

Investigando a associação entre sintomas e queixas depressivas com as estações do ano

Daniela Bergesch D’Incao,¹ ★ Marina Bento Gastaud^{II}

^I Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil

^{II} Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, RS, Brasil

Resumo

A depressão implica diversos prejuízos na vida dos indivíduos, ocasiona desde a incapacitação para o trabalho até o prejuízo nas relações e bem estar. **Objetivos:** Este trabalho buscou investigar se há associação entre queixas e sintomas depressivos e a estação do ano em que pacientes buscam atendimento na área da saúde mental. **Método:** Foi realizado estudo transversal e documental com pacientes adultos e idosos em ambulatório transdisciplinar em Porto Alegre, RS. **Resultados:** Não foi encontrada associação entre motivo de consulta, sintomas depressivos e a estação do ano. Apesar disto, associou-se faixa etária, renda familiar, sexo e fonte de encaminhamento à busca por atendimento psicoterápico em função de patologia depressiva. **Conclusões:** Apesar de não ter encontrado associação entre queixa e sintomatologia depressiva e a estação do ano em que o paciente buscou atendimento, esta pesquisa levantou dados pertinentes e importantes a serem considerados em futuros estudos sobre queixas e sintomas depressivos.

Palavras-chave: depressão; transtorno afetivo sazonal; motivo de consulta; estações do ano.

Investigating the association between depressive symptoms and complaints in different seasons

Abstract

Depression involves many losses in individuals' lives. These can vary from the incapacity to work, relationship problems and harmed well-being. **Objectives:** This study investigated if there is association between depressive symptoms and depressive complaints and the season in which patients seek care in a mental health institution. **Method:** We conducted a cross and documentary study with adult and elderly patients in outpatient multidisciplinary clinic in Porto Alegre, RS. **Results:** No association was found between depressive complaint and depressive symptoms with the season. Despite this, the search for psychotherapy because of depressive disorder was associated with age, family income, sex and source of referral. **Conclusions:** Even not having found an association between abuse and depressive symptoms with the season in which the patient sought care, this study gathered relevant and important data to consider in future studies.

Keywords: depression; seasonal affective disorder; reason for consultation; seasons.

Introdução

Segundo a Organização Mundial da Saúde até o ano de 2020 a depressão será a doença que mais incapacitará a população mundial para o trabalho (WHO, 2012). Pensando nesta hipótese julga-se útil investigar um aspecto que já vem sendo há muito pesquisado na literatura mundial: a associação entre sintomas depressivos e alguma estação específica do ano (HELLEKSON; KLINE; ROSENTHAL, 1986; BOOKER; HELLEKSON, 1992; TAKAHASHI; ASANO, 1991; CURCIO et al., 1996; FLECK et al., 2009). Alguns fatores são apontados pela literatura como decisivos na sazonalidade do humor: quantidade de luz, temperatura durante o dia e o aumento da umidade (BAEK et al., 2015).

Vários autores apontam que há uma maior prevalência de Transtorno Afetivo Sazonal (TAS) nos lugares em cujas latitudes existem significativas reduções nas horas de dia, ocorrendo especialmente nos meses de outono e no inverno (CURCIO et al., 1996; JURUENA; CLEARE, 2007; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA), 2013). Exemplo disto foi o estudo que comparou as diferenças de sazonalidade de humor entre italianos e indianos. Os resultados indicaram que há maior sazonalidade de humor em italianos do que em indianos. Os autores atribuíram tal fato à cidade italiana estudada possuir maior latitude com relação à cidade indiana (TONETTI; SAHU; NATALE, 2012).

Estudos indicam a maior prevalência de TAS em mulheres e pessoas jovens, sendo que muitos dos sintomas são regulados pela serotonina (5-HT) do hipotálamo. Desta forma pacientes com TAS são considerados anormalmente vulneráveis à diminuição desta substância, que ocorre normalmente no inverno (BOOKER; HELLEKSON, 1992; SCHWARTZ et al., 1999; LEWY et al., 1988; GORDIJN; MANNETJE; MEESTERS, 2012; TONETTI; SAHU; NATALE, 2012).

