



Universidade Federal de Pernambuco

Heydrich Lopes Virgulino de Medeiros

**Distorções do pensamento em pacientes deprimidos,
sem sintomas psicóticos: Frequência e tipos.**

2010

Heydrich Lopes Virgulino de Medeiros

**Distorções do pensamento em pacientes deprimidos,
sem sintomas psicóticos: Frequência e tipos.**

Dissertação de mestrado

Dissertação submetida à avaliação para obtenção
do título de Mestre pelo Programa de Pós-
graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do
Comportamento da Universidade Federal de
Pernambuco

Área de concentração: Psiquiatria

Orientador: Prof. Everton Botelho Sougey

Recife

2010

Medeiros, Heydrich Lopes Virgulino de
Distorções do pensamento em pacientes deprimidos,
sem sintomas psicóticos: frequência e tipos / Heydrich
Lopes de Medeiros. – Recife: O Autor, 2010.
84 folhas: il., tab., fig., quadros.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de
Pernambuco. CCS. Neuropsiquiatria e Ciências do
Comportamento, 2010.

Inclui bibliografia, anexos e apêndices.

1. Depressão. 2. Distorção do pensamento. 3.
Pensamentos distorcidos. I. Título.

616.895.4	CDU (2.ed.)	UFPE
616.852 7	CDD (20.ed.)	CCS2010-040

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROPSIQUIATRIA E CIÊNCIAS
DO COMPORTAMENTO**

COORDENADOR

Prof. Dr. Everton Botelho Sougey

VICE-COORDENADOR

Prof. Dr. Marcelo Moraes Valença

CORPO DOCENTE

Prof. Everton Botelho Sougey
Prof. Marcelo Moraes Valença
Prof.^a Belmira Lara da Silveira Andrade da Costa
Prof. Gilson Edmar Gonçalves e Silva
Prof. Hildo Rocha Cirne Azevedo Filho
Prof. João Ricardo de Oliveira
Prof. Lúcio Villar Rabelo Filho
Prof. Luiz Ataíde Júnior
Prof.^a Patrícia Maria Albuquerque de Farias
Prof. Othon Bastos Filho
Prof. Raul Manhães de Castro
Prof.^a Sandra Lopes de Souza

**RELATÓRIO DA BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO
DO MESTRANDO HEYDRICH LOPES VIRGULINO DE MEDEIROS**

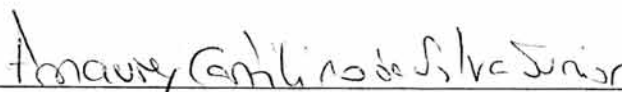
No dia 28 de agosto de 2009, às 9h, no Auditório do 2º andar do Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciência do Comportamento, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, os Professores: Amaury Cantilino da Silva Júnior, Doutor em Psiquiatria; João Ricardo Mendes de Oliveira, Doutor Professor do Departamento de Neuropsiquiatria da Universidade Federal de Pernambuco e Everton Botelho Sougey, Doutor Professor do Departamento de Neuropsiquiatria da Universidade Federal de Pernambuco, componentes da Banca Examinadora, em sessão pública, argüiram ao Mestrando HEYDRICH LOPES VIRGULINO DE MEDEIROS, sobre a sua Dissertação intitulada **“DISTORÇÕES DO PENSAMENTO EM PACIENTES DEPRIMIDOS, SEM SINTOMAS PSICÓTICOS: FREQUENCIA E TIPOS”**. Ao final da arguição de cada membro da Banca Examinadora e resposta do Mestrando, as seguintes menções foram publicamente fornecidas:

Dr. Amaury Cantilino da Silva Júnior
Prof. Dr. João Ricardo Mendes de Oliveira
Prof. Dr. Everton Botelho Sougey

Aprovado
APROVADO
APROVADO



Prof. Dr. Everton Botelho Sougey
Presidente da Banca Examinadora



Dr. Amaury Cantilino da Silva Júnior



Prof. Dr. João Ricardo Mendes de Oliveira

Agradecimentos

Ao meu orientador Everton Botelho Sougey, pela acolhida e reforço na paixão pela vida acadêmica. Com muito orgulho carregarei tal distinção em meu currículo.

Ao amigo André Brasil, pela receptividade, constante disponibilidade e confiança. Grande incentivador dessa jornada.

Aos professores Ângela Scippa e Carlos Teixeira, guias perfeitos no mergulho dos meandros da mente humana.

A Fernanda, musa inspiradora e companheira de todas as dores, alegrias e horas. Incentivo diário no dever de enxergar as pessoas com humanidade e respeito.

Aos meus pais, exemplos de hombridade e dignidade. Sem vocês nenhuma parte dessa trajetória teria sido percorrida.

RESUMO

O transtorno depressivo maior (TDM) é uma das enfermidades psiquiátricas mais comuns do mundo, com alto poder de gerar incapacidade nos indivíduos acometidos. Sua prevalência oscila entre 5,1 e 15,7%, dependendo da literatura consultada. Tem sido crescente o interesse, dentro do quadro clínico depressivo, para o impacto das distorções do pensamento (DP) relacionadas a esta enfermidade. Tais distorções, como o pensamento suicida, podem trazer consequências graves e irreversíveis. Outras DP podem ter forte associação com a ideação suicida, como a idéia de culpa e a desesperança, necessitando assim de melhor compreensão e pesquisa quanto ao seu surgimento e associação com parâmetros clínicos e sócio-demográficos, bem como impacto na qualidade de vida. O presente trabalho objetivou identificar com que frequência estes pensamentos ocorrem em indivíduos deprimidos. Neste estudo, foi entrevistada uma amostra de 75 pacientes, entre 18 e 65 anos, de ambos os gêneros, todos atendidos no sistema público e moradores do município de João Pessoa. O diagnóstico de TDM seguiu os critérios para episódio depressivo do DSM-IV, utilizando a SCID-I. As distorções foram identificadas utilizando o Inventário de Beck para Depressão (IBD) e para qualidade de vida usou-se a WHOQOL-Bref. As DP encontradas com maior frequência foram: Desesperança (69,3%), hipocondria (62,7%), Idéias de fracasso (61,3%) e Desejo de morte (60,0%). Houve associação estatisticamente significativa entre má qualidade de vida observada no domínio psicológico da WHOQOL-Bref e a presença das DP. Apesar das limitações do estudo quanto ao tamanho da amostra, concluímos que a presença dessas distorções do pensamento na depressão foi significativamente elevada, merecendo plena investigação por parte dos psiquiatras, e que tais padrões de pensamentos podem prejudicar a qualidade de vida dos indivíduos acometidos de depressão.

Palavras-chave

Depressão, distorções do pensamento, pensamentos disfuncionais, qualidade de vida.

ABSTRACT

The Major Depressive Disorder (MDD) is the most common psychiatric illness in the world, with a high power to generate incapacity in the diagnosed individuals. Its prevalence ranges between 5,1 and 15,7 depending on the researched literature. There has been an increasing interest, concerning the depressive clinical case history, for the impact of thought distortions (TD) related to this illness. Such distortions, like the suicidal thought, can bring serious and irreversible consequences. Other TDs may have a strong association with the suicidal idea, such as guilt and hopelessness idea. Thus, it will need a better understanding and research as concern its origin and the association with clinical and socio-demographical parameters as well as life quality impact. The present work aimed to identify with which frequency these thoughts take place in depressed individuals. In this study, as a sample, seventy-five patients, between 18 and 65 years old, from both genders, were interviewed. All of them were assisted by public system and they were dwellers of João Pessoa. The MDD diagnosis was accomplished in accordance with the criteria for the DSM-IV depressive episode, using the SCID-I. The distortions were identified by means of the Beck Depression Inventory (BDI) and as relates to life quality the WHOQOL-Bref was used. The TDs most frequently found were: Hopelessness (69,3%), hypochondria (62,7%), failure ideas (61,3%) and death desire (60%). There was a statistically meaningful association between bad life quality observed in the WHOQOL-Bref psychological domain and the presence of the TDs. Despite the study limitations as regards the sample size, we conclude that the presence of such thought distortions in depression was meaningfully high, deserving, thus, further investigation by the psychiatrists and that such thoughts patterns may harm life quality of the depressed individuals.

Keywords

Depression, Thought distortions, Dysfunctional thoughts, Life quality.

SUMÁRIO

Lista de abreviaturas.....	x
Lista de tabelas	xi
Lista de quadros.....	xii
Lista de Figuras	xii
1. INTRODUÇÃO:.....	13
2. REVISÃO DA LITERATURA	15
2.1 Avaliação psicopatológica do pensamento	15
2.2 O modelo Cognitivo da depressão	16
2.2.1 Tríade Cognitiva	17
2.2.2 Distorções Cognitivas.....	17
2.3 Delimitação do conceito	19
2.4 Distorções do pensamento e depressão	19
2.5 Catatimia	23
3. OBJETIVOS:.....	25
3.1 Geral	25
3.1.1 Determinar a frequência e tipos de distorções do pensamento em pacientes deprimidos sem sintomas psicóticos.	25
3.2 Específico	25
3.2.1 Relacionar essas distorções com características clínicas e sócio-demográficas dos pacientes	25
3.2.2 Avaliar o impacto da presença das distorções do pensamento na qualidade de vida dos pacientes.....	25
4. METODOLOGIA.....	25

4.1 Tipo de estudo	25
4.2 População do estudo	25
4.3 Local e período de desenvolvimento da pesquisa	25
4.4 Critérios de inclusão:	26
4.5 Critérios de exclusão	27
4.6 Instrumentos utilizados.....	27
4.6.1. Questionário sócio-demográfico.....	27
4.6.2. Questionário de características clínicas	27
4.6.3. Entrevista Clínica Estruturada para DSM-IV para episódio depressivo	27
4.6.4. Inventário de Beck para depressão	27
4.6.5. Escala de qualidade de vida (WHOQOL-Bref)	28
4.7 Procedimentos.....	29
4.8 Aspectos éticos.....	29
4.9 Método estatístico	30
4.9.1 Variáveis.....	30
4.9.2 Cálculo da amostragem	30
4.9.3 Análise estatística	30
5. RESULTADOS	32
5.1 Caracterização da amostragem.....	32
5.2 Análise da WHOQOL-Bref	34
5.2.1 Consistência interna.....	34
5.2.2 Validade discriminante	35
5.2.3 Validade de critério	36
5.2.4 Validade concorrente.....	37
5.3 Frequência e tipos de DP nos pacientes da amostra.....	38
5.4 Associações encontradas entre DP e dados Sócio – Demográficos e Clínicos	40
5.5 Impacto das DP na qualidade de vida	54
6. DISCUSSÃO	59
7. CONCLUSÃO.....	62
8. REFERÊNCIAS	63
9. APÊNDICES	69
10. ANEXOS	72

