

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM E FARMÁCIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

LUÍS FILIPE DIAS BEZERRA

**ASSOCIAÇÃO ENTRE TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR E QUALIDADE DE
VIDA EM DOMICILIADOS DE UM BAIRRO VULNERÁVEL DE UMA CAPITAL
DO NORDESTE**

**MACEIÓ
2018**

LUÍS FILIPE DIAS BEZERRA

ASSOCIAÇÃO ENTRE TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR E QUALIDADE DE VIDA EM DOMICILIADOS DE UM BAIRRO VULNERÁVEL DE UMA CAPITAL DO NORDESTE

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas, como requisito para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem.

Orientação: Prof^a Dr^a. Maria Cicera dos Santos de Albuquerque.

Coorientação: Prof^a Dr^a Thaís Honório Lins Bernardo.

Área de concentração: Enfermagem no cuidado em saúde e na promoção da vida.

Linha de pesquisa: Enfermagem, vida, saúde, cuidado dos grupos humanos.

Maceió
2018

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico

Bibliotecária Responsável: Helena Cristina Pimentel do Vale – CRB4 - 661

B574a Bezerra, Luís Filipe Dias.

Associação entre transtorno depressivo maior e qualidade de vida em domiciliados de um bairro vulnerável de uma capital do nordeste / Luís Filipe Dias Bezerra. – 2018.

112 f. : il.

Orientadora: Maria Cicera dos Santos de Albuquerque.

Coorientadora: Thaís Honório Lins Bernardo.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Alagoas. Escola de Enfermagem e Farmácia. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Maceió, 2018.

Bibliografia: f. 74-86.

Apêndices: f. 87-91.

Anexos: f. 92-112.

1. Depressão – Estudo transversal. 2. Transtornos mentais. 3. Qualidade de vida. 4. Epidemiologia. 5. Cuidados de enfermagem. I. Título.

CDU: 616-083:616.89-008.441

Folha de Aprovação

LUÍS FILIPE DIAS BEZERRA

Associação entre transtorno depressivo maior e qualidade de vida em domiciliados de um bairro vulnerável de uma capital do Nordeste

Dissertação submetida ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas e aprovada em 09 de outubro de 2018.



Prof.ª. Dra. Maria Cicera dos Santos de Albuquerque – UFAL/Campus – Maceió
(Orientadora)



Prof.ª. Dra. Thaís Honório Lins Bernardo
(Co-orientadora)

Banca Examinadora:



Prof. Dr. Valfrido Leão de Melo-Neto - UFAL /Campus – Maceió
(Examinador externo)



Prof.ª. Dra. Verônica de Medeiros Alves – UFAL/Campus – Maceió
(Examinador interno)

Acima de tudo à Deus e a Jesus, à minha família biológica, minhas mães Dalva Lúcia (*in memoriam*) e Maria Cláudia, minha esposa Claudia, meu filho Luís Elias, a todas as pessoas pesquisadas e a todos que me antecederam e que tornaram possível essa pesquisa.

AGRADECIMENTOS

À Deus por sua infinita proteção, a Ele meu profundo respeito e adoração. Minha eterna gratidão Senhor por ofertar-me novos caminhos e sustentar-me rumo à concretização dos meus sonhos, certo de que os seus planos e o seu tempo sempre serão os melhores.

Ao meu Anjo de guarda, por sua infundável intercessão em minha vida.

Aos meus pais biológicos Pai e Mãe, por terem me concedido a vida e a oportunidade desta encarnação.

Às minhas amadas mães, Dalva Lúcia e Maria Cláudia, minhas maiores incentivadoras, minha gratidão por todo amor, cuidado, dedicação e paciência. Meu eterno reconhecimento por sempre acreditarem em meus sonhos, encorajar-me e me fortalecer na minha jornada. A vocês duas dedico todas as minhas conquistas!

À minha irmã Rozaura por todo companheirismo e torcida.

Ao meu irmão Luís Henrique por todo companheirismo e torcida.

Ao meu sobrinho Rafael Henrique, por todas as suas superações e conquistas me inspirando a continuar em frente.

À minha esposa Cláudia Ferreira por seu amor, apoio e cumplicidade. Gratidão por me apoiar a realizar o mestrado e a buscar sempre os meus sonhos.

Ao meu filho Luís Elias, com seu sorriso e alegria, chamando: papai, papai vamos brincar de esconde-esconde, iluminando os meus dias mais tensos.

À família amiga Aluizio, Betaneide, Aurélio e Michele que me apoiaram hospedando-me durante um ano em Maceió, dando-me as condições para realizar desde o processo seletivo até o final do primeiro ano do mestrado. Minha imensa gratidão!

À Madalena, Claudinha e demais biodanceiros que me apoiaram nesta jornada.

Aos meus amigos(as), que de perto ou longe, fortaleceram-me com sua torcida e amizade, em especial, que estiveram ao meu lado, compartilhando sonhos, vitórias, tristezas, alegrias.

À minha orientadora, Prof.^a Dra. Maria Cicera dos Santos de Albuquerque, por ter me acolhido e me mostrado o cuidado de enfermagem com amorosidade, em todas as suas nuances, por meio da relação de ajuda, da escuta qualificada, do toque terapêutico, da comunicação assertiva, do respeito e da valorização da subjetividade do outro. Seus ensinamentos perpassaram o profissional e enriqueceram os mais diversos aspectos da minha vida, gratidão por ter me proporcionado um aprendizado prático e vivencial rico em amorosidade,

sensibilidade, comprometimento, humildade e ética. Pelas orientações e direcionamento na pesquisa. Grato por tudo!

Ao Abel, Gustavo e Rizia por ter nos acolhido durante o período do mestrado juntamente com a Cicera.

À minha coorientadora, Prof.^a Dra. Thaís Honório Lins Bernardo por compartilhar seus conhecimentos e contribuir com sua atenção, orientações e incentivo a esta pesquisa.

À Verônica por ter colaborado com suas palavras de força, incentivo, orientações, atenção e cuidado.

Aos membros examinadores da banca, Prof. Dr. Valfrido Leão de Melo Neto e Profa. Dra. Verônica de Medeiros Alves, pela apreciação deste trabalho, gratidão por compartilharem seus conhecimentos, experiências, apoio e cuidado, contribuindo para o enriquecimento deste estudo.

À Universidade Federal de Alagoas (Ufal) e à Escola de Enfermagem e Farmácia (Esenfar), na pessoa dos seus gestores e funcionários, por proporcionar-me um ambiente propício ao crescimento acadêmico.

A todos que compõem o Programa de Pós-graduação em Enfermagem - PPGEnf da Universidade Federal de Alagoas, pelo apoio técnico e científico ofertado ao longo desse processo, em especial à coordenadora Profa. Dra. Ingrid Martins Leite Lúcio e à secretária Monique Silva de Godoi, pela dedicação e competência.

Às docentes do PPGEnf que através de seus ensinamentos, habilidades e modo de ser profissional, contribuíram ricamente para o meu crescimento profissional.

A todos os integrantes da turma mais atípica de mestrado, pessoas belas, fortes e competentes, as quais, eu tive o imenso prazer de conhecer, conviver e compartilhar conhecimentos e emoções, ao trilhar esse caminho rumo ao nosso tão almejado objetivo, tornarmo-nos Mestres.

Aos amigos Mentásticos, Flaviane, Adnez, Patrícia, Willians, Ronald, Junior pessoas fantásticas e especiais que tive o imenso prazer de conhecer. Minha imensa gratidão pelas risadas, pelos conselhos, pelo apoio, pela cumplicidade e pela amizade de cada um de vocês. Com toda certeza o convívio com vocês me tornou uma pessoa melhor.

Aos graduandos Leandro, Alana, Alícia e Natália muito obrigado pelo companheirismo, apoio e pelos momentos de produção e distração.

Ao Laudemir, pelo suporte oferecido durante a execução de toda a pesquisa.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Alagoas – Fapeal, pela concessão da bolsa de mestrado e pelo financiamento do Projeto “A Epidemiologia dos Transtornos mentais e do uso de álcool e outras drogas em Maceió/AL”.

A todos os pesquisadores e colaboradores da pesquisa “A Epidemiologia dos Transtornos mentais e do uso de álcool e outras drogas em Maceió/AL”, em especial, as dedicadas Profas. Mércia, Yanna, Jorgina e Givânia.

Aos participantes da pesquisa, residentes do Bairro do Benedito Bentes, que acolheram amável e respeitosamente todos os pesquisadores.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, minha imensa gratidão!

Nunca despreze as pessoas deprimidas. A
depressão é o último estágio da dor humana.

(Augusto Cury)

RESUMO

A pesquisa objetivou analisar a associação entre transtorno depressivo maior, seus subtipos (recorrente ou com melancolia) e qualidade de vida em um bairro da capital do Nordeste. Estudo transversal, realizado numa população domiciliada em bairro de uma capital do Nordeste, a amostra foi probabilística, por conglomerados, não estratificada, composta por 872 participantes, utilizando os instrumentos: Questionário de Dados Sociodemográficos; Classificação de Estrato Socioeconômico pelo Critério de Classificação Econômico Brasil; Instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde - Abreviado; e Mini International Neuropsychiatric Interview Brazilian version 5.0.0 - DSM IV, considerou-se intervalo de confiança de 95% e p valor < 0,05. Identificou-se prevalência de transtorno depressivo maior de (21%) e seus subtipos recorrente (29,5%) e melancólico (68,9%); Ser do sexo feminino foi considerado como fator de risco para transtorno depressivo maior (OR=1,99), ter renda foi fator de proteção (OR=0,58); houve associação significativa entre: transtorno depressivo maior e qualidade de vida nos domínios físico (p = 0,04), psicológico (p = 0,00), ambiental (p = 0,03) e total (p = 0,00); sintomas depressivos e qualidade de vida com transtorno depressivo maior em anedonia e domínio total (p = 0,05), apetite e domínio físico (p = 0,05), apatia e domínio social (p = 0,02), ideias de morte e domínio psicológico (p = 0,05), ideias de morte e domínio social (p = 0,03), pior pela manhã e domínio físico (p = 0,04); sintomas depressivos e qualidade de vida com transtorno depressivo maior com características melancólicas em psicomotricidade e domínio físico (p = 0,04), apatia e domínio social (p = 0,01), culpa/menos valia e domínio social, ideias de morte e domínio psicológico (valor p = 0,05). Esta pesquisa fornece informações inéditas sobre a associação entre transtorno depressivo maior e seus subtipos transtorno depressivo maior recorrente ou transtorno depressivo maior com características melancólicas e qualidade de vida, bem como da associação entre os sintomas depressivos e qualidade de vida numa população domiciliada em um bairro vulnerável e populoso de uma capital do Nordeste.

Palavras chaves: Depressão. Transtornos Mentais. Qualidade de vida. Epidemiologia. Estudo transversal. Prevalência. Enfermagem psiquiátrica.

ABSTRACT

The aim of this study was to analyze the association between major depressive disorder, its subtypes (recurrent or melancholic) and quality of life in a neighborhood in the Northeast capital. A cross-sectional study, conducted in a population domiciled in a neighborhood of a capital of the Northeast, the sample was non-stratified probabilistic, by clusters, composed of 872 participants, using the following instruments: Sociodemographic Data Questionnaire; Classification of Socioeconomic Stratum by the Economic Classification Criteria Brazil; World Health Organization quality of life assessment instrument - Bref; and Mini International Neuropsychiatric Interview Brazilian version 5.0.0 - DSM IV, we considered a 95% confidence interval and p value <0.05 were considered. It was identified a prevalence of depressive disorder greater than 21% and its recurrent subtypes 29.5% and melancholic 68.9%; Being female was considered as a risk factor for major depressive disorder (OR = 1.99), having income as protection (OR = 0.58); there was a significant association between major depressive disorder and quality of life in the physical (p = 0.04), psychological (p = 0.00), environmental (p = 0.03) and total (p = 0.00) domains; (p = 0.05), appetite and physical domain (p = 0.05), apathy and social domain (p = 0.02), death ideas and psychological domain (p = 0.05), ideas of death and social domain (p = 0.03), worse in the morning and physical domain (p = 0.04); (p = 0.04), apathy and social domain (p = 0.01), guilt / loss and social domain, ideas of death and depression, and depressive symptoms and quality of life with major depressive disorder with melancholic characteristics in psychomotricity and physical domain psychological domain (p value = 0.05). This research provides unprecedented information on the association between major depressive disorder and its subtypes recurrent major depressive disorder or major depressive disorder with melancholic characteristics and quality of life, as well as the association between depressive symptoms and quality of life in a population domiciled in a vulnerable neighborhood and populous of a capital of the Northeast.

Keywords: Depression; Mental Disorders; Quality of life; Epidemiology; Cross-sectional study; Prevalence; Psychiatric nursing.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Limites do bairro Benedito Bentes	34
Figura 2 - Exemplo de setor com quarteirões e numeração das esquinas	37
Figura 3 - Exemplo de setor com ruas e sua numeração das extremidades.....	37
Figura 4 - Exemplo de Mapa Censitário de um dos Setores Censitários Investigados, com a marcação do ponto inicial de investigação	37

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Critérios diagnósticos para transtorno depressivo maior – DSM-IV	27
Quadro 2 - Critérios diagnósticos para transtorno depressivo maior – DSM-5	28

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica, em número absoluto e relativo, em domiciliados do bairro Benedito Bentes, Maceió – AL, Brasil, 2015.....	44
Tabela 2 – Média de idade, anos de estudo e número de filhos em domiciliados do bairro Benedito Bentes, Maceió – AL, Brasil, 2015.	45
Tabela 3 – Caracterização socioeconômica, em número absoluto e relativo, em domiciliados do bairro Benedito Bentes, Maceió – AL, Brasil, 2015.....	45
Tabela 4 – Distribuição de transtornos mentais e transtornos depressivos, em número absoluto e relativo, em domiciliados do bairro Benedito Bentes, Maceió – AL, Brasil, 2015.	46
Tabela 5 – Associação entre grupo saudável e fatores sociodemográficos e socioeconômicos em domiciliados do bairro Benedito Bentes, Maceió – AL, Brasil 2015. (n=872).	47
Tabela 6 – Associação entre transtorno depressivo maior e fatores sociodemográficos e socioeconômicos em domiciliados de um bairro Benedito Bentes, Maceió – AL, Brasil, 2015. (n=611).	48
Tabela 7 – Associação entre transtorno depressivo recorrente e fatores sóciodesmo-gráficos e socioeconômicos em domiciliados no bairro Benedito Bentes, Maceió – AL, Brasil, 2015. (n=183).....	49
Tabela 8 – Associação entre transtorno depressivo melancólico e fatores sociodemográficos e socioeconômicos em domiciliados no bairro Benedito Bentes, Maceió – AL, Brasil, 2015. (n=183).....	49
Tabela 9 – Associação entre grupo saudável, transtorno depressivo maior, transtorno depressivo recorrente, transtorno depressivo com características melancólicas e média de idade, número de filhos e anos de estudo em domiciliados do bairro Benedito Bentes, Maceió	50
Tabela 10 – Média de qualidade de vida na população geral de domiciliados do bairro Benedito Bentes, Maceió, Alagoas, Brasil, 2015. n=859.	51
Tabela 11 – Associação entre grupo saudável, transtorno depressivo maior, transtorno depressivo recorrente, transtorno depressivo com características melancólicas e qualidade de vida em domiciliados do bairro Benedito Bentes, Maceió, Alagoas, Brasil, 2015.....	52

Tabela 12 – Associação entre sintomas depressivos e qualidade de vida no grupo saudável em domiciliados do bairro Benedito Bentes, Maceió, Alagoas, Brasil, 2015.....	53
Tabela 13 – Associação entre sintomas depressivos e qualidade de vida no transtorno depressivo maior em domiciliados do bairro Benedito Bentes, Maceió, Alagoas, Brasil, 2015.....	55
Tabela 14 – Associação entre sintomas depressivos e qualidade de vida no transtorno depressivo recorrente em domiciliados do bairro Benedito Bentes, Maceió, Alagoas, Brasil, 2015.....	56
Tabela 15 – Associação entre sintomas depressivos e qualidade de vida no transtorno depressivo com características melancólicas em domiciliados do bairro Benedito Bentes, Maceió, Alagoas, Brasil, 2015.....	58

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AL	Alagoas.
BDI	Inventário de Depressão de Beck.
BSRS	Brief Symptom Rating Scale.
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial.
CEP	Comité de Ética em Pesquisas com Seres Humanos.
CID	Classificação Internacional de Doenças.
COHAB	Companhia de Habitação Popular de Alagoas.
EDM	Episódio Depressivo Maior.
ESENFAR	Escola de Enfermagem e Farmácia.
FAPEAL	Fundação de Amparo à Pesquisa de Alagoas.
GDS	Geriatric Depression Scale.
GM	Gabinete Ministerial.
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
MS	Ministério da Saúde.
PPGENF	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.
PPSUS	Programa de Pesquisa para o SUS.
QVRS	Qualidade de Vida Relacionado à Saúde.
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial.
SPSS	Statistical Package for Social Science.
SUS	Sistema Único de Saúde.
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
UFAL	Universidade Federal de Alagoas.

WHO

World Health Organization.

WHOQOL

World Health Organization Quality of Life.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	20
2 REVISÃO DE LITERATURA	23
2.1. História da depressão	23
2.2. Transtorno depressivo maior	25
2.3. Critérios diagnósticos para o transtorno depressivo maior.....	26
2.4. Qualidade de vida	29
2.5. Epidemiologia do transtorno depressivo maior e qualidade de vida.....	30
3 METODOLOGIA	33
3.1. Tipo de estudo	33
3.2. Local de estudo	33
3.2.1. População	34
3.3. Amostra	34
3.3.1. Critérios de inclusão	35
3.3.2. Critérios de exclusão	35
3.3.3. Cálculo da amostra	35
3.4. Amostragem, procedimentos de coleta e registro.....	35
3.4.1. Procedimentos do processo de amostragem	36
3.4.2. Procedimentos do processo de coleta de dados.....	36
3.5. Coleta de dados	38
3.5.1. Instrumentos	38
3.6. Variáveis de estudo	40
3.6.1. Variáveis dependente.....	40
3.6.2. Variáveis independentes	40
3.7 Análise dos dados	41
3.8. Análise dos resultados	41
3.9. Aspectos éticos	42
3.10. Financiamento e apoio	42
4 RESULTADOS	44
4.1. Caracterização dos fatores sociodemográficos e socioeconômicos de domiciliados e um bairro vulnerável em Maceió/Brasil.	44

4.2. Prevalência de transtornos mentais, transtorno depressivo maior, transtorno depressivo recorrente, transtorno depressivo com características melancólicas em domiciliados de um bairro vulnerável de Maceió – AL, Brasil.....	46
4.3. Associação entre grupo saudável, transtornos depressivos e fatores sociodemográficos e socioeconômicos em domiciliados de um bairro de vulnerável de Maceió – AL, Brasil.	47
4.4. Associação entre transtornos depressivos, grupo saudável e qualidade de vida em domiciliados de um bairro vulnerável de Maceió – AL, Brasil.	51
5 DISCUSSÃO	61
6 CONCLUSÃO	72
REFERÊNCIAS	74
APÊNDICES	87
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	88
APÊNDICE B – Questionário de pesquisa de campo sociodemográfico	90
ANEXOS	92
ANEXO A – Identificação do estrato socioeconômico	93
ANEXO B – Who Quality of Life-Bref (WHOQOL-BREF).....	98
ANEXO C – Mini International Neuropsychiatric Interview.....	102
ANEXO D – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa.....	111

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) (2018), considera o transtorno depressivo como a principal causa de problemas de saúde e incapacidades no mundo, além de ser um dos principais contribuintes para uma carga global de doenças. Atualmente a estimativa mundial é que mais de 300 milhões de pessoas sofram deste transtorno. Dados da própria OMS apontam que no período de 2005 a 2015 houve um aumento significativo de mais de 18% de pessoas acometidas pela doença. Trata-se de um transtorno mental comum que vem atingindo pessoas de todas as idades, principalmente as mulheres que são mais afetadas do que os homens (OMS, 2017).

O transtorno depressivo, diferentemente das flutuações de humor habituais e das respostas emocionais de curta duração aos desafios da vida cotidiana, pode levar a pessoa a vivenciar um grande sofrimento, contribuindo para um mal funcionamento na família, na escola e no trabalho (OMS, 2018). É caracterizado por humor triste, vazio ou irritável, seguido de alterações somáticas e cognitivas que afetam de forma relevante a funcionalidade do indivíduo (APA, 2014).

Pessoas com tal transtorno perdem o interesse em atividades que normalmente consideram prazerosas, além de apresentarem perda de energia, mudanças no apetite, aumento ou diminuição da necessidade de sono, perda da concentração, ansiedade, dificuldades para tomar decisões, sensações de menos valia, culpa ou desesperança bem como pensamentos suicidas ou de causar danos a si (OMS, 2018).

Ainda segundo o DSM-5 dentre o grupo dos transtornos depressivos o transtorno depressivo maior (TDM) representa a condição clássica destes transtornos e de acordo com seus critérios diagnósticos mediante os quadros clínicos pode ser classificado em subcategorias, a se destacar o transtorno depressivo maior recorrente (TDM-R) e o transtorno depressivo maior com características melancólicas (TDM-CM) (APA, 2014).

Quando o transtorno depressivo é persistente e com intensidade moderada ou grave, torna-se um problema ainda mais sério de saúde, por aumentar o risco para o suicídio (CHOO, 2014). A persistência deste transtorno aumenta o risco de mortalidade (CUIJPERS, 2002), no qual foi estimado entre 40% e 60% mais alto quando comparado a população geral. Além de estar associada a problemas de saúde física, tais como câncer, doenças cardiovasculares, diabetes e infecção pelo HIV (OMS, 2018).

O transtorno depressivo em geral segue um curso crônico e prejudica significativamente o potencial ocupacional (STEWART, 2003) e a qualidade de vida (QV) (DALY; MAYOR, 2010, 2015). A presença de sintomas depressivos exerce um importante impacto na QV dos sujeitos, na qual deve-se considerar características clínicas do transtorno (LIMA; FLECK, 2009), bem como as condições socioeconômicas, principalmente ao se investigar a QV em amostras brasileiras (ROCHA; FLECK, 2010).

A QV, juntamente com a prevalência de transtornos mentais na comunidade, é considerada um indicador de saúde relevante (ROUQUAYROL, 2013) por ser multidimensional e um indicador de saúde, além de detectar a magnitude e a abrangência do comprometimento causados pelo transtorno depressivo (LIMA; FLECK, 2009).

De acordo com estudo realizado por Sivertsen et al. (2015), que analisou 74 estudos entre eles transversais e longitudinais, embora tenha sugerido uma relação clara e consistente entre TDM e pior QV em contextos clínicos e comunitários, apontou que a diversidade dos instrumentos de avaliação utilizados nos diversos estudos limita a comparação direta entre os estudos e o potencial para gerar estimativas mais precisas da associação entre transtorno depressivo maior e qualidade de vida (SIVERTSEN et al., 2015).

Sendo assim, esta pesquisa tem por propósito trazer contribuição a literatura através de dados epidemiológicos sobre TDM e a sua associação com os domínios da QV para tomada de decisões e planejamento de políticas públicas de saúde mental bem como implementação de serviços e programas de promoção e prevenção para populações com vulnerabilidade, TDM e menores escores de QV.

Posto isto, a questão de pesquisa que norteou esta dissertação é: **existe associação entre transtorno depressivo maior e os domínios de qualidade de vida numa população domiciliada em um bairro vulnerável e populoso de uma capital do Nordeste?**

Adotou-se como hipótese: H_0 = “não existe associação entre TDM, Transtorno de TDM-R, transtorno depressivo com características melancólicas TDM-CM e os domínios de QV numa população domiciliada em um bairro vulnerável e populoso de uma capital do Nordeste” e H_1 = “existe associação TDM, TDM-R, TDM-CM e os domínios de QV numa população domiciliada em um bairro vulnerável e populoso de uma capital do Nordeste”.

Portanto, esta pesquisa tem como objetivo geral:

- Analisar a associação entre TDM, TDM-R, TDM-CM e QV numa população domiciliada em um bairro vulnerável e populoso de uma capital do Nordeste.

Sendo os objetivos específicos:

- Descrever a prevalência de TDM e os domínios da QV;

- Definir a associação entre grupo saudável (ausência de transtorno mental) e fatores sociodemográficos e socioeconômicos;
- Identificar a associação entre TDM, TDM-R, TDM-CM e fatores sociodemográficos e socioeconômicos;
- Verificar a associação entre TDM, TDM-R, TDM-CM, grupo saudável e QV;
- Verificar a associação entre sintomas depressivos e qualidade de vida nos grupos saudável, TDM, TDM-R e TDM-CM.

2 REVISÃO DE LITERATURA

O termo depressão foi usado pela primeira vez em 1680 para designar um estado de desânimo ou perda de interesse e só em 1750 o termo foi incorporado ao dicionário por Samuel Johnson. Sua origem tem inferência a partir de menções de alterações do humor (SOUZA; LACERDA, 2013) que vem sendo estabelecida há muitos séculos, tendo sido registrada em muitas culturas e quadrantes do mundo, com denominações variadas, porém, com descrições que se assemelham (RAMADAM, 2005).

2.1 História da depressão

Na antiguidade a visão pré-socrática do homem, a qual era compartilhada em geral por gregos, hebreus, egípcios, babilônios e persas, compreendia o adoecimento físico e mental a partir da influência divina, tendo sido encontradas as primeiras descrições de estados de alteração do humor nas mitologias e nas escrituras bíblicas (SOUZA; LACERDA, 2013).

Uma das versões mais antigas que versa sobre a depressão é uma lenda japonesa que conta a história da linda e alegre deusa do sol, Amaterasu filha do deus Izanagi e da deusa Izanami (senhora da terra da tristeza), que vitimada pela inveja de um de seus irmãos tem seus campos de arroz destruídos e por este motivo, profundamente entristecida, se isola do convívio com os homens e os deuses, numa gruta. Devido ao seu isolamento o mundo escurece e desaparecem as almas de todas as criaturas vivas (SENE-COSTA, 2006).

Na bíblia, algumas histórias demonstram o pessimismo e a depressão como nos mitos e segundo Peres (2010), constatam-se essas ideias na passagem onde Eva foi criada para afastar de Adão a sua solidão e mais adiante quando o casal submerge, pelas vias do pecado original, na culpa e no remorso. Ainda no Velho Testamento, de acordo com Sene-Costa (2006), Salomão fala do seu humor e de sua decepção com a vida, constatado num trecho do cântico dois, no livro Sabedoria o qual se atribui a sua autoria. Outra história famosa é a de Jó, homem devotado a Deus, que após passar por uma tragédia financeira e física sofre desolação e martírio. Assim como Ana, a mulher estéril, que por esse motivo, chora, não come, sentindo profunda tristeza e que após intervenção de Deus tem um filho, curando-a de seus males. Ainda de acordo com Sadock et al. (2017), o rei Saul é descrito apresentando o que se poderia reconhecer como uma síndrome depressiva, que culmina com seu suicídio.

Nos séculos adiante nos textos poéticos, teatrais, romances e biografias continua-se a relatar estados depressivos, conforme Sadock et al. (2017), em Homero temos a história de

suicídio de Ajax na *Iliáda*, assim como segundo Sene-Costa (2006), o drama de Ulisses na *Odisseia*.

Na Grécia, de acordo com Sene-Costa (2006), as descrições científicas sobre a depressão passam a vigorar com Hipócrates (450 a.C – 355 a.C) que segundo Souza e Lacerda (2013), com base no conceito dos quatro fluidos (bile, fleugma, sangue e bile negra) formula sua teoria dos quatro humores, originando o termo melancolia (do grego *melan* [“negra”] e *chole* [“bile”]) descrito como aversão à comida, falta de ânimo, inquietação, irritabilidade, medo ou tristeza que perduravam por longo período.

No século II a.C. com a ascensão do Império Romano, Galeno reafirma a teoria dos quatro humores associando a esta os quatro elementos (ar, fogo, terra e água) bem como as qualidades (quente, úmido, frio e seco) tendo preferência pelo uso do termo humor melancólico que tem como sintomas principais medo e a falta de ânimo, classificando-os ainda em três tipos de acordo com sua localização: no cérebro, na corrente sanguínea ou no estômago (SOUZA; LACERDA, 2013).