O TAS é frequentemente associado a outras patologias como distúrbios de sono. Adolescentes com possível diagnóstico de TAS relataram uma pior qualidade de vigília do que aqueles não afetados pelo distúrbio. Apesar disto, não houve relato de diferenças com relação a qualidade de sono percebida (TONETTI et al., 2014). Em um estudo com pacientes adultos, encontrou-se que a síndrome do atraso das fases do sono (SAFS) pode ser entendida como uma parcialmente presente no TAS. Neste sentido, ambas as patologias são derivadas do atraso das fases circadianas (LEE et al., 2011).

*Endereço para correspondência: Instituto de Psicologia - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Rua Ramiro Barcelos, 2600 - Bairro Santa Cecília. CEP: 90035-003 - Porto Alegre, RS, Brasil. E-mail: dbdincao@gmail.com, marinagastaud@hotmail.com

Existe ainda uma forma de TAS que ocorre no verão, na qual os sintomas são opostos às manifestações que ocorrem no inverno, como por exemplo, falta de sono e perda do apetite. Há indícios de que a depressão que ocorre no verão esteja relacionada ao calor, especialmente em tempos de alarde pelo aquecimento global, porém existe uma quantidade menor de estudos relacionados à manifestação de sintomas depressivos no verão se comparados aos feitos na depressão de inverno (WEHR et al., 1991; KERR-CORREA; SOUZA; CALIL, 1998; CALIL et al., 2000).

Com relação à etiologia e à fisiopatologia do TAS, existem hipóteses que relacionam a condição ao período de luz solar, alterações no ciclo circadiano e, subsequentemente, à secreção de melatonina (LEWY et al., 1988; GORDIJN; MANNETJE; MEESTERS, 2012). Quando na escuridão, a glândula pineal responde com a secreção de melatonina, gerando um novo ajuste do relógio cerebral central, auxiliando para que o ciclo luz e escuridão reconfigure o ciclo de sono e vigília, assim como outros ritmos cotidianos (JURUENA; CLEARE, 2007). As alterações sazonais são reguladas através de um marca-passo circadiano, sendo assim o comportamento se pauta através da difusão a outras partes do organismo de um sinalizador que informa a respeito da duração de um dia, se dando também à noite e diferenciando-se entre mais longa (inverno) e mais curta (verão). Foram encontradas associações entre os índices de depressão e o período circadiano. Eles revelaram uma janela terapêutica para a configuração mais favorável dos ritmos circadianos e, além disto, como esses ritmos podem ser reconfigurados pela administração de suplementos de melatonina no período correto do dia (LEWY et al., 2006).

Sabendo-se que o TAS pode implicar prejuízo em termos de produtividade e qualidade de vida e que é uma condição previsível, caracteriza-se como passível de controle e prevenção. Geralmente, em se tratando de TAS durante o inverno, a profilaxia iniciaria durante o outono, podendo reduzir a ocorrência ou severidade dos sintomas. Dentre as possibilidades de tratamento estão desde a terapia medicamentosa e a terapia de luz, até o ajuste no estilo de vida, a prática de relaxamento e técnicas para redução de estresse (KURLANSIK; IBAY, 2012).

O Rio Grande do Sul possui um clima caracterizado por estações do ano bem definidas, despertando interesse em verificar se na população clínica existe a associação entre sintomas depressivos e estação do ano. Segundo o *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-V* (APA, 2014) os critérios especificadores para padrão sazonal nos casos de Episódios Depressivos Maiores, Transtorno Bipolar I, Transtorno Bipolar II ou Transtorno Depressivo Maior Recorrente são os seguintes: relação temporal regular entre o início dos episódios e uma determinada estação do ano, remissões completas também ocorrem em épocas características do ano; ocorrência nos últimos dois anos de dois episódios depressivos maiores, demonstrando as relações definidas nos critérios anteriores, não ocorrendo um episódio depressivo maior não sazonal durante o mesmo período; os Episódios Depressivos Maiores Sazonais superam subs-

tancialmente em número os Episódios Depressivos Maiores Não Sazonais que podem ter ocorrido durante a vida do indivíduo (APA, 2014).