Lista de Abreviaturas

ACP	Alterações do Conteúdo do Pensamento
CAIS	Centro de Assistência Integrada à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CPJM	Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira
DC	Distorções cognitivas
DP	Distorções do pensamento
DSM-IV	Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais
DSM-IV-TR	Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais, quarta edição revisada.
HAM-D-17	Escala para avaliação de depressão de Hamilton
IBD	Inventário de Beck para depressão
MADRS	Escala de Avaliação para Depressão de Montgomery e Asberg
PD	Pensamentos Disfuncionais
PDe	Pensamentos delirantes
SCID-I	Entrevista Clínica Estruturada para DSM-IV
SPSS	Pacote Estatístico para as Ciências Sociais
TCC	Terapia Cognitivo - comportamental
TDM	Transtorno Depressivo Maior
WHOQOL-Bref	Escala Abreviada de Qualidade de Vida da OMS

Lista de Tabelas

Tabela 1. Domínios e facetas do WHOQOL - Bref.....	28
Tabela 2. Perfil sócio-demográfico dos pacientes deprimidos pesquisados.....	Erro! Indicador não definido.
Tabela 3. Características clínicas dos pacientes deprimidos pesquisados.	Erro! Indicador não definido.
Tabela 4. Análise de Variância do domínio em relação a eutimia x não-eutimia.	Erro! Indicador não definido.
Tabela 5. Regressão linear múltipla entre os diferentes domínios em relação à qualidade de vida geral – item Q1.	Erro! Indicador não definido.
Tabela 6. Coeficientes de correlação entre os diferentes domínios na amostra total.	Erro! Indicador não definido.
Tabela 7. Coeficiente de correlação entre os escores dos domínios e o escore total do Inventário de Beck para Depressão (IBD).....	Erro! Indicador não definido.
Tabela 8. Frequência das DP segundo situação da depressão (IBD)	Erro! Indicador não definido.
Tabela 9. Avaliação da DP1: <i>Desesperança</i> segundo as variáveis sócio-demográficas e características clínicas dos pacientes deprimidos com IBD > 10.....	40
Tabela 10. Avaliação da DP7: <i>Hipocondria</i> segundo as variáveis sócio-demográficas e características clínicas dos pacientes deprimidos com IBD > 10.....	Erro! Indicador não definido.

Tabela 11. Avaliação da DP2: *Idéias de fracasso* segundo as variáveis sócio-demográficas e características clínicas dos pacientes deprimidos com IBD > 10..... **Erro! Indicador n definido.**

Tabela 12. Avaliação da DP9: *Desejo de morte* segundo as variáveis sócio-demográficas dos pacientes deprimidos com IBD >10 **Erro! Indicador não definido.**

Tabela 13. Avaliação da DP4: *Pensamentos de autocompaixão* segundo as variáveis sócio-demográficas dos pacientes deprimidos com IBD >10 **Erro! Indicador não definido.**

Tabela 14. Avaliação da DP5: *Pensamentos de autodepreciação* segundo as variáveis sócio-demográficas dos pacientes deprimidos com IBD >10 **Erro! Indicador não definido.**

Tabela 15. Avaliação da DP8: *Pensamento de morte* segundo as variáveis sócio-demográficas dos pacientes deprimidos com IBD >10.....49

Tabela 16. Avaliação da DP6: *Idéias suicidas* segundo as variáveis sócio-demográficas dos pacientes deprimidos com IBD >10 **Erro! Indicador não definido.**

Tabela 17. Avaliação da DP3: *Idéias de culpa* segundo as variáveis sócio-demográficas dos pacientes deprimidos com IBD >10 **Erro! Indicador não definido.**

Tabela 18. Avaliação do impacto da presença das DP na qualidade de vida (domínio físico) do paciente deprimido sem sintomas psicóticos, com IBD > 10.... **Erro! Indicador não definido.**

Tabela 19. Avaliação do impacto da presença das DP na qualidade de vida (domínio psicológico) do paciente deprimido sem sintomas psicóticos, com IBD > 10. **Erro! Indicador não definido.**

Tabela 20. Avaliação do impacto da presença das DP na qualidade de vida (domínio relações sociais) do paciente deprimido sem sintomas psicóticos, com IBD > 10. **Erro! Indicador não definido.**

Tabela 21. Avaliação do impacto da presença das DP na qualidade de vida (domínio meio ambiente) do paciente deprimido sem sintomas psicóticos, com IBD > 10..... **Erro! Indicador não definido.**

Lista de quadros

Quadro1.....	35
--------------	----

Lista de Figuras

Figura1.....	38
--------------	----

1. INTRODUÇÃO

O Transtorno Depressivo Maior (TDM) é uma doença grave, descrita desde a Antiguidade e que acomete o indivíduo geralmente no auge da vida produtiva, cursando com prejuízos sociais e financeiros, além de promover aumento da morbi-mortalidade e danos físicos. Apresenta alta prevalência ao longo da vida, variando de 5,1 a 15,7%, com as mulheres sendo duas vezes mais acometidas quando comparadas com os homens (MARI et al. 2006). Apesar dos avanços no que concernem a psicofarmacologia e psicoterapia, a depressão permanece sendo uma doença de caráter crônico e recorrente em 75% dos casos (KELLER, 1998) exigindo, na maioria dos casos, tratamento ao longo de toda vida. Além disso, o impacto da depressão na vida desses pacientes pode ser devastador, o que é evidente ao se analisar o estudo sobre impacto global das doenças realizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1996. Este menciona a depressão como quarta maior causa de incapacitação no mundo, com projeção para ser considerada a maior causa de afastamento funcional em 2020 (MURRAY et. al., 1996).

Os sintomas depressivos podem ser divididos (THOMPSON et. al., 1989) em sete tipos, como segue abaixo:

- 1. Humor** – inclui tristeza, perda de interesse e/ou prazer, crises de choro, variação diurna do humor (esta última, às vezes, classificada na categoria de sintomas vegetativos). Essa categoria de sintomas é essencial para o diagnóstico de depressão.
- 2. Vegetativos ou somáticos** – inclui alterações no sono (insônia ou hipersonia), no apetite e no peso; há perda de libido, obstipação e fadiga.
- 3. Motores** – inclui inibição ou retardo, agitação (mais em idosos), inquietação.
- 4. Sociais** – inclui isolamento, incapacitação para o desempenho das tarefas cotidianas.
- 5. Cognitivos** – inclui desesperança, desamparo, idéias de culpa (que podem chegar a delírios de culpa em depressões psicóticas) e de suicídio, indecisão, perda de insight, isto é, do reconhecimento de que está doente.
- 6. Ansiedade** – inclui ansiedade psíquica, somática e fóbica (esta última em poucas escalas).

7. Irritabilidade – inclui hostilidade, auto- e heterodirigida. A auto-agressão associa-se com o risco de suicídio. Outros autores consideram a irritabilidade na categoria de alteração do humor.

Esta divisão mostra relação com os principais grupos de sintomas encontrados nas escalas utilizadas com o fim de detectar os estados depressivos. Dentre estes, os sintomas cognitivos têm ganhado interesse gradativo dos pesquisadores nos últimos anos, especialmente por estarem presentes mesmo estando os indivíduos eutímicos (TRICHARD, 1995) e por terem relação muito próxima com a evolução clínica da doença e seu prognóstico. Podem ainda serem estratificados em concernentes ao rendimento (memória, atenção, funções executivas, etc.) e concernentes ao julgamento. Estes, do ponto de vista psicopatológico, são alterações do conteúdo do pensamento (ACP).

A estreita relação entre estes pensamentos e a depressão fica evidente ao se analisar o impacto destes nos principais instrumentos utilizados para avaliar a intensidade do TDM. Na *Escala de Avaliação para Depressão de Hamilton (HAM-D-17)*, estas respondem por 28% dos sintomas avaliados. Já na *Escala de Avaliação pra Depressão de Montgomery e Asberg (MADRS)*, 20% dos sintomas presentes na avaliação dizem respeito às ACP.

Merecem destaque ainda, dentre os instrumentos utilizados, o Inventário de Beck para depressão (IBD) que, pelo fundamento teórico que o embasa, apresenta 38% dos seus sintomas relacionados às ACP. (CALIL et al., 1998).

Em Psiquiatria, diferentemente de outras especialidades médicas que contam em sua maioria com uma série de exames complementares para elucidação clínica, o diagnóstico continua sendo realizado quase que exclusivamente através da observação e identificação das alterações psicopatológicas características de cada enfermidade. Saber com qual frequência ocorrem essas alterações, além de obter informações sobre qual o tipo de ACP é mais prevalente, torna a busca por esses padrões importante do ponto de vista científico. Apesar de esses sintomas serem comuns entre os pacientes deprimidos, desconhecemos estudos que tenham considerado e mensurado essas variáveis, bem como que tenham tentado delimitar conceitualmente esses padrões de pensamento na depressão.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Avaliação psicopatológica do pensamento

Antes de se descrever especificamente as alterações do pensamento na depressão, a influência da cognição no pensar e tentar delimitar o conceito acerca destas alterações do pensamento, faz-se mister uma explanação sobre o que seria o pensamento normal. Segundo Velloso (VELLOSO, 2001), define-se o pensamento como o “trabalho mental que emprega os materiais coletados pela atenção, percepção, memória e consciência, organizando-os por meio das associações e da imaginação, influenciado pela inteligência e pela afetividade, visando, sempre, a ajustar-se à realidade”. Nobre de Melo (MELO, 1979) define o processo do pensar como o estabelecimento de integrações significativas dirigida a objetos e estados de fatos e que é o pensar que produz o conteúdo do pensamento.

Ainda segundo o Velloso (VELLOSO, 2001), o pensamento pode ser avaliado segundo os elementos constitutivos do pensamento (idéia, o juízo e o raciocínio) e as dimensões do processo do pensar (curso, forma e conteúdo). As idéias ou conceitos são a representação intelectual dos objetos, e seu processo compreende: *percepção*, os sentidos percebem um objeto particular; *abstração*, separam-se os atributos do objeto; *comparação*, comparam-se os atributos do objeto percebido com os de outro objeto; *generalização*, dos atributos comuns, forma-se uma representação nova, constituindo-se um novo conceito.

O pensamento do homem civilizado e considerado normal é o pensamento lógico, regido por três princípios fundamentais:

- 1) princípios da identidade (se A é A, B é B, então A não é B);
- 2) princípio da causalidade (não há efeito sem causa; se A é causa de B, então A não pode ser ao mesmo tempo efeito de B; as mesmas causas produzem sempre os mesmos efeitos; eliminadas as causas, eliminam-se os efeitos; nem tudo que vem *depois de* é *causa de*);
- 3) princípio da relação da parte ao todo (se A é parte de B, B não pode ser parte de A).

Os juízos surgem das relações entre idéias ou conceitos, permitindo-nos afirmar ou negar algo e com os quais podemos avaliar se alguma coisa é verdadeira ou falsa. Já o raciocínio, é o encadeamento de juízos, uns aos outros, de maneira tal que o último elo da

cadeia se imponha como conclusão necessária dos anteriores (MELO, 1979). No que diz respeito à análise o processo do pensar, pode-se distinguir o curso, a forma e o conteúdo. O curso do pensamento é o modo como o pensamento flui, bem como sua velocidade e ritmo ao longo do tempo. A forma é a estrutura básica do pensamento, preenchida pelos mais diversos interesses do indivíduo. E o conteúdo, é o que dá substância ao pensamento, o assunto em si, os seus temas predominantes (DALGALLARONDO, 2008).