No século V, temos o surgimento da idade média e segundo Sene-Costa (2006), a compreensão da depressão conforme a teoria dos humores continua preponderando entre os estudiosos, muito embora segundo Souza e Lacerda (2013), apontem que por influência da religião os transtornos mentais são inseridos na demonologia da época, sendo utilizado o termo *acídia* palavra grega que significa “estado de descuido” para designação dos estados variados de apatia, preguiça, indolência, negligência e enfraquecimento, sendo esta condição inclusa mais tarde como um dos sete pecados capitais, estando o indivíduo acometido sujeito a penitências.

Na modernidade, de acordo com Sadock et al. (2017), temos na “Anatomia da melancolia” o primeiro texto de língua inglesa inteiramente relacionado à depressão, de Robert Burton, publicado em 1621. E de acordo com Souza e Lacerda (2013), a compreensão da depressão evolui para conceitos mecânicos de funcionamento do corpo baseados na filosofia de Newton com Hermam Boerhaave até concepções embasadas no funcionamento do sistema nervoso com William Cullen. Sendo ainda significativamente relevantes, tanto as contribuições de Philippe Pinel e Esquirol quanto daqueles que os sucederam, como Sigmund Freud com a psicanálise, alicerçada em fundamentos psicológicos e Emil Kraepelin com a psiquiatria científica, fundamentada em bases neurobiológicas que influenciou mais fortemente as definições da síndrome depressiva utilizadas no Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais e na Classificação internacional das doenças (SOUZA; LACERDA, 2013).

Na contemporaneidade, através do psiquiatra suíço Roland Kuhn na década de 1950, descobriu-se os medicamentos antidepressivos o que contribuiu para o avanço do tratamento dos transtornos depressivos chegando-se aos fármacos atualmente utilizados na clínica. Assim com uma busca por melhor compreensão dos transtornos mentais, sendo os avanços nas neurociências registrados nas últimas décadas como promissores, lançando bases para um paradigma fisiopatológico do diagnóstico psiquiátrico. Nesse contexto, as pesquisas envolvendo indivíduos com depressão têm apresentado um papel de destaque (SOUZA; LACERDA, 2013).

2.2 Transtorno depressivo maior

Transtorno depressivo é caracterizado por humor deprimido ou perda de interesse ou prazer nas atividades habituais, com evidências de distúrbio do funcionamento social e ocupacional presentes há pelo menos 2 semanas, não havendo histórico de comportamento maníaco e sintomas atribuídos ao uso de drogas ou uma condição médica geral (TOWNSEND, 2000).

Compreendido ainda, como sendo a perda dos impulsos vitais no qual a pessoa deixa de comer, de cuidar-se, perde o interesse pela vida, caracterizando-se por negligência no cuidado e higiene pessoal, associado a uma expressão de tristeza e lentidão de movimentos, perda de apetite e peso, isolamento, falta de encorajamento para atividades habituais e de trabalho, diminuição significativa no interesse e atividade sexual. Podendo ainda, a pessoa deprimida, apresentar uma fala em tom baixo e lento, com pensamento lentificado, ocupado com sentimentos de menos valia, desesperança e culpa, apresentando uma atitude negativa em relação ao presente, passado e futuro, levando a pensamentos de morte e ideação suicida podendo evoluir para o suicídio, ou aumento no envolvimento em acidentes ou atividades perigosas ou abuso no uso de medicamentos (VILLANUEVA, 2005).

A pessoa com transtorno depressivo apresenta-se quieta, com expressão facial de tristeza profunda, com sofrimento interno e olhar fixo, com rima bucal, geralmente, voltada para baixo, com aparente envelhecimento e emagrecimento, isolando-se dos demais, aparentando descuido da aparência, expressando ideias de cunho pessimista e de inutilidade, com possibilidade de suicídio, com queixas quanto a concentração e a memória, com relato de perda de sono principalmente pela manhã e em geral de recusa a alimentação, assim como de desinteresse por atividades ocupacionais e de lazer (FUKUDA; STEFANELLI; ARANTES, 2017).

Já o TDM é caracterizado como aquele que ocorre sem histórico de episódio maníaco, misto ou hipomaníaco, devendo o episódio depressivo maior durar pelo menos duas semanas, onde o indivíduo experimenta pelo menos quatro sintomas de uma lista que inclui alterações no apetite e peso, alterações no sono e na atividade, falta de energia, sentimento de culpa, problemas para pensar e tomar decisões e pensamentos recorrentes de morte ou suicídio (SADOCK et al., 2017).

2.3 Critérios diagnósticos para o transtorno depressivo maior

Critérios diagnósticos para o transtorno depressivo estão descritos na Classificação Internacional de Doenças na versão 10 (CID-10), que é amplamente utilizado na clínica psiquiátrica no Brasil para a formalização do diagnóstico clínico. Contudo destaca-se os critérios diagnósticos descritos no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais versão 5 (DSM-5), que segundo Araújo e Lotufo Neto (2014) é o resultado de doze anos de estudos e revisões por centenas de profissionais de vários grupos de trabalho, que fornece uma fonte segura e cientificamente embasada para aplicação em pesquisa.

Todavia, há diferenças significantes entre o DSM-5 e sua versão anterior o DSM-IV que serve de base para o Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I) (AMORIM, 2000), questionário utilizado para a avaliação de transtornos mentais, contudo os autores supracitados ressaltam, no que se refere ao TDM, que os sintomas centrais foram mantidos. O que garante seguramente a viabilidade de dados coletados com o M.I.N.I versão (5.0.0) para avaliar sintomas de TDM e a análise destes com base nas definições atuais do DSM-5 (ARAÚJO; LOTUFO NETO, 2014).

Diante disso torna-se relevante destacar que o DSM-IV estabelece que para o diagnóstico de TDM, descritos no quadro 1, é necessário a presença de um período de pelo menos duas semanas em que há humor deprimido ou a perda de interesse ou prazer em quase todas atividades, e pelo menos quatro sintomas adicionais extraídos de uma lista que inclui mudanças no apetite ou peso, sono e atividade psicomotora; diminuição da energia; sentimentos de inutilidade ou culpa; dificuldade para pensar, concentrar ou tomar decisões; ou pensamentos recorrentes de morte ou ideação suicida, planos ou tentativas. Enquanto que o DSM-5 estabelece ser necessário a presença de cinco (ou mais) dos sintomas descritos no quadro 2, presentes durante o mesmo período de duas semanas e representando uma mudança em relação ao funcionamento anterior, sendo pelo menos um dos sintomas (1) humor deprimido ou (2) perda de interesse ou prazer (APA, 2014).

Quadro 1 – Critérios diagnósticos para transtorno depressivo maior – DSM-IV

(continua)

<p>A. Presença de um único Episódio Depressivo Maior.</p>	<p>A. Cinco (ou mais) dos sintomas a seguir estiveram presentes durante o mesmo período de 2 semanas e representam uma mudança em relação à descontinuidade anterior; pelo menos um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda de interesse ou prazer.</p> <p>Nota: Não inclua sintomas que se devam claramente a uma condição médica geral ou a ilusões ou alucinações incongruentes com o humor.</p> <p>(1) humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, como indicado por qualquer relato subjetivo (por exemplo, se sente triste ou vazio) ou observação feita por outros (por exemplo, parece lacrimoso). Nota: Em crianças e adolescentes, pode ser humor irritável.</p> <p>(2) diminuição acentuada de interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades durante a maior parte do dia, quase todos os dias (conforme indicado por uma conta subjetiva ou observação feita por outros)</p> <p>(3) perda de peso significativa quando não se faz dieta ou ganho de peso (por exemplo, uma alteração de mais de 5% do peso corporal num mês) ou diminui-se ou aumenta-se o apetite quase todos os dias. Nota: Em crianças, considere a falha em obter os ganhos de peso esperados.</p> <p>(4) insônia ou hipersonia quase todos os dias</p> <p>(5) agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observável por outros, não apenas sentimentos subjetivos de inquietação ou retardados)</p> <p>(6) fadiga ou perda de energia quase todos os dias</p> <p>(7) sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada (que pode ser delirante) quase todos os dias (não apenas auto-reprovação ou culpa por estar doente)</p> <p>(8) capacidade diminuída de pensar ou se concentrar, ou indecisão, quase todos os dias (seja por conta subjetiva ou como observado por outros)</p> <p>(9) pensamentos recorrentes de morte (não apenas medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, ou uma tentativa de suicídio ou um plano específico para cometer suicídio</p> <p>B. Os sintomas não atendem aos critérios para um Episódio Misto.</p> <p>C. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo nas áreas sociais, ocupacionais ou outras áreas importantes de funcionamento.</p> <p>D. Os sintomas não são devidos aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por exemplo, uma droga de abuso, um medicamento) ou uma condição médica geral (por exemplo, hipotireoidismo).</p> <p>E. Os sintomas não são melhor explicados pelo luto, ou seja, após a perda de um ente querido, os sintomas persistem por mais de 2 meses ou são caracterizados por comprometimento funcional acentuado, preocupação mórbida com inutilidade, ideação suicida, sintomas psicóticos ou retardo psicomotor.</p>
---	---

Quadro 2- Critérios diagnósticos para transtorno depressivo maior – DSM-IV

(conclusão)

B. O Episódio Depressivo Maior não é melhor explicado pelo Transtorno Esquizoafetivo e não é sobreposto à Esquizofrenia, Transtorno Esquizofreniforme, Transtorno Delirante ou Transtorno Psicótico Sem Outra Especificação.
C. Nunca houve um Episódio Maníaco, um Episódio Misto ou um Episódio Hipomaníaco. Nota: Esta exclusão não se aplica se todos os episódios semelhantes a mania, tipo misto ou hipomaníacos forem induzidos por substância ou tratamento ou se deverem aos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral.

Fonte: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR), 2002.

Quadro 3 - Critérios diagnósticos para transtorno depressivo maior – DSM-5

(continua)

A. Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de duas semanas e representam uma mudança em relação ao funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda de interesse ou prazer.	<p>Nota: Não incluir sintomas nitidamente devidos a outra condição médica.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, conforme indicado por relato subjetivo (p. ex., sente-se triste, vazio, sem esperança) ou por observação feita por outras pessoas (p. ex., parece choroso). (Nota: Em crianças e adolescentes, pode ser humor irritável.) 2. Acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (indicada por relato subjetivo ou observação feita por outras pessoas). 3. Perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta (p. ex., uma alteração de mais de 5% do peso corporal em um mês), ou redução ou aumento do apetite quase todos os dias. (Nota: Em crianças, considerar o insucesso em obter o ganho de peso esperado.) 4. Insônia ou hipersonia quase todos os dias. 5. Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observáveis por outras pessoas, não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento). 6. Fadiga ou perda de energia quase todos os dias. 7. Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada (que podem ser delirantes) quase todos os dias (não meramente autorrecriminação ou culpa por estar doente). 8. Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outras pessoas). 9. Pensamentos recorrentes de morte (não somente medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, uma tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.
B. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.	

Quadro 2 – Critérios diagnósticos para transtorno depressivo maior – DSM-5

(conclusão)

C. O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica.

Nota: Os Critérios A-C representam um episódio depressivo maior.

Nota: Respostas a uma perda significativa (p. ex., luto, ruína financeira, perdas por um desastre natural, uma doença médica grave ou incapacidade) podem incluir os sentimentos de tristeza intensos, ruminação acerca da perda, insônia, falta de apetite e perda de peso observados no Critério A, que podem se assemelhar a um episódio depressivo. Embora tais sintomas possam ser entendidos ou considerados apropriados à perda, a presença de um episódio depressivo maior, além da resposta normal a uma perda significativa, também deve ser cuidadosamente considerada. Essa decisão requer inevitavelmente o exercício do julgamento clínico baseado na história do indivíduo e nas normas culturais para a expressão de sofrimento no contexto de uma perda.

Fonte: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), 2014.

Conclui-se, portanto, a partir da comparação entre as descrições do TDM pelo DSM-IV e DSM-5, que a evolução quanto aos critérios A e C diagnósticos de uma versão para outra, reafirmam as principais características definidoras do transtorno depressivo maior, garantindo que a nova classificação seja uma fonte confiável e cientificamente fundamentada para aplicação na prática clínica e em pesquisas científicas (ARAÚJO; LOTUFO NETO, 2014).

2.4 Qualidade de vida

O conceito de qualidade de vida (QV) é muito amplo e tem se modificado ao longo do tempo. Post (2014), cita 10 conceitos diferentes, demonstrando uma evolução de 1982 até 2014 e dentre estes entendimentos, aponta a definição adotada pela OMS que descreve a QV como sendo a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHOQOL Group, 1998).

A QV se refere a uma avaliação subjetiva incorporada em um contexto cultural, social e ambiental (WHOQOL Group, 1998). Portanto, a qualidade de vida é uma experiência interna, que é influenciada por acontecimentos externos, muito embora, seja significada pelas experiências anteriores dos sujeitos, seu estado mental, sua personalidade e suas expectativas. Além disso, a avaliação da QV tem natureza subjetiva que pode ser identificada em contextos de vida diferenciados (ORLEY; SAXENA; HERRMAN, 1998).

Houve um aumento significativo no número de estudos para se investigar a QV em quase todas as áreas da medicina (KATSCHNIG, 2006). Esse crescente interesse tem se expressado notadamente no campo da psiquiatria e psicologia, com o objetivo de avaliar o papel da QV nos transtornos mentais (GONZÁLEZ-BLANCH et al., 2018), sendo a QV considerada

um melhor preditor de remissão de quadro depressivo do que a resolução de sintomas de depressão (ISHAK et al., 2011).

O TDM implica na diminuição da QV, incluindo aspectos como a saúde física, prejuízo na capacidade de executar atividades da vida diária, assim como menor adesão ao tratamento e altas taxas de morbidade e mortalidade (DIEFENTHAELER et al., 2008; STEIN et al., 2006).

Assim indivíduos com depressão têm problemas de longa duração em diversos domínios de funcionalidade e bem-estar, que podem ser semelhantes ou até maiores do que aqueles ocasionados por outras condições médicas crônicas (PATRICK et al., 2000). Soma-se ainda a este entendimento as evidências de que o TDM está relacionado ao prejuízo do funcionamento social do indivíduo (FLECK et al., 2002).

Vale ressaltar que fatores sociodemográficos, socioeconômicos e sintomas da depressão afetam os domínios da QV. Dessa forma, informações dessa natureza poderiam fornecer informações para assegurar mudanças no tratamento da depressão nos serviços de atenção à saúde (GONZÁLEZ-BLANCH et al., 2018).

Embora já se reconheça o impacto socioeconômico negativo, provocado pelos transtornos mentais incluindo a depressão, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2017), ainda é escasso o número de profissionais especializados e insuficiente o investimento em instalações e equipamentos de saúde mental baseados nas necessidades das comunidades. A cada US\$ 1 investido na ampliação do tratamento para transtornos mentais comuns, assim como a depressão, resulta em um retorno de US\$ 4 em melhores condições de saúde e capacidade de trabalho. A falta de ação é dispendiosa podendo chegar a uma perda econômica global de 1 trilhão de dólares todos os anos no período estimado entre 2016 e 2030 (OMS, 2017).

2.5 Epidemiologia do transtorno depressivo maior e qualidade de vida

Os estudos epidemiológicos são relevantes para a identificação da magnitude de agravos a saúde mental na população, sendo utilizados para o planejamento de políticas públicas na organização de serviços para se estabelecer programas de prevenção e tratamento (BORDIN; PAULA, 2007). No Brasil, a epidemiologia psiquiátrica com base na comunidade teve como foco inicial pesquisas para identificar fatores de risco de transtornos mentais e determinar os índices casos para comparar com os “não-casos” e os fatores de risco para o transtorno mental (MARI; JORGE; KOHN, 2007).

A prevalência de transtornos mentais na comunidade é um dos principais indicadores de saúde mental, juntamente com outros indicadores da QV, considerando que os agravos mentais são crônicos, de alta prevalência e acometem adultos-jovens tendo impacto social significativo para a saúde pública (ROUQUAYROL, 2013).

Desde a década de 1980 os transtornos depressivos revelam-se altamente prevalentes, afetando adultos-jovens com um curso episódico ou crônico, predominando entre as mulheres e em pessoas com menores rendas e níveis de escolaridade, estando associados a uma alta utilização de serviços de saúde devido a depressão. Portanto, pesquisas que abordem o TDM, baseadas na população geral, podem esclarecer mais a respeito dos mecanismos etiológicos e protetores da depressão, e, conseqüentemente, guiar ações em saúde objetivando a prevenção de morbidades, o sofrimento individual e familiar associado aos transtornos depressivos (LIMA, 1999).

Houve uma tendência de aumento da prevalência de depressão conforme o avanço da idade, com o risco mais elevado entre os adultos de 50 a 59 de idade, que apresentaram uma prevalência 75% maior, quando comparados a adultos de 20 a 29 anos. Além disso, os indicadores socioeconômicos escolaridade e nível econômico apresentaram uma relação inversa com a ocorrência do desfecho, isto é, quanto maior o grau de escolaridade e nível econômico, menor a probabilidade de ocorrência de depressão (CUNHA et al., 2012)

O estudo epidemiológico de Gonçalves (2018), aponta prevalência de depressão de 19,7% nas mulheres de 20 a 59 anos de áreas cobertas pela Estratégia de Saúde da Família, referindo a necessidade de um cuidado especial às mulheres com baixa escolaridade, que trabalham, apresentam transtorno mental e não praticam exercícios físicos. Sendo imprescindível ainda segundo os autores, valorizar as formas de investigação da depressão e dos possíveis fatores associados, considerando as particularidades e o contexto biopsicossocial e cultural de cada indivíduo, visando contribuir para o entendimento dos determinantes da depressão (GONÇALVES, 2018).

A prevalência de pessoas acometidas por depressão aumentou cerca de 18% entre 2005 e 2015, em que há, aproximadamente, 322 milhões de pessoas vivendo com esse transtorno mental no mundo, sendo sua prevalência maior entre as mulheres. Destaca-se que no Brasil a depressão atinge 5,8% da população geral (OMS, 2018).

A prevalência TDM em 12 meses na América do Norte é de aproximadamente 7%, com acentuadas diferenças por faixa etária, sendo a prevalência em indivíduos de 18 a 29 anos três vezes maior do que em indivíduos acima dos 60 anos. Pessoas do sexo feminino experimentam

índices 1,5 a 3 vezes mais altos do que as do masculino, começando no início da adolescência (APA, 2014).

Observa-se de forma geral, independente de país ou cultura, a prevalência duas vezes mais elevada de TDM no sexo feminino. Há relatos que a razão desta diferença está nas diferenças hormonais, os efeitos do parto, estressores psicossociais diferentes tanto para mulheres quanto para homens e modelos comportamentais de impotência aprendida (SADOCK et al., 2017).

A média de idade de início para TDM é em torno dos 40 anos, com 50% tendo início entre os 20 e 50 anos. Ele também pode iniciar na infância ou na velhice. A incidência deste transtorno pode estar aumentando entre pessoas com idade inferior a 20 anos. É possível que isso esteja relacionado ao aumento do uso substâncias psicoativas nessa faixa etária (SADOCK et al., 2017). Ademais, tem uma prevalência de até 14% em adolescentes (BIRMAHER et al., 1996). Sendo assim, a prevalência de depressão aumenta conforme a idade, tendo prevalência de 25% em idosos (PARMELEE et al., 1989).

A prevalência da depressão não difere entre as raças. Embora tenham sido descritas taxas mais elevadas de depressão nas minorias étnicas esse efeito foi atribuído a taxas mais altas de outros fatores como pobreza e falta de recursos nestes grupos (KESSLER et al., 1994; SADOCK et al., 2017).

O TDM é mais frequente em pessoas solteiras, divorciadas ou separadas. Essa diferença pode ser reflexo do início precoce e a discórdia conjugal resultante característica do transtorno (KESSLER et al, 2003; SADOCK et al., 2017).

Há indícios que a baixa condição socioeconômica está associada a taxas aumentadas de depressão (KESSLER; et al., 1994). Todavia, há estudos que apontam não haver correlação entre TDM e condição socioeconômica (SADOCK et al., 2017).

Diante do exposto, compreendendo que os fatores sociodemográficos e socioeconômicos impactam tanto a prevalência quanto a relação entre transtorno depressivo maior e qualidade de vida, torna-se imprescindível as pesquisas que se propõem analisar dados epidemiológicos, TDM e QV.

3 METODOLOGIA

Nesta sessão que aborda a metodologia da referida pesquisa os tópicos estão organizados da seguinte forma: tipo de estudo, local de estudo, população, amostra, amostragem e procedimentos de coleta e registro, coleta de dados, instrumentos, variáveis de estudo, análise dos dados, análise dos resultados, aspectos éticos, financiamento e apoio.

3.1 Tipo de estudo

Estudo epidemiológico, descritivo, do tipo observacional, com desenho de estudo transversal, que examinou a associação entre transtorno depressivo e qualidade de vida na população de um dos bairros mais populosos da cidade de Maceió-Alagoas/Brasil.

Segundo Bonita et al. (2010), os estudos epidemiológicos permitem a descrição do estado de saúde de grupos populacionais, da carga de doenças, fatores determinantes e de risco da população, os dados obtidos a partir destes estudos são extremamente relevantes para um planejamento mais eficiente por parte dos gestores de saúde quanto a aplicação dos recursos e insumos para atender as necessidades identificadas.

É considerado descritivo, devido a utilização de dados primários (casos de transtornos mentais) em uma amostra representativa de indivíduos domiciliados, entrevistados na pesquisa. Este tipo de estudo tem significativa relevância como instrumento na gerência em sistemas de saúde para áreas de abrangência delimitada, possibilitando a caracterização da demanda dos serviços ou identificação de grupos de risco (ARAGÃO, 2011).

3.2 Local de estudo

Para a realização desta pesquisa foi selecionado o bairro Benedito Bentes, localizado na cidade de Maceió, capital do Estado de Alagoas, situado na região nordeste do Brasil. Dentre os cinquenta bairros, deste município destaca-se como o mais povoado sendo estimado uma população de 94.120 habitantes, em uma área de 24.624Km², correspondendo a uma densidade demográfica de 3.577,74hab./Km², configurando-se ainda como o bairro de maior extensão territorial (IBGE, 2010; SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE ALAGOAS, 2014).

Conforme se observa na Figura 2, o Benedito Bentes limita-se ao norte com município de Rio Largo, ao sul com Serraria e Jacarecica, ao Leste com Guaxuma, Garça Torta e Riacho Doce, a Oeste com Antares e Cidade Universitária, pertencendo ainda a 6ª Região administrativa (BARBOSA; LIMA, 2011).

Figura 1 - Limites do bairro Benedito Bentes



Fonte: Bairro de Maceió – Disponível em: <<http://www.bairrosdemaceio.net/bairros/benedito-bentes>>.

O Benedito Bentes vem passando por um processo de urbanização acelerado e desordenado, nos anos que se decorrem, sendo incompatível com a infraestrutura presente e com a rede de serviços públicos oferecido a população local (MELO, 2015).

Atualmente encontra-se no bairro do Benedito Bentes I e II, duas Unidades Básicas de Saúde (Hamilton Falcão, Aliomar de Almeida Lins), um Mini Pronto Socorro, cinco Unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF), contando também com duas equipes do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e duas equipes de Consultório na Rua (BARBOSA, LIMA, 2011; MELO, 2015). Ressalta-se que existem limitações na cobertura em saúde mental, pois não possui equipamentos substitutivos especializados da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) como os Centros de Atenção Psicossocial em suas diversas modalidades e psiquiatras, número restrito de psicólogos e outros profissionais especializados em saúde mental nas unidades de saúde (MELO, 2015).

3.2.1 População

População domiciliada no bairro Benedito Bentes, da cidade de Maceió, Alagoas, Brasil.

3.3 Amostra

O estudo teve como amostra 872 residentes do Bairro Benedito Bentes, segundo os critérios de inclusão e exclusão definidos adiante:

3.3.1 Critérios de inclusão

Ser morador do bairro Benedito Bentes e residir na quadra sorteada do setor censitário, tendo idade igual ou superior a 18 anos.

3.3.2 Critérios de exclusão

Apresentar desorientação, agressividade, alucinações, delírios e confusão mental.

3.3.3 Cálculo da amostra

O tamanho da amostra foi calculado, considerando-se a estimativa da Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas (2014), a população de 94.120 habitantes, sendo previsto inicialmente uma amostra de 542 pessoas para estimar uma prevalência mínima de 15% a 95% de confiança com erro relativo de 20% (máximo permitido para o cálculo). O tipo de amostragem para esta pesquisa impôs uma correção de 1.5 ficando o tamanho da amostra estimado em 813, admitindo-se ainda perdas e recusas, houve um acréscimo de 10% (LUIZ; MAGNANINI, 2009). Esse total foi suficiente para testar um risco de 1.5 numa proporção de expostos de 20% a 95% de confiança e potência de 80% considerando um erro amostral de 5%.

Após seguir os critérios acima expostos, chegou-se a uma amostra total de 894, todavia, fizeram parte desse estudo 872 indivíduos tendo em vista a maior disponibilidade de entrevistas realizadas sem que isso prejudicasse a técnica de amostra definida. O programa utilizado para definição da amostra foi o Epidata Software Versão 3.1, um programa para análise epidemiológica de dados tabulados, desenvolvido pela Organização Pan-americana de Saúde e Departamento de Sanidade da Xunta de Galicia, em 2008.

3.4 Amostragem, procedimentos de coleta e registro

A amostragem foi probabilística e aleatória por conglomerado composta por unidades. Cada unidade corresponde a um grupamento (cluster) natural de elementos da população com características heterogêneas em relação às estudadas e com características similares entre si. Dessa maneira, cada conglomerado deveria ter comportamento semelhante à de uma população em miniatura (TORRES; MAGNANINI; LUIZ, 2011).

3.4.1 Procedimentos do processo de amostragem

Tendo como base essa definição, foram considerados os setores censitários do IBGE do ano de 2010. O bairro Benedito Bentes possui 93 setores censitários, que são unidades territoriais com limites físicos identificados em áreas contínuas (IBGE, 2015). Assim cada setor (menor unidade de dados disponíveis), correspondia a um conglomerado do estudo ou um grupo de entrevistados, descritos entre parênteses, da seguinte forma [setores 17 (12), 18 (06), 19 (09), 20 (10), 21 (12), 22 (07), 23 (08), 24 (09), 25 (04), 26 (08), 27 (12), 28(15), 29 (13), 30 (09), 31 (13), 32 (08), 33 (11), 34 (11), 35 (15), 36 (11), 37 (15), 38 (00), 39 (08), 40 (06), 41 (05), 42 (06), 43 (10), 44 (10), 45 (15), 46 (13), 47 (10), 48 (10), 49 (11), 50 (09), 51 (09), 52 (10), 53 (11), 54 (09), 55 (10), 56 (10), 57 (12), 58 (18), 59 (08), 60 (09), 61 (04), 62 (08), 63 (11), 64 (08), 65 (08), 66 (11), 67 (10), 68 (14), 69 (18), 70 (12), 71 (08), 72 (05), 73 (07), 74 (07), 75 (07), 76 (10), 77 (07), 78 (08), 79 (07), 80 (07), 81 (09), 82 (07), 83 (09), 84 (14), 85 (10), 86 (12), 87 (06), 88 (14), 89 (11), 90 (13), 91 (21), 92 (06), 93 (08), 94 (09), 95 (08), 102 (06), 103 (09), 104 (07), 105 (06), 106 (08), 107 (04), 108 (01), 109 (12), 110 (10), 111 (12), 112 (12), 113 (11), 114 (09) e 115 (14)].

O número total da amostra foi distribuído proporcionalmente em relação a população geral do bairro entre os 93 setores censitários, com uma variação de zero a dezoito entrevistas por setor. Somando-se os questionários de todos os setores foi alcançado um total de 872 residentes entrevistados.

O ponto inicial de investigação de cada setor censitário foi definido previamente a ida ao campo para coleta de dados. Para tanto, de posse do Mapa Censitário do Setor eram realizados sorteios de uma quadra ou uma rua (Figura 3 e Figura 4), e em seguida a da esquina do domicílio inicial de investigação com a delimitação exata no mapa censitário, conforme a Figura 5.

