado normal.

Alterações no padrão motor, como as apresentadas nesta pesquisa, foram também descritas em outro estudo que comparou pacientes hospitalizados com TDM (uma semana após o início do tratamento) com indivíduos saudáveis. Tal estudo observou, nos indivíduos deprimidos, um retardo motor caracterizado por maior tempo para execução das tarefas, mais pausas e menor velocidade²⁶.

Caligiuri e Ellwanger (2000)²⁷, examinando aspectos motores e cognitivos do atraso motor em pacientes deprimidos, encontraram prejuízo significativo na velocidade, e um tempo de reação mais longo comparado com controles não depressivos. Aproximadamente 40% dos pacientes demonstraram função psicomotora anormal e mais de 60%, alguma forma de lentidão motora. Cerca de 40% dos pacientes apresentaram déficits de programação motora semelhantes aos parkinsonianos.

Ao relacionar a aptidão motora geral e a atenção, verificou-se que uma maior lentidão na execução das provas do Teste de Trilhas substancia menores valores na EMTI. Tal achado sugere que, quanto pior for o nível de atenção nos pacientes depressivos, pior também será a aptidão motora

geral, o que revela um possível déficit ou tendência a um déficit motor nesses sujeitos.

Igualmente, Lemelin e Baruch (1997)²⁸, observando pacientes com depressão maior não medicados, encontraram correlação significativa entre o desempenho psicomotor e a atenção. Também é citada a existência de vínculo entre o atraso motor e o déficit de atenção, comprovando o valor do diagnóstico clínico de atraso psicomotor como um preditor de déficit cognitivo em indivíduos deprimidos.

Acredita-se que essa disfunção psicomotora observada nos pacientes depressivos seja o resultado tanto de déficits cognitivos quanto motores. Sabbe *et al.* (1999)²⁶ ainda afirmam que os sistemas cognitivos e motor nunca funcionam de forma independente, entretanto, as suas inter-relações ainda continuam por esclarecer.

Os resultados obtidos no presente estudo estão de acordo com a literatura atual²¹, a qual sugere que a atenção e as funções executivas são seletivamente afetadas pela depressão.

No entanto, vale lembrar que todas as pacientes utilizavam algum tipo de medicamento psiquiátrico, o que pode produzir efeitos colaterais cardiotóxicos, anticolinérgicos e hipotensão postural, mesmo em doses terapêuticas²⁹. Isso pode ter interferido no resultado do desempenho motor e da atenção do grupo estudado, já que essa variável não foi controlada, constituindo-se um fator limitante. Todavia, uma investigação da atenção e de tarefa motora (datilografia) em sujeitos normais, em um grupo medicado com bromazepan e outro placebo, não demonstrou diferenças entre os grupos quanto ao score bruto e no tempo de execução, sobretudo foram observados erros cometidos durante a prática motora³⁰.

CONCLUSÕES

A maioria das pacientes com TDM apresenta aptidão motora geral, motricidade global e organização temporal abaixo da média considerada normal. A capacidade atencional encontra-se abaixo dos valores normais de referência. Verificou-se a existência de relação entre os déficits motor e de atenção, sendo que quanto mais baixo o nível de atenção pior é a aptidão motora. Esses achados poderão servir de subsídio e como embasamento para propor atividades de intervenção no sentido de minimizar os déficits cognitivos, de atenção e psicomotores causados pela doença.