2.2 O modelo Cognitivo da depressão

O modelo cognitivo da depressão surgiu inicialmente na década de 60, quando Albert Ellis e Aaron Beck chegaram à conclusão de que a depressão resulta de hábitos de pensamentos fortemente arraigados e enraizados, surgindo assim as primeiras descrições sobre os conceitos fundamentais da terapia cognitivo-comportamental (TCC) (POWELL et al., 2008).

A abordagem cognitiva da depressão atribui grande importância às cognições no aparecimento e manutenção de condutas disfuncionais. Este levanta a hipótese de que as emoções e comportamentos das pessoas são influenciados por sua percepção dos eventos, ou seja, o que determinaria o que as pessoas sentem não seria uma situação por si só, mas o modo como elas interpretam esta situação. Humor e comportamentos negativos seriam usualmente resultados de pensamentos e crenças distorcidas, e não de forças inconscientes, como sugerido pela teoria freudiana (BECK, 1963, BECK, 1967). Tal preceito se baseia nas origens filosóficas da terapia cognitiva, como em Epíteto, quando este afirma: “Os homens são perturbados não pelas coisas, mas pelas opiniões que extraem delas”. Sendo assim, o modelo cognitivo de Beck para a depressão pressupõe dois elementos básicos: a tríade cognitiva e os erros cognitivos, também chamados de distorções cognitivas.

2.2.1 Tríade Cognitiva

A tríade cognitiva consiste em três padrões cognitivos maiores que induzem o indivíduo a considerar a si mesmo, seu futuro e suas experiências de uma forma idiossincrática (BECK, 1970). O primeiro componente da tríade está relacionado à visão negativa que o paciente tem de si mesmo. Ele tende a se ver como inadequado ou mesmo doente, atribuindo suas experiências infrutíferas ou desagradáveis a um defeito psicológico ou

moral em si mesmo. Na visão do paciente, seus supostos defeitos o tornam uma pessoa indesejável e sem valor, passando a subestimar-se ou criticar-se por causa deles.

O segundo componente da tríade cognitiva é caracterizado pela tendência do paciente deprimido a interpretar suas experiências atuais de uma forma negativa (visão deformante do mundo). Há uma tendência a se enxergar o mundo como algo que apresenta obstáculos insuperáveis, o impedindo de alcançar seus objetivos (BECK, 1997). Há uma interpretação errônea no que concernem suas interações com o ambiente. Estas passam a serem consideradas como derrota ou privação, o que fica evidente quando se observa que o paciente interpreta negativamente algumas situações, mesmo diante da disponibilidade de interpretações mais plausíveis e positivas.

O terceiro componente da tríade consiste em uma visão negativa do futuro, o que se torna claro quando o indivíduo deprimido faz projeções em longo prazo. Ele tende a antecipar que seu sofrimento atual permanecerá indefinidamente, com uma tendência sempre ao fracasso, frustração e sentimentos relacionados à privação (SAVOIA, 2004).

2.2.2 Distorções Cognitivas

As distorções cognitivas (DC) representam as disfunções que acontecem no processamento das informações, no sentido de adaptar a realidade aos esquemas negativistas. São erros sistemáticos que reforçam a crença do paciente em seus conceitos depressivos. Estes tendem a estruturar suas experiências de forma absolutista e inflexível, o que resulta em erros de interpretação quanto ao desempenho pessoal e ao julgamento das situações externas (SCHER et. al., 2006). Esses pensamentos ocorrem automaticamente, parecendo óbvios e naturais ao paciente. As distorções ocorrem de regras e pressupostos, que são padrões estáveis adquiridos ao longo da vida do indivíduo com depressão. Essas regras e crenças são sensíveis à ativação de fontes primárias como o estresse e frequentemente levam a estratégias interpessoais ineficazes (RUPKE et. al., 2006). Segundo Del Porto (DEL PORTO, 1999), as distorções cognitivas, juntamente com os pensamentos de morte e o desejo de morte, seriam os principais substratos envolvidos com o surgimento da idéia suicida, o que faz o autor ratificar a importância de se pesquisar tais padrões de pensamento.

Algumas delas são alterações relacionadas ao pensamento, porém, poderemos observar que se trata de conteúdo psicopatologicamente diferente das ACP no TDM. Judith Beck (BECK et al., 1997) enumera 12 DC presentes na depressão, como se segue:

- Pensamento do tipo tudo-ou-nada: O indivíduo vê a situação em apenas duas categorias em vez de um contínuo
- Catastrofizando: O indivíduo prevê o futuro negativamente sem considerar outros resultados prováveis
- Desqualificando ou desconsiderando o positivo: O indivíduo diz para si mesmo que experiências, atos ou qualidades positivas não contam
- Argumentação emocional: O indivíduo pensa que algo deve ser verdade porque ele acredita isso de maneira tão convincente que acaba por ignorar ou desconsiderar evidências contrárias
- Rotulando: Ato de colocar rótulo global e fixo sobre si mesmo ou sobre os outros sem considerar que as evidências poderiam ser mais razoavelmente conduzidas a uma conclusão menos desastrosa
- Magnificação/minimização: Ao avaliar os outros, a si mesmo ou alguma situação, o indivíduo magnifica irracionalmente o negativo e/ou minimiza o positivo
- Filtro mental: O indivíduo foca a atenção de forma indevida a um detalhe negativo em vez de considerar o quadro geral
- Leitura mental: O indivíduo acha que sabe o que os outros estão pensando, falhando assim ao considerar outras possibilidades mais prováveis.
- Supergeneralização: Aqui se tira uma conclusão negativa radical que vai muito além da situação atual
- Personalização: O indivíduo acredita que os outros estão se comportando negativamente devido a ele, sem considerar explicações mais plausíveis para o citado comportamento
- Declarações do tipo “eu deveria” e “eu devo”: O indivíduo tem idéia exata estabelecida de como ele e os outros deveriam comportar-se e ele superestima quão ruim é que essas expectativas não sejam preenchidas.
- Visão em Túnel: O indivíduo vê apenas os aspectos negativos de uma situação

Como se pôde observar, as DC fazem inferências sobre o modo de pensar, de avaliar comportamentos, de “prever” situações, sempre com um viés negativo por parte do indivíduo, mas, de fato, não parecem definir de forma enxuta as alterações no modo de pensar do indivíduo acometido de depressão.

2.3 Delimitação do conceito

Observa-se que há diferentes denominações para se descrever a maneira patológica de pensar do depressivo. Como já mencionado, a descrição psicopatológica poderia ser de

alterações do conteúdo do pensamento. Contudo, continuamos apenas com uma descrição da alteração em si, sem conceituação mais circunscrita dessa maneira patológica de pensar. Expressões como “pensamentos catatímicos”, “pensamentos disfuncionais”, “erros de julgamento”, “distorções cognitivas”, “pensamento deliróide” “distorções do julgamento”, entre outras possíveis, poderiam ser utilizados para designar o objeto de nosso interesse neste estudo. Adotamos então, o termo distorções do pensamento (DP) como a mais próxima denominação para as alterações não delirantes da interpretação e atribuição de significados às vivências e aos fenômenos da existência.

2.4 Distorções do pensamento e depressão

Os principais sistemas de classificação diagnóstica, CID -10 (OMS, 1993) e DSM-IV, também citam algumas DP dentre os sintomas necessários durante a elaboração diagnóstica na depressão. A CID - 10 considera necessário para se ter um episódio depressivo, além dos sintomas principais como anedonia, humor deprimido e fadiga, e duração maior do que duas semanas, as DP idéias de culpa e inutilidade, auto-estima e autoconfiança reduzidas (pensamentos de autocompaixão), pessimismo do futuro (desesperança) e idéias suicidas. Ou seja, são quatro dentre os sete sintomas citados como pertencentes ao quadro depressivo (além dos três já mencionados), mostrando a importância desses sintomas no quadro clínico depressivo. Já o DSM- IV exige para se ter o diagnóstico de episódio depressivo maior a presença, além de ou anedonia ou humor deprimido, mais quatro sintomas de uma série de nove, destes, três são DP: idéias de culpa, pensamentos de morte e pensamentos suicidas. Pode-se então observar que apenas as DP idéias de culpa e a ideação suicida são citadas pelos dois sistemas diagnósticos.

Há relatos de que as DP estão presentes em 67% dos pacientes deprimidos (KAPLAN e SADOCK, 1994). Estas apresentam os seguintes subtipos: pensamentos disfuncionais (PD) e pensamentos delirantes (PDe), característicos da depressão com sintomas psicóticos (SOUGEY e PETRIBU, 2002).

As DP no paciente depressivo com ideação delirante podem ser:

- Idéias niilistas: Referem-se à ausência de sentido, ao absurdo e à inutilidade da vida (do próprio paciente ou de uma maneira geral)

- Idéias de Punição: Dizem respeito à crença de que está sendo ou será punido ou condenado por atos cometidos. Estão quase sempre associadas às idéias de culpa
- Idéias de catástrofe: Idéias de que um acontecimento desastroso para ele, pessoas próximas ou para todos em geral está prestes a acontecer
- Idéias de ruína: Preocupação excessiva com a própria situação financeira; convicção de que não terá mais dinheiro suficiente e que cairá em completa ruína
- Idéias de transformação corporal: Convicção de não ter mais exatamente o mesmo corpo, de estranheza da sua imagem. Preocupações excessivas sobre o funcionamento dos órgãos, idéias de que existem falência e deterioração do organismo, ausência de órgãos ou mesmo ou mesmo de não estar vivo.
- Idéias de incurabilidade: Pessimismo em relação ao prognóstico do estado em que se encontra e à falência do tratamento

Importante ainda a distinção entre idéia delirante primária e idéia delirante secundária (idéia deliróide). Esta está relacionada às interpretações anômalas da realidade, surgidas secundariamente a uma disfunção de outra atividade do campo psíquico, com ocorrem algumas vezes nas depressões, por exemplo. (JASPERS, 1987).

Bleuler (BLEULER, 1985) descreveu entre as idéias delirantes o delírio depressivo. Este contemplaria basicamente os temas de ruína, subdivididos em ruína somática (delírios hipocondríacos: a pessoa acredita, por exemplo, estar com o fígado "apodrecido", ou com determinados órgãos "tomados pelo câncer"); ruína espiritual (delírios de culpa, com acusações por faltas ou pecados cometidos); e ruína econômica (delírios que envolvem temas de pobreza e miséria). O tema da idéia delirante faz-se em convergência com as características da personalidade do paciente. Por outro lado, podem ocorrer temas delirantes, aparentemente sem relação com o humor depressivo (DEL PORTO, 1999).

Eugen Bleuler (BLEULER, 1985) sugere ainda o uso do termo *idéias delirantes epitímicas* para se referir às idéias delirantes que decorrem de estados mórbidos relacionados ao humor. Porém neste caso há uma expansão do conceito, pois além da influência do humor deprimido, está se falando também das influências do humor elevado dos pacientes em mania no surgimento das idéias delirantes.