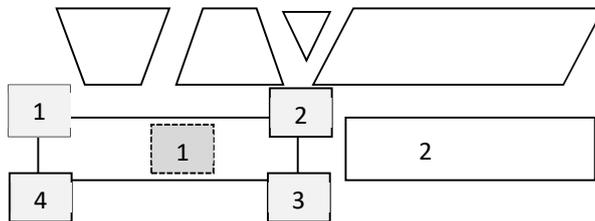
4 3.4.2 PROCEDIMENTOS DO PROCESSO DE COLETA DE DADOS

De posse do desenho do mapa do setor, os entrevistadores localizavam a esquina do domicílio inicial de investigação e seguiam examinando os residentes dos domicílios em sequência, no sentido à direita do observador até cumprir com o número previsto. Na existência de domicílios vazios, ou ainda no caso de recusas em participar do estudo ou de não atendimentos aos critérios de inclusão, foram examinados os residentes nos domicílios seguintes. No caso de não ter sido possível cobrir todas as pessoas numa mesma quadra,

imediatamente o pesquisador se dirigia a quadra da direita do mesmo setor censitário, seguindo o mesmo critério de aleatoriedade, conforme método pré-estabelecido.

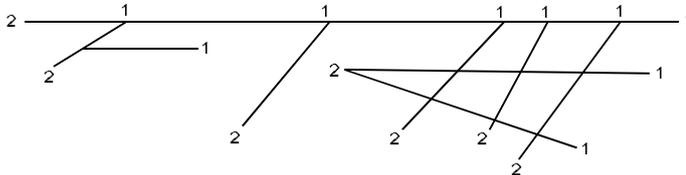
Com o intuito de se chegar as quadras definidas, foi realizado o reconhecimento dos setores censitários, previamente, por meio dos mapas, disponibilizados pelo IBGE de Maceió, e in loco. A busca dos setores contou com a colaboração de moradores nativos do bairro, o que tornou mais fácil a inserção dos pesquisadores no campo acelerando o processo de coleta de dados.

Figura 2 - Exemplo de setor com quarteirões e numeração das esquinas



Fonte: Dados da pesquisa “A Epidemiologia dos Transtornos Mentais e do Uso de álcool e outras drogas em Maceió/Alagoas”, 2015

Figura 3 - Exemplo de setor com ruas e sua numeração das extremidades.



Fonte: Dados da pesquisa “A Epidemiologia dos Transtornos Mentais e do Uso de álcool e outras drogas em Maceió/Alagoas”, 2015

Figura 4 - Exemplo de Mapa Censitário de um dos Setores Censitários Investigados, com a marcação do ponto inicial de investigação



Fonte: Dados da pesquisa “A Epidemiologia dos Transtornos Mentais e do Uso de álcool e outras drogas em Maceió/Alagoas”, 2015

A coleta foi realizada de segunda a sexta-feira, iniciando-se às 08h30min e encerrando às 18h00min, em alguns dias este período foi estendido até às 20:00 horas, quando se encontrou participantes com muitas demandas de cuidado e escuta, de encaminhamentos aos serviços de saúde referenciados por esta pesquisa, a exemplo do ambulatório de psiquiatria do Hospital Universitário Dr. Alberto Antunes para casos com ideação suicida, Centro de Atenção Psicossocial Noraci Pedrosa nos casos de transtornos instalados e Hospital Escola Portugal Ramalho, quando havia a identificação de atendimento de emergência psiquiátrica.

Os setores censitários foram escolhidos para cada dia de coleta, conforme sua proximidade. E, quando identificados e reconhecidos previamente, os estudantes eram distribuídos para visitar as residências definidas pela amostra, e assim procedia-se a aplicação do instrumento. Para cada estudante foi definida uma média de quatro entrevistas ao dia, sendo que alguns conseguiram aplicar até oito quando não identificadas maiores necessidades de assistência à saúde no entrevistado. Cada grupo de estudante foi acompanhado e auxiliado por um preceptor correspondente. À medida que o setor era finalizado a equipe de apoio os redistribuía para auxiliar em outros setores em andamento ou dá início a um novo. Essa estratégia possibilitou o uso racional do tempo, durante a realização da coleta de dados, a qualidade da entrevista e a redução de erros.

3.5 Coleta de dados

Os dados primários, foram coletados no bairro por meio de entrevistas face a face, com entrevistadores previamente treinados e capacitados, utilizando o aplicativo digital ODK Collect (Open Data Kit), disponível no sistema Android, por meio do uso de Tablets em que se inseriu o formulário online - criado para realizar a junção de todos os instrumentos de coleta de dados, o aplicativo permite ainda que ao finalizar a entrevista os dados coletados sejam armazenados no banco de dados (planilha do Microsoft Office Excel) (FONSECA et al., 2010).

3.5.1 Instrumentos

O formulário eletrônico utilizado nas entrevistas foi composto pelos seguintes instrumentos:

- Questionário Sociodemográfico (Apêndice B):

O *Questionário Sociodemográfico* foi elaborado especificamente para este estudo. Durante sua construção vários atores integrantes da pesquisa estiveram presentes

discutindo e adequando-o às informações desejadas, seja através do acesso a questionários sociodemográficos utilizados em outros estudos, seja avaliando a possibilidade de análise futura. Apesar de não se tratar de um instrumento validado, durante esta construção foram realizados testes de clareza, coerência e as adaptações necessárias. Deste questionário foram utilizadas as seguintes variáveis independentes: idade, grupo de idade, média de idade; sexo; anos de estudo, grau máximo de estudo; estado conjugal (possui cônjuge ou não); raça/cor da pele; filhos (com ou sem), número de filhos; renda; ocupação; moradia, tipo de família, responsável da família, residente.

- Instrumento de Identificação do Estrato Socioeconômico:

O Instrumento de Identificação do Estrato Socioeconômico trata-se de um instrumento criado pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, que permite identificar a classificação do estrato social, conforme (Anexo A), classificando a população brasileira em seis estratos socioeconômicos denominados: A – Alta classe alta, B1 – Baixa classe alta; B2 – Alta classe média; C1 – Média classe média; C2 – Baixa classe média; DE – Vulnerável, pobre e extremamente pobre (ABEP, 2016)

- MINI - International Neuropsychiatric Interview, Brazilian Version 5.0.0 (M.I.N.I., 2000) (Anexo C):

Versão brasileira, do questionário para entrevista diagnóstica padronizada de rápida aplicação (15-30 minutos). Relevante ferramenta de triagem que explora os principais Transtornos Psiquiátricos do Eixo I do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM IV) e da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (AMORIM, 2000); M.I.N.I. 5.0.0 Versão Brasileira / DSM IV / Atual, Junho, 2002).

- *WHOQOL Bref* – WHO Quality of Life-BREF:

WHOQOL-Abreviado (WHOQOL – bref) – Escala validada no Brasil que avalia a qualidade de vida analisando quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (FLECK et al., 2000). Foi utilizado nesta pesquisa em sua versão em Português, conforme (Anexo B). O módulo WHOQOL-BREF é constituído de 26 perguntas (sendo a pergunta número 1 e 2 sobre a qualidade de vida geral), as respostas seguem uma escala de Likert (de 1 a 5, quanto maior a pontuação melhor a qualidade de vida). Fora essas duas questões (1 e 2), o instrumento tem 24 facetas as quais compõem 4 domínios que são: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Ambiente (FLECK et al., 2000).

3.6 Variáveis de estudo

As variáveis deste estudo foram classificadas como dependentes e independentes, como se segue abaixo:

3.6.1 Variáveis dependente

Transtorno depressivo: variável dicotômica, classificada em possui (sim) e não possui (não). Considerada presença de transtorno depressivo de acordo com os critérios definidos pelo DSM-IV. Serão utilizadas as subcategorias: episódio depressivo maior (EDM) atual, episódio depressivo maior (EDM) recorrente, episódio depressivo maior (EDM) com características melancólicas, transtorno distímico atual, transtorno distímico passado.

3.6.2 Variáveis independentes

As variáveis relacionadas à qualidade de vida, são do tipo quantitativas contínuas, identificadas mediante a aplicação do WHOQOL-BREF: Domínio ambiental, Domínio físico, Domínio psicológico, Domínio social, Total.

Variáveis sociodemográficas e socioeconômicas:

- Etnia: variável categórica, qualitativa, nominal e politômica. Variável consolidada em cinco categorias, indígena, preto, pardo, amarelo e branco;
- Sexo: variável categórica, qualitativa, nominal e dicotômica. Classificada em masculino e feminino;
- Idade: variável contínua, qualitativa discreta. Idade completa em anos igual ou superior a 18 anos.
- Com companheiro: variável categórica, qualitativa, nominal e dicotômica. Verificado se com ou sem cônjuge, independentemente do tipo da união civil o que importou é se viviam em companhia de outrem;
- Filhos: variável categórica, qualitativa, nominal e dicotômica. Classificada em se possui (sim) ou não possui (não) filhos;
- Anos de estudo: Variável contínua, quantitativa discreta. Estudo em anos completos. Pessoas que estudaram em algum momento da vida e o tempo que elas estudaram em anos;
- Renda: variável categórica qualitativa, nominal e dicotômica. Se possui (sim) ou não possui (não) renda, independentemente de ter ou não ocupação;

- Estrato social: variável categórica ordinal, qualitativa, nominal e politômica. Variável consolidada em seis categorias, A – Alta classe alta, B1 – Baixa classe alta; B2 – Alta classe média; C1 – Média classe média; C2 – Baixa classe média; DE – Vulnerável, pobre e extremamente pobre (ABEP, 2016);
- Tipo de Convênio/Seguro de Saúde: variável categórica qualitativa, nominal e dicotômica. Se o tipo de convênio de saúde é Particular/Suplementar ou SUS;

3.7 Análise dos dados

Os dados foram coletados através dos formulários eletrônicos e enviados automaticamente, após conexão com a internet, ao banco de dados no Excel® versão 2007 para Windows versão 3.5.3. Ademais, o banco de dados foi revisado e codificado, para correção de erros de digitação e possíveis inconsistências. As variáveis foram codificadas para o banco de dados do pacote estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows versão 20.0.0.

O tratamento estatístico dos dados desta pesquisa foi realizado com base na frequência relativa e absoluta, como também por análise bivariada, objetivando examinar a existência de associação entre ambas variáveis. Foram utilizados os testes: Qui-Quadrado de Pearson (χ) para variáveis categóricas e o teste exato de Fisher quando um dos valores da amostra foi menor que cinco; o teste de Mann-Whitney (U) para variáveis contínuas e dicotômicas de distribuição não normal segundo o teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov (KS) e Shapirowilk (SW); O nível de probabilidade foi estabelecido à significância no valor de $\rho < 0,05$. Todos os testes foram aplicados com 95% de confiança.

3.8 Análise dos resultados

Os resultados deste estudo foram apresentados em formas de tabelas. E sua análise se deu através da identificação de significância estatística, de modo, a interpretar esses resultados baseado em pesquisas científicas, acerca da TDM, sua relação com fatores sociodemográficos e socioeconômicos, e sua associação com domínios da QV.

Os resultados foram identificados em grupo com TDM, dentre este o transtorno depressivo maior recorrente (TDM-R) e o transtorno depressivo com características melancólica (TDM-CM), e grupo saudável, conforme critérios diagnóstico do M.I.N.I.

3.9 Aspectos éticos

O estudo atendeu aos aspectos éticos dispostos na Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. A coleta de dados somente foi iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas, com Parecer Consubstanciado de Autorização sob número **608 613** (Anexo D).

Durante a coleta de dados, os entrevistados que necessitavam de acompanhamento de saúde foram encaminhados para serviços da comunidade e serviços especializados, anteriormente citados.

Os entrevistados foram devidamente esclarecidos e somente incluídos quando atendiam aos critérios de inclusão e concordavam em assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice A), conforme a Resolução 466/2012 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa — CONEP. Todas as informações obtidas com a devida autorização destes participantes foram tratadas de maneira sigilosa, preservando-se a identidade dos mesmos. Os dados ficarão armazenados em forma de banco de dados sob responsabilidade do pesquisador pelo prazo de cinco anos.

3.10 Financiamento e apoio

Este estudo é um recorte da pesquisa: A epidemiologia dos transtornos mentais e do uso de álcool e outras drogas em Maceió/Alagoas, 2016, financiado pelo PPSUS FAPEAL 02/2013 – MS/CNPq/FAPEAL/SESAU-AL: Programa Pesquisa para o SUS: Geração compartilhada de Saúde; e contou com apoio de toda rede logística da Escola de Enfermagem e Farmácia (EENFAR) da Universidade Federal de Alagoas; com setor de Saúde Mental do Curso de Enfermagem, Grupo de Pesquisa em Saúde Mental, do Curso de Enfermagem, Grupo de Pesquisa em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas Austregésilo Carrano Bueno (GPESAM/CNPq/UFAL); Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde/Redes de Atenção à Saúde (PET-Saúde/Redes) do Ministério da Saúde período de 2013-2015.

Esta pesquisa recebeu apoio dos pesquisadores dos cursos de saúde, estudantes e tutores da UFAL, preceptores profissionais dos serviços de saúde que integram o PET; Residência de Enfermagem em Psiquiatria e Saúde Mental, da Universidade de Ciências da Saúde de Alagoas; Programas de Saúde Mental da Secretaria de Saúde de Maceió; e a Faculdade Tiradentes de Maceió para elaboração do projeto.

Os pesquisadores foram apoiados pela comunidade do Benedito Bentes com acesso as Unidades de Saúde, ao Restaurante popular, domicílios, igrejas evangélicas, associação de moradores, subprefeitura, feira central, supermercado e terminais de ônibus.

5 RESULTADOS

Os resultados encontrados na pesquisa estão dispostos em tabelas e agrupados em categorias, sendo apresentados, a princípio, a caracterização dos dados sociodemográficos e socioeconômicos de domiciliados de um bairro vulnerável em Maceió/Brasil. Em seguida, são apresentadas a distribuição do transtorno depressivo maior, do transtorno depressivo recorrente, do transtorno depressivo com características melancólicas e dos considerados saudáveis da população estudada conforme o MINI.

Por conseguinte, são apresentadas as associações entre o grupo saudável (ausência de transtornos mentais), TDM, TDM-R, TDM-CM e fatores sociodemográficos, socioeconômicos e os domínios da qualidade de vida. Por fim, será apresentada a associação entre os sintomas de depressão avaliados pelo MINI com os domínios da qualidade de vida do WHOQOL.

4.1 Caracterização dos fatores sociodemográficos e socioeconômicos de domiciliados e um bairro vulnerável em Maceió/Brasil.

A amostra deste estudo foi composta por 872 residentes de um bairro vulnerável localizado em Maceió/AL. Observou-se que $\frac{3}{4}$ dos participantes eram do sexo feminino (75,1%), média de idade de 41,8 (DP \pm 16,17) anos, com predominância de adultos jovens entre 25 e 34 anos (24,0%), que se autodeclararam não brancos (82,7%), com companheiro (a) (55,0%) e com filhos (84,7%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica, em número absoluto e relativo, em domiciliados do bairro Benedito Bentes, Maceió – AL, Brasil, 2015.

(continua)

Variáveis	n = 872	%
Sexo		
Feminino	655	75,1
Masculino	217	24,9
Faixa etária		
18 – 24 anos	143	16,4
25 – 34 anos	209	24,0
35 – 44 anos	155	17,8
45 – 54 anos	155	17,8
55 – 64 anos	120	13,8
65 – 74 anos	70	8,0
75 anos e mais	20	2,3
Etnia		
Não-brancos (a)	721	82,7
Brancos (a)	151	17,3

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica, em número absoluto e relativo, em domiciliados do bairro Benedito Bentes, Maceió – AL, Brasil, 2015.

Variáveis	n = 872	%
(conclusão)		
Companheiro (a)		
Sim	480	55,0
Não	392	45,0
Filhos		
Sim	739	84,7
Não	133	15,3

Fonte: Banco de dados da pesquisa “A Epidemiologia dos Transtornos Mentais e do Uso de álcool e outras drogas em Maceió/Alagoas”, 2015.

A média do número de filhos foi de 3,14 (DP±2,24) e a de anos de estudo foi de 7,37 (DP ± 4,38), variando entre 0 e 20 anos estudados. Ressalta-se ainda que a variável anos de estudo foi calculada com n = 868, após verificar a presença de 4 outliers durante aplicação do teste de normalidade, (Tabela 2).

Tabela 2 – Média de idade, anos de estudo e número de filhos em domiciliados do bairro Benedito Bentes, Maceió – AL, Brasil, 2015.

Variáveis	Média	DP±	Mínimo	Máximo	IC 95%
Idade em anos (n=872)	41,80	16,17	18	87	40,73 – 42,87
Número de filhos (n=739)	3,14	2,24	1	14	2,98 – 3,31
Anos de estudo (n=868)	7,37	4,38	0	20	7,08 – 7,66

Fonte: Banco de dados da pesquisa: “A Epidemiologia dos Transtornos Mentais e do Uso de álcool e outras drogas em Maceió/Alagoas”, 2015.

Ao verificar os fatores socioeconômicos dos participantes, observou-se que mais da metade não exerce atividade laboral (62,0%), todavia possuem renda (68,5%). Destaca-se que mais da metade da população investigada foi alocada na classe social D-E (64,9%), considerada a mais vulnerável e utilizam o SUS como principal convênio de saúde (77,1%). (Tabela 3).

Tabela 3 – Caracterização socioeconômica, em número absoluto e relativo, em domiciliados do bairro Benedito Bentes, Maceió – AL, Brasil, 2015.

Variáveis	n = 872	%
(continua)		
Trabalho		
Sim	331	38,0
Não	541	62,0
Renda		
Sim	597	68,5
Não	275	31,5
Estrato Social		
A	2	0,2
B1	5	0,6
B2	31	3,6
C1	81	9,3
C2	187	21,4
D-E	566	64,9

Tabela 3 – Caracterização socioeconômica, em número absoluto e relativo, em domiciliados do bairro Benedito Bentes, Maceió – AL, Brasil, 2015.

Variáveis	n = 872	%
Tipo de Convênio		
SUS	672	77,1
Particular/Plano de saúde	200	22,9

(conclusão)

Fonte: Banco de dados da pesquisa “A Epidemiologia dos Transtornos Mentais e do Uso de álcool e outras drogas em Maceió/Alagoas”, 2015.

4.2 Prevalência de transtornos mentais, transtorno depressivo maior, transtorno depressivo recorrente, transtorno depressivo com características melancólicas em domiciliados de um bairro vulnerável de Maceió – AL, Brasil.

Ao analisar a distribuição de transtornos mentais na amostra pesquisada, observou-se que quase $\frac{3}{4}$ da amostra se enquadrou em algum transtorno mental avaliado pelo MINI. Desses, 183 (21,0%) apresentaram TDM. Entre os participantes com TDM, 54 (29,5%) apresentaram TDM-R e 126 (68,9%) TDM-CM. Destaca-se que 261 (29,9%) pessoas não preencheram os critérios diagnósticos do M.I.N.I para transtornos mentais no momento da entrevista, sendo estes considerados para esta pesquisa como grupo saudável. (Tabela 4). Enfatiza-se que os casos de transtorno bipolar foram desconsiderados já que também apresentam sinais e sintomas depressivos em várias fases ao longo da vida.

Tabela 4 – Distribuição de transtornos mentais e transtornos depressivos, em número absoluto e relativo, em domiciliados do bairro Benedito Bentes, Maceió – AL, Brasil, 2015.

	n	%
Transtornos mentais (n=872)		
Sim	611	70,1
Não	261	29,9
Transtorno depressivo maior (n=872)		
Sim	183	21,0
Não	689	79,0
Transtorno depressivo recorrente (n=183)		
Sim	54	29,5
Não	129	70,5
Transtorno depressivo com características melancólicas (n=183)		
Sim	126	68,9
Não	57	31,2

Fonte: Banco de dados da pesquisa “A Epidemiologia dos Transtornos Mentais e do Uso de álcool e outras drogas em Maceió/Alagoas”, 2015.

4.3 Associação entre grupo saudável, transtornos depressivos e fatores sociodemográficos e socioeconômicos em domiciliados de um bairro de vulnerável de Maceió – AL, Brasil.

Ao verificar a associação entre o grupo saudável e fatores sociodemográficos e socioeconômicos na população estudada, observou-se que ser do sexo feminino (valor de $\rho = 0,05$; OR=0,73), assim como ter filhos (valor de $\rho = 0,05$; OR=0,69), foram considerados como fator de risco para grupo saudável; ter trabalho (valor de $\rho = 0,01$; OR=1,44), aumenta quase um e meio a chance de pertencer ao grupo saudável (Tabela 5).

Tabela 5 – Associação entre grupo saudável e fatores sociodemográficos e socioeconômicos em domiciliados do bairro Benedito Bentes, Maceió – AL, Brasil 2015. (n=872).

	Grupo saudável		OR	IC _{95%}	Valor de p
	Sim n=261 (%)	Não n=611 (%)			
Sexo					
Feminino	185 (70,9)	470 (76,9)	0,73	0,53 – 1,01	0,05*
Masculino	76 (29,1)	141 (23,1)	1,37	0,98 – 1,89	
Etnia					
Não-brancos	216 (82,8)	505(82,7)	1,00	0,69 – 1,48	0,97
Brancos (a)	45 (17,2)	106 (17,3)			
Companheiro (a)					
Sim	152 (58,2)	328 (53,7)	1,20	0,89 – 1,61	0,22
Não	109 (41,8)	283 (46,3)			
Tem filhos					
Sim	212 (81,2)	527 (86,3)	0,69	0,47 – 1,02	0,05*
Não	49 (18,8)	84 (13,7)			
Renda					
Sim	178 (68,2)	419 (68,6)	0,98	0,72 – 1,34	0,91
Não	83 (31,8)	192 (31,4)			
Trabalho					
Sim	115 (44,1)	216 (35,4)	1,44	1,07 – 1,94	0,01*
Não	146 (55,9)	395 (64,6)			
Convênio de saúde					
SUS	193 (73,9)	479 (78,4)	0,78	0,56 – 1,09	0,15
Particular/plano de saúde	68 (26,1)	132 (21,6)			

^aTeste de Pearson; * $\rho < 0,05$.

Fonte: Banco de dados da pesquisa “A Epidemiologia dos Transtornos Mentais e do Uso de álcool e outras drogas em Maceió/Alagoas”, 2015.

A realizar a associação entre transtorno depressivo maior com fatores sociodemográficos e socioeconômicos foi verificado significância para sexo (valor de $\rho = 0,002$) em que ser do sexo feminino apresenta risco de quase duas vezes (OR=1,99) mais chances para ter TDM quando comparado ao sexo masculino; e ter renda (valor de $\rho = 0,003$), considerado como fator de proteção (OR=0,58) para não ter TDM. Apesar de não haver

significância, neste estudo, quem tem filhos tem uma vez mais chances para ter TDM quando comparado a quem não tem; como também, os usuários do SUS tiveram uma vez mais chance para ter TDM em relação a usuários de convênio particular ou plano de saúde. O (n=611) representa os que possuem algum transtorno mental (Tabela 6).

Tabela 6 – Associação entre transtorno depressivo maior e fatores sociodemográficos e socioeconômicos em domiciliados de um bairro Benedito Bentes, Maceió – AL, Brasil, 2015. (n=611).

	Transtorno depressivo maior		OR	IC _{95%}	Valor de p
	Sim n=183(%)	Não n=428 (%)			
Sexo					
Feminino	155 (84,7)	315 (73,6)	1,99	1,26 – 3,13	0,002**
Masculino	28 (25,3)	113 (26,4)			
Etnia					
Não-brancos	150 (82,0)	355 (82,9)	0,94	0,59 – 1,47	0,77
Branco (a)	33 (18,0)	73 (17,1)			
Companheiro (a)					
Sim	94 (51,4)	234 (54,7)	0,87	0,62 – 1,24	0,45
Não	89 (48,6)	194 (45,3)			
Tem filhos					
Sim	161 (88,0)	366 (85,5)	1,24	0,74 – 2,08	0,42
Não	22 (12,0)	62 (14,5)			
Renda					
Sim	110 (60,1)	309 (72,2)	0,58	0,40 – 0,83	0,003**
Não	73 (39,9)	119 (27,8)			
Trabalho					
Sim	55 (30,1)	161 (37,6)	0,71	0,49 – 1,03	0,07
Não	128 (69,9)	267 (62,4)			
Convênio de saúde					
SUS	150 (82,0)	329 (76,9)	1,37	0,88 – 2,12	0,16
Particular/plano de saúde	33 (18,0)	99 (23,1)			

^aTeste de Pearson ** $p < 0,001$.

Fonte: Banco de dados da pesquisa “A Epidemiologia dos Transtornos Mentais e do Uso de álcool e outras drogas em Maceió/Alagoas”, 2015.

Para realizar a associação entre transtorno depressivo recorrente e fatores sociodemográficos e socioeconômicos foi considerado o número de casos encontrados na população que apresentou TDM (n=183), tendo em vista que a depressão recorrente é um subtipo de depressão maior. Com isso, não foi observado significância entre TDM-R e as variáveis sociodemográficas e socioeconômicas (Tabela 7).

Tabela 7 – Associação entre transtorno depressivo recorrente e fatores sócio-demográficos e socioeconômicos em domiciliados no bairro Benedito Bentes, Maceió – AL, Brasil, 2015. (n=183).

	Transtorno Depressivo Recorrente		OR	IC _{95%}	Valor de p
	Sim n=54 (%)	Não n= 129 (%)			
Sexo					
Masculino	10 (18,5)	18 (14,0)	1,40	0,60 – 3,27	0,43
Feminino	44 (81,5)	111 (86,0)			
Etnia					
Não-brancos	45 (83,3)	105 (81,4)	1,14	0,49 – 2,65	0,75
Branco (a)	9 (16,7)	24 (18,6)			
Companheiro (a)					
Sim	26 (48,1)	68 (52,7)	0,83	0,44 – 1,57	0,57
Não	28 (51,9)	61 (47,3)			
Tem filhos					
Sim	46 (85,2)	115 (89,1)	0,70	0,27 – 1,78	0,45
Não	8 (14,8)	14 (10,9)			
Renda					
Sim	32 (59,3)	78 (60,5)	0,95	0,49 – 1,82	0,88
Não	22 (40,7)	51 (39,5)			
Trabalho					
Sim	15 (27,8)	40 (31,0)	0,86	0,42 – 1,73	0,66
Não	39 (72,2)	89 (69,0)			
Convênio de saúde					
SUS	46 (85,2)	104 (80,6)	1,38	0,58 – 3,29	0,46
Particular/plano de saúde	8 (14,8)	25 (19,4)			

^aTeste de Pearson.

Fonte: Banco de dados da pesquisa “A Epidemiologia dos Transtornos Mentais e do Uso de álcool e outras drogas em Maceió/Alagoas”, 2015.

Ao analisar a associação do outro subtipo de TDM, transtorno depressivo com características melancólicas e aspectos sociodemográficos e socioeconômicos não foi observada significância (Tabela 8).

Tabela 8 – Associação entre transtorno depressivo melancólico e fatores sociodemográficos e socioeconômicos em domiciliados no bairro Benedito Bentes, Maceió – AL, Brasil, 2015. (n=183).

(continua)

	Transtorno Depressivo Melancólico		OR	IC _{95%}	Valor de p
	Sim n=126 (%)	Não n= 57 (%)			
Sexo					
Feminino	107 (84,9)	48 (84,2)	1,06	0,44 – 2,50	0,90
Masculino	19 (15,1)	9 (15,8)			
Etnia					
Não-brancos	101 (80,2)	49 (86,0)	0,66	0,27 – 1,57	0,34
Branco (a)	25 (19,8)	8 (14,0)			
Companheiro (a)					
Sim	63 (50,0)	31 (54,4)	0,84	0,45 – 1,57	0,58
Não	63 (50,0)	26 (45,6)			

Tabela 8 – Associação entre transtorno depressivo melancólico e fatores sociodemográficos e socioeconômicos em domiciliados no bairro Benedito Bentes, Maceió – AL, Brasil, 2015. (n=183).

(conclusão)

	Transtorno Depressivo Melancólico		OR	IC _{95%}	Valor de p
	Sim n=126 (%)	Não n= 57 (%)			
Tem filhos					
Sim	108 (85,7)	53 (93,0)	0,45	0,15 – 1,41	0,12 ^b
Não	18 (14,3)	4 (7,0)			
Renda					
Sim	74 (58,7)	36 (63,2)	0,83	0,44 – 1,58	0,57
Não	52 (41,3)	21 (36,8)			
Trabalho					
Sim	39 (31,0)	16 (28,1)	1,15	0,58 – 2,29	0,69
Não	87 (69,0)	41 (71,9)			
Convênio de saúde					
SUS	104 (82,5)	46 (80,7)	1,13	0,51 – 2,52	0,76
Particular/plano de saúde	22 (17,5)	11 (19,3)			

Fonte: Banco de dados da pesquisa “A Epidemiologia dos Transtornos Mentais e do Uso de álcool e outras drogas em Maceió/Alagoas”, 2015.