Ao contrário do que ocorre na literatura internacional (BAEK et al., 2015; AZORIN; ADIDA; BELZEAUX, 2015; GEOFFROY et al., 2014), em que a sazonalidade dos sintomas/comportamentos depressivos segue sendo pesquisada empiricamente, a literatura brasileira sobre o tema encontra-se defasada. Um dos poucos estudos realizados no Brasil sobre a sazonalidade de distúrbios depressivos, há quase 20 anos, abordou a prevalência de doença afetiva sazonal em estudantes de medicina de Porto Alegre e confirmou a presença deste tipo de distúrbio na população que fechava critérios diagnósticos para depressão (CURCIO et al., 1996). Os resultados indicaram que no inverno há um aumento na ingestão de carboidratos, aumento nas horas de sono, bem como sazonalidade do humor na latitude de 30° Sul, indicando que a amostra é afetada de forma mais intensa do que a população de latitude similar no hemisfério norte. Existem poucos estudos que abordem este tipo específico de doença afetiva, especialmente no Rio Grande do Sul, o que pode indicar um campo fértil e útil de estudo

O objetivo deste estudo foi verificar se existe associação entre sintomas depressivos/queixas por problemas depressivos e estação do ano em que pacientes adultos e idosos buscam atendimento especializado em saúde mental na cidade de Porto Alegre.

Método

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal, documental (realizado com prontuários) e naturalístico (realizado no ambiente natural dos atendimentos, não em um ambiente criado deliberadamente para pesquisa).

Local de coleta

Os dados foram coletados através do banco de dados dos prontuários do Contemporâneo – Instituto de Psicanálise e Transdisciplinaridade (CIPT). O CIPT é uma instituição de pós-graduação no ensino em psicoterapia psicanalítica, que integra a teoria psicanalítica com as práticas de psicoterapia, psiquiatria, psicopedagogia, fonoaudiologia e nutrição.

A instituição conta com um ambulatório que atende a população de média renda por um valor mais acessível do que geralmente é cobrado em consultórios particulares. Os tratamentos realizados nesta instituição não têm prazo limite para o término (término aberto) e contam com a frequência semanal estipulada pelo paciente e pelo terapeuta no início do atendimento. Os honorários dos atendimentos são determinados pelo terapeuta em conjunto com seu paciente, a partir de um valor mínimo estipulado pela instituição.

Definição de termos

As estações do ano foram assim definidas: Outono (21 de março a 20 de junho), Inverno (21 de junho a 22 de setembro), Primavera (23 de setembro a 22 de dezembro) e Verão (23 de dezembro a 20 de março).

Foram considerados adultos os sujeitos entre 18 e 59 anos de idade e idosos aqueles participantes com idade igual ou superior a 60 anos (BRASIL, 2003, art. 1º).

Instrumentos

Os dados sociodemográficos do paciente foram obtidos a partir da ficha de contato inicial preenchida ao ingressar na instituição. O motivo de consulta foi obtido pela ficha de recepção de pacientes novos respondida pelo profissional responsável pela triagem após primeira entrevista. Por se tratar de uma amostra com um número elevado de pacientes e visando interferir o mínimo possível no processo de tratamento dos pacientes (estudo naturalístico), optou-se pela utilização de instrumentos autoaplicáveis.

O motivo de consulta foi relatado de forma livre ao terapeuta que realizou a entrevista de recepção para pacientes novos. Por isso, visando uma padronização para tabulação desta variável, foi solicitado ao entrevistador que utilizasse como modelo para esta classificação uma lista com seis motivos de consulta para adultos proposta por Achembach (ACHEMBACH; RESCORLA, 2001) no Adult Behavior Check-List (ABCL). O profissional responsável pela entrevista inicial descreveu o motivo principal de consulta e, em seguida, assinalou o motivo categorizado que melhor traduz e sintetiza a queixa principal. Os seis motivos de consulta padronizados para adultos são: *problemas depressivos* (chora, se machuca, não come bem, sente-se desvalorizado, sente-se culpado, cansaço, aproveita pouco, dorme muito, não consegue tomar decisões, fala sobre suicídio, problemas de sono, comportamento muito passivo, pouca energia, tristeza, não alcança os objetivos); *problemas de ansiedade* (se preocupa com o futuro, medo, nervosismo, palpitações, preocupações, queixa sexual); *problemas de atenção* (esquece tudo, não se concentra, não para quieto, impulsividade, desorganização, não trabalha bem, perde as coisas, impaciência); *retraimento/problemas de relacionamento* (não se dá bem com as pessoas, prefere ficar só, pouca autoconfiança, não mantém os amigos, vergonha, timidez); *problemas de convívio social* (quebra regras, não se relaciona com a família, brigas, culpa os outros, estraga coisas alheias, mentira, traição, roubo, temperamento "forte", evita trabalho, perde emprego, dirige muito rápido, não paga dívidas, promiscuidade) e *queixas somáticas* (dores, tontura, náusea, vômitos, constipação).