Ainda segundo Sougey e Petribu (SOUGEY e PETRIBU, 2002) os PD enquanto DP, objeto deste estudo, podem ser:

- Pensamentos de autodepreciação: Avaliação negativa de si mesmo, de incompetência, incapacidade, sente-se incapaz e não merecedor de elogios
- Desesperança (pessimismo): Visão pessimista da situação atual e futura tanto sobre o plano pessoal quanto em relação aos outros
- Idéias de Fracasso: O indivíduo acredita que fracassou ao longo da vida, e associa sua atual condição a esta crença.
- Idéias de culpa: Auto-acusação, remorso excessivamente concernente a erros, omissões. Sente-se responsável pelo que de errado acontece em seu ambiente
- Autocompaixão: O indivíduo passa a queixar-se, lamuriar-se e apiedar-se de si próprio
- Idéias suicidas: Aparece como uma saída para o indivíduo para o sofrimento. Pode se acompanhar de rumações de como executá-la.
- Hipocondria: Interpretação irreal de sinais e sensações físicas como anormais. Torna-se muito atento ao funcionamento do organismo e qualquer mal estar é interpretado como ameaçador.
- Pensamento de morte: A morte torna-se um tema recorrente no pensar do indivíduo, seja a morte do próprio indivíduo, mas sem ação por parte deste, seja a morte de pessoas próximas ou mesmo que já morreram.
- Desejo de morte: O indivíduo deseja a morte, mas diferentemente da idéia suicida, ele não é o agente. Esta poderia vir naturalmente ou em algum acidente e é vista como alívio. É comum ser externada com a frase “gostaria de sumir, desaparecer”.

Tal divisão não é totalmente consensual na literatura, visto que Nobre de Melo (MELO, 1979) considera, dentro do quadro depressivo, a idéia de culpa enquanto uma condição delirante (idéia deliróide), juntamente com idéias deliróides de ruína. Refere ainda que esses pensamentos são quase sempre acompanhados de tendências suicidas. A idéia de culpa ganha cunho importante também para Tellenbach (TELLENBACH, 1979), que a impõe como condição fundamental dos quadros de *melancolia*, chegando a usar o termo psicose melancólica para descrever os quadros clínicos em que há marcante presença das idéias de culpa.

A depressão é a condição médica mais associada ao suicídio, sendo a sétima causa de todas as mortes ocorridas nos EUA (STHALL et al., 2002). No Brasil, quando comparado com países europeus e EUA, encontra-se menor taxa de suicídio, na ordem de 3.0 a 4.0 mortes/100.000 habitantes (MELLO-SANTOS et. al., 2005). Apesar disto, o Brasil apresenta ainda uma das dez maiores taxas de mortes por suicídio, estimado em 6.000 mortes/ano

(WHO, 1999). Estima-se que o risco de suicídio em pacientes deprimidos seja 3,5 a 4,5 maiores que em outras doenças Psiquiátricas e 22 a 36 vezes maior que a população em geral (FAWCETT et al, 1987). Além disso, revisão sistemática mostrou que 15% dos pacientes com TDM cometem suicídio (WULSIN et al., 1999).

Outro estudo brasileiro (BOTEGA et. al., 2005) avaliou variáveis associadas ao surgimento da ideação suicida, bem como a prevalência desta DP, do plano suicida e da tentativa de suicídio. Constatou-se que a prevalência da ideação suicida ao longo de vida foi de 17,1% e em um ano de 5,3%. Em relação ao plano suicida, as prevalências ao longo da vida e em um ano foram, respectivamente, de 4,8% e 2,8%. Já a tentativa de suicídio apresentou taxa de 1,9% ao longo da vida e 0,4% nos últimos doze meses.

Há relação direta de algumas DP com a mortalidade por suicídio. Em estudo realizado com uma amostra de 338 pacientes, Vam Gastel constatou que desesperança, baixa auto-estima e idéias de culpa têm forte valor preditivo para o surgimento da ideação suicida (VAM GASTEL et al., 1997). Vilhjalmsson (VILHJALMSSON et al., 1998) também corrobora no que concernem a desesperança (pessimismo) e a baixo auto-estima serem fatores de risco para a ideação suicida, além de fatores como uso de álcool, eventos estressantes de vida, baixo apoio social e dores freqüentes. Beck afirma ainda que a desesperança faz a ligação entre a depressão e a intenção suicida, sendo uma indicação mais forte dessa intenção do que a própria depressão (BECK et al., 1974).

Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica (SOARES et al., 1998) identificou em adultos de 24 a 49 anos que dentre os nove sintomas depressivos mais prevalentes nesta população, em três grandes centros urbanos brasileiros (São Paulo, Porto Alegre e Brasília), dois são PD: as idéias suicidas e hipocondria, esta última, presente em 10 a 15% dos pacientes.

A relevância de algumas DP na depressão fica também evidenciada em trabalho recente conduzido na Suíça (ANGST et al., 2009). Foram avaliados a associação entre variáveis clínicas (sintomas e condições comórbidas) e sócio-demográficas em indivíduos acometidos de depressão recorrente e em voluntários acometidos apenas com o primeiro episódio depressivo. Dentre os resultados do estudo, observa-se freqüência consideravelmente maior das seguintes DP: pensamentos de autodepreciação, desesperança e pensamentos de morte no grupo de pacientes com depressão recorrente, mostrando uma tendência entre a presença desses sintomas e quadros depressivos recorrentes, sendo estes geralmente mais graves.

2.5 Catatimia

Catatimia vem do grego, *Kata* que leva abaixo e *Thymas*, alma. Ou seja, que leva a alma abaixo. É um termo introduzido na psiquiatria por Hans W. Maier, definido como a maneira com que a afetividade influencia a percepção de realidade, do pensamento (apud. ALVIM et. al., 1971). Já sobre o pensamento catatímico, se pode encontrar a seguinte definição “pensamento que foi influenciado pelo estado afetivo” (apud. GARCIA, 1936). Outra definição de catatimia seria “a influência que a nossa tendência afetiva exerce sobre nossas percepções” (apud. GOMES et al., 1978). Bleuler foi um dos primeiros teóricos a versar sobre a catatimia e a denominou como “importante influência que a vida afetiva, o estado de humor, as emoções, sentimentos e paixões exercem sobre as demais funções psíquicas. A atenção é captada, dirigida, desviada ou concentrada em função do valor afetivo de determinado estímulo; a memória é altamente detalhada ou muito pobre, dependendo do significado afetivo dos fatos ocorridos”. (DALGALLARONDO, 2008).

Mendes-Sá Jr. (SÁ JR, 2001), outro importante psicopatólogo brasileiro, define a catatimia como pertencente aos fenômenos afetivos, sendo uma alteração paroxística do humor, servindo para designar a influência da afetividade, sobretudo às emoções e sentimentos desagradáveis, sobre percepção, atenção, julgamento e conduta. Num sentido mais amplo, diz-se que uma conduta é catatímica quando ela é determinada ou marcadamente influenciada por um fenômeno afetivo (agradável ou desagradável). Ainda segundo este autor, a DP desesperança pode também receber a denominação de *disempidia*, proposta como categoria psicopatológica da afetividade pelo professor espanhol Enrique Rojas, que considerava esta uma característica clínica bastante comum dos estados depressivos.

Sendo assim, se verifica que as DP na depressão são maneiras patológicas de pensar influenciadas pelo humor e pela afetividade, que nos quadros depressivos, estão alterados. Deste modo, cremos que outra denominação que contemplaria a expressão psicopatológica desses pensamentos seria conseguida ao chamá-los de pensamentos catatímicos. No entanto, exceto o uso nas referências até aqui citadas, desconhecemos o uso na literatura do termo “pensamentos catatímicos” como relacionados à maneira de pensar do deprimido.

Muitos estudos sugerem que algumas desses pensamentos persistem não apenas durante o episódio depressivo, mas também entre os episódios (BAZNER et al., 2006). Então, apesar da remissão no quadro clínico, o paciente pode ter prejuízos funcionais e/ou ocupacionais dependendo do tipo e frequência das DP remanescentes.

No que concernem alterações na circuitaria cerebral e DP, desconhecemos estudos que tenham tentado associar especificamente estes padrões de pensamentos com achados de neuroimagem cerebral. Na visita à literatura, identificamos um estudo em que se tentou associar um fascículo cerebral específico com os itens do IBD (PUJOL et al., 2000). No estudo em questão, houve associação significativa entre lesão no fascículo arqueado esquerdo (que faz conexões com o lobo frontal e o córtex posterior, se situando na substância branca supra-insular) e o surgimento de sintomas específicos como tristeza, desesperança, insatisfação e ideação suicida. Portanto, de acordo com o estudo em questão, a circuitaria cerebral envolvendo o fascículo arqueado esquerdo pode estar envolvida com o surgimento de dois pensamentos catatímicos, a desesperança e a ideação suicida.

3. OBJETIVOS:

3.1 Geral

3.1.1. Relacionar as distorções do pensamento com características clínicas e sócio-demográficas dos pacientes deprimidos participantes da pesquisa.

3.2 Específico

3.2.1 Determinar a frequência e tipos de distorções do pensamento dos pacientes deprimidos sem sintomas psicóticos.

3.2.2 Avaliar o impacto da presença das distorções do pensamento na qualidade de vida dos pacientes.

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

O estudo quantitativo descritivo de corte transversal. Estudo de prevalência e estudo de comparação de proporções.

4.2 População do estudo

Foi considerada uma amostra aleatória ou casual simples de $n = 75$ pacientes atendidos regularmente no CPJM, CAPS Gutemberg Coelho e CAIS de Cruz das Armas, todos em João Pessoa-PB, com diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior – TDM, pelo Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais, 4ª. edição revisada (DSM-IV-TR)

4.3 Local e período de desenvolvimento da pesquisa

Os indivíduos foram entrevistados durante as respectivas consultas médicas regulares realizadas nos seguintes serviços: Ambulatório do Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira,

Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Gutemberg Botelho e Centro de Assistência Integrada à Saúde (CAIS) do bairro de Cruz das Armas. Todos fazem parte do serviço público e atendem indivíduos residentes em João Pessoa. Foram escolhidos por serem os lugares onde o pesquisador trabalha e onde há atendimento a pacientes deprimidos. A coleta de dados ocorreu no período de Fevereiro/2008 a outubro do mesmo ano.

4.4 Critérios de inclusão:

- (1) Ser acometido de TDM, episódio atual ou passado.
- (2) Que aceitassem voluntariamente assinar o termo de consentimento livre e esclarecido
- (3) Que fossem procedentes da região metropolitana de João Pessoa

Indivíduos não alfabetizados foram ajudados pelo entrevistador na leitura fiel e estrita das escalas

4.5 Critérios de exclusão

- (1) Indivíduos com doenças orgânico-cerebrais
- (2) Indivíduos que durante a entrevista estejam em episódio depressivo com sintomas psicóticos, visto que a psicose pode prejudicar o discernimento do paciente na hora de escolher ser voluntário para a pesquisa
- (3) Indivíduos que não queiram participar dos estudos ou que desistam de participar, mesmo após o consentimento
- (4) Indivíduos que durante o tratamento cursem com episódio de mania/hipomania

4.6 Instrumentos utilizados

4.6.1. Questionário sócio-demográfico

Trata-se de instrumento para preenchimento pelo entrevistador, elaborado para coletar dados pessoais e demográficos, tais como: idade, naturalidade, ocupação, gênero, estado civil, cor, escolaridade, situação empregatícia.