Ao realizar a associação entre transtornos depressivos (maior, recorrente e melancólico), grupo saudável e média de idade, número de filhos e anos de estudo, constatou-se significância entre TDM e idade (Valor de $p=0,002$; $\bar{x} =39,5$; $DP \pm 14,1$), grupo saudável com idade (Valor de $p=0,005$; $\bar{x} =39,44$; $DP \pm 15,5$), número de filhos (Valor de $p=0,01$; $\bar{x} =2,85$; $DP \pm 2,1$) e anos de estudo (Valor de $p=0,000$; $\bar{x} =8,22$; $DP \pm 4,2$) (Tabela 9).

Tabela 9 – Associação entre grupo saudável, transtorno depressivo maior, transtorno depressivo recorrente, transtorno depressivo com características melancólicas e média de idade, número de filhos e anos de estudo em domiciliados do bairro Benedito Bentes, Maceió

(continua)

	Média (DP \pm)	Mínimo	Máximo	IC 95%	Valor de p
Grupo saudável (n=261)					
Idade	39,44 (15,5)	18	80	37,5 – 41,3	0,005*
Número de filhos (n=212)	2,85 (2,1)	1	14	2,6 – 3,1	0,011*
Anos de estudo (n=259)	8,22 (4,2)	0	20	7,7 – 8,7	0,000*
TDM (n=183)					
Idade	39,5 (14,1)	18	74	37,4 – 41,5	0,002*
Número de filhos (n=161)	3,08 (1,9)	1	13	2,78 – 3,38	0,845
Anos de estudo	6,8 (4,0)	0	18	6,18 – 7,36	0,254
TDM-R (n=54)					
Idade	41,44 (14,0)	18	71	37,6 – 45,3	0,176
Número de filhos (n=46)	2,98 (1,70)	1	8	2,47 – 3,48	0,616
Anos de estudo	6,52 (3,53)	0	15	5,56 – 7,48	0,573

Tabela 9 – Associação entre grupo saudável, transtorno depressivo maior, transtorno depressivo recorrente, transtorno depressivo com características melancólicas e média de idade, número de filhos e anos de estudo em domiciliados do bairro Benedito Bentes, Maceió

(conclusão)

	Média (DP±)	Mínimo	Máximo	IC 95%	Valor de p
TDM-CM (n=126)					
Idade	40,39 (13,8)	19	71	37,9 – 42,8	0,122
Número de filhos (n=108)	3,05 (1,8)	1	10	2,7 – 3,4	0,736
Anos de estudo	6,99 (4,2)	0	18	6,3 – 7,7	0,325

^U Teste de Mann-Whitney; * $p < 0,05$.

Fonte: Banco de dados da pesquisa “A Epidemiologia dos Transtornos Mentais e do Uso de álcool e outras drogas em Maceió/Alagoas”, 2015.

4.4 Associação entre transtornos depressivos, grupo saudável e qualidade de vida em domiciliados de um bairro vulnerável de Maceió – AL, Brasil.

Ao analisar a média de qualidade de vida na amostra estudada, constatou-se que o domínio social obteve a média de 68,16 (DP± 17,2), a maior entre os domínios avaliados pelo WHOQOL. Seguido pelos domínios psicológico ($\bar{x} = 65,84$; DP± 15,6), físico ($\bar{x} = 63,90$; DP±18,2) e ambiental ($\bar{x} = 43,25$; DP±12,6). Esse último considerado como a menor média entre os domínios (Tabela 10).

Tabela 10 – Média de qualidade de vida na população geral de domiciliados do bairro Benedito Bentes, Maceió, Alagoas, Brasil, 2015. n=859.

WHOQOL Domínio	Média (DP±)	Mínimo	Máximo	IC 95%
Físico	63,90 (18,2)	0	100	62,68-65,13
Psicológico	65,84 (15,6)	8,3	100	64,79-66,88
Social	68,16 (17,2)	0	100	67,00-69,31
Ambiental	43,25 (12,6)	3,1	84,4	42,40-44,09
Total	60,29 (12,0)	13,3	90,3	59,40-61,09

Fonte: Banco de dados da pesquisa “A Epidemiologia dos Transtornos Mentais e do Uso de álcool e outras drogas em Maceió/Alagoas”, 2015.

Ao analisar a associação entre o grupo saudável e a qualidade de vida, foi constatada significância nos domínios físico (Valor de $p = 0,00$) com média de 66,67 (DP±18,6); psicológico (Valor de $p = 0,02$) com média de 67,96 (DP±14,8); ambiental (Valor de $p = 0,01$) com média de 44,74 (DP±12,6) e total (Valor de $p = 0,00$) com média de 60,66 (DP±11,9) (Tabela 11).

Ao associar o TDM com os domínios da qualidade de vida, verificou-se significância para os domínios físico (Valor de $p = 0,04$) com média de 60,34 (DP±18,4); psicológico (Valor

de $p = 0,00$) com média de 61,92 (DP \pm 17,9); ambiental (Valor de $p = 0,03$) com média de 41,19 (DP \pm 9,4) e total (Valor de $p = 0,00$) com média de 57,24 (DP \pm 15,2) (Tabela 11).

Na associação entre TDM-R e qualidade de vida não foi observada significância, todavia foi verificado maior média no domínio social ($\bar{x} = 67,59$; DP \pm 18,8) e menor média no ambiental ($\bar{x} = 42,30$; DP \pm 14,4). Dados semelhantes foram encontrados na associação entre TDM-CM e qualidade de vida, com maior média para o domínio social ($\bar{x} = 66,60$; DP \pm 19,7) e menor para o ambiental ($\bar{x} = 41,27$; DP \pm 13,5) (Tabela 11).

Tabela 11 – Associação entre grupo saudável, transtorno depressivo maior, transtorno depressivo recorrente, transtorno depressivo com características melancólicas e qualidade de vida em domiciliados do bairro Benedito Bentes, Maceió, Alagoas, Brasil, 2015.

WHOQOL Domínio	Média (DP \pm)	Mínimo	Máximo	IC 95%	Valor de p
Grupo saudável (n=259)					
Físico	66,67 (18,9)	0	100	64,35-68,98	0,00**
Psicológico	67,95 (14,8)	12,5	100	66,13-69,77	0,02*
Social	69,14 (17,1)	0	100	67,05-71,24	0,34
Ambiental	44,74 (12,6)	12,5	81,2	43,19-46,28	0,01*
Total	60,66 (11,9)	13,3	87,2	60,65-63,59	0,00**
Transtorno depressivo maior (n=180)					
Físico	60,34 (18,4)	10,7	96,2	57,62-63,05	0,04*
Psicológico	61,92 (17,9)	12,5	95,8	59,28-64,55	0,00**
Social	65,51 (19,1)	0	100	62,70-68,31	0,08
Ambiental	41,19 (13,1)	9,4	84,4	39,25-43,14	0,03*
Total	57,24 (13,5)	15,2	90,3	55,26-59,22	0,00**
Transtorno depressivo recorrente (n=54)					
Físico	62,76 (18,0)	17,8	89,3	57,84-67,68	0,18
Psicológico	62,34 (19,0)	25,0	95,8	57,15-67,54	0,73
Social	67,59 (19,8)	0	100	62,18-72,99	0,22
Ambiental	42,30 (14,4)	12,5	84,4	38,36-46,24	0,65
Total	58,75 (14,6)	25,3	90,3	54,77-62,73	0,22
Transtorno depressivo com características melancólicas (n=125)					
Físico	59,71 (18,8)	10,7	96,4	56,38-63,04	0,45
Psicológico	62,03 (18,6)	12,5	95,8	58,74-65,32	0,53
Social	66,60 (19,7)	0	100	63,12-70,08	0,27
Ambiental	41,27 (13,5)	9,4	78,1	38,88-43,66	0,77
Total	57,40 (14,2)	15,2	85,7	54,89-59,91	0,59

^U Teste de Mann-Whitney; * $\rho < 0,05$; ** $\rho < 0,001$

Fonte: Banco de dados da pesquisa “A Epidemiologia dos Transtornos Mentais e do Uso de álcool e outras drogas em Maceió/Alagoas”, 2015.

Na associação entre sintomas depressivos e qualidade de vida no grupo saudável não foi observada significância. Todavia, os maiores escores foram visualizados no domínio psicológico nos sintomas apatia (\bar{x} 75,00; DP \pm 5,9), psicomotricidade (\bar{x} 74,55; DP \pm 6,5), humor triste (\bar{x} 70,54; DP \pm 16,7), apetite (\bar{x} 74,50; DP \pm 11,5), concentração/decisões (\bar{x} 70,83; DP \pm 7,9), insônia (\bar{x} 70,31; DP \pm 16,3), anedonia (\bar{x} 68,45; DP \pm 20,3), ideias de morte (\bar{x} 64,58;

DP± 25,8) e os menores escores no domínio ambiental em todos os sintomas depressivos, sendo o menor na anedonia com média de 41,29 (DP± 13,1). Destaca-se que nenhum domiciliado saudável apresentou insônia terminal. (Tabela 12).

Tabela 12 – Associação entre sintomas depressivos e qualidade de vida no grupo saudável em domiciliados do bairro Benedito Bentes, Maceió, Alagoas, Brasil, 2015.

(continua)

WHOQOL Domínio	Média (DP±)	Mínimo	Máximo	IC 95%	Valor de p
Humor triste (n=42)					
Físico	66,24 (21,1)	0	100	59,66-72,82	0,86
Psicológico	70,54 (16,7)	12,5	100	65,33-75,73	0,08
Social	66,66 (19,8)	0	100	60,48-72,84	0,54
Ambiental	46,35 (13,9)	15,6	78,1	42,01-50,69	0,33
Total	62,44 (13,2)	13,3	83,1	58,32-66,57	0,68
Anedonia (n=14)					
Físico	57,65 (26,5)	0	89,3	42,35-72,95	0,27
Psicológico	68,45 (20,3)	12,5	95,8	56,71-80,19	0,46
Social	63,69 (28,9)	0	91,6	46,96-80,42	0,79
Ambiental	41,29 (13,1)	15,6	71,8	33,69-48,88	0,23
Total	57,77 (18,6)	13,3	87,2	47,00-68,54	0,49
Apetite (n=17)					
Físico	66,59 (22,2)	25	100	55,20-77,98	0,98
Psicológico	74,50 (11,5)	54,2	100	68,59-80,42	0,82
Social	70,58 (16,9)	25	91,6	61,87-79,30	0,61
Ambiental	47,79 (10,6)	34,4	71,8	42,35-53,23	0,71
Total	64,87 (11,6)	40,4	87,2	58,87-70,87	0,59
Insônia (n=16)					
Físico	68,30 (20,9)	25	100	57,14-79,46	0,69
Psicológico	70,31 (16,3)	45,8	100	61,62-79,00	0,48
Social	63,54 (19,2)	25	100	53,30-73,78	0,06
Ambiental	47,07 (15,0)	15,6	65,6	39,06-55,07	0,56
Total	62,30 (13,2)	33,5	83,1	55,24-69,36	0,65
Psicomotricidade (n=10)					
Físico	57,50 (19,4)	25	82,1	43,64-71,36	0,08
Psicológico	73,75 (6,5)	66,6	87,5	69,07-78,02	0,95
Social	68,33 (19,2)	25	91,6	54,62-82,04	0,87
Ambiental	44,37 (9,5)	21,8	56,3	37,56-51,18	0,75
Total	60,98 (10,3)	40,3	75,6	53,59-68,39	0,36
Fatigabilidade (n=13)					
Físico	67,31 (26,3)	0	100	51,43-83,19	0,68
Psicológico	66,02 (20,9)	12,5	100	53,35-78,69	0,21
Social	67,30 (23,7)	0	91,6	52,99-81,62	0,98
Ambiental	48,32 (10,2)	34,4	65,6	42,12-54,51	0,67
Total	62,24 (16,8)	13,3	83,1	52,06-72,42	0,95
Apatia (n=2)					
Físico	73,21 (12,6)	64,3	82,1	-40,2 – 186,6	0,79
Psicológico	75,00 (5,9)	70,8	79,2	22,06-127,9	0,44
Social	70,83 (5,9)	66,6	75,0	17,89-123,77	0,92
Ambiental	53,12 (8,8)	46,8	59,4	-26,28 – 132,53	0,55
Total	68,04 (8,3)	62,2	73,9	-6,64 – 142,72	0,66

Tabela 12 – Associação entre sintomas depressivos e qualidade de vida no grupo saudável em domiciliados do bairro Benedito Bentes, Maceió, Alagoas, Brasil, 2015.

(conclusão)

WHOQOL Domínio	Média (DP±)	Mínimo	Máximo	IC 95%	Valor de p
Culpa/Menos valia (n=6)					
Físico	58,93 (31,2)	0	89,3	26,19-91,67	0,48
Psicológico	56,94 (31,6)	12,5	95,8	23,79-90,09	0,17
Social	54,16 (36,8)	0	91,6	15,55-92,78	0,50
Ambiental	46,35 (13,5)	34,4	71,9	32,22-60,48	0,74
Total	54,09 (24,6)	13,3	87,2	28,31-79,88	0,20
Concentração/Decisões (n=12)					
Físico	65,48 (17,8)	28,6	89,3	54,18-76,77	0,62
Psicológico	70,83 (7,9)	50	79,2	65,78-75,88	0,53
Social	68,05 (22,1)	16,6	100	53,98-82,12	0,78
Ambiental	42,97 (10,8)	21,8	65,6	36,08-49,85	0,29
Total	61,83 (11,1)	43,8	82,6	54,77-68,89	0,38
Ideias de morte (n=6)					
Físico	56,55 (30,2)	0	82,1	24,79-88,29	0,43
Psicológico	64,58 (25,8)	12,5	79,2	37,52-91,64	0,82
Social	52,77 (35,2)	0	83,3	15,81-89,74	0,39
Ambiental	46,87 (10,5)	34,4	59,4	35,89-57,85	1,00
Total	55,19 (23,2)	13,3	73,9	30,83-79,55	0,61
Pior pela manhã (n=1)					
Físico	63,69 (32,5)	0	89,3	29,55-97,83	0,28
Psicológico	59,02 (24,9)	12,5	79,2	32,87-85,17	0,28
Social	56,94 (31,4)	0	91,6	24,02-89,86	0,90
Ambiental	45,83 (9,2)	34,4	59,4	36,18-55,49	0,28
Total	56,37 (22,5)	13,3	73,6	32,76-79,98	0,28

^U Teste de Mann-Whitney

Insônia Terminal (n=0)

Fonte: Banco de dados da pesquisa “A Epidemiologia dos Transtornos Mentais e do Uso de álcool e outras drogas em Maceió/Alagoas”, 2015.

Ao analisar a associação entre sintomas depressivos e qualidade de vida nos indivíduos com transtorno depressivo verificou-se significância entre os sintomas anedonia e domínio total (Valor de p = 0,05) com média de 56,53 (DP± 13,5); apetite e domínio físico (Valor de p = 0,05) com média de 61,41 (DP± 17,9); apatia e domínio social (Valor de p = 0,02) com média de 67,62 (DP± 19,0); ideias de morte com domínio psicológico e social (Valor de p = 0,05 e 0,03), com média de 59,90 (DP± 18,5) e 63,23 (DP± 20,9), respectivamente e sintoma pior pela manhã e domínio físico com média de 57,52 (DP± 17,8) (Tabela 13).

Tabela 13 – Associação entre sintomas depressivos e qualidade de vida no transtorno depressivo maior em domiciliados do bairro Benedito Bentes, Maceió, Alagoas, Brasil, 2015.

(continua)

WHOQOL Domínio	Média (DP±)	Mínimo	Máximo	IC 95%	Valor de p
Humor triste (n=168)					
Físico	60,27 (18,9)	10,7	96,4	57,38-63,14	0,87
Psicológico	61,50 (18,2)	12,5	95,8	58,74-64,28	0,36
Social	65,67 (19,2)	0	100	62,75-68,60	0,73
Ambiental	41,16 (13,2)	9,4	84,4	39,15-43,18	0,86
Total	57,15 (13,7)	15,2	90,3	55,05-59,25	0,82
Anedonia (n=151)					
Físico	59,58 (18,8)	10,7	96,4	56,56-62,60	0,26
Psicológico	60,89 (18,3)	12,5	95,8	58,03-63,93	0,18
Social	64,90 (18,5)	8,3	100	61,92-67,88	0,07
Ambiental	40,65 (13,4)	9,4	84,4	38,49-42,80	0,15
Total	56,53 (13,5)	15,2	90,3	54,36-58,69	0,05*
Apetite (n=159)					
Físico	61,41 (17,9)	10,7	96,3	58,60-64,22	0,05*
Psicológico	62,44 (18,1)	12,5	95,8	59,60-65,29	0,14
Social	65,15 (19,4)	0	100	62,11-68,18	0,51
Ambiental	41,25 (13,1)	9,4	84,4	39,20-43,30	0,66
Total	57,56 (13,4)	15,2	90,3	55,46-59,66	0,47
Insônia (n=145)					
Físico	60,27 (18,5)	10,7	96,4	57,24-63,29	0,91
Psicológico	61,93 (18,3)	12,5	95,8	58,91-64,94	0,82
Social	64,94 (19,0)	0	100	61,82-68,07	0,48
Ambiental	41,44 (13,3)	9,4	84,4	39,26-43,62	0,59
Total	57,14 (13,6)	15,2	90,3	54,89-59,39	0,87
Insônia Terminal (n=113)					
Físico	59,23 (18,6)	10,7	96,4	55,76-62,69	0,26
Psicológico	62,20 (19,0)	12,5	95,8	58,66-65,74	0,30
Social	65,70 (19,3)	0	100	62,10-69,31	0,76
Ambiental	41,23 (13,9)	9,4	84,4	38,64-43,82	0,45
Total	57,09 (14,4)	15,2	90,3	54,41-59,76	0,62
Psicomotricidade (n=154)					
Físico	60,83 (18,8)	10,7	96,4	57,84-63,83	0,12
Psicológico	62,44 (17,8)	12,5	95,8	59,62-65,27	0,08
Social	65,64 (19,2)	0	100	62,58-68,68	0,37
Ambiental	40,75 (12,4)	9,4	75	38,77-42,73	0,70
Total	57,41 (13,3)	15,2	85,7	55,29-59,54	0,06
Fatigabilidade (n=164)					
Físico	59,63 (18,8)	10,7	96,4	56,72-62,53	0,15
Psicológico	62,09 (17,9)	12,5	95,8	59,32-64,86	0,66
Social	66,20 (18,7)	0	100	63,32-69,09	0,21
Ambiental	41,37 (13,2)	12,5	84,4	39,33-43,39	0,75
Total	57,33 (13,5)	15,2	90,3	55,25-59,40	0,90
Apatia (n=122)					
Físico	60,30 (19,0)	14,3	96,4	56,89-63,71	0,79
Psicológico	62,43 (18,5)	12,5	95,8	59,11-65,75	0,25
Social	67,62 (19,0)	0	100	64,21-71,04	0,02*
Ambiental	42,06 (13,9)	9,4	84,4	39,55-44,56	0,12
Total	58,10 (14,2)	25,3	90,3	55,56-60,64	0,14

Tabela 13 – Associação entre sintomas depressivos e qualidade de vida no transtorno depressivo maior em domiciliados do bairro Benedito Bentes, Maceió, Alagoas, Brasil, 2015.

(conclusão)

WHOQOL Domínio	Média (DP±)	Mínimo	Máximo	IC 95%	Valor de p
Culpa/Menos valia (n=131)					
Físico	59,59 (18,3)	10,7	89,3	56,43-62,76	0,39
Psicológico	60,94 (18,7)	12,5	95,8	57,69-64,18	0,48
Social	64,82 (18,5)	8,3	100	61,63-68,01	0,17
Ambiental	40,74 (12,7)	12,5	84,4	38,54-42,95	0,55
Total	56,53 (13,4)	15,2	90,3	54,20-58,85	0,19
Concentração/Decisões (n=147)					
Físico	60,66 (18,8)	10,7	96,4	57,59-63,73	0,39
Psicológico	61,22 (18,3)	12,5	95,8	58,24-64,20	0,42
Social	64,63 (18,6)	0	100	61,58-67,66	0,15
Ambiental	41,33 (12,9)	12,5	84,4	39,21-43,44	0,77
Total	56,96 (13,5)	15,2	90,3	54,76-59,16	0,55
Ideias de morte (n=114)					
Físico	59,80 (19,2)	10,7	96,4	56,25-63,36	0,77
Psicológico	59,90 (18,5)	12,5	95,8	56,47-63,33	0,05*
Social	63,23 (20,9)	0	100	59,33-67,12	0,03*
Ambiental	40,54 (13,8)	9,4	84,4	37,96-43,12	0,44
Total	55,87 (14,4)	15,2	90,3	53,20-58,54	0,07
Pior pela manhã (n=75)					
Físico	57,52 (17,8)	14,3	89,3	53,4-61,64	0,04*
Psicológico	59,55 (19,4)	12,5	91,6	55,09-64,02	0,21
Social	67,55 (18,1)	8,3	100	63,39-71,72	0,57
Ambiental	41,33 (12,7)	12,5	75,0	38,40-44,26	0,90
Total	56,49 (13,5)	28,0	85,7	53,38-59,59	0,27

^U Teste de Mann-Whitney; * $p < 0,05$.

Fonte: Banco de dados da pesquisa “A Epidemiologia dos Transtornos Mentais e do Uso de álcool e outras drogas em Maceió/Alagoas”, 2015.

A realizar a associação entre sintomas depressivos e qualidade de vida em indivíduos com TDM-R não foi observada significância, todavia foi constatada médias maiores no domínio social em todos os sintomas depressivos, sendo a mais elevada em pior pela manhã (\bar{x} 71,50; DP± 17,4). Já os menores escores de qualidade de vida foram no domínio ambiental em todos os sintomas depressivo, sendo o menor em psicomotricidade (\bar{x} 37,47; DP± 13,7). (Tabela 14).

Tabela 14 – Associação entre sintomas depressivos e qualidade de vida no transtorno depressivo recorrente em domiciliados do bairro Benedito Bentes, Maceió, Alagoas, Brasil, 2015.

(continua)

WHOQOL Domínio	Média (DP±)	Mínimo	Máximo	IC 95%	Valor de p
Humor triste (n=51)					
Físico	62,95 (18,2)	17,8	89,3	57,82-68,08	0,59
Psicológico	62,50 (19,6)	25	95,8	56,99-68,00	0,54
Social	67,48 (20,3)	0	100	61,77-73,19	1,00
Ambiental	42,15 (14,8)	12,5	84,4	37,99-46,31	0,54
Total	58,77 (14,9)	25,3	90,3	54,57-62,97	0,83

Tabela 14 – Associação entre sintomas depressivos e qualidade de vida no transtorno depressivo recorrente em domiciliados do bairro Benedito Bentes, Maceió, Alagoas, Brasil, 2015.

WHOQOL Domínio	Média (DP±)	Mínimo	Máximo	IC 95%	Valor de p
(continua)					
Anedonia (n=45)					
Físico	63,65 (18,9)	17,8	89,3	57,96-69,33	0,19
Psicológico	62,59 (19,6)	25	95,8	56,68-68,49	0,73
Social	70,55 (15,8)	25	100	65,79-75,32	0,10
Ambiental	43,12 (14,9)	12,5	84,4	38,63-47,62	0,44
Total	59,98 (14,1)	25,3	90,3	55,74-64,22	0,22
Apetite (n=47)					
Físico	62,53 (18,6)	17,8	89,3	57,07-68,00	0,96
Psicológico	62,50 (19,5)	25	95,8	56,75-68,24	0,74
Social	67,02 (20,9)	0	100	60,86-73,18	0,69
Ambiental	41,42 (14,2)	12,5	84,4	37,24-45,60	0,24
Total	58,37 (15,1)	25,3	90,3	53,92-62,82	0,63
Insônia (n=44)					
Físico	63,15 (16,9)	21,4	89,3	57,98-68,31	0,95
Psicológico	63,07 (19,2)	25	95,8	57,23-68,90	0,53
Social	65,90 (19,9)	0	100	59,82-71,98	0,21
Ambiental	42,40 (14,4)	21,8	84,4	38,02-46,77	0,78
Total	58,63 (14,5)	25,6	90,3	54,21-63,05	0,86
Insônia Terminal (n=46)					
Físico	63,12 (16,6)	21,4	89,3	58,17-68,06	0,83
Psicológico	62,86 (18,7)	25	95,8	57,31-68,40	0,51
Social	67,57 (20,4)	0	100	61,50-73,63	0,69
Ambiental	42,91 (14,3)	21,8	84,4	37,65-46,17	0,42
Total	58,69 (14,1)	25,6	90,3	54,69-63,04	0,59
Psicomotricidade (n=45)					
Físico	63,73 (17,6)	17,8	85,7	58,44-69,01	0,34
Psicológico	62,77 (18,9)	25	91,6	57,10-68,45	0,52
Social	67,59 (19,8)	0	100	61,64-73,54	0,95
Ambiental	37,47 (13,7)	12,5	75	37,47-45,72	0,73
Total	58,92 (14,4)	25,3	85,7	54,59-63,25	0,48
Fatigabilidade (n=49)					
Físico	62,24 (18,5)	17,8	89,3	56,91-67,57	0,71
Psicológico	62,92 (19,1)	25	95,8	57,44-68,40	0,58
Social	69,55 (17,7)	0	100	64,46-74,65	0,15
Ambiental	42,92 (14,8)	12,5	84,4	38,66-47,17	0,32
Total	59,41 (14,4)	25,3	90,3	55,26-63,56	0,43
Apatia (n=51)					
Físico	62,39 (18,1)	17,8	89,3	57,31-67,48	0,54
Psicológico	62,17 (19,5)	25	95,8	56,67-67,67	1,00
Social	67,65 (20,3)	0	100	61,93-73,36	0,69
Ambiental	42,58 (14,7)	12,5	84,4	38,45-46,72	0,62
Total	58,70 (14,9)	25,3	90,3	54,50-62,89	0,94
Culpa/Menos valia (n=37)					
Físico	62,55 (18,9)	17,8	89,3	56,24-68,85	0,94
Psicológico	61,82 (20,4)	25	95,8	55,02-68,63	0,97
Social	68,01 (16,4)	25	100	62,56-73,47	0,44
Ambiental	42,48 (13,8)	12,5	84,4	37,87-47,08	0,69
Total	58,71 (14,5)	25,3	90,3	53,88-63,55	0,58

Tabela 14 – Associação entre sintomas depressivos e qualidade de vida no transtorno depressivo recorrente em domiciliados do bairro Benedito Bentes, Maceió, Alagoas, Brasil, 2015.

(conclusão)

WHOQOL Domínio	Média (DP±)	Mínimo	Máximo	IC 95%	Valor de p
Concentração/Decisões (n=44)					
Físico	62,58 (19,2)	17,8	89,3	56,74-69,42	0,67
Psicológico	61,17 (19,5)	25	95,8	55,23-67,11	0,63
Social	67,42 (18,7)	0	100	61,72-73,12	0,71
Ambiental	38,65 (15,1)	12,5	84,4	38,65-47,85	0,20
Total	58,61 (14,9)	25,3	90,3	54,08-63,13	0,98
Ideias de morte (n=41)					
Físico	61,32 (19,4)	17,8	89,3	55,20-67,44	0,45
Psicológico	61,38 (19,3)	25	95,8	55,28-67,48	0,50
Social	66,46 (22,2)	0	100	59,47-73,46	0,55
Ambiental	41,92 (14,9)	12,5	84,4	37,21-46,63	0,59
Total	57,77 (15,9)	25,3	90,3	52,76-62,78	0,46
Pior pela manhã (n=31)					
Físico	61,98 (16,3)	25	86,7	55,99-67,97	0,58
Psicológico	62,50 (19,6)	25	91,6	55,29-69,70	0,81
Social	71,50 (17,4)	8,3	100	65,10-77,90	0,09
Ambiental	43,85 (13,6)	21,9	75	38,85-48,84	0,29
Total	59,96 (13,6)	29,9	85,7	54,97-64,94	0,52

^U Teste de Mann-Whitney

Fonte: Banco de dados da pesquisa “A Epidemiologia dos Transtornos Mentais e do Uso de álcool e outras drogas em Maceió/Alagoas”, 2015.