A avaliação de sintomas depressivos foi feita a partir do instrumento: *Symptom Checklist – 90 – Revised* (SCL-90-R), na versão adaptada para o português brasileiro (LALONI, 2001). Este se trata de uma escala multidimensional de autoavaliação para diagnosticar sintomas psicopatológicos segundo nove dimensões: somatização, obsessividade-compulsividade, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideias paranóides e psicoticismo, com 90 Itens aos quais

o respondente indica um grau de intensidade numa escala *Likert* de 5 pontos: desde 0 (nenhum) a 4 (muito). As pontuações variam de zero a quatro, sendo categorizadas da seguinte forma: 0 - 0,4 = não esta presente na patologia; 0,5 - 1,4 = pouco presente na patologia; 1,5 - 2,4 = moderadamente presente na patologia; 2,5 - 3,4 = bastante presente na patologia e 3,5 - 4,0 = muito presente na patologia).

Este instrumento possibilita ainda a obtenção do Índice Global de Severidade, este varia de zero (nem um pouco severo) a quatro (muito severo). Segundo o SCL-90-R, entende-se por sintomas depressivos sinais de retraimento, baixo interesse na vida, falta de motivação, falta de energia vital, sentimentos de derrota, pensamentos suicidas e outros correlatos cognitivos e somáticos da depressão.

Análise dos dados e aspectos éticos

Somente foram utilizados na análise os dados daqueles pacientes que concordaram previamente, no momento de entrada na instituição, que seus dados fossem utilizados para fim de pesquisa, assinando termo de consentimento.

Foram excluídos da amostra aqueles pacientes que não assinaram o termo de consentimento informado no momento de entrada na instituição e que não preencheram corretamente o SCL-90.

A análise estatística foi realizada através do programa SPSS 17. Para verificar associação entre estação do ano e sintomas depressivos foi realizado o teste ANOVA. Para verificar associação entre estação do ano e motivo de consulta por problemas depressivos foi realizado o teste do qui-quadrado. Foram considerados significativos resultados com valor de p igual ou menor a 0,05.

Resultados

No período de 24 meses (maio de 2009 a maio de 2011), 811 pacientes adultos ou idosos buscaram atendimento no ambulatório. Destes, 767 assinaram termo de consentimento autorizando que os dados constantes em seus prontuários fossem utilizados para pesquisa, compondo a amostra final da presente investigação. A Tabela 1 ilustra características sociodemográficas da amostra, a Tabela 2 ilustra as características clínicas. A média de idade dos participantes deste estudo foi de 35,4 anos (DP=13,024).

Tabela 1 - Caracterização da amostra quanto às variáveis sociodemográficas

| | n (%) |
|-----------------------------------|------------------|
| Faixa Etária | |
| Adulto | 718 (93,6) |
| Idoso | 49 (6,4) |
| Sexo | |
| Masculino | 238 (31,0) |
| Feminino | 529 (69,0) |
| Renda Familiar | |
| Até 1 SM | 57 (7,4) |
| De 2 a 3 SM | 244 (31,8) |
| De 4 a 6 SM | 215 (28,0) |
| De 7 a 10 SM | 100 (13,0) |
| Mais de 10 SM | 59 (7,7) |
| Não consta | 92 (12,0) |
| Escolaridade | |
| Ensino Fundamental | 49 (6,4) |
| Ensino Médio | 163 (21,2) |
| Ensino Técnico/Profissionalizante | 53 (7,1) |
| Ensino Superior | 492 (64,2) |
| Não consta | 10 (1,3) |
| Total | 767 (100) |

(* O valor do salário mínimo na época da coleta de dados era de R\$ 622)