4.6.2. Questionário de características clínicas

Esse questionário visou identificar aspectos clínicos que em sua maioria podem ser fornecidos pelo paciente com alguma segurança, como idade do primeiro episódio depressivo, número de episódios, número de internamentos em hospitais clínicos ou psiquiátricos decorrente de sintomas da depressão e número de tentativas de suicídio.

4.6.3. Entrevista Clínica Estruturada para DSM-IV para episódio depressivo

A SCID-I (*Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders*) (FIRST et al., 1997) é uma entrevista clínica semi-estruturada baseada nos critérios diagnósticos do DSM-IV, sendo largamente utilizada e considerada padrão-ouro para diagnóstico de transtornos psiquiátricos do eixo-I em pesquisas. No presente estudo, foi utilizada apenas a parte referente à depressão. É um instrumento designado para ser administrado por clínicos ou profissionais de saúde treinados.

A SCID foi traduzida e validada no Brasil, apresentou concordância excelente e estatisticamente significativa além de permitir bons índices de confiabilidade do diagnóstico psiquiátrico (DEL BEN et al., 2001).

4.6.4. Inventário de Beck para depressão

O Inventário de Depressão de Beck ("Beck Depression Inventory"; BECK et al., 1961; BDI) é provavelmente a medida de auto-avaliação de depressão mais amplamente usada tanto em pesquisa como em clínica (DUNN et al., 1993), tendo sido traduzido para vários idiomas e validado em diferentes países. O IBD não tem a função de diagnosticar a depressão, mas sim de avaliar a intensidade do episódio depressivo. É validada em português e apresenta alta

consistência interna. Das nove ACP pesquisadas, sete são captadas no próprio inventário. (GORENSTEIN et. al., 1998).

4.6.5. Escala de qualidade de vida (WHOQOL-Bref)

A *World Health Organization Quality of Life-Bref Scale (WHOQOL-Bref)* é uma escala auto-aplicativa destinada a avaliar qualidade de vida. É uma versão abreviada composta pelas 26 questões que obtiveram os melhores desempenhos psicométricos extraídas do WHOQOL-100 (WHOQOL group). A versão abreviada é composta por quatro domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio ambiente. É a escala utilizada pela OMS para avaliar qualidade de vida. O referido instrumento foi traduzido e validado no Brasil e apresentou confiabilidade adequada (FLECK et. al., 2000).

Tabela 1. Domínios e facetas do WHOQOL-bref.

Domínio	Questões
Domínio 1: <i>Físico</i>	Q3. Dor e desconforto Q4. Dependência de medicação ou de tratamento Q10. Energia e fadiga Q15. Mobilidade Q16. Sono e repouso Q17. Atividades da vida cotidiana Q18. Capacidade de trabalho
Domínio 2: <i>Psicológico</i>	Q5. Sentimentos positivos Q6. Espiritualidade/religião/crenças pessoais Q7. Pensar, aprender, memória e concentração Q11. Imagem corporal e aparência Q19. Auto-estima Q26. Sentimentos negativos
Domínio 3: <i>Social</i>	Q20. Relações pessoais Q21. Atividade sexual Q22. Suporte (apoio) social
Domínio 4: <i>Meio Ambiente</i>	Q8. Segurança física e proteção Q9. Ambiente físico (poluição/ruído/trânsito/clima) Q12. Recursos financeiros Q13. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades Q14. Oportunidades de recreação/lazer Q23. Ambiente no lar Q24. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade Q25. Transporte

4.7 Procedimentos

Os pacientes inicialmente foram convidados a participar da pesquisa e esclarecidos quanto aos seus objetivos e características, após aceitarem voluntariamente, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecimento. Ratificamos que o consentimento poderia ser retirado em qualquer fase da pesquisa.

Após terem respondido a perguntas relativas aos questionários sócio-demográficos e de características clínicas, os pacientes responderam ao IBD e a WHOOQL – Bref para avaliação da qualidade de vida.

A SCID-I foi utilizada como padrão ouro para confirmação diagnóstica. Após à aplicação do IBD, os pacientes foram separados em dois grupos: IBD>10 (não eutímicos) e IBD<10 (eutímicos). Houve pesquisa da associação das DP e dados sócio-demográficos e clínicos apenas nos voluntários com IBD>10.

O IBD foi utilizado para se verificar a intensidade do episódio depressivo, bem como para se obter 07 das 09 DP pesquisadas, correspondendo aos itens do IBD na seguinte ordem: item 2 (desesperança), 3 (idéias de fracasso) 5 (idéias de culpa), 7 (pensamentos de autocompaixão), 8 (pensamentos de autodepreciação), 9 (idéias suicidas), 20(hipocondria). As DP “desejo de morte” e “pensamentos de morte” foram pesquisadas através de perguntas feitas diretamente aos pacientes, como segue “Na última semana o senhor (a) tem pensado muito na morte, seja na morte de pessoas vivas ou já mortas, ou mesmo na sua própria morte. Esse tem sido um tema recorrente, pensar na morte?” para o pensamento de morte, e “Na última semana, o senhor (a) tem desejado estar morto, desaparecer, mas sem que o senhor (a) cause sua própria morte?” para o desejo de morte.

As entrevistas foram feitas pelo pesquisador em questão, que possui treinamento em todas as escalas utilizadas na pesquisa.

4.8 Aspectos éticos

O Projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da secretaria de saúde do estado da Paraíba, incluindo cópia do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), conforme res. 196/96 do Ministério da Saúde, com anuência do ambulatório de psiquiatria do CAIS- Cruz das Armas, do ambulatório de psiquiatria do CPJM e do CAPS Gutemberg Botelho.

4.9 Método estatístico

4.9.1 Variáveis

Após aplicação da SCID-I, havendo confirmação diagnóstica, os pacientes foram submetidos à aplicação do IBD, com estratificação em dois grupos: IBD>10 (não eutímicos) e IBD<10 (eutímicos). Houve pesquisa da associação das DP e dados sócio-demográficos e clínicos apenas nos voluntários com IBD>10, o mesmo tendo ocorrido na associação entre DP e qualidade de vida. Já na avaliação da frequência e tipos de DP, foi utilizado todo o campo amostral ($n=75$). As DP receberam para efeito das tabelas numeração. Esta seguiu a ordem com que as distorções aparecem no IBD, e nas ausentes no IBD, seguiu a ordem com que a DP foi pesquisada nas perguntas de cunho subjetivo.

4.9.2 Cálculo da amostragem

O cálculo do tamanho n de amostra necessário foi tomado considerando uma prevalência de depressão na população de 5,1%, adotado nível de confiança de 95% e erro máximo amostral admitido $\varepsilon = 0,05$.

4.9.3 Análise estatística

O software Excel - 2003 foi utilizado na construção de um banco de dados para as questões contidas nos instrumentos de coleta dos dados. As informações contidas no banco de dados foram transferidas para o pacote estatístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences) – versão 13.0. As variáveis estudadas foram mensuradas nos níveis das escalas: nominal, ordinal e intervalar. Inicialmente, efetuou-se a codificação das variáveis pertinentes, e procedeu-se a consistência dos dados. A seguir, para o levantamento do perfil sócio-demográfico dos pacientes em relação às variáveis inerentes ao objeto de estudo, procedeu-se à análise estatística através da construção de tabelas de frequências simples, medidas descritivas, cruzamentos de variáveis (tabelas de frequências conjuntas) e gráficos estatísticos pertinentes.

Na seqüência, e de acordo com objetivos específicos propostos, foram utilizadas técnicas da estatística inferencial bivariada e multivariada, com uso do pacote estatístico SPSS-versão 13.0, tendo sido aplicados os seguintes testes estatísticos, ao nível de 5% de significância:

- ♦ Teste de Normalidade (Kolmogorov-Smirnov): teste não-paramétrico para verificação da normalidade da distribuição probabilidade de uma variável quantitativa. Compara a distribuição de freqüência amostral acumulada da variável quantitativa considerada com a função de distribuição acumulada da Normal padronizada.
- ♦ Teste de Levene para comparação de duas variâncias: teste paramétrico para comparação da igualdade de duas variâncias populacionais (homocedasticidade). Usa a estatística F de Snedecor, graus de liberdade, $g.l = (v_1, v_2)$ como estatística de teste.
- ♦ Teste t para comparação de duas amostras independentes: teste paramétrico para comparação das médias de duas amostras independentes. Usa como condições ou premissas a normalidade e a homocedasticidade dos dados. (ou ANOVA paramétrica)
- ♦ Teste de Significância da Correlação Linear de Pearson: teste paramétrico para verificação da significância do coeficiente de correlação linear amostral r de Pearson, e usa estatística de teste com distribuição t-Student com $g.l = n - 1$. A medida de associação linear “ r ” entre duas variáveis quantitativas assume valores entre -1 a +1.
- ♦ Regressão Linear Múltipla apresenta como modelo estimado a equação $Y = a + b_1X_1 + b_2X_2 + \dots + b_kX_k$, onde b 'is são os coeficientes de regressão e a = intercepto (constante).
Coeficiente de determinação (R^2): fornece a porção da variação total da variável dependente Y explicada pela variável independente X no modelo. R^2 é o quadrado do coeficiente de correlação linear múltiplo R e assume valores entre 0 e 1 (ou 0 a 100%).
- ♦ Teste de associação de χ^2 – Teste não-paramétrico para tabela de dupla entrada $l \times c$. Mede a existência ou não de associação entre duas variáveis categóricas, em particular é usado em tabela de contingência 2x2 para variáveis dicotômicas.
- ♦ Teste exato de Fisher – alternativa do teste de associação de χ^2 para tabela de contingência 2x2, quando ocorre casela ou célula com freqüência esperada inferior a 5. Determina o cálculo exato da significância p-valor.

- ♦ *Odds Ratio (OR)* – Razão de chances ou vantagens, também conhecida como a razão dos produtos cruzados numa tabela de contingência 2x2... OR (IC. 95%). Calculada a partir do Teste de associação de qui-quadrado ou da Regressão logística binária.

5. RESULTADOS

5.1 Caracterização da amostragem

Inicialmente 75 indivíduos preencheram critérios de inclusão para participar da pesquisa. A tabela 2 mostra que a idade média da amostra foi de 42,7 anos, com desvio padrão de 12,2 anos. Houve considerável diferença entre os gêneros, com predominância do sexo feminino (82,7% x 17,3%). Houve também predomínio de pacientes casados (45,3%). A tabela 3 evidencia que a idade média em que os pacientes tiveram o primeiro episódio foi aos 36 anos, com desvio padrão de 12,6 anos. Quase metade (49,3%) teve quatro ou mais episódios ao longo da vida. A maioria dos pacientes nunca necessitou de internamento hospitalar decorrente de algum episódio depressivo (82,3%) e 42,7% em algum momento referiram ter tentado se suicidar.

A figura 1 mostra a frequência e distribuição das DP em toda a amostra, com destaque para a desesperança, que foi o pensamento mais prevalente (69,3%). Ao analisarmos apenas os pacientes com depressão clínica ($IBD > 10$), as proporções em geral aumentam consideravelmente, como se pode apreciar na tabela 8.