Na associação entre sintomas depressivos e qualidade de vida em sujeitos com TDM-CM foi verificado significância no domínio físico e sintoma de psicomotricidade (Valor de p = 0,04) com média de 60,65 (DP± 18,9); domínio social e apatia (Valor de p = 0,01) com média de 68,13 (DP± 18,8); culpa/menos valia (Valor de p = 0,04) com média de 63,13 (DP± 18,7) e no domínio psicológico e ideias de morte (Valor de p = 0,05) com média de 59,60 (DP± 19,5). Os maiores escores foram evidenciados no domínio social e os menores no domínio ambiental em todos os sintomas depressivos. (Tabela 15).

Tabela 15 – Associação entre sintomas depressivos e qualidade de vida no transtorno depressivo com características melancólicas em domiciliados do bairro Benedito Bentes, Maceió, Alagoas, Brasil, 2015.

(continua)

WHOQOL Domínio	Média (DP±)	Mínimo	Máximo	IC 95%	Valor de p
Humor triste (n=120)					
Físico	59,58 (19,0)	10,7	96,4	56,14-63,02	0,82
Psicológico	61,74 (18,8)	12,5	95,8	58,33-65,14	0,49
Social	66,66 (19,6)	0	100	63,11-70,21	0,85
Ambiental	41,14 (13,5)	9,4	78,1	38,70-43,59	0,41
Total	57,28 (14,4)	15,2	85,7	54,68-59,88	0,66

Tabela 15 – Associação entre sintomas depressivos e qualidade de vida no transtorno depressivo com características melancólicas em domiciliados do bairro Benedito Bentes, Maceió, Alagoas, Brasil, 2015.

(continuação)

WHOQOL Domínio	Média (DP±)	Mínimo	Máximo	IC 95%	Valor de p
Anedonia (n=105)					
Físico	58,98 (19,3)	10,7	96,4	55,25-62,71	0,42
Psicológico	61,70 (19,3)	12,5	95,8	57,97-65,44	0,97
Social	66,50 (18,6)	8,3	100	62,91-70,10	0,34
Ambiental	40,62 (13,6)	9,4	78,1	37,99-43,26	0,15
Total	56,95 (14,1)	15,2	85,7	54,22-59,69	0,29
Apetite (n=116)					
Físico	59,54 (19,2)	10,7	96,4	56,01-63,07	0,87
Psicológico	62,07 (18,9)	12,5	95,8	58,58-65,55	0,59
Social	66,09 (20,0)	0	100	62,41-60,77	0,34
Ambiental	40,76 (13,1)	9,4	78,1	38,34-43,17	0,27
Total	57,11 (14,4)	15,2	85,7	54,46-59,76	0,41
Insônia (n=106)					
Físico	59,87 (18,8)	10,7	96,4	56,25-63,49	0,75
Psicológico	62,15 (19,1)	12,5	95,8	58,47-65,82	0,64
Social	66,43 (18,7)	0	100	62,82-70,04	0,76
Ambiental	41,77 (13,5)	9,4	78,1	39,18-44,37	0,33
Total	57,55 (14,1)	15,2	85,7	54,83-60,28	0,65
Insônia Terminal (n=105)					
Físico	59,35 (18,3)	10,7	96,4	55,80-62,90	0,57
Psicológico	62,14 (18,8)	12,5	95,8	58,50-65,78	0,70
Social	66,26 (19,1)	0	100	62,57-69,96	0,72
Ambiental	41,01 (13,2)	9,4	78,1	38,46-43,56	0,53
Total	57,19 (13,9)	15,2	85,5	54,49-59,89	0,61
Psicomotricidade (n=109)					
Físico	60,65 (18,9)	10,7	96,4	57,04-64,24	0,04*
Psicológico	62,65 (18,7)	12,5	95,8	59,10-66,20	0,13
Social	66,51 (20,0)	0	100	62,71-70,31	0,68
Ambiental	40,94 (13,2)	9,4	75	38,43-43,44	0,71
Total	57,68 (14,2)	15,2	85,7	54,99-60,38	0,11
Fatigabilidade (n=117)					
Físico	59,09 (18,9)	10,7	96,4	55,62-62,56	0,19
Psicológico	62,46 (18,5)	12,5	95,8	59,07-65,85	0,34
Social	67,24 (19,2)	0	100	63,72-70,74	0,39
Ambiental	41,58 (13,2)	12,5	78,1	39,16-44,00	0,49
Total	57,59 (13,9)	15,2	85,7	55,04-60,15	0,85
Apatia (n=114)					
Físico	59,99 (18,6)	14,3	96,4	56,55-63,44	0,70
Psicológico	62,57 (18,4)	12,5	95,8	59,16-65,98	0,33
Social	68,13 (18,8)	0	100	64,63-71,62	0,01*
Ambiental	41,83 (13,5)	9,4	78,1	39,33-44,33	0,11
Total	58,13 (13,8)	25,3	85,7	55,55-60,70	0,09
Culpa/Menos valia (n=94)					
Físico	58,93 (19,0)	10,7	89,3	55,03-62,82	0,56
Psicológico	61,04 (19,3)	12,5	91,6	57,08-64,99	0,52
Social	63,33 (18,7)	8,3	100	61,49-69,17	0,04*
Ambiental	40,52 (12,7)	12,5	75	37,91-43,13	0,33
Total	56,45 (14,0)	15,2	85,7	53,58-59,32	0,15

Tabela 15 – Associação entre sintomas depressivos e qualidade de vida no transtorno depressivo com características melancólicas em domiciliados do bairro Benedito Bentes, Maceió, Alagoas, Brasil, 2015.

(conclusão)

WHOQOL Domínio	Média (DP±)	Mínimo	Máximo	IC 95%	Valor de p
Concentração/Decisões (n=105)					
Físico	59,52 (19,2)	10,7	96,4	55,79-63,25	1,00
Psicológico	61,39 (18,8)	12,5	95,8	57,74-65,03	0,58
Social	65,47 (18,9)	0	100	61,80-69,14	0,08
Ambiental	41,60 (13,1)	12,5	78,1	39,07-44,14	0,50
Total	56,99 (14,2)	15,2	85,7	54,26-59,74	0,61
Ideias de morte (n=85)					
Físico	58,53 (20,2)	10,7	96,4	54,17-62,89	0,58
Psicológico	59,60 (19,5)	12,5	95,8	55,39-63,82	0,05*
Social	64,41 (21,7)	0	100	59,73-69,08	0,06
Ambiental	40,18 (13,8)	9,4	78,1	37,19-43,16	0,27
Total	55,68 (15,4)	15,2	85,7	52,35-59,01	0,10
Pior pela manhã (n=71)					
Físico	57,65 (18,3)	14,3	89,3	53,30-61,98	0,08
Psicológico	60,03 (19,7)	12,5	91,6	55,36-64,70	0,29
Social	68,31 (17,9)	8,3	100	64,05-71,56	0,48
Ambiental	41,94 (12,7)	12,5	75	38,93-44,96	0,49
Total	56,98 (13,6)	28,0	85,7	53,75-60,21	0,47

^U Teste de Mann-Whitney; * $p < 0,05$.

Fonte: Banco de dados da pesquisa “A Epidemiologia dos Transtornos Mentais e do Uso de álcool e outras drogas em Maceió/Alagoas”, 2015.

6 DISCUSSÃO

O presente estudo analisou a associação entre TDM, os subtipos TDM-R e TDM-CM, sintomas depressivos e QV em domiciliados de um bairro vulnerável e populoso de uma capital do Nordeste, no qual constatou-se que mais da metade da população investigada pertence ao sexo feminino, com média de idade de 41,80 (DP± 16,17) anos entre a faixa etária de 25 e 34 anos, de etnia não branca, com filhos, exercendo atividade laboral remunerada, na classe social mais vulnerável e utilizando o SUS como principal convênio de saúde.

Este estudo identificou a prevalência de 70,1% dos participantes com transtornos mentais divergindo do estudo transversal de base populacional realizado na região metropolitana de São Paulo/Brasil, entre 2005 e 2007, no qual constatou que 44,8% da população estudada tinham pelo menos um transtorno mental conforme instrumento WHO-Composite International Diagnostic Interview (WMH-CIDI) (VIANA; ANDRADE, 2012).

Dentre os transtornos mentais identificados neste estudo, constatou-se entre os participantes que 21,0% apresentam transtorno depressivo maior, corroborando com os achados da pesquisa realizada entre 2012 e 2013 para avaliar a prevalência de transtornos depressivos na população norte-americana, o qual constatou que 10,4% dos participantes tiveram depressão em doze meses e 20,6% ao longo da vida (HASIN et al., 2018).

Contudo, nosso achado diverge do estudo de Viana e Andrade (2012), que estimou uma prevalência de 16,9% para o TDM na população geral, bem como difere dos dados apresentados pelo National Institute of Mental Health (NIH) (2016), que identificou prevalência de 6,7% para TDM em indivíduos adultos nos Estados Unidos (AHRNSBRAK et al., 2017) e do estudo realizado na Tanzânia que identificou a prevalência de TDM em 6,5% na comunidade de Dar es Salaam (MOLEDINA et al., 2018).

A prevalência elevada de TDM encontrada nos participantes do bairro investigado pode ser explicada em decorrência da condição de vulnerabilidade, precária infraestrutura social e de saúde, somado ao impacto de crise econômica com significativa redução do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) nacional e estadual vivenciada no período da fase de coleta de dados.

Ressalta-se que estudos que avaliaram o impacto de crises econômicas no acometimento de transtornos mentais concluíram que recessões e crises econômicas têm impacto negativo, dificultam o acesso da população à serviços de saúde e contribuem significativamente para a piora das condições de saúde mental (UUTELA, 2010; FILIPPIDIS, 2017).

Alguns estudos epidemiológicos referem que sexo, idade e estado civil estão associados à TDM (KESSLER; BROMET, 2013). As mulheres apresentam duas vezes mais chances para TDM quando comparado aos homens (ALONSO, et al., 2004), a faixa etária com maior risco para TDM está entre 35 e 44 anos (ANDRADE, et al., 2003), dados esses que corroboram com os achados desta pesquisa, em que mais da metade eram mulheres, com média de idade de 39,5 (DP± 14,1). Comparado ao estudo de Viana e Andrade (2012), que constatou que as mulheres têm quase três vezes mais chances de ter TDM.

No que se refere ao estado civil, este estudo verificou maior risco para TDM entre os que declararam ter companheiro, divergindo de Andrade, et al (2003), que afirma ser fator de risco para o TDM ser divorciado ou separado. Este achado é relevante quando se considera a possibilidade de casos de violência doméstica. Pesquisas, com base em diferentes perspectivas, contribuem para a identificação de fatores relacionados ao uso violência do homem contra a mulher. Além da naturalização de valores patriarcais, identificada por diversos autores, são apontados também: histórico familiar de violência (abuso ou testemunho de violência), baixa autoestima (tanto do marido quanto da esposa), uso de drogas ilícitas ou não, dificuldades financeiras do casal (SANTOS; COSTA, 2004; WINSTOK; EISIKOVITS; KARNIELI-MILLER, 2004).

Salienta-se que este estudo fornece uma análise dos subtipos de TDM no sentido de identificar as especificidades de cada um deles. Fato esse que pode contribuir com os questionamentos sobre a inclusão de todos eles tão somente no TDM (SUN, et al., 2012).

Desta forma, a prevalência de TDM-R foi de 29,5%, dados esses equivalentes ao estudo longitudinal realizado nos Países Baixos com indivíduos com diagnóstico de TDM do Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA) no qual identificou dentre os pesquisados uma prevalência de 26,8% de TDM-R (HARDEVELD et al., 2013). Foi observado em um ensaio clínico randomizado com pessoas em tratamento para depressão que 42% sofreram uma ou mais recorrência de depressão durante o período de cinco anos de acompanhamento (KOPPERS, 2011).

Neste estudo, foi verificado que 81,5% dos participantes com TDM-R eram mulheres. A média de idade foi de 41,44 (DP± 14,0) e ter companheiro foi considerado como fator de proteção para o TDM-R. Esses achados convergem com o estudo de Koppers (2011), no qual há maior recorrência de depressão entre as mulheres, na faixa etária entre 19 e 39 anos, e menor recorrência entre os indivíduos casados; e com o estudo de Hardeveld et al. (2013), em que 66,9% eram mulheres e com idade média de 40,3 anos.

Constatou-se que 68,9% dos participantes deprimidos deste estudo tinham TDM-CM, sendo mais da metade mulheres, com média de idade de 40,39 (DP± 13,8) anos e metade tinha companheiro. Dados estes equivalentes a pesquisa realizada com pacientes encaminhados ao Programa de Transtornos do Humor do Hospital de Clínicas de Porto Alegre no qual constatou que 67,4% dos participantes tinham TDM-CM, sendo mais prevalente nas mulheres (89,3%), com média de 47,1 (DP± 12,0) anos e entre os casados (55,0%) (CALDIERARO et al., 2013).

Nesta pesquisa foi verificado que o grupo saudável, participantes que não preencheram os critérios diagnósticos para transtornos mentais, teve maior prevalência de homens, indivíduos que tinham filhos, trabalho e renda fixa. Ressalta-se que ser mais jovem, ter menos filhos e ter mais anos de estudo está significativamente associado a pertencer ao grupo saudável. Este estudo constatou que os participantes com TDM tem menores escores de QV em todos os domínios do WHOQOL-BREF quando comparado ao grupo saudável apresentando significância nos domínios físico (\bar{x} 60,34; \bar{x} 66,67); psicológico (\bar{x} 61,92; \bar{x} 67,95); ambiental (\bar{x} 41,19; \bar{x} 44,74) e total (\bar{x} 57,24; \bar{x} 60,66).

Estes resultados corroboram com o estudo que avaliou a QV, por meio do WHOQOL-BREF, em dois grupos de idosos de uma comunidade chinesa, sendo o primeiro com depressão e o segundo sem depressão, no qual obteve os menores escores nos domínios físico (\bar{x} 48,80 DP± 11,71; \bar{x} 62,59 DP± 10,44); psicológico (\bar{x} 49,84 DP± 10,54; \bar{x} 61,44 DP± 9,31); social (\bar{x} 55,03 DP± 11,20; \bar{x} 64,36 DP± 10,63) e ambiental (\bar{x} 51,85 DP± 11,28; \bar{x} 62,03 DP± 9,82) (CAO, 2016).

O estudo de Holubova et al. (2016), que avaliou a QV por meio do instrumento Quality of Life Satisfaction and Enjoyment Questionnaire (Q-LES-Q) em pacientes com TDM e em pessoas sem TDM também constatou menores escores de QV nos domínios saúde física (\bar{x} 39,50 DP±9,94; \bar{x} 43,23 DP±11,62); sentimentos (\bar{x} 47,98 DP±10,55; \bar{x} 53,19 DP±11,02); trabalho (\bar{x} 35,88 DP±19,36; \bar{x} 46,81 DP±15,50); casa (\bar{x} 36,76 DP± 10,03; \bar{x} 36,95 DP± 11,39); escola (\bar{x} 12,78 DP± 8,13; \bar{x} 12,51 DP± 8,34); lazer (\bar{x} 20,79 DP± 5,54; \bar{x} 24,21 DP± 24,21); atividades sociais (\bar{x} 36,48 DP± 9,09; \bar{x} 42,23 DP± 8,24) e geral (\bar{x} 50,76 DP± 11,79; \bar{x} 57,00 DP± 10,85).

Com isso, os achados deste estudo indicam que o TDM traz impactos significativos para a QV, principalmente em contextos de vulnerabilidade social, tendo em vista que o acesso a dispositivos e recursos sociais, ambientais e de saúde são precários. Ademais, menores escores de QV estão diretamente relacionados a piores condições de saúde.

Um estudo realizado na Holanda para avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS), por meio do instrumento Short Form Health Survey (SF-36), constatou que indivíduos com TDM-R na fase de remissão, em especial as mulheres, apresentaram menores escores em todas as oito dimensões do SF-36, quais sejam: funcionamento físico, função física, dor corporal, funcionamento social, saúde mental, funcionamento do papel emocional, vitalidade e saúde geral quando comparado a população geral. Dessa forma, os menores escores de QVRS foram identificados no âmbito social e na esfera emocional e estão associados ao maior nível de gravidade dos sintomas depressivos apresentados por indivíduos com TDM-R, além disso sujeitos em fase de remissão dos sintomas depressivos apresentaram menores escores de QV comparado a população geral (DOESSCHATE et al., 2010).

Dados semelhantes foram observados no estudo de coorte que avaliou história de depressão e ansiedade ao longo da vida como preditor de QV durante o período de transição da menopausa e envelhecimento em mulheres de meia-idade residentes em Pittsburgh/EUA, que identificou menores escores nas dimensões física e dor corporal, segundo SF-36, em indivíduos com TDM-R (JOFFE et al., 2012).

As informações supracitadas corroboram com as observadas neste estudo, no qual se constatou que TDM-R apresentou menores escores de QV em todos os domínios físico (\bar{x} 62,76; \bar{x} 66,67), psicológico (\bar{x} 62,34; \bar{x} 67,95), social (\bar{x} 67,59; \bar{x} 69,14), ambiental (\bar{x} 42,30; \bar{x} 44,74) e total (\bar{x} 58,75; \bar{x} 60,66) quando comparado ao grupo saudável.

Sendo assim, os achados sobre o TDM-R e sua associação com a QV, embora não tenham apresentado significância, sugerem a necessidade de maior compreensão por parte dos profissionais de saúde considerando a especificidade com que este agravo se apresenta, indicando que mesmo em fases de remissão do transtorno depressivo os indivíduos continuam apresentando menores escores de qualidade de vida, o que os tornam de forma mais prolongada mais susceptíveis às consequências da baixa QV.

Em um estudo japonês que avaliou a qualidade de vida e respostas hemodinâmicas comparando grupos com transtorno depressivo maior sem melancolia (TDM-SM) e TDM-CM e grupo saudáveis utilizando o SF-36, identificou que os pacientes com TDM-CM tiveram escores mais baixos quando comparados ao TDM-SM no domínio emocional. Destaca-se que mulheres com TDM-CM obtiveram escores menores na dimensão funcionamento social (Valor de $p = 0,015$) quando comparado aos homens, todavia não houve significância na relação QV e sexo no grupo saudável (TSUJII et al., 2016).

Esses achados divergem dos observados neste estudo, no qual não foi constatado significância na associação entre TDM-CM e QV, todavia os escores de QV foram inferiores

em todos os domínios, quais sejam: físico (\bar{x} 59,71; \bar{x} 66,67); psicológico (\bar{x} 62,03; \bar{x} 67,95); social (\bar{x} 66,60; \bar{x} 69,14); ambiental (\bar{x} 41,27; \bar{x} 44,74) e total (\bar{x} 57,40; \bar{x} 60,66) quando comparado ao grupo saudável.

Ademais, indivíduos com TDM-CM têm maior probabilidade de apresentar comorbidades psiquiátricas atreladas ao transtorno, em especial transtornos de ansiedade, entre eles fobia social, transtorno de pânico e agorafobia. Além de acarretar maior gravidade em relação à intensidade dos sintomas depressivos que colaboram como fator de risco para o suicídio (CALDIERARO et al., 2013).

Ressalta-se a importância de avaliar as condições clínicas nas quais o TDM-CM se difere dos demais subgrupos do transtorno depressivo, haja vista que apresenta maior comprometimento à vida, além de disfunção pré-frontal qualitativamente distinta significativamente associada ao funcionamento emocional (TSUJII et al., 2016).

Sendo assim, o TDM-CM apresenta características que intensificam os sintomas depressivos e trazem limitações no âmbito emocional, social, físico e ambiental que contribuem para uma QV precária, fator esse que colabora para dificuldade no tratamento e reabilitação do indivíduo acometido por TDM-CM.

Neste estudo, foi constatada significância na associação entre grupo saudável e QV, nos domínios físico, psicológico, ambiental e total. Fator esse que pode ser explicado pela possibilidade dos participantes do grupo saudável terem uma rede de apoio fortalecida e o maior discernimento para ir em busca de recursos e dispositivos que contribuam com melhorias na QV.

Também foram avaliados neste estudo a associação entre os sintomas depressivos: humor triste, anedonia, apetite, insônia, insônia terminal, psicomotricidade, fadigabilidade, apatia, culpa/menos valia, concentração/decisões, ideias de morte e pior pela manhã com os domínios físico, psicológico, social, ambiental e total da QV nos grupos saudável, TDM, TDM-R e TDM-CM. Foi constatado que as menores médias de QV pertenceram aos grupos de transtorno depressivo. Corroborando com estudo de Doeschate et al. (2010), no qual afirma que a presença de sintomas depressivos em nível aumentado contribui para a diminuição da QV.

Neste estudo não houve significância entre os demais sintomas depressivos e QV nos grupos estudados. Todavia, as maiores médias foram observadas no domínio social e as menores no ambiental. A seguir serão abordadas características relacionadas a associação entre os sintomas depressivos e QV que tiveram maior significância para este estudo.

A anedonia é considerada como característica do TDM, conforme os critérios do DSM-5, sendo definida pela falta de prazer, envolvimento ou energia em relação às experiências de vida, déficits na capacidade de sentir prazer ou se interessar por coisa que antes eram prazerosas (DSM-5, 2014). Medidas comportamentais, eletrofisiológicas, hemodinâmicas e baseadas em entrevistas e auto-relatos têm sido usadas para avaliar a anedonia, mas as descobertas mais interessantes dizem respeito aos estudos neurofarmacológicos e neuroanatômicos, em que a gravidade da anedonia está relacionada em pacientes deprimidos, com um déficit de atividade do estriado e provavelmente excesso de atividades da região ventral do córtex pré-frontal (GORWOOD, 2008).

Destaca-se que perda de interesse (anedonia) foi associado a redução significativa na QV (GUAJARDO, 2011). Corroborando com os achados deste estudo, devendo-se atentar para a importância dos indivíduos com anedonia ser assistido nos serviços de saúde para que consigam lidar e superar esse sintoma.

Nesta pesquisa, observou-se que os sujeitos com TDM apresentam escores mais baixos no sintoma depressivo apetite e domínio físico da QV (\bar{x} 61,41) quando comparado ao grupo saudável (\bar{x} 66,59). De acordo com Luppino et al. (2010) e Chien et al. (2012), sintomas vegetativos da depressão como alterações no apetite e peso podem estar associados a predisposição e exacerbação a outras doenças crônicas, como a obesidade e diabetes, consequências para a saúde relacionadas à depressão.

Em um estudo de revisão constatou-se entre os adultos com TDM, acentuada heterogeneidade no apetite, onde aproximadamente 48% dos adultos deprimidos exibiam diminuição do apetite relacionado à depressão, enquanto cerca de 35% apresentavam aumento (MAXWELL; COLE, 2009).

Apetite aumentado relacionado à depressão têm associação com a hiperativação de circuitos de recompensa supostamente mesocorticolímbicos, enquanto que a perda de apetite se relaciona a associação com a hipoativação de regiões insulares que apoiam o monitoramento do estado fisiológico do corpo. Essas interações entre as regiões colaboram para a individualização das alterações do apetite relacionadas à depressão (SIMMONS et al., 2016).

Com relação aos sintomas somáticos, as mulheres idosas deprimidas relataram mais distúrbios do apetite do que os homens (KOCKLER; HEUN, 2002). O distúrbio do apetite secundário à depressão é uma das principais causas de perda de peso em idosos, estando essa associada à fragilidade (BLAZER, 2003). A perda de apetite também pode levar ao comprometimento do estado nutricional, e algumas evidências sugerem que deficiências nutricionais podem ter um papel no desenvolvimento da depressão. Níveis baixos de vitamina

B12 e a proporção de ácidos graxos ômega-6 e ômega-3 parecem estar associados à depressão tardia na vida mesmo após o controle de outros fatores de risco (TIEMEIER et al., 2003).

O achado desta pesquisa aponta que alteração do apetite devido a depressão associa-se a menor escore da QV no domínio físico, indicando maior susceptibilidade para quadros nutricionais prejudicados, agravando outras condições de saúde relacionadas a redução da ingestão de alimentos ou ao aumento da ingestão. Considerando ainda que o não acesso a nutrientes também podem induzir a depressão.

O sintoma psicomotricidade no TDM e TDM-CM se caracteriza pelo retardo psicomotor e pode apresentar implicações clínicas significativas. As manifestações deste sintoma incluem fala lenta, movimento diminuído e função cognitiva prejudicada (BUYUKDURA et al., 2011), podendo ainda ocorrer estupor, humor não reativo, distúrbios nas funções básicas do corpo e sinais vegetativos (TAYLOR; FINK, 2008). Além disso, um estudo que avaliou pacientes com TDM remetida, o déficit na velocidade psicomotora permaneceu significativo, sugerindo que ela constitui um marcador de vulnerabilidade para, ou estigma de TDM (Weiland-Fiedler et al., 2004).

Outro estudo relata a correlação entre retardo psicomotor e pensamento orientado externamente entre os pacientes e segundo teorias cognitivas este retardo psicomotor pode estar associado a sentimentos de incapacidade auto percebidos. Pacientes, com pensamento externamente orientado, podem ter uma percepção distorcida de sua própria capacidade de funcionar, causando, assim, alteração psicomotora (LUCA, 2013).

O achado sobre associação de alteração na psicomotricidade com menor qualidade de vida, sugere que indivíduos que apresentem retardo psicomotor relacionado a depressão podem estar mais prejudicados no desenvolvimento das atividades da vida diária, inclusive podendo prejudicar seu funcionamento no ambiente de trabalho, além de torná-lo mais exposto a estigma social. O que por sua vez pode vir a comprometer aspectos emocionais ligados a autoimagem (KNAPEN et al., 2005).

Nesta pesquisa, o sintoma depressivo apatia nos sujeitos com TDM e TDM-CM apresentam escores mais baixos no domínio social da QV quando comparados ao grupo saudável. A apatia é conceituada como um complexo psicopatológico composto por aspectos cognitivos, emocionais, motores e sensoriais. (DUFFY, 2000). Ainda segundo Hölttä et al., (2012) é um sintoma neuropsiquiátrico comum e sério, associado ao declínio cognitivo, delírio e incapacidade, e prevê também, de forma independente, a mortalidade.

Manifesta-se como perda de prazer em interesses usuais e fraco envolvimento com outros significativos e atividades sociais (ANGELELLI et al., 2004). Além disso, é

caracterizada por uma redução quantitativa do comportamento direcionado por objetivos e propósito (LEVY; DUBOIS, 2006), podendo ainda trazer impactos na capacidade de alocar recursos apropriadamente (BATAIL, 2018). A apatia está associada à diminuição do funcionamento diário, (BRODATY; et al., 2005; YUEN; et al., 2015) uma qualidade de vida subjetiva diminuída, bem como desfechos adversos à saúde, incluindo maior mortalidade e menor probabilidade de se beneficiar dos serviços de reabilitação e tratamento (EVENSEN et al., 2012).

Ang (2017), amplia a compreensão sobre a apatia, sugerindo que pode haver subtipos específicos de apatia mais propensos a ocorrer conjuntamente com sintomas depressivos, anedonia e fadiga e que podem ser reflexo de problemas em diferentes domínios emocionais, sociais e comportamentais.

Em indivíduos deprimidos, a apatia clinicamente relevante estava mais frequentemente presente em pessoas idosas em comparação com pessoas mais jovens. Embora ambas as faixas etárias tenham mostrado em grande parte os mesmos fatores de risco associados. Apatia foi independentemente associada com idade avançada, sexo masculino e depressão mais grave (GROENEWEG, 2017). Já em sobreviventes de acidente vascular cerebral (AVC) a apatia tem efeito negativo significativo na qualidade de vida relacionada à saúde, sobretudo na saúde mental (TANG et al., 2014)

Em pacientes com HIV deprimidos a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) mental foi independentemente associada tanto à apatia quanto à depressão, podendo as características da apatia, como o comprometimento do processamento de emoções e afetos, bem como a redução do comportamento direcionado a objetivos por exemplo diminuir a QVRS no domínio da saúde mental (LEVY; DUBOIS, 2006). A apatia foi independentemente associada com a baixa vitalidade autorreferida, extensão e duração das interações sociais e bem-estar emocional, sendo ainda o único preditor significativo do papel prejudicado no funcionamento secundário a problemas emocionais (KAMAT et al., 2016).