Tabela 2 - Caracterização da amostra quanto à fonte de encaminhamento e a severidade da patologia

| | n (%) | Média (DP) |
|------------------------------------|------------|--------------------|
| Fonte de encaminhamento | | |
| Conta própria | 183 (23,9) | |
| Médico* | 158 (20,6) | |
| Familiar | 99 (12,1) | |
| Amigo/colega | 70 (9,1) | |
| Psicólogo | 54 (7,0) | |
| Companheiro (a) | 17 (2,2) | |
| Outros** | 56 (7,3) | |
| Não consta | 115 (15,0) | |
| Índice Global de Severidade | | 1,35 (0,77) |

(*Foram agrupados na categoria “médicos” pacientes encaminhados por psiquiatra, neurologista, clínico geral e outras especialidades médicas. **Foram agrupados na categoria “outros”, pacientes encaminhados por fontes que compunham menos de 2% da amostra, como fonoaudiólogo, pedagogo, nutricionista, advogado, chefe ou patrão.

Tabela 3 - Distribuição da amostra quanto à estação do ano da busca por atendimento

| | Frequência | % |
|------------------|-------------------|----------|
| Outono | 241 | 31,4 |
| Inverno | 220 | 28,7 |
| Primavera | 181 | 23,6 |
| Verão | 125 | 16,3 |
| Total | 767 | 100 |

Motivo de consulta por problemas depressivos

De acordo com as análises estatísticas, não houve associação entre motivo de consulta e estação do ano na busca por atendimento na amostra estudada ($\chi^2=2,773$, $gl=3$, $p=0,428$). Assim, percebe-se que a busca por atendimento por queixas depressivas não está associada à estação do ano nesta amostra. A Tabela 3 apresenta a distribuição da amostra quanto à estação do ano em que houve a busca por atendimento. Das variáveis analisadas nesta investigação, queixas depressivas associaram-se a idade, sexo, faixa etária e renda. A Tabela 4 caracteriza a amostra quanto aos motivos de consulta.

pacientes que têm renda inferior a 4 salários mínimos do que entre os pacientes com renda igual ou superior a este salário ($\chi^2=13,983$, $gl=4$, $p=0,007$).

Com relação à escolaridade ($\chi^2=3,242$, $gl=7$, $p=0,862$) e fonte de encaminhamento ($\chi^2=13,425$, $gl=7$, $p=0,062$), não houve associação com relação à busca de atendimento para queixas por sintomatologia depressiva nesta amostra.

Sintomas depressivos

Com relação à dimensão Depressão da escala SCL-90, não houve associação entre os resultados e a estação do ano da busca por atendimento nesta amostra, con-

Tabela 4 - Caracterização da amostra com relação aos motivos de consulta

| | Frequência | % |
|---|-------------------|----------|
| Problemas Depressivos | 298 | 38,9 |
| Problemas de Ansiedade | 209 | 27,2 |
| Queixas Somáticas | 23 | 3,0 |
| Retraimento/ Problemas de Relacionamento | 59 | 7,7 |
| Problemas de Convívio Social | 60 | 7,8 |
| Problemas de Atenção | 118 | 15,4 |
| Total | 767 | 100 |

A média de idade dos adultos que procuraram atendimento por problemas depressivos (Média = 37,08, DP = 14,01) foi estatisticamente ($p=0,002$) maior do que a média de idade de pacientes que buscaram atendimentos por outros motivos (Média = 34,10, DP = 12,15). Com relação ao sexo, há maior busca de atendimento psicoterápico por problemas depressivos entre as mulheres do que entre os homens (RC=0,505, IC95% 0,360 - 0,708, $p=0,000$). De acordo com este estudo, há um número maior de idosos que buscam atendimento com queixas depressivas do que adultos (RC=0,458, IC95% 0,251 - 0,837, $p=0,010$). A demanda por psicoterapia por questões relativas a sintomas depressivos é maior entre os

siderando a pontuação bruta ($p=0,835$) e categorizada ($\chi^2=22,48$, $gl=15$, $p=0,096$). A Tabela 5 demonstra as pontuações da dimensão Depressão na escala SCL-90-R.