Tabela 2 – Perfil sócio-demográfico dos pacientes deprimidos pesquisados (n=75)

Variável	Categoria	Pacientes pesquisados	
		<i>Nº. de pacientes (n)</i>	<i>Percentual (%)</i>
<i>Idade (anos)</i>	18 a 25	6	8,0
	26 a 33	13	17,3
	34 a 41	13	17,3
	42 a 49	16	21,3
	50 a 57	19	25,3
	58 a 65	8	10,7
	Idade média = 42,7 anos	Mínimo = 18	
	Desvio padrão = 12,2 anos	Máximo = 65	
<i>Gênero</i>	Feminino	62	82,7
	Masculino	13	17,3
<i>Cor</i>	Parda	48	64,0
	Negra	19	25,3
	Branca	8	10,7
<i>Estado civil</i>	Solteiro (a)	19	25,3
	Casado (a)	34	45,3
	Divorciado (a)	14	18,7
	Viúvo (a)	4	5,3
	União consensual	4	5,3
<i>Grau de Escolaridade</i>	Não alfabetizado	3	4,0
	Fundamental	36	48,0
	Ensino médio	24	32,0
	Superior	12	16,0
<i>Situação Empregatícia</i>	Empregado (a)	36	48,0
	Desempregado (a)	39	52,0
Total		75	100,0

Fonte: Pesquisa do autor, dezembro/ 2008.

Tabela 3 – Características clínicas dos pacientes deprimidos pesquisados (n=75)

Variável	Categoria	Pacientes pesquisados	
		<i>N^o de pacientes (n)</i>	<i>Percentual (%)</i>
<i>Idade do primeiro episódio depressivo</i>	Idade média = 36,0 anos Desvio padrão = 12,6 anos	Mínimo = 14 anos Máximo = 63 anos	Idade mediana = 35
<i>Número de episódios</i>	1	17	22,7
	2 a 3	21	28,0
	4 ou mais	37	49,3
<i>Número de internamentos em hospital psiquiátrico ou clínico</i>	nenhum	62	82,7
	1	7	9,3
	2 a 3	2	2,7
	4 ou mais	4	5,3
<i>Número de tentativas de suicídio</i>	nenhum	43	57,3
	1	12	16,0
	2 a 3	12	16,0
	4 ou mais	8	10,7
Total		75	100,0

Fonte: Pesquisa do autor, dezembro/ 2008.

5.2 Análise da WHOQOL-Bref

5.2.1 Consistência interna

Consistência interna ou medida de fidedignidade - ALFA DE CRONBACH, para as questões do WHOQLO-Bref (26 itens), Domínios (4 itens), Domínio1: Físico (7 itens), Domínio2: Psicológico (6 itens), Domínio3: Social (3 itens) e Domínio4: Meio Ambiente (8 itens).

Quadro 1 – Coeficientes de fidedignidade de Cronbach dos domínios e questões (N=75)

Indicadores	Alfa de Cronbach (α)	Número de casos	Número de itens
Questões do WHOQOL	0,905	75	26
Domínios	0,816	75	4
Domínio1: Físico	0,810	75	7
Domínio2: Psicológico	0,811	75	6
Domínio3: Relações Sociais	0,409	75	3
Domínio4: Meio Ambiente	0,644	75	8

Classificação do coeficiente Alpha de Cronbach: Valores de 0,80 a 1,0 (satisfatório a excelente), de 0,70 a 0,80 (bom) e de 0,60 a 0,70 (aceitável). **Valores abaixo de 0,60 insatisfatório ou insuficiente.**

Os valores obtidos do coeficiente Alpha de Cronbach para as questões do WHOQOL-bref (26 questões) ou para os domínios indicam uma consistência interna satisfatória ou aceitável.

O domínio 3 (Relações Sociais) tomado individualmente apresentou valor insuficiente para a medida do coeficiente Alpha de Cronbach. ($\alpha = 0,409$).

5.2.2 Validade discriminante

Os indivíduos-controles (com IBD < 10) apresentaram escores superiores em cada dos quatro domínios. Todos os domínios 1 (Físico), 2 (Psicológico), 3 (Relações sociais) e 4 (Meio ambiente) discriminaram de forma estatisticamente significativa os pacientes do controle. (Tabela 4)

Tabela 4. Análise de Variância do domínio em relação a eutimia x não-eutimia (n = 75).

Domínio	Média (DP)		Estatística t	Sig p-valor
	IBD < 10	IBD ≥ 10		
1. Físico	15,7 (2,06)	10,6 (2,27)	8,862	0,000*
2. Psicológico	14,5 (1,63)	9,2 (2,44)	9,124	0,000*
3. Social	14,3 (2,70)	11,3 (2,68)	4,167	0,000*
4. Meio ambiente	13,7 (1,99)	11,3 (1,91)	4,624	0,000*

(*) resultado significativo, $p < 0,001$

5.2.3 Validade de critério

Somente os domínios 1 (Físico) e 2 (Psicológico) apresentaram coeficientes de regressão significativos no modelo linear que explica $R^2 = 51,1\%$ da variância da qualidade de vida, utilizando regressão linear múltipla, através do método *enter* (Tabela 5)

Tabela 5. Regressão linear múltipla entre os diferentes domínios em relação à qualidade de vida geral – item Q1. (n = 75)

Variável	Coef. B	Estatística t	Sig p-valor
Domínio 1 (Físico)	0,107	2,305	0,024**
Domínio 2 (Psicológico)	0,186	4,046	0,000*
Domínio 3 (Relações sociais)	-0,029	-0,740	0,462
Domínio 4 (Meio ambiente)	0,025	0,449	0,655
Constante	-0,514	-0,894	0,374

(*) Sig p-valor < 0,001 ; (**) Sig p-valor < 0,05

Quando os domínios foram correlacionados entre si (Tabela 6), todos eles apresentaram coeficientes de correlação significativos. O coeficiente mais alto encontra-se entre os domínios Físico e Psicológico. O domínio 3 (Relações sociais) apresentou os coeficientes de correlação mais baixos em relação aos demais domínios.

Tabela 6. Coeficientes de correlação entre os diferentes domínios na amostra total (n = 75).

Domínios	Domínio 1 (Físico)	Domínio 2 (Psicológico)	Domínio 3 (Rel. sociais)	Domínio 4 (Meio ambiente)
1. Físico	-	0,729*	0,445*	0,531*
2. Psicológico	0,000	-	0,512*	0,517*
3. Rel. sociais	0,000	0,000	-	0,459*
4. M. ambiente	0,000	0,000	0,000	-

Matriz triangular → Superior = correlação;

(*) Inferior = Sig p-valor < 0,001

5.2.4 Validade concorrente

O inventário de IBD apresentou coeficientes de correlação significativos com todos os domínios do WHOQOL-bref (Tabela 7). Observa-se que o domínio psicológico é o que melhor se correlaciona com o escore total do IBD.

Tabela 7. Coeficiente de correlação entre os escores dos domínios e o escore total do IBD (n = 75).

Instrumento	Domínio 1 (Físico)	Domínio 2 (Psicológico)	Domínio 3 (Rel. sociais)	Domínio 4 (M. ambiente)
Inventário de Beck para depressão (IBD)	-0,732* (0,000)	-0,871* (0,000)	-0,493* (0,000)	-0,499* (0,000)

(*) Signif p-valor < 0,001

5.3 Frequência e tipos de DP nos pacientes da amostra

A Figura 1, abaixo, apresenta as frequências e os tipos de DP dos pacientes investigados na amostra (por ordem de prioridade das frequências percentuais). Foram fornecidas informações acerca das DP do total dos 75 pacientes deprimidos sem sintomas psicóticos.

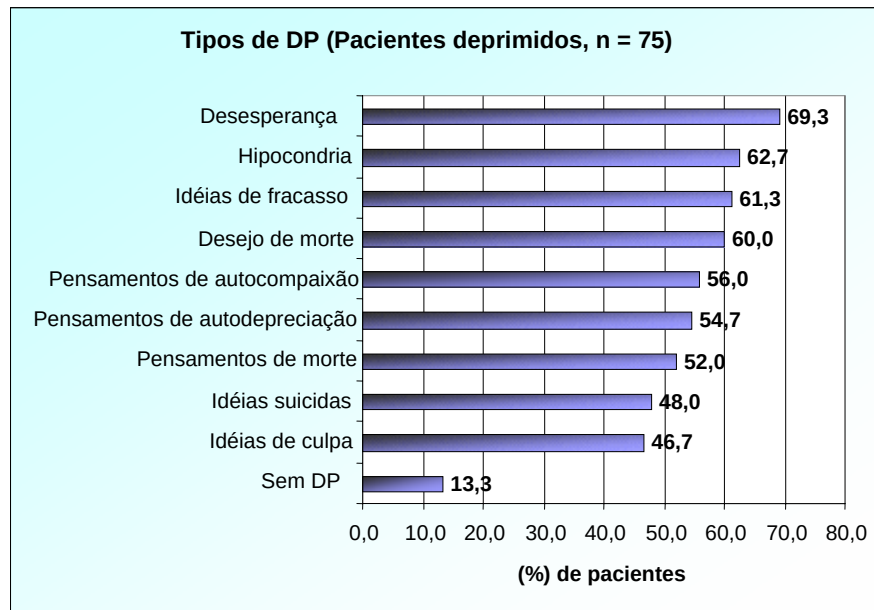


Figura 1. Tipos de DP indicadas pelos pacientes deprimidos sem sintomas psicóticos.

Na Tabela 8, observamos a aplicação do teste de associação de qui-quadrado para tabela de contingência 2x2 entre os diversos tipos DP e a classificação dicotômica do IBD (Depressão – e Depressão +). O teste foi aplicado em seis (6) dos nove (9) tipos de DP, fornecendo resultados significativos (p-valor < 0,01) quanto a presenças das DP segundo classificação da intensidade da depressão (Depressão +). A associação entre as DP e a escala do IBD resultou: *Desesperança* (25,0% x 85,5%), *Hipocondria* (35,0% x 72,7%), *Idéias de fracasso* (10,0% x 80,0%), *Pensamento de autocompaixão* (10,0% x 72,7%), *Pensamento de autodepreciação* (5,0% x 72,7%) e *Pensamentos de morte* (15,0% x 65,5%), todas com significância p-valor < 0,01.