Ainda em outro estudo que avaliou apatia, depressão, qualidade de vida em pacientes com esclerose lateral amiotrófica (ELA) os indivíduos que afirmaram experimentar sentimentos de apatia tiveram relato de menor qualidade de vida (QV), principalmente em relação às conquistas na vida e na conexão com a comunidade (CAGA, 2018).

Os dados desta pesquisa sugerem portanto, que a apatia como um sintoma depressivo é relevante no impacto que provoca na qualidade de vida no domínio social, corroborando estudos anteriores e sobretudo indicando que indivíduos que relataram apatia podem estar mais gravemente afetados pela depressão, principalmente pelo fato de estarem com menor

possibilidade para tomadas de decisão, o que pode prejudicar sobre o discernimento quanto a buscar ajuda para iniciar um tratamento, assim como para dar prosseguimento a processos de cuidado em andamento.

Nesta pesquisa, identificou-se que os indivíduos com TDM-CM que relataram o sintoma depressivo culpa/menos valia apresentam menor escore no domínio social da QV (\bar{x} 63,33) quando comparado ao grupo saudável (\bar{x} 68,05). Corroborando com estudo de Zivdir e Sohbet (2017), no qual constataram que a medida que o nível de culpa e menos valia aumentam, há uma redução na QV.

Acredita-se, portanto, que a associação do sintoma depressivo culpa e menos valia e a qualidade de vida no domínio social possa ser explicado devido a alterações de auto percepção somadas aos demais sintomas relacionados ao TDM-CM, o que pode vir a desfavorecer o estabelecimento de relações sociais.

Nesta pesquisa, constatou-se que os indivíduos com TDM que relataram como sintoma depressivo ideias de morte apresentam escore mais baixo no domínio psicológico (\bar{x} 59,90) e mais alto no domínio social (\bar{x} 63,23) da QV quando comparados ao grupo saudável no domínio psicológico (\bar{x} 64,58) e social (\bar{x} 52,77) respectivamente, enquanto os indivíduos com TDM-CM apresentam escore mais baixo no domínio psicológico (\bar{x} 59,60) da QV quando comparados ao grupo saudável (\bar{x} 64,58). Corroborando com estudo transversal realizado em Portugal, que avaliou ideação suicida, depressão e qualidade de vida entre idosos, e que apontou uma correlação positiva significativa entre a ideação suicida e a qualidade de vida percebida pelos idosos, indicando que altas pontuações para ideação suicida estavam associadas a uma percepção ruim da qualidade de vida (PONTE et al., 2014).

Um estudo avaliou ideação suicida e qualidade de vida entre veteranos geriátricos chineses, utilizando os instrumentos o item 5 da Brief Symptom Rating Scale (BSRS-5), o Medical Outcome Study Short Form-12 (SF-12), o item 15 da Geriatric Depression Scale (GDS-15), e um questionário demográfico, e apresentou relação significativa entre a qualidade de vida e a ideação suicida (CHEN, 2011).

Estudo que avaliou a ideação suicida, presença de transtornos mentais e qualidade de vida em usuários de um serviço de saúde mental no Brasil, apontou que indivíduos com risco de tentativa de suicídio tendem a ser solteiros, com menor escolaridade e menor renda familiar, sem trabalho e apresentando menores escores nos domínios da qualidade de vida (ALVES et al., 2016).

Entre os adolescentes um estudo avaliou sobre apoio social na ideação suicida e tentativa de suicídio, os resultados sugerem que a melhoria do apoio social entre amigos, pais e

educadores pode ser importante nos esforços de prevenção do suicídio em adolescentes (LIU; MILLER, 2014).

Fatores sociais, emocionais e cognitivos no desenvolvimento de ideação suicida em adolescentes depressivos, avaliados em outro estudo chega à conclusão que o aumento da gravidade da depressão, o aumento dos níveis de ansiedade, a desesperança e a baixa autoestima foram relacionados à ideação suicida. Assim como ter vindo de uma família desestruturada, baixo apoio social e familiar percebido e a presença de problemas comportamentais estão associados com tentativas de suicídio, inclusive percebeu-se que no grupo com tentativa de suicídio, o apoio familiar percebido foi menor quando comparado ao grupo com ideação suicida sem tentativa de suicídio (SOYLU et al., 2013).

Em outro estudo que avaliou preditores psicológicos da ideação suicida em estudantes universitários chegou à conclusão que indivíduos com ideação suicida apresentaram maior intensidade de sofrimento psicológico e entre os que apresentaram ideação suicida os níveis de sintomas depressivos foram mais elevados somado a níveis mais elevados de sintomas de solidão, ansiedade social e medo de abandono assim como níveis mais baixos de conforto com intimidade e confiança nos outros (PEREIRA; CARDOSO, 2017) 2017).

Para melhor compreender a ideação suicida e o papel da função cognitiva em pacientes com TDM, os pesquisadores utilizaram a versão japonesa da Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia (BACS) para avaliar a função cognitiva e o item 3 da Hamilton Depression Rating Scale para avaliar a ideação suicida, os resultados sugeriram que tanto a função executiva, a função de velocidade motora e a função neuropsicológica global estão associadas à ideação suicida em pacientes com TDM (PU et al., 2017).

Acredita-se portanto que a associação do sintoma depressivo ideação suicida e a qualidade de vida nos domínios psicológico e social possa ser explicada devido as alterações cognitivas e emocionais relacionados tanto ao TDM e TDM-CM, significando ainda que embora os escores do domínio social tenham se apresentado mais elevados de um modo geral isso não exclui a vulnerabilidade e a necessidade de acompanhamento preventivo e de intervenção tanto ao indivíduo com depressão quanto aos seus pares e familiares, sobretudo na atenção primária onde se subentende ser a porta de entrada para cuidados a saúde sobretudo considerando a manutenção da vida.

Nesta pesquisa, constata-se que os indivíduos com TDM que relataram o sintoma depressivo pior pela manhã apresentaram menor escore no domínio físico da QV (\bar{x} 57,52) quando comparado ao grupo saudável (\bar{x} 63,69).

Observações clínicas têm verificado que pessoas deprimidas exibem alterações do humor ao longo da vida (PEETERS et al., 2006). Esta variação diurna de sintomas depressivos é parte do núcleo da depressão onde pioras matinais, vespertinas ou noturnas podem ocorrer durante um episódio depressivo. Esta variabilidade do humor, parece ser a característica que mais prediz a capacidade de responder ao tratamento.

Estudos laboratoriais apontam que o humor como uma variável fisiológica assim como a temperatura corporal também são regulados pelo relógio circadiano que está associado com a homeostase do sono. Ainda quanto a questão a maioria dos resultados são consistentes com variações diurnas atenuadas na depressão (WIRZ-JUSTICE, 2008). Embora este sintoma seja descrito no TDM também é caracterizado como um padrão matinal incorporado em critérios formais para o subtipo melancólico de TDM-MC (LEIBENLUFT et al., 1992).

Um estudo identificou o humor circadiano mais baixo no momento do despertar durante a depressão, várias horas após a remissão ou em controles normais (menor no meio da noite). A variação circadiana da atividade motora, temperatura corporal e potássio urinário foi reduzida durante a depressão (WIRZ-JUSTICE, 2008).

O achado em nosso estudo por sua vez, demonstra que a condição de humor pior pela manhã está associada a menor escore da qualidade de vida no domínio físico, levando-se em conta sobretudo o impacto que o TDM-CM pode ter nos ciclos circadianos, considerando ainda sua maior gravidade no conjunto de sintomas depressivos. Os dados sugerem que hábitos de vida, como horário e qualidade do sono devem receber mais atenção na condução de cuidados a pessoas com alteração do humor pela manhã relacionado a depressão.

7 CONCLUSÃO

A análise da associação entre TDM, TDM-R, TDM-MC e QV envolvendo domiciliados de um bairro vulnerável indicam uma alta prevalência de transtornos mentais na população investigada. Além de alta prevalência de transtorno depressivo maior e seu subtipo com características melancólicas entre os domiciliados depressivos do bairro vulnerável. Os que possuem transtorno depressivo maior ou seus subtipos e que apresentam sintomas depressivos como anedonia, alteração do apetite, apatia, culpa/menos valia, ideias de morte ou pior humor pela manhã têm menor qualidade de vida, estando afetados nos aspectos físico, psicológico, social e ambiental, e estando mais vulneráveis a outros agravos relacionados a depressão e menor qualidade de vida. Os domiciliados considerados saudáveis apresentaram maiores escores de qualidade de vida.

Constatou-se que a maioria dos participantes eram do sexo feminino, encontravam-se na faixa etária entre 25 a 34 anos, com 41,8 de média de idade, se autodeclarou não branco, com companheiro e filhos, não possuía trabalho, tinha renda, pertencia à classe de maior vulnerabilidade social, utilizava o SUS e possuía uma prevalência de 21% de TDM.

Nesta pesquisa ser do sexo feminino, ter trabalho e utilizar o SUS como principal serviço de saúde foram considerados como fator de risco para ter transtorno depressivo melancólico.

Os participantes que apresentaram sintomas característicos do TDM, TDM-R e TDM-CM obtiveram menores escores nos domínios da QV.

O grupo considerado saudável apresentou melhores escores nos domínios da QV e total comparado aos com TDM e seus subtipos TDM-R e TDM-CM.

Por meio deste estudo é possível considerar que para o tratamento da pessoa com TDM e seus subtipos TDM-R e TDM-CM é necessário que se busque a melhoria da QV tendo em vista que estes transtornos afetam as condições de saúde física e psicológica, trazendo limitações significativas para a vida da pessoa.

Chama a atenção o domínio social que se apresentou com escores mais elevados tanto no grupo saudável e população geral quanto nos grupos com TDM e os subtipos TDM-R e TDM-CM. O domínio ambiental apresentou menores escores. Um achado relevante para as autoridades de saúde planejar as ações voltadas à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Em síntese, esta pesquisa fornece informações inéditas sobre a associação entre TDM e seus subtipos TDM-R e TDM-CM e qualidade de vida, bem como da associação entre os

sintomas depressivos e qualidade de vida numa população domiciliada em um bairro vulnerável e populoso de uma capital do Nordeste.

Seus achados reforçam e contribuem para o conhecimento da condição de saúde mental desta população, sobretudo quanto aos fatores sociodemográficos e socioeconômicos relacionados à depressão, aos sintomas depressivos e qualidade de vida na população do bairro vulnerável pesquisado.

As informações desta pesquisa prestam-se a colaborar com a comunidade acadêmica, bem como as autoridades responsáveis pelo planejamento de saúde e profissionais que atuam na atenção primária, secundária e terciária especializados ou não em saúde mental, de modo a atender as particularidades, com ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação psicossocial da população assistida de forma intersetorial.

Em suma, reitera-se a necessidade de se realizar estudos populacionais de maior amplitude considerando área rural e urbana de Alagoas

Recomenda-se sobretudo a realização de estudos longitudinais para que se possa estabelecer inferências sobre causalidade ou direcionalidade das associações significantes encontradas neste estudo. Muitos fatos sobre a depressão, sintomas depressivos e qualidade de vida carecem de maiores esclarecimentos.

Este estudo tem algumas limitações. Primeiro, não obteve paridade na seleção por sexo da amostra, o que proporcionou predominância do sexo feminino, possivelmente devido à dificuldade em encontrar os homens em seus domicílios no horário da realização das entrevistas, por estarem exercendo atividades profissionais, em tempo. Segundo, não foram inclusos os conjuntos habitacionais mais recentes na população estudada devido à pesquisa ter utilizado os setores censitários do IBGE versão 2010. Por fim outra limitação deste estudo foi não ter perguntado aos participantes se estavam fazendo uso de medicamentos ou se estavam realizando algum tipo de tratamento que por ventura poderia influenciar na autopercepção da qualidade de vida.

Deduzi-se ainda que os profissionais de saúde precisam cada vez mais estar melhor preparados para conduzir intervenções para indivíduos com TDM e TDM-CM, reconhecendo a especificidade dos sintomas presentes além de considerar a singularidade de cada sujeito.

REFERÊNCIAS

- AHRNSBRAK, R. et al. **Key substance use and mental health indicators in the united states: results from the 2016 national survey on drug use and health**. 2017. Disponível em: <<https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/NSDUH-FFR1-2016/NSDUH-FFR1-2016.htm#end47>>. Acesso em: 22 set. 2018.
- ALOPA, O. et al. A review of quality of life studies in Nigerian patients with psychiatric disorders. **Afr. J. Psychiatry**. v. 16. p. 333-337. 2013. Disponível em: <<http://www.ajol.info/index.php/ajpsy/article/view/94264>>. Acesso em: 13 ago. 2018.
- ALONSO, J. et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. **Acta Psychiatr Scand Suppl**. v. 420, p. 21-27, 2004. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11375373>>. Acesso em: 22 set. 2018.
- ALVES, V. de M. et al. Evaluation of the quality of life and risk of suicide. **Clinics**. v. 71, n. 3, p. 135-139, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-59322016000300135&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 set. 2018.
- AMBUGO, E. A. Cross-country variation in the sociodemographic factors associated with major depressive episode in Norway, the United Kingdom, Ghana, and Kenya. **Soc. Sci. Med.**, v. 113, p. 154-160, 2014.
- AMORIM, P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. **Rev. Bras. Psiquiatr**. v. 22, n. 3, p. 106-115, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-4446200000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 out. 2018.
- ANDERS, R. J. et al. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. **Diabetes Care**. v. 24, n. 6, p. 1069-1078, 2001. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11375373>>. Acesso em: 22 set. 2018.
- ANDRADE, L. et al. The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. **Int J Methods Psychiatr Res**. v. 12, n. 1, p. 3-21, 2003. <https://doi.org/10.1002/mpr.138>
- ANDRIOPOULOS, P. et al. Depression, quality of life and primary care: a cross-sectional study. **Journal of Epidemiology and Global Health**. v. 3. n. 4. p. 245-252. 2013. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2210600613000701>>. Acesso em: 13 ago. 2018.
- ANG, Y.-S. et al. distinct subtypes of apathy revealed by the apathy motivation index. **Plos One**, v. 12, n. 1, p.1-15, 11 jan. 2017. Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5226790/pdf/pone.0169938.pdf>>. Acesso em: 13 set. 2018. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0169938>

ANGELELLI, P. et al. Development of neuropsychiatric symptoms in poststroke patients: a cross-sectional study. **Acta Psychiatr Scand.** v. 110, n. 1, p. 55-63, 2004. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1600-0447.2004.00297.x>>. Acesso em: 13 set. 2018.

ARAGÃO, J. Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas. **Revista Práxis.** . v. 3, n. 6, p. 59-62, 2011. Disponível em: <<http://revistas.unifoa.edu.br/index.php/praxis/article/view/566/528>>. Acesso em: 22 set. 2018.

ARAÚJO, Á. C.; LOTUFO NETO, F. A nova classificação americana para os transtornos mentais: o DSM-5. **Rev. Bras. Ter. Comport. Cogn.**, São Paulo , v. 16, n. 1, p. 67-82, abr. 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452014000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 set. 2018.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA (ABEP). Dados com base no Levantamento Sócio Econômico, Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, 2012. Disponível em <<http://www.abep.org/Servicos/Download.aspx?id=01>>. Acesso em: 15 jul. 2016.

ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA (APA). **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV-TR.** 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

_____. **Manual diagnóstico e estatístico de transtorno - DSM-5.** 5th.ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BARBOSA, J.; LIMA, C. Bairros de Maceió. Maceió, 2011. Disponível em: <<http://www.bairrosdemaceio.net/site/index.php?Canal=Bairros&Id=11>>. Acesso em: 07 set. 2015.

BATAIL, J.m. et al. Apathy and depression: Which clinical specificities?. **Personalized Medicine In Psychiatry**, v. 7-8, p.21-26, 2018. Disponível em:<[https://www.personalizedmedpsych.com/article/S2468-1717\(17\)30032-7/pdf](https://www.personalizedmedpsych.com/article/S2468-1717(17)30032-7/pdf)>. Acesso em: 13 set. 2018. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pmip.2017.12.001>

BENZAZZI, F. Various forms of depression. **Dialogues in Clinical Neuroscience**, v. 8. n. 2, p. 151-161, Jun. 2006.

BIRMAHER, B. et al. Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.** v. 35, n. 11, p. 1427-39, 1996. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8936909>>. Acesso em: 22 set. 2018.

BLAZER, D. G. Depression in late life: review and commentary. **J Gerontol A Biol Sci Med Sci.** v. 58, n. 3, p. 249-65, 2003. Disponível em: <<https://academic.oup.com/biomedgerontology/article/58/3/M249/684130>>. Acesso em: 22 set. 2018.

BONITA, R. et al. Epidemiologia Básica. 2ª ed. São Paulo: Grupo Editorial Nacional, 2010. BORDIN, I. A. S.; PAULA, C. S. Estudos populacionais sobre saúde mental de crianças e adolescentes brasileiros. In: MELLO, M. F.; MELLO A. A. F.; KOHN, R. (Org.). **Epidemiologia da saúde mental no Brasil.** Porto Alegre: Artmed, 2007.

BRODATY, H. et al. Frequency and clinical, neuropsychological and neuroimaging correlates of apathy following stroke - the Sydney Stroke Study. **Psychol Med.** v. 35, p. 1707-1716, 2005.

BUYUKDURA, J. S. et al. Psychomotor retardation in depression: biological underpinnings, measurement, and treatment. **Progress In Neuro-psychopharmacology And Biological Psychiatry.** v. 35, n. 2, p.395-409, 2011.

CAGA, J. et al. Apathy and its impact on patient outcome in amyotrophic lateral sclerosis. **Journal Of Neurology,** v. 265, n. 1, p.187-193, 2017. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00415-017-8688-4>>. Acesso em: 13 set. 2018. <http://dx.doi.org/10.1007/s00415-017-8688-4>

CALDIERARO, M. A. et al. Prevalence of psychotic symptoms in those with melancholic and nonmelancholic depression. **The Journal of Nervous and Mental Disease.** v. 201, n. 10, p. 855-859, 2013. Disponível em: <https://journals.lww.com/jonmd/FullText/2013/10000/Prevalence_of_Psychotic_Symptoms_in_Those_With.4.aspx>. Acesso em: 22 set. 2018.

CANALES, J. Z. et al. Investigation of associations between recurrence of major depressive disorder and spinal posture alignment: a quantitative cross-sectional study. **Gait Posture,** v. 52, p. 258-264, 2017. Disponível em: <[https://www.gaitposture.com/article/S0966-6362\(16\)30699-3/fulltext](https://www.gaitposture.com/article/S0966-6362(16)30699-3/fulltext)>. Acesso em: 18 set. 2018.

CAO, W. et al. A community-based study of quality of life and depression among older adults. **Int. J. Environ. Res. Public Health.** v. 13, n. 693, 2016.

CAVALCANTI, D. B. Lutando por um lugar na cidade de Maceió, Brasil. **Geo UERJ,** Rio de Janeiro, n. 30, p. 1-18, 2017. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/geouerj/article/viewFile/28310/20977>>. Acesso em: 11 ago. 2018.

CHEN, W-J. et al. The Relationships Between Quality of Life, Psychiatric Illness, and Suicidal Ideation in Geriatric Veterans Living in a Veterans' Home: A Structural Equation Modeling Approach. **The American Journal Of Geriatric Psychiatry.** v. 19, n. 6, p.597-601, 2011. <http://dx.doi.org/10.1097/jgp.0b013e3181faec0e>

CHIEN, I.-C. et al. Prevalence of diabetes in patients with major depressive disorder: a population-based study. **Comprehensive Psychiatry,** v. 53, n. 5, p.569-575, 2012. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010440X11001386?via%3Dihub>>. Acesso em: 13 set. 2018. <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2011.06.004>

CHOI, S.K. et al. Prevalence, recurrence, and incidence of current depressive symptoms among people living with HIV in Ontario, Canada: results from the Ontario HIV treatment network cohort study. **PLoS One,** v. 11, p. 11, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5089724/>>. Acesso em: 18 set. 2018.

CHOO, C. et al. Cluster analysis reveals risk factors for repeated suicide attempts in a multi-ethnic Asian population. **Asian J Psychiatry,** v. 8, p. 38-42, 2014.

- CÍA, A. H. et al. Lifetime prevalence and age-of-onset of mental disorders in adults from the Argentinean Study of Mental Health Epidemiology. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**. v. 53, n. 4, p. 341–350, 2018.
- CRUZ, L. N. **Medidas de qualidade de vida e utilidade em uma amostra da população de Porto Alegre**. Tese (Doutorado em Epidemiologia) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, Rio Grande do Sul, p. 270. 2010.
- CUIJPERS, P.; SMIT, F. Excess mortality in depression: a meta-analysis of community studies. **J. Affect. Disord.**, v. 72, p. 227–236, 2002.
- CUNHA, R. V. et al. Prevalência de depressão e fatores associados em comunidade de baixa renda de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. **Rev Bras Epidemiol.**, v.15. n. 2. p. 346-5. 2012. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/rbepid/2012.v15n2/346-354/pt>>. Acesso em: 16 set. 2018.
- DALY, E. J. et al. Health-related quality of life in depression: a STAR*D report. **Ann. Clin. Psychiatry**, v. 22, p. 43–55, 2010.
- DIEFENTHAELER, E. C. et al. D. Is depression a risk factor for mortality in chronic hemodialysis patients? **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 30, n. 2, p. 99-103, 2008.
- DOESSCHATE, M. C. et al. Health related quality of life in recurrent depression: a comparison with a general population sample. **J. Affect. Disord.** v. 120, n. 3, p. 126-32, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19446342>>. Acesso em: 22 set. 2018.
- DUFFY, J. Apathy in neurologic disorders. **Curr Psychiatry Rep.** v. 2, n. 5 p. 434-439, 200. <https://doi.org/10.1007/s11920-000-0029-z>
- EVENESEN, J. et al. Apathy in first episode psychosis patients: a ten year longitudinal follow-up study. **Schizophr. Res.** v. 136, n. 1-3, p. 19-24, 2012. Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22285655>>. Acesso em: 22 set. 2018.
- FILIPPIDIS, F. T. et al. Medium-term impact of the economic crisis on mortality, health-related behaviours and access to healthcare in Greece. **Scientific Reports**. v. 7, n. 46423, 2017. Disponível em: <<https://www.nature.com/articles/srep46423.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2018
- FLECK, M. P. A. et al . Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 34, n. 2, p. 178-183, abr. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000200012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 sept. 2018.
- _____. et al . Application of the portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 178-183, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-8910200000200012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 ago. 2018.
- FONSECA, M. C. et al. A stochastic bi-objective location model for strategic reverse logistics. **Top**. v. 18, n. 1, p. 158-184, 2010. Disponível em:

<<https://link.springer.com/article/10.1007/s11750-009-0107-2#citeas>>. Acesso em: 13 ago. 2018.

FUKUDA, I. M. K.; STEFANELLI, M. C.; ARANTES, E. C. **Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistenciais**. 2. ed. Barueri, SP: Manole, 2017.

GONÇALVES, A. M. C. Prevalência de depressão e fatores associados em mulheres atendidas pela estratégia de saúde da família. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 67, n. 2, p. 101-109, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v67n2/0047-2085-jbpsiq-67-2-0101.pdf>>. Acesso em: 16 set. 2018.

GONÇALVES, D. A. et al. Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. **Cad. Saúde Pública.**, v.30, n. 3, p. 623-632, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n3/0102-311X-csp-30-3-0623.pdf>>. Acesso em: 17 set. 2018.

GONZÁLEZ-BLANCH, C. et al. The association between different domains of quality of life and symptoms in primary care patients with emotional disorders. **Scientific Reports**. v. 8, n. 11180, 2018. Disponível em: <<https://www.nature.com/articles/s41598-018-28995-6#ref-CR3>>. Acesso em: 13 ago. 2018.

GORWOOD, P. Neurobiological mechanisms of anhedonia. **Dialogues in Clinical Neuroscience**. v. 10, n. 3, p. 291-299, 2008. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3181880/>>. Acesso em: 22 set.2018.

GRACE, Y. L. et al. Prevalence of depression in the community from 30 countries between 1994 and 2014. **Scientific Reports**, v. 8, n. 2861, 2018.

GROENEWEG-KOOLHOVEN, I. et al. Apathy in early and late-life depression. **Journal Of Affective Disorders**, v. 223, p.76-81, 2017. Disponível em:<<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032717300149?via%3Dihub>>. Acesso em: 13 set. 2018. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2017.07.022>

GUAJARDO, V.D. et al. Loss of interest, depressed mood and impact on the quality of life: cross-sectional survey. **BMC Public Health**. v. 11, n. 1, p. 1-7, 2011. Disponível em: <<https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2458-11-826>>. Acesso em: 22 set.2018.

HARDEVELD, F. et al. Recurrence of major depressive disorder across different treatment settings: results from the NESDA study. **Journal of Affective Disorders**. v. 47, n. 1-3, p. 225-231, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23218899>>. Acesso em: 18 set. 2018.

HASIN, D. S. et al. Epidemiology of Adult DSM-5 Major Depressive Disorder and Its Specifiers in the United States. **JAMA Psiquiatria**. v. 75, n. 4, p. 336-346, 2018.

HOLMES, D. S. **Psicologia dos transtornos mentais**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Medicas, 2007.

HÖLTTÄ, E. H. et al. Apathy: Prevalence, Associated Factors, and Prognostic Value Among Frail, Older Inpatients. **Journal of the American Medical Directors Association**. v. 13, n. 6, p. 541-545, 2012. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2012.04.005>

HOLUBOVA, M. et al. Comparison of self-stigma and quality of life in patients with depressive disorders and schizophrenia spectrum disorders – a cross-sectional study. **Neuropsychiatr Dis Treat**. v. 12, p. 3021-3030, 2016. Disponível em: <<https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/1151491>>. Acesso em: 22 set. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Cidades Maceió. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. s/d. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/v3/cidades/municipio/2704302>>. Acesso em: 23 nov. 2016.

_____. Cidades. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2016. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=270430#topo>>. Acesso em: 21 jul. 2016.

_____. Agregados por setores censitários dos resultados de universo. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Rio de Janeiro: 2015. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/defaulttab_agregado.shtm>. Acesso em: 16 agos. 2015.

_____. Alagoas: índice de desenvolvimento humano. 2010. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/al/pesquisa/37/30255?tipo=ranking&ano=2010>>. Acesso em: 17 set. 2018.

INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW (M.I.N.I.). MINI International Neuropsychiatric Interview: Versão Brasileira (5.0.0)/ DSM IV. 2002.

ISHAK, W. W. et al. Quality of life: the ultimate outcome measure of interventions in major depressive disorder. **Harv. Rev. Psychiatry**. v. 19, p. 229–239, 2011. <http://dx.doi.org/10.3109/10673229.2011.614099>.

JOFFE, H. et al. Disorders as a predictor of quality of life in midlife women in the absence of current illness episodes. **Arch Gen Psychiatry**. v. 69, n. 5, p. 484-492, 2012. Disponível em: <<https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/1151491>>. Acesso em: 22 set. 2018.

JURUENA, M. F. et al. Estudos latino-americanos sobre melancolia: um transtorno do humor melhor definido para o CID-11. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. v. 33, n. 1, 2011.

KAMAT, R. et al. Apathy is associated with lower mental and physical quality of life in persons infected with HIV. **Psychology, Health & Medicine**, v. 21, n. 7, p.890-901, 2016. Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4955636/>>. Acesso em: 13 set. 2018. <http://dx.doi.org/10.1080/13548506.2015.1131998>.

KATSCHNIG, H. Quality of life in mental disorders: challenges for research and clinical practice. **World Psychiatry**., n. 5, v. 3, p. 139–145, 2006. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1636133/>>. Acesso em: 13 ago. 2018.

KESSLER, R. C. et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. **Arch Gen Psychiatry**. v. 51, n. 1, p. 8-19, 1994. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8279933>>. Acesso em: 16 set. 2018.

KESSLER, R. C. et al. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). **JAMA**. v. 289, n. 23, p. 3095-105, 2003. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12813115>>. Acesso em: 16 set. 2018.

KESSLER, R. C.; BROMET, E. J. The epidemiology of depression across cultures. **Send to Annu Rev Public Health**. v. 34, p. 119-38, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23514317>>. Acesso em: 13 ago. 2018.