Tabela 5 - Resultados da Dimensão Depressão na escala SCL-90-R

| Interpretação dos resultados | n | % |
|---|--------------------|----------|
| Não está presente na patologia do paciente | 78 | 10,2 |
| Pouco presente na patologia do paciente | 214 | 27,9 |
| Moderadamente presente na patologia do paciente | 202 | 26,3 |
| Bastante presente na patologia do paciente | 159 | 20,7 |
| Muito presente na patologia do paciente | 29 | 3,8 |
| Não consta | 85 | 11,1 |
| Resultado bruto (Média, DP) | 1,81 (0,99) | |

Não foi encontrada correlação entre a idade dos sujeitos e a Dimensão depressão nesta amostra ($p=0,204$). Com relação ao sexo dos participantes, a média da pontuação Depressão na escala SCL-90-R das mulheres que procuraram atendimento (Média = 1,97, DP = 0,99) é estatisticamente ($p<0,001$) maior do que a média de depressão dos homens que buscaram atendimento no mesmo período (Média = 1,49, DP = 0,92). A média da pontuação Depressão na escala SCL-90-R dos adultos que procuraram atendimento (Média = 1,84, DP = 0,98) é estatisticamente ($p=0,007$) maior do que a média de depressão dos idosos que buscaram atendimento no mesmo período (Média = 1,38, DP = 1,07). Além disto, em se tratando de renda familiar, foi encontrado que pacientes que ganham até 1 salário mínimo apresentam média maior na pontuação Depressão na escala SCL-90-R do que pacientes com renda igual a 7-10 salários mínimos ($p=0,001$) e do que pacientes com renda maior do que 10 salários mínimos ($p=0,021$).

Não foi encontrada associação entre busca por problemas depressivos e escolaridade nesta amostra ($p=0,302$). A pontuação na dimensão Depressão esteve associada à fonte de encaminhamento ($p=0,005$). Pacientes encaminhados para atendimento por amigos e colegas têm maior média na pontuação de Depressão do que os encaminhados por psicólogos ($p=0,049$) e dos que procuram ajuda por conta própria ($p=0,038$). Pacientes encaminhados para atendimento por médicos (psiquiatras, neurologistas, clínicos gerais e outras especialidades) têm maior média de pontuação de Depressão do que os encaminhados por psicólogos ($p=0,006$), conta própria ($p=0,000$) e namorado (a) ($p=0,015$). Este dado parece mais útil para entender a busca de ajuda por problemas depressivos do que a estação do ano.

Discussão

Este estudo não encontrou, na amostra pesquisada, associação entre o motivo de consulta por queixas depressivas ou presença de sintomas depressivos e estação do ano na busca por atendimento. Uma das hipóteses é que especificidades do nosso clima podem estar envolvidas na ausência de associações significativas entre as variáveis pesquisadas. Apesar do estado do Rio Grande

do Sul apresentar estações bem definidas, o inverno não é tão rigoroso a ponto de ocorrer uma diminuição considerável no número de horas de luz por dia.

A presente investigação está consonante com alguns estudos internacionais que também não encontraram efeitos significativos da sazonalidade na busca por tratamento especializado para depressão. Por exemplo, um estudo que investigou a influência de variações climáticas diárias nas taxas de admissão psiquiátrica por mania e depressão em 12 regiões distintas da Irlanda em um período de 31 anos. Encontraram um efeito fraco da pressão barométrica na relação com busca de atendimento psiquiátrico por sintomas maníacos, mas nenhum efeito da sazonalidade nas buscas por tratamento em decorrência de queixas de mania e depressão (MCWILLIAMS; KINSELLA; O'CALLAGHAN, 2014).

Por outro lado, o resultado aqui apresentado difere de um estudo anterior que encontrou evidências de influência da sazonalidade na manifestação de distúrbios depressivos em uma amostra de estudantes gaúchos (CURCIO et al., 1996). O estudo referido pesquisou sujeitos que fechavam critérios diagnósticos para depressão, enquanto a presente investigação verificou a associação da sazonalidade com queixas e sintomas depressivos, não avaliando o diagnóstico dos pacientes. O transtorno de humor do tipo depressivo pode ter uma sintomatologia mais ampla e heterogênea do que a simples queixa depressiva do paciente, sendo esta uma das possíveis explicações para as diferenças entre os achados. Mesmo assim, queixas e sintomas depressivos podem ser indicativos precoces de distúrbios depressivos incipientes, sendo relevante a intervenção terapêutica no intuito de prevenir a instalação de doença depressiva em adultos. Nesse sentido, é necessário habilitar profissionais da saúde mental a identificar o perfil mais prevalente de pacientes que apresentam queixas e sintomas depressivos nos centros de atendimento, uma vez que a ajuda especializada a esta população específica pode ser útil para prevenir e remediar doenças depressivas. De acordo com os dados aqui levantados, este perfil seria formado mais prevalentemente por pacientes do sexo feminino, idosos,

com baixa renda familiar, encaminhados para psicoterapia por colegas, amigos ou médicos. Ressalta-se também a relevância da comunidade e das redes de apoio a estes pacientes, uma vez que foi encontrada associação significativa entre os encaminhamentos realizados por colegas, amigos e médicos à busca por atendimento psicológico em decorrência de sintomas depressivos.