REFERÊNCIAS

- Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais DSM-IV-TR. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2002.
- Fleck M, Lafer B, Sougey E, Del Porto J, Brasil M, Juruena M. Diagnóstico e tratamento da depressão. 2001 Mar:1-9.
- Fleck M, Lafer B, Sougey E, Del Porto J, Brasil M, Juruena M. Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (versão integral). Rev Bras Psiquiatr. 2003;25(2):114-22.
- Murray C, Lopez A. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: global burden of disease study. Lancet. 1997;(349):1498-504.
- Ustun TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S, Mathers C, Murray CJ. Global burden of depressive disorders in the year 2000. Br J Psychiatry. 2004;(184):386-92.
- Rozenthal M, Laks J, Engelhardt E. Aspectos neuropsicológicos da depressão. Rev Psiquiatr. 2004;26(2):204-12.
- Del Porto J. Conceito e diagnóstico. Rev Bras Psiquiatr. 1999;21(1):6-11.
- Martínez-Arán A, Vieta E, Colom F, Reinares A, Benabarre C, Torrent J, et al. Neuropsychological performance in depressed and euthymic bipolar patients. Neuropsychobiology. 2002;46(1):16-21.
- Fonseca V. Manual de observação psicomotora: significação psiconeurológica dos fatores psicomotores. São Paulo: Artes Médicas; 1995.
- Rosa F. Manual de avaliação motora para terceira idade. Porto Alegre: Artmed; 2009.
- Estellita-Lins C, Oliveira V, Coutinho M. Acompanhamento terapêutico: intervenção sobre a depressão e o suicídio. Psychê. 2006;(18):151-66.
- Strauss E, Sherman E, Spreen O. A compendium of neuropsychological tests: administration, norms and commentary. 3ª ed. New York: Oxford University Press; 2006.
- Parcias SR. Transtorno bipolar: evaluación de la psicomotricidad, atención, calidad de vida e imagen corporal [tese]. Zaragoza: Universidad de Zaragoza, Doutorado em Neurociências, Departamento de Medicina, Psiquiatria y Dermatología; 2006.
- Kolling N, Silva C, Carvalho J, Cunha S, Kristensen C. Avaliação neuropsicológica em alcoolistas e dependentes de cocaína. Aval Psicol. 2007;6(2):127-37.
- Peron AP, Neves GYS, Brandão M, Vicentini VEP. Aspectos biológicos e sociais da depressão. Arq Ciênc Saúde Unipar. 2004;8(1):45-8.
- Bahls S. Uma visão geral sobre a doença depressiva. Interação Curitiba. 2000; (4):61-73.
- Santos M, Kassouf A. Uma investigação dos determinantes socioeconômicos da depressão mental no Brasil com ênfase nos efeitos da educação. Econ Aplic. 2007;11(1):5-26.
- Lima M. Epidemiologia e impacto social. Rev Bras Psiquiatr. 1999;21(1):1-5.
- Fleck M, Lima A, Louzada S, Schestasky G, Henriques A, Borges V, et al. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. Rev Saúde Pública. 2002;36(4):431-8.
- Silva M, Furegato A, Costa M. Depressão: pontos de vista e conhecimento de enfermeiros da rede básica de saúde. Rev Lat-am Enfermagem. 2003; 11(1):7-13.
- Mondal S, Sharma V, Das S, Goswami U, Gandhi A. Neuro-cognitive functions in patients with major depression. Indian J Physiol Pharmacol. 2007;51(1):69-75.
- Paradiso S, Lamberty G, Garvey M, Robinson R. Cognitive impairment in euthymic phase of chronic unipolar depression. J Nerv Ment Dis. 1997;(185):748-54.
- Paelecke-Habermann Y, Pohl J, Lepow B. Attention and executive functions in remitted major depression patients. J Affect Disord. 2005;(89):125-35.
- Politis A, Lykouras L, Mourtzouchou P, Christodoulou G. Attentional disturbances in patients with unipolar psychotic depression: a selective and sustained attention study. Compr Psychiatry. 2004;45(6):452-9.
- Purcell R, Maruff P, Kyrios M, Pantelis C. Neuropsychological function in young patients with unipolar major depression. Psychol Med. 1997;(27):1277-85.
- Sabbe B, Hulstijn W, van Hoof J, Tuynman-Qua HG, Zitman F. Retardation in depression: assessment by means of simple motor tasks. J Affect Disord. 1999;55:39-44.
- Caligiuri M, Ellwanger J. Motor and cognitive aspects of motor retardation in depression. J Affect Disord. 2000;(57):83-93.
- Lemelin S, Baruch P. Clinical psychomotor retardation and attention in depression. J Psychiatr Res. 1997;(32):81-8.
- Lafer B. Transtornos do humor. Manual de psiquiatria. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996. p.113-26.
- Cunha PJ, Nicastri S, Gomes LP, Moino RM, Peluso MA. Alterações neuropsicológicas em dependentes de cocaína/crack internados: dados preliminares. Rev Bras Psiquiatr. 2004;(26):103-6.