KNAPEN, J. et al. Comparison of Changes in Physical Self-Concept, Global Self-Esteem, Depression and Anxiety following Two Different Psychomotor Therapy Programs in Nonpsychotic Psychiatric Inpatients. **Psychotherapy and Psychosomatics**. v. 74, p. 353-361, 2005. <https://doi.org/10.1159/000087782>

KOCKLER, M.; HEUN, R. Gender differences of depressive symptoms in depressed and nondepressed elderly persons. **Int J Geriatr Psychiatry**. v. 17, n. 1, p. 65-72, 2002.

KOPPERS, D. et al. Prevalence and risk factors for recurrence of depression five years after short term psychodynamic therapy. **Journal of Affective Disorders**. v. 134, p. 468-472, 2011. Disponível em: <<https://research.vu.nl/en/publications/prevalence-and-risk-factors-for-recurrence-of-depression-five-yea>>. Acesso em: 18 set. 2018.

LEIBENLUFT, E.; WEHR T. A. Is sleep deprivation useful in the treatment of depression? **Am J Psychiatry**. v. 149, n. 2, p. 159-68, 1992. <https://doi.org/10.1176/ajp.149.2.159>

LEVY, R.; DUBOIS, B. Apathy and the functional anatomy of the prefrontal cortex-basal ganglia circuits. **Cereb Cortex**. v. 16, n. 7, p. 916-28, 2006. Disponível em: <<https://academic.oup.com/cercor/article/16/7/916/425683>>. Acesso em: 13 set. 2018.

LIMA, A. F. B. S.; FLECK, M. P. A. Qualidade de vida e depressão: uma revisão da literatura. **Rev. Psiquiatr.**, Rio Grande do Sul, v. 31, n. 3a02s1, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082009000400002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 18 ago. 2018.

_____; _____. Quality of life, diagnosis, and treatment of patients with major depression: a prospective cohort study in primary care. **Rev. Bras. Psiquiatr.** São Paulo, v. 33, n. 3, p. 245-251, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462011000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 set. 2018.

LIMA, M. S. Epidemiologia e impacto social. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 21, supl. 1, p. 1-5. 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000500002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 set. 2018.

LIU, R.T.; MILLER, I. Life events and suicidal ideation and behavior: a systematic review. **Clin Psychol Rev**. v. 34, n. 3, p. 181-92, 2104. Disponível

em:<<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735814000348?via%3Dihub>>. Acesso em: 13 set. 2018.

LUCA, M. et al. Psychomotor retardation and externally oriented thinking in major depression. **Neuropsychiatr Dis Treat.** v. 9, p. 759–766, 2013.

LUIZ R.R., MAGNANINI M.M.F. O tamanho da Amostra em Investigações Epidemiológicas In: MEDRONHO, R. A. et al.- Epidemiologia. 2 ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2009. p. 421

LUPPINO, F. S. et al. Overweight, obesity, and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. **Arch Gen Psychiatry.** v. 67, n. 3, p. 220-9, 2010. Disponível em:< <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/210608>>. Acesso em: 13 set. 2018.

M.I.N.I. 5.0.0, MINI International Neuropsychiatric Interview: Versão Brasileira/ DSM IV, jun., 2002.

MACEDO, E. Domínio relações sociais da qualidade de vida: um foco de intervenção em pessoas com doenças do humor. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental,** Porto, n. 7, p. 19-24, 2012. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602012000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 set. 2018.

MARANS, R. W. Understanding environmental quality through quality of life studies: the 2001 DAS and its use of subjective and objective indicators. **Landscape and Urban Planning.** v. 65, n. 1–2, 15, p. 73 – 83, 2003. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0169204602002396>> Acesso em: 17 set. 2018.

MARI, J. J.; JORGE, M. R.; KOHN, R. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos em adultos. In: MELLO, M.F.; MELLO A.A.F.; KOHN R. (Org.). **Epidemiologia da saúde mental no Brasil.** Porto Alegre: Artmed, 2007.

MAXWELL, M. A.; COLE D. A. Weight change and appetite disturbance as symptoms of adolescent depression: toward an integrative biopsychosocial model. **Clin Psychol Rev.** v. 29, n. 3, p.260-273, 2009. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.01.007>

MAYOR, S. Persistent depression doubles stroke risk despite treatment, study finds. **BMJ (Clinical Research).** v. 350, 2015.

MELO, Givânia Bezerra de. Estudo epidemiológico sobre associação entre exposição à violência em diferentes fases da vida e a presença de transtornos mentais em adultos. 2015. 138 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem e Farmácia, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2015.

MELROSE, S. Persistent Depressive Disorder or Dysthymia: An Overview of Assessment and Treatment Approaches. **Open Journal of Depression,** v. 6, p. 1-13, 2017.

MOLEDINA, S. M. et al. Prevalence and associated factors of depression in an asian community in Dar es Salaam, Tanzania. **Psychiatry Journal.** n. 9548471 p. 5, 2018.

Disponível em: <<https://www.hindawi.com/journals/psychiatry/2018/9548471/>>. Acesso em: 20 set. 2018.

NACIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH (NIH). **Mental health information - prevalence of major depressive episode among adults**. 2016. Disponível em: <<https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/major-depression.shtml>>. Acesso em: 17 set. 2018.

NUNES, M.A. et al. Common mental disorders and sociodemographic characteristics: baseline findings of the Brazilian longitudinal study of adult health (ELSA-Brasil). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 38, p. 91-97, 2016.

OBADEJI, A. et al. Assessment of depression in a primary care setting in Nigeria using the PHQ-9. **Journal of Family Medicine and Primary Care**, v. 4, n. 1, p. 30-34, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**. Artes Médicas, Porto Alegre, 2008.

_____. **Folha informativa: depressão**. 2018. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5635:folha-informativa-depressao&Itemid=822>. Acesso em: 16 set. 2018.

_____. **Mental health atlas**. Geneva, Switzerland, 2017.

_____. **Relatório sobre a saúde mental no mundo 2001: saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Geneva, Suíça, 2001.

ORLEY, J.; SAXENA, S.; HERRMAN, H. Quality of life and mental illness: reflections from the perspective of the WHOQOL. **British Journal of Psychiatry**. v. 172. p. 291-293. 1998. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/0EA416AA253BB400160E338CD3E20FEE/S0007125000149803a.pdf/quality_of_life_and_mental_illness.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2018.

PARMELEE, P. A. et al. Psychometric properties of the Geriatric Depression Scale among the institutionalized aged. **Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology**. v. 1. n. 4. p. 331-338. 1989. Disponível em:

<<http://psycnet.apa.org/fulltext/1990-11313-001.html>>. Acesso em: 13 ago. 2018.

PATRICK, D. L. et al. Functional status and perceived quality of life in adults with and without chronic conditions. **J. Clin. Epidemiol.**, v. 53, n. 8, p. 779-85, 2000.

PEETERS, F. et al. Diurnal mood variation in major depressive disorder. **Emotion**. v. 6, n. 3, p. 383-91, 2006. Disponível em: <<http://psycnet.apa.org/fulltext/2006-10747-004.html>>. Acesso em: 13 set. 2018.

PEREIRA, A. A. G.; CARDOSO, F. M. dos S.. Buscando Preditores Psicológicos da Ideação Suicida em Estudantes Universitários. **Psic. : Teor. e Pesq.** v. 33, e33420, 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722017000100418&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 set. 2018.

PERES, U. T. **Depressão e melancolia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 2010.

PERXAS, L. C.; OLMO, J. G.; FRANCH, J. V. Prevalence and sociodemographic correlates of depressive and bipolar disorders in Catalonia (Spain) using DSM-5 criteria. **Journal of Affective Disorders**, v. 184, p. 97-103, 2015.

PONTE, C. et al. Suicidal ideation, depression and quality of life in the elderly: study in a gerontopsychiatric consultation. **Spanish Journal Of Psychology**, v. 17, p.1-10, 2014. Disponível em: <<https://www.cambridge.org/core/journals/spanish-journal-of-psychology/article/suicidal-ideation-depression-and-quality-of-life-in-the-elderly-study-in-a-gerontopsychiatric-consultation/12B90FD355B68936C969F7323B63A143>>. Acesso em: 13 set. 2018. <http://dx.doi.org/10.1017/sjp.2014.15>

POPULAÇÃO. População Benedito Bentes – Maceió. s/d. Disponível em: <http://populacao.net.br/populacao-benedito-bentes_maceio_al.html>. Acesso em: 25 set. 2018.

POST, M. W. M. Definitions of quality of life: what has happened and how to move on. **Top Spinal Cord Inj Rehabil.** v. 20, n. 3, p. 167-180, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4257148/>>. Acesso em: 13 ago. 2018.

PU, SHENGHONG. et al. Association between cognitive deficits and suicidal ideation in patients with major depressive disorder. **Scientific Reports** volume. v. 7, n. 1, p. 1-6, 2017. Disponível em: <<https://www.nature.com/articles/s41598-017-12142-8>>. Acesso em: 13 set. 2018.

RAMADAM, Z. B. A. Depressão: da bile negra aos neurotransmissores. Uma introdução histórica. **Rev. Psiq. Clín.**, n. 32. v. 6. p. 343-344, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v32n6/a07v32n6.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2018.

RESENDE, M. C. et al . Rede de relações sociais e satisfação com a vida de adultos e idosos. **Psicol. Am. Lat.** n. 5, 2006. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2006000100015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 set. 2018.

RIBEIRO, H.; VARGAS, H. C. Urbanização, globalização e saúde. **Revista USP.** Brasil, n. 107, p. 13-26, 2015. ISSN 2316-9036. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/115110/112815>>. Acesso em: 01 abr. 2018.

RITSNER, M. S. Anhedonia is an important factor of health-related quality-of-life deficit in schizophrenia and schizoaffective disorder. **J. Nerv. Ment. Dis.**, v. 199, n. 11, p. 845-53, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22048136>>. Acesso em: 22 set.2018.

ROCHA, N. S.; FLECK, M. P. Evaluation of quality of life in adults with chronic health conditions: the role of depressive symptoms. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 32 n. 2, 2010.

ROUQUAYROL, M. Z.; SILVA, M.G.C. (Org.). **Epidemiologia & saúde.** 7. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013.

SADOCK, B. J. et al. **Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica.** 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

SANSONE, R. A.; SANSONE, L. A. Dysthymic disorder forlorn and overlooked? **Psychiatry (Edgmont)**. v. 6 n. 5, p. 46–51, 2009.

SANTOS, E. G.; SIQUEIRA, M. M. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 59, n. 3, p. 238-246. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v59n3/a11v59n3.pdf>>. Acesso em: 17 set. 2018

SANTOS, L. V.; COSTA, L. F. Avaliação da dinâmica conjugal violenta e suas repercussões sobre os filhos. **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 6, n. 1, p. 59-72, 2004. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v6n1/v6n1a05.pdf>>. Acesso em: 17 set. 2018>. Acesso em: 17 set. 2018.

SCHEUER, J. M.; NEVES, S. M. A. S. Planejamento urbano, áreas verdes e qualidade de vida. **Revista Meio Ambiente e Sustentabilidade**, v. 11, n.5, p.59-73, 2016. Disponível em: <<https://www.uninter.com/revistameioambiente/index.php/meioAmbiente/article/viewFile/587/293>>. Acesso em: 01 abr. 2018.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE ALAGOAS. Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas. Saúde Alagoas: análise da situação de saúde Maceió – AL. Maceió, 2014 p. 133.

SENE-COSTA, E. **Universo da depressão: história e tratamentos pela psiquiatria e pelo psicodrama**. São Paulo: Ágora, 2006.

SILVA, D. F.; SANTANA, P. R. Transtornos mentais e pobreza no Brasil: uma revisão sistemática. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**. v. 6, n. 4, 2012. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1214/1099>>. Acesso em: 11 ago. 2018.

SILVA, P. A. S. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados entre idosos de um município do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 2, p. 639-646, 2018. Disponível em: <https://www.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v23n2/1413-8123-csc-23-02-0639.pdf>. Acesso em: 17 set. 2018.

SIMMONS, W. K. et al. Depression-Related Increases and Decreases in Appetite: Dissociable Patterns of Aberrant Activity in Reward and Interoceptive Neurocircuitry. **Am J Psychiatry**. v. 173, n. 4, p. 418-28. 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4818200/>>. Acesso em: 13 ago. 2018

SIVERTSEN, H. et al. Depression and quality of life in older persons: a review. **Dement Geriatr. Cogn. Disord.**, v. 40. p. 311-339. 2015. Disponível em: <<https://www.karger.com/Article/FullText/437299#>>. Acesso em: 13 de ago. 2018.

SOARES, J. A. S. et al. Impactos da urbanização desordenada na saúde pública: leptospirose e infraestrutura urbana. **Polêm!ca**, v. 13, n. 1, 2014. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/polemica/article/view/9632/7591>>. Acesso em: 11 ago. 2018.

SOUZA, T. R.; LACERDA, A. L. T. Depressão ao longo da história. In: QUEVEDO, J.; SILVA, A. G. (Orgs.). **Depressão: teoria e clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

- SOYLU, N. et al. Investigation of social, emotional, and cognitive factors with effect on suicidal behaviour in adolescents with depression. **Noro Psikiyatr Ars.** v. 50, n. 4, p. 352–359, 2013. Disponível em:< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5363428/>>. Acesso em: 13 set. 2018.
- STEIN, M. B. et al. Does co-morbid depressive illness magnify the impact of chronic physical illness? a population-based perspective. **Psychol. Med.**, v. 36, n. 5, p. 587-96, 2006.
- STEWART, W. F. et al. Cost of lost productive work time among US workers with depression. **Jama-J. Am. Med. Assoc.**, v. 289, p. 3135–3144, 2003.
- SUN, N et al. A comparison of melancholic and nonmelancholic recurrent major depression in han chinese women. **Depression And Anxiety**, v. 29, n. 1, p.4-9, 7. 2011. Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3429859/>>. Acesso em: 13 set. 2018. <http://dx.doi.org/10.1002/da.20875>
- TANG, W.-K. et al. Apathy and Health-Related Quality of Life in Stroke. **Archives Of Physical Medicine And Rehabilitation**v. 95, n. 5, p.857-861, 2014. Disponível em:<[https://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993\(13\)01106-4/fulltext](https://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993(13)01106-4/fulltext)>. Acesso em: 13 set. 2018. <http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2013.10.012>
- TAYLOR, M. A.; FINK, M. Restoring melancholia in the classification of mood disorders. **J Affect Disord.** v. 82, n. 2, p. 253-8, 2004.
- THE WHOQOL GROUP. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. **The WHOQOL Group. Psychol. Med.** v. 28. p. 551-558, 1998.
- TIEMEIER, H. et al. Plasma fatty acid composition and depression are associated in the elderly: the Rotterdam Study. **Am J Clin Nutr.** . v. 78, n. 1, p. 40-6, 2003. Disponível em:< <https://academic.oup.com/ajcn/article/78/1/40/4689895>>. Acesso em: 18 set. 2018.
- TORRES, T. Z. G.; MAGNANINI, M. M. F.; LUIZ, R. R. Amostragem. In: MEDRONHO, A. R. et al. Epidemiologia. São Paulo: Atheneu; 2011. p.403-14.
- TOWNSEND, M.C. et. al. **Enfermagem Psiquiátrica, conceitos e cuidados.** Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2000.
- TSUJII, N. et al. Relationship between prefrontal hemodynamic responses and quality of life differs between melancholia and non-melancholic depression. **Psychiatry Res Neuroimaging.** v. 253, p. 26-35, 2016. <https://doi.org/10.1016/j.psychresns.2016.04.015>
- UUTELA, A. Economic crisis and mental health. **Curr. Opin. Psychiatry.** v. 23, n. 2, p. 127-30, 2010. Disponível em:< <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=20087188>>. Acesso em: 18 set. 2018.
- VIANA, M. C.; ANDRADE, L. H. Lifetime Prevalence, age and gender distribution and age-of-onset of psychiatric disorders in the São Paulo Metropolitan Area, Brazil: results from the São Paulo Megacity Mental Health Survey. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 249-260, 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462012000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 set. 2018.

VILLANUEVA, M. A. D. et al. **Manual de psiquiatria**. 2. ed. San Rafael: Editalfil, 2005.

WEILAND-FIEDLER, P. Evidence for continuing neuropsychological impairments in depression. v. 82, n. 2, p. 253-8. 2004.

WINSTOK, Z.; EISIKOVITS, Z.; KARNIELI-MILLER, O. The impact of father-to-mother aggression on the structure and content of adolescents' perceptions of themselves and their parent. **Violence Against Women**, v. 10, n. 9, p. 1.036-1.055. 2004. Disponível em: <<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1077801204267379>>. Acesso em: 13 ago. 2018.

WIRZ-JUSTICE, A. Diurnal variation of depressive symptoms. **Dialogues Clin Neurosci**. v. 10, n. 3, p. 337-43, 2008. Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3181887/>>. Acesso em: 13 set. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Depression**. 2018. Disponível em: <<http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/depression>>. Acesso em: 13 ago. 2018.

_____. **Depression and other common mental disorders: global health estimates**. Geneva, Switzerland, 2017. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 13 ago. 2018.

_____. **Mental health action plan 2013-2020**. Geneva, Switzerland, 2013. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021_eng.pdf;jsessionid=119E0F8811EBC1B0388DC2E7794088FC?sequence=1>. Acesso em: 13 ago. 2018.

YUEN, G. S. et al. Apathy in late-life depression: common, persistent, and disabling. **The American Journal Of Geriatric Psychiatry**, v. 23, n. 5, p.488-494, 2015. Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4277500/>>. Acesso em: 13 set. 2018. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jagp.2014.06.005>

ZIVDIR, P.; SOHBET, R. Effect of Feelings of Guilt and Shame on Life Quality of Women in Menopause. **Journal Of Menopausal Medicine**, v. 23, n. 1, p.5-14, 2017. Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5432467/>>. Acesso em: 13 set. 2018. <http://dx.doi.org/10.6118/jmm.2017.23.1.5>

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (T.C.L.E.)

(Em 2 vias, firmado por cada participante-voluntário (a) da pesquisa e pelo responsável).

“O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa.”
(Resolução. nº 196/96-IV, do Conselho Nacional de Saúde).

Eu, ,
tendo sido convidado (a) a participar como voluntário (a) da pesquisa: **A EPIDEMIOLOGIA DOS TRANSTORNOS MENTAIS E DO USO DE CRACK, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**, sob coordenação da **Profa. Dra. Maria Cicera dos Santos de Albuquerque** e vice-coordenação da **Profa. Dra. Mércia Zeviani Brêda**, recebi as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:

- Que o estudo se destina a conhecer a proporção ou magnitude dos transtornos mentais e uso de crack, álcool e outras drogas entre a população residente em Maceió/Alagoas, iniciando pelo bairro Benedito Bentes;
- Que o estudo será feito com a aplicação de questionários que abordam aspectos sociais, econômicos e de saúde mental dos entrevistados.
- Que o estudo começou em agosto de 2013 e terminará em agosto de 2015;
- Que os resultados que se desejam alcançar são conhecer a ocorrência dos transtornos mentais comuns, do uso de drogas e os fatores que os determinam entre a população residente de Maceió-Alagoas;
- Que os incômodos que poderei sentir com a minha participação são emocionais, não havendo riscos a minha saúde física e que contarei com a assistência da pesquisadora para ter um encaminhamento necessário, caso seja identificado algum transtorno que precise de avaliação e/ou tratamento;
- Que os benefícios que deverei esperar com a minha participação, mesmo que não diretamente, será uma melhor atenção a saúde da população residente em Maceió;
- Que, sempre que desejar, será fornecido esclarecimento sobre cada uma das etapas do estudo;
- Que, a qualquer momento, eu poderei recusar a continuar participando do estudo e, também, que eu poderei retirar este meu consentimento, sem que isso me traga qualquer penalidade ou prejuízo;
- Que a importância deste estudo é que, com os dados obtidos, haverá a possibilidade de planejar e operacionalizar a implantação da Rede de Atenção Psicossocial em Maceió, desenvolvendo ações de saúde mental que minimizem os efeitos e as ocorrências de transtornos mentais e do uso de crack, álcool e outras drogas.
- Que autorizo a utilização das minhas respostas, desde que para fins de pesquisa e divulgação dos resultados advindos delas;
- Que as informações conseguidas através de minha participação não permitirão a identificação da minha pessoa, exceto aos responsáveis pelo estudo, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto;
- Que minha participação é voluntária, não há compensação financeira;
- Que os gastos da pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores; portanto, não precisarei desembolsar nenhuma quantia
- Que fica garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação

na pesquisa, conforme decisão judicial e extrajudicial.

- Que a pesquisa será suspensa caso não se obtenha uma amostra representativa da população a ser estudada.

Finalmente, tendo eu compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Endereço do (a) participante-voluntário (a)

Domicílio: (rua, praça,
conjunto): Bloco: /Nº:
/Complemento: Bairro:
/CEP/Cidade: /Telefone:

Endereço das responsáveis pela pesquisa:

1. Maria Cicera dos Santos de Albuquerque - Coordenadora

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, S/N, Unidade Acadêmica: Escola de Enfermagem e Farmácia. Tabuleiro do Martins, Maceió - AL, Cep: 57072-970 Fone: (82) 3214-1154

2. Mércia Zeviani Brêda- Vice-coordenadora

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, S/N, Unidade Acadêmica: Escola de Enfermagem e Farmácia. Tabuleiro do Martins, Maceió - AL, Cep: 57072-970 Fone: (82) 3214-1154

Contato de urgência:

1. Maria Cicera dos Santos de Albuquerque - Coordenadora

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, S/N, Unidade Acadêmica: Escola de Enfermagem e Farmácia. Tabuleiro do Martins, Maceió - AL, Cep: 57072-970 Fone: (82) 3214-1154

2. Mércia Zeviani Brêda- Vice-coordenadora

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, S/N, Unidade Acadêmica: Escola de Enfermagem e Farmácia. Tabuleiro do Martins, Maceió - AL, Cep: 57072-970 Fone: (82) 3214-1154

Assinatura ou impressão datiloscópica do (a) voluntário (a) ou responsável legal (Rubricar as demais folhas)	Nome e Assinatura do(s) responsável (eis) pelo estudo (Rubricar as demais páginas) Maria Cicera dos Santos de Albuquerque Coordenadora da Pesquisa
	Nome e Assinatura do(s) responsável (eis) pelo estudo (Rubricar as demais páginas) Mércia Zeviani Brêda Vice Coordenadora da Pesquisa

ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao: Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas: Prédio da Reitoria, sala do C.O.C., Campus A. C. Simões, Cidade Universitária. Telefone: 3214-1041

Maceió,..... de.....,de 2015

APÊNDICE B – Questionário de pesquisa de campo sociodemográfico

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Alagoas

Universidade Federal de Alagoas

Escola de Enfermagem e Farmácia



QUESTIONÁRIO DE PESQUISA DE CAMPO

Os dados serão utilizados exclusivamente para a pesquisa **A EPIDEMIOLOGIA DOS TRANSTORNOS MENTAIS E DO USO DE CRACK, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS EM MACEIÓ/ALAGOAS**, sendo garantido o anonimato e sigilo de todas as informações fornecidas.

Data de Preenchimento do questionário: __/__/____ Horário: ____:____ Município:

Bairro: _ Código da Entrevista: _____

Entrevistador: _ _____

1. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

1.1-Idade: ____ anos

1.2-Sexo: Masc. () Fem. ()

1.3-Estado civil:

Solteira/o Casada/o Companheira/o Separada/o Divorciada/o Viúva/o

1.4-Você se considera:

Indígena Negro/a Pardo/a Amarela/o Branca

1.5-Tem filhos/as: Sim Não Quantos?____ Masculino Feminino

1.6- Ocupação: _____

1.7-Grau máximo de estudo que completou?

- Ensino Fundamental
- Ensino Médio
- Ensino Superior (Faculdade) Bacharelado
- Mestrado ou mais Nenhum

1.8-Tipo de convênio/seguro de saúde?

- Nenhum (SUS)
- Plano de saúde privado
- Convênio militar
- Outro. Qual? _____

ANEXOS

ANEXO A – Identificação do Estrato Socioeconômico



Crítério Brasil 2015 e atualização da distribuição de classes para 2016

A metodologia de desenvolvimento do Critério Brasil que entrou em vigor no início de 2015 está descrita no livro *Estratificação Socioeconômica e Consumo no Brasil* dos professores Wagner Kamakura (Rice University) e José Afonso Mazzon (FEA /USP), baseado na Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) do IBGE.

A regra operacional para classificação de domicílios, descrita a seguir, resulta da adaptação da metodologia apresentada no livro às condições operacionais da pesquisa de mercado no Brasil.

As organizações que utilizam o Critério Brasil podem relatar suas experiências ao Comitê do CCEB. Essas experiências serão valiosas para que o Critério Brasil seja permanentemente aprimorado.

A transformação operada atualmente no Critério Brasil foi possível graças a generosa contribuição e intensa participação dos seguintes profissionais nas atividades do comitê:

Luis Pilli (Coordenador) - LARC Pesquisa de Marketing
 Bianca Ambrósio - TNS
 Bruna Suzzara – IBOPE Inteligência
 Marcelo Alves - Nielsen
 Margareth Reis – GFK
 Paula Yamakawa – IBOPE Inteligência
 Renata Nunes - Data Folha
 Sandra Mazzo - Ipsos
 Tatiana Wakaguri – Kantar IBOPE Media

A ABEP, em nome de seus associados, registra o reconhecimento e agradece o envolvimento desses profissionais.

SISTEMA DE PONTOS

Variáveis

	Quantidade				
	0	1	2	3	4 ou +
Banheiros	0	3	7	10	14
Empregados domésticos	0	3	7	10	13
Automóveis	0	3	5	8	11
Microcomputador	0	3	6	8	11
Lava louca	0	3	6	6	6
Geladeira	0	2	3	5	5
Freezer	0	2	4	6	6
Lava roupa	0	2	4	6	6
DVD	0	1	3	4	6
Micro-ondas	0	2	4	4	4
Motocideta	0	1	3	3	3
Secadora roupa	0	2	2	2	2

Grau de instrução do chefe de família e acesso a serviços públicos

Escolaridade da pessoa de referência		
Analfabeto / Fundamental I incompleto	0	
Fundamental I completo / Fundamental II incompleto	1	
Fundamental II completo / Médio incompleto	2	
Médio completo / Superior incompleto	4	
Superior completo	7	
Serviços públicos		
	Não	Sim
Água encanada	0	4
Rua pavimentada	0	2

Distribuição das classes para 2016

As estimativas do tamanho dos estratos atualizados referem-se ao total Brasil e resultados das Macro Regiões, além do total das 9 Regiões Metropolitanas e resultados para cada uma das RM's (Porto Alegre, Curitiba, São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Brasília, Salvador, Recife e Fortaleza).

As estimativas são baseadas em estudos probabilísticos do Datafolha, IBOPE Inteligência, GFK, IPSOS e Kantar IBOPE Media (LSE). O perfil da classe é domiciliar.

PROCEDIMENTO NA COLETA DOS ITENS

É importante e necessário que o critério seja aplicado de forma uniforme e precisa. Para tanto, é fundamental atender integralmente as definições e procedimentos citados a seguir.

Para aparelhos domésticos em geral:

Devem ser considerados todos os bens que estão dentro do domicílio em funcionamento (incluindo os que estão guardados) independente da forma de aquisição: compra, empréstimo, aluguel, etc. Se o domicílio possui um bem que emprestou a outro, este não deve ser contado pois não está em seu domicílio atualmente. Caso não estejam funcionando, considere apenas se tiver intenção de consertar ou repor nos próximos seis meses.

Banheiro

O que define o banheiro é a existência de vaso sanitário. Considerar todos os banheiros e lavabos com vaso sanitário, incluindo os de empregada, os localizados fora de casa e os da(s) suíte(s). Para ser considerado, o banheiro tem que ser privativo do domicílio. Banheiros coletivos (que servem a mais de uma habitação) não devem ser considerados.

Empregados Domésticos

Considerar apenas os empregados mensalistas, isto é, aqueles que trabalham pelo menos cinco dias por semana, durmam ou não no emprego. Não esqueça de incluir babás, motoristas, cozinheiras, copeiras, arrumadeiras, considerando sempre os mensalistas.

Note bem: o termo empregado mensalista se refere aos empregados que trabalham no domicílio de forma permanente e/ou contínua, pelo menos cinco dias por semana, e não ao regime de pagamento do salário.

Automóvel

Não considerar táxis, vans ou pick-ups usados para fretes, ou qualquer veículo usado para atividades profissionais. Veículos de uso misto (pessoal e profissional) não devem ser considerados.