Tabela 8. Frequência das DP segundo situação da depressão (IBD)

DP – Distorções do pensamento	IBD – Intensidade da depressão				Teste de associação ^a	
	Depressão (-)		Depressão (+)		Estatística	Signif. p-valor*
	n	%	n	%	χ^2	
1. <i>Desesperança</i>	5	25,0	47	85,5	25,210	0,000
2. <i>Hipocondria</i>	7	35,0	39	72,7	8,923	0,006
3. <i>Idéias de fracasso</i>	2	10,0	44	80,0	30,304	0,000
4. <i>Desejo de morte</i>	-	-	45	81,8	-	-
5. <i>Pensamento de autocompaixão</i>	2	10,0	40	72,7	23,481	0,000
6. <i>Pensamento de autodepreciação</i>	1	5,0	40	72,7	27,147	0,000
7. <i>Pensamentos de morte</i>	3	15,0	36	65,5	14,958	0,000
8. <i>Idéias suicidas</i>	-	-	36	65,5	-	-
9. <i>Idéias de culpa</i>	-	-	35	63,6	-	-
10. <i>Sem DP</i>	10	50,0	-	-	-	-
Total	20	100,0	55	100,0	-	-

^a Teste de Associação de Qui-Quadrado;

* Resultado significativo, p-valor < 0,01

5.4 Associações encontradas entre DP e dados Sócio – Demográficos e Clínicos

Tabela 9. Avaliação da DP1: *Desesperança* segundo as variáveis sócio-demográficas e características clínicas dos pacientes deprimidos com IBD > 10

Variável	Total		DP2- Desesperança				Teste de associação	
			Sim		Não		Sig. p-valor	OR (IC. 95%)
	n	%	n	%	n	%		
• Gênero							1,000	
Feminino	44	100,0	37	84,1	7	15,9	p ⁽¹⁾ = 1,000	0,53 (0,06 – 4,81)
Masculino	11	100,0	10	90,9	1	9,1	-	1,00
• Faixa etária							0,877	
18 a 33	13	100,0	11	84,6	2	15,4	p ⁽³⁾ = 0,727	1,46 (0,18 – 11,94)
34 a 49	24	100,0	20	83,3	4	16,7	p ⁽³⁾ = 0,613	1,60 (0,26 – 9,88)
50 a 65	18	100,0	16	88,9	2	11,1	-	1,00
• Cor							0,631	
Parda	38	100,0	33	86,8	5	13,2	-	1,00
Negra	12	100,0	9	75,0	3	25,0	p ⁽³⁾ = 0,337	2,20 (0,44 – 11,01)
Branca	5	100,0	5	100,0	-	-	-	**
• Estado civil							0,059	
Casado	30	100,0	23	76,7	7	23,3	-	1,00
Não-casado	25	100,0	24	96,0	1	4,0	p ⁽¹⁾ = 0,059	7,30 (0,83 – 64,10)
• Escolaridade							0,780	
Fundamental	27	100,0	24	88,9	3	11,1	p ⁽³⁾ = 0,562	0,56 (0,08 – 3,94)
Médio	17	100,0	14	82,4	3	17,6	p ⁽³⁾ = 0,971	0,96 (0,13 – 6,95)
Superior	11	100,0	9	81,8	2	18,2	-	1,00
• Sit. empregatícia							1,000	
Empregado(a)	28	100,0	24	85,7	4	14,3	-	1,00
Desempregado(a)	27	100,0	23	85,2	4	14,8	p ⁽¹⁾ = 1,000	1,04 (0,23 a 4,67)
• Idade 1o. episódio							0,446	
até 35 anos	32	100,0	26	81,3	6	18,8	-	1,00
acima de 35 anos	23	100,0	21	91,3	2	8,7	p ⁽¹⁾ = 0,446	2,42 (0,44 – 13,27)
• No. episódios							0,604	
um	9	100,0	7	77,8	2	22,2	-	1,00
2 ou mais	46	100,0	40	87,0	6	13,0	p ⁽¹⁾ = 0,604	0,52 (0,09 a 3,15)
• Internação							0,400	
0	43	100,0	38	88,4	5	11,6	-	1,00
1	6	100,0	4	66,7	2	33,3	p ⁽³⁾ = 0,177	3,80 (0,55 – 26,35)
2 ou mais	6	100,0	5	83,3	1	16,7	p ⁽³⁾ = 0,726	1,52 (0,15 – 15,79)
• Tent. de suicídio							0,250	
0	27	100,0	25	92,6	2	7,4	p ⁽³⁾ = 0,345	0,40 (0,06 – 2,68)
1	10	100,0	7	70,0	3	30,0	p ⁽³⁾ = 0,416	2,14 (0,34 – 13,42)
2 ou mais	18	100,0	15	83,3	3	16,7	-	1,00
Grupo Total	55	100,0	47	85,5	8	14,5	-	-

(*): Associação significativa a 0,05 ou 5%

(**): Não foi possível determinar devido à ocorrência de frequência nula.

(1): Através do teste Exato de Fisher.

(2): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

(3): Através da regressão logística binária (variável com mais de 2 categorias).

Tabela 10. Avaliação da DP7: *Hipocondria* segundo as variáveis sócio-demográficas e características clínicas dos pacientes deprimidos com IBD > 10

Variável	Total		DP20- Hipocondria				Regressão Logística Binária	
			Sim		Não		Valor de p	OR (IC. 95%)
	n	%	n	%	n	%		
• Gênero							0,468	-
Feminino	44	100,0	33	75,0	11	25,0	p ⁽¹⁾ = 0,468	1,71 (0,42 – 6,99)
Masculino	11	100,0	7	63,6	4	36,4	-	1,00
• Faixa etária							0,175	-
18 a 33	13	100,0	7	53,8	6	46,2	-	1,00
34 a 49	24	100,0	20	83,3	4	16,7	p ⁽³⁾ = 0,062	0,23 (0,05 – 1,08)
50 a 65	18	100,0	13	72,2	5	27,8	p ⁽³⁾ = 0,295	0,45 (0,10 – 2,01)
• Cor							0,800	-
Parda	38	100,0	28	73,7	10	26,3	-	1,00
Negra	12	100,0	9	75,0	3	25,0	p ⁽³⁾ = 0,928	0,93 (0,21 – 4,15)
Branca	5	100,0	3	60,0	2	40,0	p ⁽³⁾ = 0,526	1,87 (0,27 – 12,85)
• Estado civil							0,619	-
Casado	30	100,0	21	70,0	9	30,0	-	1,00
Não-casado	25	100,0	19	76,0	6	24,0	p ⁽²⁾ = 0,619	1,36 (0,41 – 4,53)
• Escolaridade							0,081	-
Fundamental	27	100,0	24	88,9	3	11,1	p = 0,011*	0,07 (0,01 – 0,40)
Médio	17	100,0	12	70,6	5	29,4	p = 0,003*	0,24 (0,05 – 1,19)
Superior	11	100,0	4	36,4	7	63,6	-	1,00
• Sit. Empregatória							0,152	-
Empregado(a)	28	100,0	18	64,3	10	35,7	-	1,00
Desempregado(a)	27	100,0	22	81,5	5	18,5	p ⁽²⁾ = 0,152	0,41 (0,12 – 1,42)
• Idade 1º. episódio							0,867	-
até 35 anos	32	100,0	23	71,9	9	28,1	-	1,00
acima de 35 anos	23	100,0	17	73,9	6	26,1	p ⁽¹⁾ = 0,867	1,11 (0,33 – 3,71)
• No. episódios							0,417	-
um	9	100,0	8	88,9	1	11,1	-	1,00
2 ou mais	46	100,0	32	69,6	14	30,4	p ⁽¹⁾ = 0,417	0,29 (0,03 – 2,51)
• Internação							0,800	-
0	43	100,0	31	72,1	12	27,9	p ⁽³⁾ = 0,783	0,77 (0,12 – 4,80)
1	6	100,0	5	83,3	1	16,7	p ⁽³⁾ = 0,512	0,40 (0,03 – 6,18)
2 ou mais	6	100,0	4	66,7	2	33,3	-	1,00
• Tent. De suicídio							0,735	-
0	27	100,0	20	74,1	7	25,9	p ⁽³⁾ = 0,592	0,70 (0,19 – 2,58)
1	10	100,0	8	80,0	2	20,0	p ⁽³⁾ = 0,459	0,50 (0,08 – 3,13)
2 ou mais	18	100,0	12	66,7	6	33,3	-	1,00
Grupo Total	55	100,0	40	72,7	15	27,3	-	-

(*): Associação significativa a 0,05 ou 5%

(**): Não foi possível determinar devido à ocorrência de frequência nula.

(1): Através do teste Exato de Fisher.

(2): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

(3): Através da regressão logística binária (variável com mais de 2 categorias).

A Tabela 9 apresenta a avaliação da DP1: *Desesperança* segundo as variáveis sócio-demográficas e características clínicas dos pacientes deprimidos com IBD > 10 (intensidade de depressão +), sendo informado a significância **p-valor**, o Odds Ratio (Razão de chances) e o intervalo de confiança de 95% para OR.

Nenhuma das variáveis do perfil sócio-demográfico (gênero, faixa etária, cor, estado civil, escolaridade, situação empregatícia) apresentou associação significativa quanto a presença da DP: *Desesperança*, onde para cada variável a medida da associação resultou na significância $p\text{-valor} > 0,05$, não indicando OR's significativos entre as categorias comparadas de cada variável considerada. Ressaltam-se os valores comparativos da variável estado civil em relação à categoria de referência *casados*, embora apresentando $p\text{-valor} = 0,073 > 0,05$, (76,7% x 96,0%, OR = 7,30 (0,83 – 64,10). Similarmente, as variáveis referentes às características clínicas dos participantes deprimidos (idade do 1º. episódio, número de episódios, número de internações, número de tentativas de suicídios), também, não apresentaram OR significativos quanto às categorias de referência em cada variável considerada. Todas as regressões logísticas aplicadas resultaram em significância $p\text{-valor} > 0,05$.

A Tabela 10 apresenta a avaliação da DP7: *Hipocondria* segundo as variáveis sócio-demográficas e características clínicas dos pacientes deprimidos com IBD > 10 (intensidade de depressão +), sendo informado a significância **p-valor**, o Odds Ratio (Razão de chances) e o intervalo de confiança de 95% para OR.

Na Tabela 10, observamos que a *Hipocondria* está associada significativamente com o nível de **escolaridade** dos pacientes deprimidos, apresentando maior prevalência para escolaridade mais baixa, Fundamental, quando comparada à categoria de referência: Superior (88,9% x 36,4%, sig. $p\text{-valor} = 0,011 < 0,05$, OR=0,07 e IC[0,01 ; 0,40].

As demais variáveis do perfil sócio-demográfico e todas referentes às características clínicas não apresentaram diferenças significativas em relação à categoria de referência considerada, $p\text{-valor} > 0,05$, respectivamente.