Algumas limitações metodológicas podem estar envolvidas na ausência de resultados significativos entre queixas/sintomas depressivos e estação do ano em que ocorreu a busca por tratamento. Por exemplo, não se considerou, nesta investigação, o momento exato em que os sintomas depressivos instalaram-se, não sendo possível saber o tempo decorrido entre a instalação dos sintomas e a busca por atendimento. É possível que haja associação entre o início da queixa/sintoma depressivo e a estação do ano em que o sintoma se instalou, pois a busca por atendimento pode não ter sido instantânea. Por se tratar de estudo documental, não foi possível especificar o momento de surgimento dos sintomas, apenas o momento da busca por ajuda especializada. Além disto, outra limitação refere-se à forma de categorização do motivo de consulta. O triador, após ouvir relato do paciente, marcava a queixa principal que levou o paciente a atendimento, não sendo assinaladas as queixas secundárias. Assim, pacientes com queixas depressivas, mas que relatam outras queixas de maior intensidade, deixaram de ser alocados nesta categoria.

Tendo em vista as limitações anteriormente citadas, sugere-se que estudos futuros sobre este tema abordem outras variáveis para compreender os sintomas e as queixas depressivos, uma vez que fatores como sexo, idade, renda e fonte de encaminhamento parecem contribuir de maneira mais efetiva na compreensão da depressão do que a época do ano em que o paciente busca ajuda. Além disso, para se compreender o efeito da sazonalidade nos distúrbios depressivos, outros fatores podem ser levados em consideração nas pesquisas, por exemplo, doenças crônicas, estado geral de saúde, consumo de álcool e país de origem (SAHEER et al., 2013).

Conclusão

Este estudo não encontrou associação entre queixa e sintomatologia depressiva e época do ano em que o paciente busca atendimento, mas proporcionou a compreensão de que talvez existam outros fatores mais relevantes no estudo dos sintomas depressivos do que a sazonalidade, como faixa etária, sexo, renda e fonte de encaminhamento.

Tendo em vista os prejuízos que a sintomatologia depressiva pode acarretar na vida dos sujeitos, é crucial que desde já sejam realizados mais estudos a respeito deste tema. Deste modo, estratégias de intervenção efetivas e específicas podem ser elaboradas para atuar no combate e controle deste tipo de patologia.

Referências

- ACHEMBACH, T. M.; RESCORLA, L. A. *Manual for the ASEBA Adult Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families, 2001.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington DC: APA, 2013.
- AZORIN, J. M.; ADIDA, M.; BELZEAUX, R. Frequency and characteristics of individuals with seasonal pattern among depressive patients attending primary care in France. *General Hospital Psychiatry*, [S.l.], v. 37, n. 1, p. 76-80, 2015.
- BAEK, J. H. et al. Prevalence, behavioral manifestations and associated individual and climatic factors of seasonality in the Korean general population. *Comprehensive Psychiatry*, [S.l.], v. 57, p. 148-154, 2015.
- BOOKER, J. M.; HELLEKSON, C. J. Prevalence of seasonal affective disorder in Alaska. *American Journal of Psychiatry*, [S.l.], v. 149, p. 1176-1182, 1992.
- BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003*. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília: D.O.U., 03 out. 2003. p. 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm>. Acesso em: 20 maio 2012.
- CALIL, H. M. et al. Evaluación de alteraciones estacionales en el humor y comportamiento en la ciudad de San Pablo. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, [S.l.], v. 46, n. 2, p. 109-118, 2000.
- CURCIO, F. et al. Distúrbio afetivo sazonal em estudantes de medicina de Porto Alegre. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, [S.l.], v. 7, n. 45, p. 425-428, 1996.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-V*. Tradução de Maria Inês Corrêa Nascimento. Porto Alegre: Artmed; 2014.
- FLECK, M. P. A. et al. Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, [S.l.], v.31, supl. 1, p. S7-S17, 2009.
- GEOFFROY, P. A. et al. Seasonality and bipolar disorder: a systematic review, from admission rates to seasonality of symptoms. *Journal of Affective Disorders*, [S.l.], v. 168, p. 210-213, 2014.
- GORDIJN, M. C. M.; MANNETJE, D.; MEESTERS, Y. The effects of blue-enriched light treatment compared to standart light treatment in seasonal affective disorder. *Journal of Affective Disorders*, [S.l.], v. 136, p. 72-80, 2012.
- HELLEKSON, C. J.; KLINE, J.; ROSENTHAL, N. Phototherapy for seasonal affective disorder in Alaska. *American Journal of Psychiatry*, [S.l.], v. 143, p. 1035-10037, 1986.
- JURUENA, M. F.; CLEARE, A. J. Superposição entre depressão atípica, doença afetiva sazonal e síndrome da fadiga crônica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, [S.l.], v. 29, supl. 1, p. S19-S26, 2007.