Microcomputador

Considerar os computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks. Não considerar: calculadoras,

agendas eletrônicas, tablets, palms, smartphones e outros aparelhos.

Lava-Louça

Considere a máquina com função de lavar as louças.

Geladeira e Freezer

No quadro de pontuação há duas linhas independentes para assinalar a posse de geladeira e freezer respectivamente. A pontuação será aplicada de forma independente:

Havendo uma geladeira no domicílio, serão atribuídos os pontos (2) correspondentes a posse de geladeira; Se a geladeira tiver um freezer incorporado – 2ª porta – ou houver no domicílio um freezer independente serão atribuídos os pontos (2) correspondentes ao freezer. Dessa forma, esse domicílio totaliza 4 pontos na soma desses dois bens.

Lava-Roupa

Considerar máquina de lavar roupa, somente as máquinas automáticas e/ou semiautomática. O tanquinho NÃO deve ser considerado.

DVD

Considere como leitor de DVD (Disco Digital de Vídeo ou Disco Digital Versátil) o acessório doméstico capaz de reproduzir mídias no formato DVD ou outros formatos mais modernos, incluindo videogames, computadores, notebooks. Inclua os aparelhos portáteis e os acoplados em microcomputadores.

Não considere DVD de automóvel.

Micro-ondas

Considerar forno micro-ondas e aparelho com dupla função (de micro-ondas e forno elétrico).

Motocicleta

Não considerar motocicletas usadas exclusivamente para atividades profissionais. Motocicletas apenas para uso pessoal e de uso misto (pessoal e profissional) devem ser consideradas.

Secadora de roupas

Considerar a máquina de secar roupa. Existem máquinas que fazem duas funções, lavar e secar. Nesses casos, devemos considerar esse equipamento como uma máquina de lavar e como uma secadora.

Modelo de Questionário sugerido para aplicação

P.XX Agora vou fazer algumas perguntas sobre itens do domicílio para efeito de classificação econômica. Todos os itens de eletroeletrônicos que vou citar devem estar funcionando, incluindo os que estão guardados. Caso não estejam funcionando, considere apenas se tiver intenção de consertar ou repor nos próximos seis meses.

INSTRUÇÃO: Todos os itens devem ser perguntados pelo entrevistador e respondidos pelo entrevistado.

Vamos começar? No domicílio tem _____ (LEIA CADA ITEM)

ITENS DE CONFORTO	NÃO POSSUI	QUANTIDADE QUE POSSUI			
		1	2	3	4+
Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular					
Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana					
Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho					
Quantidade de banheiros					
DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel					
Quantidade de geladeiras					
Quantidade de freezers independentes ou parte da geladeira duplex					
Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones					
Quantidade de lavadora de louças					
Quantidade de fornos de micro-ondas					
Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional					
Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca					

A água utilizada neste domicílio é proveniente de?	
1	Rede geral de distribuição
2	Poço ou nascente
3	Outro meio

Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é:	
1	Asfaltada/Pavimentada
2	Terra/Cascalho

Qual é o grau de instrução do chefe da família? Considere como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio.

Nomenclatura atual	Nomenclatura anterior
Analfabeto / Fundamental I incompleto	Analfabeto/Primário Incompleto
Fundamental I completo / Fundamental II incompleto	Primário Completo/Ginásio Incompleto
Fundamental completo/Médio incompleto	Ginásio Completo/Colegial Incompleto
Médio completo/Superior incompleto	Colegial Completo/Superior Incompleto
Superior completo	Superior Completo

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

Este critério foi construído para definir grandes classes que atendam às necessidades de segmentação (por poder aquisitivo) da grande maioria das empresas. Não pode, entretanto, como qualquer outro critério, satisfazer todos os usuários em todas as circunstâncias. Certamente há muitos casos em que o universo a ser pesquisado é de pessoas, digamos, com renda pessoal mensal acima de US\$ 30.000. Em casos como esse, o pesquisador deve procurar outros critérios de seleção que não o CCEB.

A outra observação é que o CCEB, como os seus antecessores, foi construído com a utilização de técnicas estatísticas que, como se sabe, sempre se baseiam em coletivos. Em uma determinada amostra, de determinado tamanho, temos uma determinada probabilidade de classificação correta, (que, esperamos, seja alta) e uma probabilidade de erro de classificação (que, esperamos, seja baixa).

Nenhum critério estatístico, entretanto, tem validade sob uma análise individual. Afirmações frequentes do tipo "... conheço um sujeito que é obviamente classe D, mas pelo critério é classe B..." não invalidam o critério que é feito para funcionar estatisticamente. Servem, porém, para nos alertar, quando trabalhamos na análise individual, ou quase individual, de comportamentos e atitudes (entrevistas em profundidade e discussões em grupo respectivamente). Numa discussão em grupo um único caso de má classificação pode pôr a perder todo o grupo. No caso de entrevista em profundidade os prejuízos são ainda mais óbvios. Além disso, numa pesquisa qualitativa, raramente uma definição de classe exclusivamente econômica será satisfatória.

Portanto, é de fundamental importância que todo o mercado tenha ciência de que o CCEB, ou qualquer outro critério econômico, não é suficiente para uma boa classificação em pesquisas qualitativas. Nesses casos deve-se obter além do CCEB, o máximo de informações (possível, viável, razoável) sobre os respondentes, incluindo então seus comportamentos de compra, preferências e interesses, lazer e hobbies e até características de personalidade.

Uma comprovação adicional da adequação do Critério de Classificação Econômica Brasil é sua discriminação efetiva do poder de compra entre as diversas regiões brasileiras, revelando importantes diferenças entre elas.

ANEXO B – Who Quality of Life-Bref (WHOQOL-BREF)

WHOQOL - ABREVIADO

Versão em Português

PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
GENEBRA

Coordenação do GRUPO WHOQOL no Brasil

Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck
Professor Adjunto
Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Porto Alegre – RS - Brasil

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões**. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lbe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

8 ANEXO C – MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW**M.I.N.I.****Mini International Neuropsychiatric Interview****Brazilian version 5.0.0****DSM IV**

Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine
Hôpital Salpêtrière – Paris - França

D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan
University of South Florida – Tampa – E.U.A.

Tradução para o português (Brasil) : P. Amorim

© 1992, 1994, 1998, 2000, Sheehan DV & Lecrubier Y.

Todos os direitos são reservados. Este documento não pode ser reproduzido, todo ou em parte, ou cedido de qualquer forma, incluindo fotocópias, nem armazenado em sistema informático, sem a autorização escrita prévia dos autores. Os pesquisadores e os clínicos que trabalham em instituições públicas (como universidades, hospitais, organismos governamentais) podem fotocopiar o M.I.N.I. para utilização no contexto estrito de suas atividades clínicas e de investigação.

MINI 5.0.0 / Versão Brasileira / DSM-IV / Atual

Nome do(a) entrevistado(a): _____	Número do protocolo: _____
Data de nascimento: _____	Hora de início da entrevista: _____
Nome do(a) entrevistador(a): _____	Hora do fim da entrevista: _____
Data da entrevista: _____	Duração total da entrevista: _____

MÓDULOS	PERÍODO EXPLORADO	CRITÉRIOS PREENCHIDOS	DSM-IV	CID-10
A EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR (EDM)	Atual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	296.20-296.26 Único	F32.x
	Recorrente	<input type="checkbox"/>	296.30-296.36 Recorrente	F33.x
EDM COM CARACTERÍSTICAS MELANCÓLICAS (opcional)	Atual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	296.20-296.26 Único 296.30-296.36 Recorrente	F32.x F33.x
B TRANSTORNO DISTÍMICO	Atual (Últimos 2 anos)	<input type="checkbox"/>	300.4	F34.1
C RISCO DE SUICÍDIO	Atual (Último mês) Risco: <input type="checkbox"/> Baixo <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Alto	<input type="checkbox"/>	nenhum	nenhum
D EPISÓDIO MANÍACO F31.9	Atual	<input type="checkbox"/>	296.00-296.06	F30.x-
	Passado	<input type="checkbox"/>		
EPISÓDIO HIPOMANÍACO F31.9/F34.0	Atual	<input type="checkbox"/>	296.80-296.89	F31.8-
	Passado	<input type="checkbox"/>		
E TRANSTORNO DE PÂNICO F41.0	Atual (Último mês) Vida inteira	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	300.01/300.21	F40.01-
F AGORAFOBIA	Atual	<input type="checkbox"/>	300.22	F40.00
G FOBIA SOCIAL	Atual (Último mês)	<input type="checkbox"/>	300.23	F40.1
H TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO (TOC)	Atual (Último mês)	<input type="checkbox"/>	300.3	F42.8
I TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO	Atual (Último mês)	<input type="checkbox"/>	309.81	F43.1
J DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL ABUSO DE ÁLCOOL	(Últimos 12 meses)	<input type="checkbox"/>	303.9	F10.2x
	(Últimos 12 meses)	<input type="checkbox"/>	305.00	F10.1
K DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIA (Não álcool) ABUSO DE SUBSTÂNCIA (Não álcool)	(Últimos 12 meses)	<input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-.90	F11.0-F19.1
	(Últimos 12 meses)	<input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-.90	F11.0-F19.1
L SÍNDROME PSICÓTICA TRANSTORNO DO HUMOR COM CARACTERÍSTICAS PSICÓTICAS F32.3/F33.3//F31.2	Atual	<input type="checkbox"/>		
	Vida inteira	<input type="checkbox"/>		
	Atual	<input type="checkbox"/>	296.24/296.04	
F32.3/F33.3//F31.2	Vida inteira	<input type="checkbox"/>	296.24/296.04	
M ANOREXIA NERVOSA	Atual (Últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
N BULIMIA NERVOSA ANOREXIA NERVOSA, TIPO COMPULSÃO PERIÓDICA PURGATIVO	Atual (Últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.51	F50.2
	Atual	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
O TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA	Atual (Últimos 6 meses)	<input type="checkbox"/>	300.02	F41.1
P TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL (opcional)	Vida inteira	<input type="checkbox"/>	301.7	F60.2

INSTRUÇÕES GERAIS

O M.I.N.I. (DSM IV) é uma entrevista diagnóstica padronizada, de aplicação rápida (em torno de 15 minutos), que explora os principais Transtornos Psiquiátricos do Eixo I do DSM IV (American Psychiatric Association, 1994). O M.I.N.I. pode ser utilizado por clínicos, após uma formação breve. Os entrevistadores não clínicos necessitam de uma formação mais intensiva.

- **Entrevista:**

Com o objetivo de reduzir o mais possível a duração da entrevista deve-se preparar o(a) entrevistado(a) para este enquadramento clínico pouco habitual, informando que lhe serão feitas perguntas precisas sobre os seus problemas psicológicos e que se espera dele(a) respostas “sim” ou “não”.

- **Apresentação:**

O MINI está dividido em **módulos** identificados por letras, cada um correspondendo a uma categoria diagnóstica.

- No início de cada um dos módulos diagnósticos (exceto o módulo “L” que explora os sintomas psicóticos), uma ou várias questões/filtros que correspondem aos critérios principais do Transtorno são apresentadas num quadro com fundo acinzentado.
- No final de cada módulo, um ou vários **quadros diagnósticos** permite(m) ao clínico indicar se os critérios de diagnóstico foram ou não preenchidos.

- **Convenções:**

As frases escritas em “letras minúsculas” devem ser lidas “palavra por palavra” para o(a) entrevistado(a) de modo a padronizar a exploração de cada um dos critérios diagnósticos.

As frases escritas em “MAIÚSCULAS” não devem ser lidas para o(a) entrevistado(a). São instruções às quais o clínico deve-se referenciar de modo a integrar os algoritmos diagnósticos ao longo de toda a entrevista.

As frases escritas em “negrito” indicam o período de tempo a explorar. O clínico deve lê-las tantas vezes quanto necessário, ao longo da exploração dos sintomas e só levar em conta aqueles presentes ao longo desse período.

As frases escritas entre (parêntesis) são exemplos clínicos que descrevem o sintoma avaliado. Podem ser lidos de modo a clarificar a questão.

Quando os termos são separados por uma barra (/) o clínico deve considerar apenas o termo que corresponde ao sintoma apresentado pelo(a) entrevistado(a) e que foi explorado anteriormente.

As respostas com uma seta sobreposta (→) indicam que um dos critérios necessários ao estabelecimento do diagnóstico explorado não é preenchido. O clínico deve ir diretamente para o fim do módulo, cotar “NÃO” no(s) quadro(s) diagnóstico(s) correspondente(s) e passar ao módulo seguinte.

- **Instruções de cotação :**

Todas as perguntas feitas devem ser cotadas. A cotação faz-se à direita de cada uma das questões, envolvendo com um círculo a resposta correspondente do(a) entrevistado(a), seja “SIM” ou “NÃO”.

O clínico deve assegurar que cada um dos termos formulados na questão foi, de fato, considerado pelo(a) entrevistado(a) na sua resposta (em particular, os critérios de duração, de frequência e as alternativas “e / ou”).

Não levar em conta os sintomas imputáveis a uma doença física, ou ao uso de medicamentos, droga ou álcool.

Se tem questões ou sugestões, se deseja ser treinado(a) na utilização do M.I.N.I. ou informado(a) das atualizações, pode contactar:

Yves LECRUBIER, M.D. / Thierry HERGUETA, M.S.
Inserm U302
Hôpital de la Salpêtrière
47, boulevard de l'Hôpital
F. 75651 PARIS
FRANCE

tel: +33 (0) 1 42 16 16 59
fax: +33 (0) 1 45 85 28 00
e-mail : hergueta@ext.jussieu.fr

Patrícia AMORIM, M.D., PhD
Instituto HUMUS
Rua 89 nº 225 Setor Sul
74093-140 – Goiânia - Goiás
BRASIL

Tel: + 55 241 41 74
fax: + 55 241 41 74
e-mail: pat.amorim@terra.com.br

David V Sheehan, M.D.,
M.B.A.
University of South Florida
Institute for Research in Psychiatry
3515 East Fletcher Avenue
TAMPA, FL USA 33613-4788

ph: +1 813 974 4544
fax: +1 813 974 4575
e-mail :
dsheehan@com1.med.usf.edu

A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

→ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR **NÃO** EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

A1	Nas duas últimas semanas, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), durante a maior parte do dia, quase todos os dias?	NÃO	SIM	1
A2	Nas duas últimas semanas, quase todo tempo, teve o sentimento de não ter mais gosto por nada, de ter perdido o interesse e o prazer pelas coisas que lhe agradam habitualmente?	NÃO	SIM	2
A1 OU A2 SÃO COTADAS SIM ?		→	NÃO	SIM

A3 Durante as duas últimas semanas, quando se sentia deprimido(a) / sem interesse pela maioria das coisas:

- a O seu apetite mudou de forma significativa, ou o seu peso aumentou ou diminuiu sem que o tenha desejado ? (variação de \pm 5% ao longo do mês, isto é, \pm 3,5 Kg, para uma pessoa de 65 Kg)
COTAR **SIM**, SE RESPOSTA **SIM** NUM CASO OU NO OUTRO
- b Teve problemas de sono quase todas as noites (dificuldade de pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?
- c Falou ou movimentou-se mais lentamente do que de costume ou pelo contrário, sentiu-se agitado(a) e incapaz de ficar sentado quieto(a), quase todos os dias?
- d Sentiu-se a maior parte do tempo cansado(a), sem energia, quase todos os dias?
- e Sentiu-se sem valor ou culpado(a), quase todos os dias?
- f Teve dificuldade de concentrar-se ou de tomar decisões, quase todos os dias?
- g Teve, por várias vezes, pensamentos ruins como, por exemplo, pensar que seria melhor estar morto(a) ou pensar em fazer mal a si mesmo(a) ?

A4 HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM A3 ?
(ou 4 se A1 OU A2 = "NÃO")

SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL:

NÃO	SIM *
EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL	

- A5a Ao longo da sua vida, teve outros períodos de 2 semanas ou mais, em que se sentiu deprimido (a) ou sem interesse pela maioria das coisas e durante os quais teve os problemas dos quais falamos [SINTOMAS EXPLORADOS DE A3a à A3g]?
- b Entre esses períodos de depressão que apresentou ao longo de sua vida, alguma vez teve um intervalo de pelo menos 2 meses em que não apresentou nenhum problema de depressão ou de perda de interesse ?

A5b É COTADA SIM ?

NÃO	SIM
EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR RECORRENTE	

* SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR, COTAR AS QUESTÕES CORRESPONDENTES (A6d, A6e) NA PÁGINA 5

A'. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR COM CARACTERÍSTICAS MELANCÓLICAS (opcional)

→ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR **NÃO** EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL (A4 = **SIM**), EXPLORAR O SEGUINTE:

A6 a	A2 É COTADA SIM ?	NÃO	SIM	12
b	Durante este último período de depressão, quando sentiu-se pior, perdeu a capacidade de reagir às coisas que antes lhe agradavam ou o (a) alegravam?	NÃO	SIM	13
	SE NÃO: Quando acontecia alguma coisa agradável, era incapaz de sentir-se melhor, mesmo temporariamente?			
	A6a OU A6b SÃO COTADAS SIM ?	→ NÃO	SIM	

Durante as duas últimas semanas, quando se sentia deprimido (a) e sem interesse pela maioria das coisas:

A7 a	Os sentimentos depressivos que tinha eram diferentes daqueles que se pode sentir quando se perde uma pessoa querida?	NÃO	SIM	14
b	Quase todos os dias, sentia-se, em geral, pior pela manhã ?	NÃO	SIM	15
c	Acordava pelo menos duas horas mais cedo do que o habitual, e tinha dificuldade para voltar a dormir, quase todos os dias?	NÃO	SIM	16
d	A3c É COTADA SIM (ALTERAÇÕES PSICOMOTORAS)?	NÃO	SIM	17
e	A3a É COTADA SIM (ALTERAÇÕES DO APETITE / DO PESO)?	NÃO	SIM	18
f	Sentia-se excessivamente culpado(a) ou sentia uma culpa exagerada em relação à situação que vivia?	NÃO	SIM	19

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM A7 ?

NÃO	SIM
EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR com Características Melancólicas ATUAL	

B. TRANSTORNO DISTÍMICO

→ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR **NÃO** EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

NÃO EXPLORAR ESTE MÓDULO SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL.

B1	Durante os últimos 2 anos, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), a maior parte do tempo ?	→ NÃO	SIM	20				
B2	Ao longo desse período, sentiu-se bem durante 2 meses ou mais ?	NÃO	→ SIM	21				
B3	Desde que se sente deprimido(a) a maior parte do tempo:							
a	O seu apetite mudou de forma significativa ?	NÃO	SIM	22				
b	Tem problemas de sono ou dorme demais ?	NÃO	SIM	23				
c	Sente-se cansado ou sem energia ?	NÃO	SIM	24				
d	Perdeu a auto-confiança ?	NÃO	SIM	25				
e	Tem dificuldade de concentrar-se ou de tomar decisões ?	NÃO	SIM	26				
f	Sente-se sem esperança ?	NÃO	SIM	27				
	HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS "SIM" EM B3?	→ NÃO	SIM					
B4	Esses problemas causam - lhe um sofrimento importante ou perturbam de maneira significativa seu trabalho, suas relações sociais, ou outras áreas importantes ?	→ NÃO	SIM	28				
	B4 É COTADA SIM?	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>NÃO</td> <td>SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">TRANSTORNO DISTÍMICO ATUAL</td> </tr> </tbody> </table>			NÃO	SIM	TRANSTORNO DISTÍMICO ATUAL	
NÃO	SIM							
TRANSTORNO DISTÍMICO ATUAL								

C. RISCO DE SUICÍDIO

Durante o último mês:				Pontos
C1	Pensou que seria melhor estar morto (a) ou desejou estar morto (a) ?	NÃO	SIM	1
C2	Quis fazer mal a si mesmo (a) ?	NÃO	SIM	2
C3	Pensou em suicídio ?	NÃO	SIM	6
C4	Pensou numa maneira de se suicidar ?	NÃO	SIM	10
C5	Tentou o suicídio ?	NÃO	SIM	10
Ao longo da sua vida:				
C6	Já fez alguma tentativa de suicídio ?	NÃO	SIM	4
HÁ PELO MENOS UM "SIM" DE C1 À C6 ?				
SE SIM, SOMAR O NÚMERO TOTAL DE PONTOS DAS QUESTÕES COTADAS SIM DE C1 - C6 E ESPECIFICAR O RISCO DE SUICÍDIO ATUAL COMO SE SEGUE:				

NÃO	SIM
RISCO DE SUICÍDIO ATUAL	
1-5 pontos	Baixo <input type="checkbox"/>
6-9 pontos	Moderado <input type="checkbox"/>
≥ 10 pontos	Alto <input type="checkbox"/>

Lecrubier Y, Sheehan D, Weiller E, Amorim P, Bonora I, Sheehan K, Janavs J, Dunbar G. The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.), a short diagnostic interview : Reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry*, 1997 ; **12** : 232-241.

Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett Sheehan K, Janavs J, Weiller E, Keskiner A, Schinka J, Knapp E, Sheehan MF, Dunbar GC. Reliability and validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) according to the SCID-P. *European Psychiatry*, 1997 ; **12** : 232-241.

Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett Sheehan K, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar G. The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) : The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1998 ; 59 [suppl 20] : 22-33.

Amorim P, Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Sheehan D. DSM-III-R Psychotic disorders : procedural validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.). Concordance and causes for discordance with the CIDI. *European Psychiatry*, 1998 ; **13** : 26-34.

Traduções	M.I.N.I. 4.4 e versões anteriores	M.I.N.I. 4.6/5.0, M.I.N.I. Plus 4.6/5.0, M.I.N.I. Screen 5.0:
Afrikaans	R. Emsley	G. Stotz, R. Dietz-Bauer, M. Ackenheil
Alemão	I. van Denffer, M. Ackenheil, R. Dietz-Bauer	O. Osman, E. Al-Radi
Árabe		Em preparação
Basco		H. Banerjee, A. Banerjee
Bengali		L.G. Hranov
Búlgaro		Em preparação
Catalão		P. Zvolisky
Checo		L. Carroll, K-d Juang
Chinês		Em preparação
Croata		P. Béch, T. Scütze
Dinamarquês	P. Béch	M. Kocmur
Esloveno	M. Kocmur	L. Ferrando, L. Franco-Alfonso, M. Soto, J. Bobes-García, O. Soto, L. Franco, G. Heinze
Espanhol	L. Ferrando, J. Bobes-García, J. Gilbert-Rahola, Y. Lecrubier	
Estonian	J. Shlik, A. Aluoja, E. Kihl	K. Khooshabi, A. Zomorodi
Farsi/Persa		M. Heikkinen, M. Lijeström, O. Tuominen
Finlandês	M. Heikkinen, M. Lijeström, O. Tuominen	Y. Lecrubier, E. Weiller, P. Amorim, T. Hergueta
Francês	Y. Lecrubier, E. Weiller, P. Amorim, L. Bonora, J.P. Lepine	T. Calligas, S. Beratis
Grego	S. Beratis	M. Patel, B. Patel
Gujarati		R. Barda, I. Levinson
Hebreu	J. Zohar, Y. Sasson	C. Mittal, K. Batra, S. Gambhir
Hindi		E. Griez, K. Shruers, T. Overbeek, K. Demyttenaere
Holandês/ Flamenco	I. Van Vliet, H. Leroy, H. van Megen	
Húngaro	I. Bitter, J. Balazs	I. Bitter, J. Balazs
Inglês	D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K. Harnett-Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan	D. Sheehan, R. Baker, J. Janavs, K. Harnett-Sheehan, M. Sheehan
Islandês		J.G. Stefansson
Italiano	L. Bonora, L. Conti, M. Piccinelli, M. Tansella, G. Cassano, Y. Lecrubier, P. Donda, E. Weiller	L. Conti, A. Rossi, P. Donda
Japonês		T. Otsubo, H. Watanabe, H. Miyaoka, K. Kamijima, J. Shinoda, K. Tanaka, Y. Okajima
Letão	V. Janavs, J. Janavs, I. Nagobads	V. Janavs, J. Janavs
Norueguês	G. Pedersen, S. Blomhoff	K.A. Leiknes, U. Malt, E. Malt, S. Leganger
Polaco	M. Masiak, E. Jasiak	M. Masiak, E. Jasiak
Português	P. Amorim	P. Amorim, T. Guterres, P. Levy
Português - Brasil	P. Amorim	P. Amorim
Punjabi		A. Gahunia, S. Gambhir
Romeno		O. Driga
Russo		A. Bystitsky, E. Selivra, M. Bystitsky
Sérvio	I. Timotjevic	I. Timotjevic
Setswana		K. Ketlogetswe
Sueco	M. Waern, S. Andersch, M. Humble	C. Allgulander, M. Waern, A. Brimse, M. Humble, H. Agren
Turco	T. Örnek, A. Keskiner, I. Vahip	T. Örnek, A. Keskiner
Urdu		A. Taj, S. Gambhir

O desenvolvimento e a validação do M.I.N.I. foram possíveis graças, em parte, a fundos cedidos pelos laboratórios SmithKline Beecham e pela Comissão Europeia

Os autores agradecem a Dra Pauline Pawers por suas contribuições nos módulos Anorexia e Bulimia Nervosa.

9 ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A EPIDEMIOLOGIA DOS TRANSTORNOS MENTAIS E DO USO DE CRACK, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS EM MACEIÓ - ALAGOAS

Pesquisador: Cicera Albuquerque

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 19238713.0.0000.5013

Instituição Proponente: Universidade Federal de Alagoas

Patrocinador Principal: FUNDAÇÃO DE AMPARO A PESQUISA DO ESTADO DE ALAGOAS

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 608.613

Data da Relatoria: 18/03/2014

Apresentação do Projeto:

Estudo epidemiológico dos transtornos mentais e o uso de drogas no bairro do Benedito Bentes. Trata-se de um estudo de corte transversal, quantitativo e de natureza descritiva. Cenário: no município de Maceió, elegeu-se o bairro do Benedito Bentes para dar início a esta investigação, por ser um dos mais populosos desta capital e por ser uma das áreas de prioridade no plano "Crack é possível vencer". No censo de 2010 atingiu um universo populacional de 88.084 habitantes. Amostra: probabilística e aleatória simples, será constituída por indivíduos acima de 15 anos, compor-se-á de 400 indivíduos, tomando-se como referência a população domiciliada do bairro do Benedito Bentes segundo dados do IBGE. Coleta de dados: os dados serão primários, obtidos por meio da aplicação de entrevistas face a face com pesquisadores treinados para aplicar o Composite International Diagnostic Interview (CIDI), instrumento da World Health Organization (WHO) que permite avaliação em diferentes culturas e em populações com diferentes níveis de desenvolvimento. Questionário de informações complementares será utilizado para levantar informações biossociodemográficas, tais como idade, gênero, estado civil, grau de escolaridade, carga horária, nível de ensino, dentre outras.

Endereço: Campus A . C Simões Cidade Universitária
Bairro: Tabuleiro dos Martins **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 **Fax:** (82)3214-1700 **E-mail:** comitedeeticaufal@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



Continuação do Parecer: 608.613

Objetivo da Pesquisa:

Conhecer os transtornos mentais e o uso de crack, álcool e outras drogas psicoativas no bairro do Benedito Bentes assim como fatores associados

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa pode oferecer desconforto mínimo durante aplicação do questionário. Não serão realizados procedimentos que causem dor ou sofrimento físico ao participante. Os possíveis riscos à saúde são mínimos e restritos a possíveis sensações de ansiedade ou tristeza pela lembrança das vivências emocionais e do uso de drogas. Quanto aos benefícios, fornecerá informações epidemiológicas para a promoção da saúde mental, prevenção, diagnóstico e tratamento precoce.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de reapresentação a este CEP de estudo importante de grande envergadura e com grandes desafios metodológicos. O CIDI é um instrumento complexo que pressupõe treinamento especializado para sua utilização. Também a questão da amostragem merece ser discutida com especialistas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Satisfatórios os termos de apresentação obrigatória.

A pendência (Utilizar e inserir no protocolo de pesquisa a adaptação brasileira do instrumento CIDI) foi resolvida.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Protocolo atende as recomendações éticas da Resolução 466/12.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Campus A . C Simões Cidade Universitária
 Bairro: Tabuleiro dos Martins CEP: 57.072-900
 UF: AL Município: MACEIO
 Telefone: (82)3214-1041 Fax: (82)3214-1700 E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com