- KERR-CORREA, F.; SOUZA, L. B.; CALIL, H. M. Affective disorders, hospital admissions, and seasonal variation of mania in a subtropical area, southern hemisphere. *Psychopathology*, [S.l.], v. 31, n. 5, p. 265-9, 1998.
- KURLANSIK, S. T.; IBAY, A. D. Seasonal affective disorder. *American Family Physician*, [S.l.], v. 86, n. 11, p. 1037-1041, 2012.
- LALONI, D. T. *Escala de avaliação de sintomas-90-R SCL-90-R: adaptação, precisão e validade*. 2001. Tese (Doutorado)—Pontifícia Universidade de Campinas, Campinas, 2001.
- LEE, H. J. et al. Delayed sleep phase syndrome is related to seasonal affective disorder. *Journal of Affective Disorders*, [S.l.], v. 133, p. 573-579, 2011.
- LEWY, A. J. et al. Winter depression and the phase shift hypothesis for bright light's therapeutic effect: history, theory and experimental evidence. *Journal of Biological Rhythms*, [S.l.], v. 3, p. 121-134, 1988.
- LEWY, A. J. et al. The circadian basis of winter depression. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, [S.l.], v. 103, n. 19, p. 7414-7419, 2006.
- MCWILLIAMS, S.; KINSELLA, A.; O'CALLAGHAN, E. Daily weather variables and affective disorder admissions to psychiatric hospitals. *International Journal of Biometereology*, [S.l.], v. 58, n. 10, p. 2045-2057, 2014.
- SAHEER, T. B. et al. Ethnic differences in seasonal affective disorder and associated factors among five immigrant groups in Norway. *Journal of Affective Disorders*, [S.l.], v. 151, n. 1, p. 237-242, 2013.
- SCHWARTZ, P. J. et al. Serotonin hypothesis of winter depression: behavioral and neuroendocrine effects of the 5-HT(1A) receptor partial agonist ipsapirone in patients with seasonal affective disorder and healthy control subjects. *Psychiatry Research*, [S.l.], v. 86, n. 1, p. 9-28, 1999.
- TAKAHASHI, K.; ASANO, Y. Multicenter study of seasonal affective disorders in Japan. *Journal of Affective Disorders*, [S.l.], v. 21, p.57-65, 1991.
- TONETTI, L.; SAHU, S.; NATALE, V. Cross-national survey of winter and summer patterns of mood seasonality: a comparison between Italy and India. *Comprehensive Psychiatry*, [S.l.], v. 53, p. 837-842, 2012.
- TONETTI, L. et al. Association between seasonal affective disorder and subjective quality of the sleep/wake cycle in adolescents. *Psychiatry Research*, [S.l.], v. 215, p. 624-627, 2014.
- WEHR, T. A. et al. Contrasts between symptoms of summer depression and winter depression. *Journal of Affective Disorders*. [S.l.], v. 23, n. 4, p. 173-83, 1991.
- WHO. Department of Mental Health and Substance Abuse. *Depression*. Fact sheet n° 369, 2012. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>>. Acesso em: 04 maio 2015.

Recebido em: 18 de junho de 2012

Aceito em: 25 de março de 2015