Tabela 11. Avaliação da DP2: *Idéias de fracasso* segundo as variáveis sócio-demográficas e características clínicas dos pacientes deprimidos com IBD > 10

Variável	Total		DP3- Idéias de fracasso				Regressão Logística Binária	
			Sim		Não		Valor de p	OR (IC. 95%)
	n	%	n	%	n	%		
• Gênero							0,430	
Feminino	44	100,0	34	77,3	10	22,7	p ⁽¹⁾ = 0,430	0,34 (0,04 – 2,99)
Masculino	11	100,0	10	90,9	1	9,1	-	1,00
• Faixa etária							0,198	
18 a 33	13	100,0	9	69,2	4	30,8	-	1,00
34 a 49	24	100,0	22	91,7	2	8,3	p ⁽³⁾ = 0,096	0,21 (0,03 – 1,32)
50 a 65	18	100,0	13	72,2	5	27,8	p ⁽³⁾ = 0,856	0,87 (0,18 – 4,14)
• Cor							0,563	
Parda	38	100,0	31	81,6	7	18,4	p ⁽³⁾ = 0,563	1,00
Negra	12	100,0	8	66,7	4	33,3	p ⁽³⁾ = 0,284	2,21 (0,52 – 9,48)
Branca	5	100,0	5	100,0			-	**
• Estado civil							1,000	
Casado	30	100,0	24	80,0	6	20,0	-	1,00
Não-casado	25	100,0	20	80,0	5	20,0	p ⁽²⁾ = 1,000	1,00 (0,27 – 3,77)
• Escolaridade							0,628	
Fundamental	27	100,0	23	85,2	4	14,8	p ⁽³⁾ = 0,376	0,46 (0,08 – 2,54)
Médio	17	100,0	13	76,5	4	23,5	p ⁽³⁾ = 0,823	0,82 (0,14 – 4,66)
Superior	11	100,0	8	72,7	3	27,3	-	1,00
• Sit. empregatícia							0,106	
Empregado(a)	28	100,0	20	71,4	8	28,6	-	1,00
Desempregado(a)	27	100,0	24	88,9	3	11,1	p ⁽²⁾ = 0,106	0,31 (0,07 – 1,34)
• Idade 1o. episódio							0,745	
até 35 anos	32	100,0	25	78,1	7	21,9	-	1,00
acima de 35 anos	23	100,0	19	82,6	4	17,4	p ⁽¹⁾ = 0,745	1,33 (0,34 – 5,21)
• No. episódios							0,067	
um	9	100,0	5	55,6	4	44,4	-	1,00
2 ou mais	46	100,0	39	84,8	7	15,2	p ⁽¹⁾ = 0,067	0,22 (0,05 – 1,05)
• Internação							0,797	
0	43	100,0	34	79,1	9	20,9	-	1,00
1	6	100,0	4	66,7	2	33,3	p ⁽³⁾ = 0,500	1,89 (0,30 – 12,01)
2 ou mais	6	100,0	6	100,0	-	-	-	**
• Tent. de suicídio							0,681	
0	27	100,0	22	81,5	5	18,5	p ⁽³⁾ = 0,874	1,14 (0,24 – 5,49)
1	10	100,0	7	70,0	3	30,0	p ⁽³⁾ = 0,416	2,14 (0,34 – 13,42)
2 ou mais	18	100,0	15	83,3	3	16,7	-	1,00
Grupo Total	55	100,0	44	80,0	11	20,0	-	-

(*): Associação significativa a 0,05 ou 5%

(**): Não foi possível determinar devido à ocorrência de frequência nula.

(1): Através do teste Exato de Fisher.

(2): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

(3): Através da regressão logística binária (variável com mais de 2 categorias).

Tabela 12. Avaliação da DP9: *Desejo de morte* segundo as variáveis sócio-demográficas dos pacientes deprimidos com IBD >10

Variável	Total		DP21- Desejo de morte				Regressão Logística Binária	
			Sim		Não		Valor de p	OR (IC. 95%)
	n	%	n	%	n	%		
• Gênero							0,400	
Feminino	44	100,0	37	84,1	7	15,9	p ⁽¹⁾ = 0,400	1,98 (0,42 – 9,37)
Masculino	11	100,0	8	72,7	3	27,3	-	1,00
• Faixa etária							0,651	
18 a 33	13	100,0	11	84,6	2	15,4	p ⁽³⁾ = 0,388	0,64 (0,10 – 4,14)
34 a 49	24	100,0	20	83,3	4	16,7	p ⁽³⁾ = 0,636	0,70 (0,15 – 3,28)
50 a 65	18	100,0	14	77,8	4	22,2	-	1,00
• Cor							0,628	
Parda	38	100,0	30	78,9	8	21,1	-	1,00
Negra	12	100,0	11	91,7	1	8,3	p ⁽³⁾ = 0,336	0,34 (0,04 – 3,05)
Branca	5	100,0	4	80,0	1	20,0	p ⁽³⁾ = 0,957	0,94 (0,09 – 9,60)
• Estado civil							0,015*	
Casado	30	100,0	21	70,0	9	30,0	-	1,00
Não-casado	25	100,0	24	96,0	1	4,0	p ⁽¹⁾ = 0,015*	10,29 (1,20 – 88,07)
• Escolaridade							0,641	
Fundamental	27	100,0	22	81,5	5	18,5	p ⁽³⁾ = 0,479	2,27 (0,23 – 22,07)
Médio	17	100,0	13	76,5	4	23,5	p ⁽³⁾ = 0,347	3,08 (0,30 – 31,98)
Superior	11	100,0	10	90,9	1	9,1	-	1,00
• Sit. empregatícia							0,503	
Empregado(a)	28	100,0	24	85,7	4	14,3	-	1,00
Desempregado(a)	27	100,0	21	77,8	6	22,2	p ⁽¹⁾ = 0,503	0,58 (0,14 – 2,35)
• Idade 1o. episódio							0,075	
até 35 anos	32	100,0	29	90,6	3	9,4	-	1,00
acima de 35 anos	23	100,0	16	69,6	7	30,4	p ⁽¹⁾ = 0,075	0,24 (0,14 – 1,04)
• No. episódios							1,000	
um	9	100,0	8	88,9	1	11,1	-	1,00
2 ou mais	46	100,0	37	80,4	9	19,6	p ⁽¹⁾ = 1,000	1,95 (0,22 – 17,61)
• Internação							0,971	
0	43	100,0	34	79,1	9	20,9	-	1,00
1	6	100,0	5	83,3	1	16,7	p ⁽³⁾ = 0,0809	0,76 (0,08 – 7,31)
2 ou mais	6	100,0	6	100,0	-	-	-	**
• Tent. de suicídio							0,666	
0	27	100,0	19	70,4	8	29,6	p ⁽³⁾ = 0,135	7,16 (0,81 – 63,28)
1	10	100,0	9	90,0	1	10,0	p ⁽³⁾ = 0,077	1,89 (0,11 – 33,89)
2 ou mais	18	100,0	17	94,4	1	5,6	-	1,00
Grupo Total	55	100,0	45	81,8	10	18,2	-	-

(*) : Associação significativa a 0,05 ou 5%

(**) : Não foi possível determinar devido à ocorrência de frequência nula.

(1) : Através do teste Exato de Fisher.

(2) : Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

(3) : Através da regressão logística binária (variável com mais de 2 categorias).

A Tabela 11 apresenta a avaliação da DP2: *Idéias de fracasso* segundo as variáveis sócio-demográficas e características clínicas dos pacientes deprimidos com IBD > 10 (intensidade de depressão +), sendo informado a significância p-valor, o Odds Ratio (Razão de chances) e o intervalo de confiança de 95% para OR.

Nenhuma das variáveis do perfil sócio-demográfico (gênero, faixa etária, cor, estado civil, escolaridade, situação empregatícia) apresentou associação significativa quanto à presença da DP: *Idéias de fracasso*, onde para cada variável a medida da associação resultou na significância p-valor > 0,05, não indicando OR's significativos entre as categorias comparadas de cada variável considerada. Similarmente, as variáveis referentes às características clínicas dos participantes deprimidos (idade do 1º. episódio, número de episódios, número de internações, número de tentativas de suicídios), também, não apresentaram OR significativos quanto às categorias de referência em cada variável considerada. Todas as regressões logísticas aplicadas resultaram em significância p-valor > 0,05. Ressalta-se a importância dos valores comparativos do OR referentes à característica clínica **número de episódios** (categoria de referência *um (1) episódio* que, embora tenha resultado significância, p-valor = 0,053 > 0,05, apresenta os seguintes valores: (55,6% x 88,9%, OR=0,22 e IC[0,05 ; 1,05]).

A Tabela 12 apresenta a avaliação da DP9: *Desejo de morte* segundo as variáveis sócio-demográficas e características clínicas dos pacientes deprimidos com IBD > 10 (intensidade de depressão +), sendo informado a significância **p-valor**, o Odds Ratio (Razão de chances) e o intervalo de confiança de 95% para OR.

Na Tabela 12, observamos que *Desejo de morte* está associada significativamente com o estado civil dos pacientes deprimidos, apresentando maior prevalência para a categoria de **não-casados**, quando comparada à categoria de referência: casados (70,0% x 96,0%, sig. p-valor = 0,033 < 0,05, OR=10,29 e IC [1,20 ; 88,07]).

As demais variáveis do perfil sócio-demográfico e todas referentes às características clínicas não apresentaram diferenças significativas em relação à categoria de referência considerada, p-valor > 0,05, respectivamente.

A Tabela 13 apresenta a avaliação da DP4: *Pensamentos de autocompaixão* segundo as variáveis sócio-demográficas e características clínicas dos pacientes deprimidos com IBD > 10 (intensidade de depressão +), sendo informado a significância p-valor, o Odds Ratio (Razão de chances) e o intervalo de confiança de 95% para OR.

Tabela 13. Avaliação da DP4: *Pensamentos de autocompaixão* segundo as variáveis sócio-demográficas dos pacientes deprimidos com IBD >10

Variável	Total		DP7- Pens. de autocompaixão				Regressão Logística Binária	
			Sim		Não		Valor de p	OR (IC. 95%)
	n	%	n	%	n	%		
• Gênero							1,000	
Feminino	44	100,0	32	72,7	12	27,3	p ⁽¹⁾ = 1,000	1,00 (0,23 – 4,41)
Masculino	11	100,0	8	72,7	3	27,3	-	1,00
• Faixa etária							0,009*	
18 a 33	13	100,0	12	92,3	1	7,7	p ⁽³⁾ = 0,018*	0,07 (0,01 – 0,63)
34 a 49	24	100,0	20	83,3	4	16,7	p ⁽³⁾ = 0,011*	0,17 (0,04 – 0,66)
50 a 65	18	100,0	8	44,4	10	55,6	-	1,00
• Cor							0,238	
Parda	38	100,0	24	63,2	14	36,8	-	1,00
Negra	12	100,0	11	91,7	1	8,3	p ⁽³⁾ = 0,090	0,16 (0,02 – 1,34)
Branca	5	100,0	5	100,0	-	-	-	**
• Estado civil							0,269	
Casado	30	100,0	20	66,7	10	33,3	-	1,00
Não-casado	25	100,0	20	80,0	5	20,0	p ⁽¹⁾ = 0,269	2,00 (0,58 – 6,91)
• Escolaridade							0,525	
Fundamental	27	100,0	19	70,4	8	29,6	p ⁽³⁾ = 0,686	0,74 (0,17 – 3,24)
Médio	17	100,0	14	82,4	3	17,6	p ⁽³⁾ = 0,272	0,38 (0,06 – 2,16)
Superior	11	100,0	7	63,6	4	36,4	-	1,00
• Sit. empregatícia							0,826	
Empregado(a)	28	100,0	20	71,4	8	28,6	-	1,00
Desempregado(a)	27	100,0	20	74,1	7	25,9	p ⁽²⁾ = 0,826	1,14 (0,35 – 3,75)
• Idade 1o. episódio							0,004*	
até 35 anos	32	100,0	28	87,5	4	12,5	-	1,00
acima de 35 anos	23	100,0	12	52,2	11	47,8	p ⁽²⁾ = 0,004*	0,16 (0,04 a 0,59)
• No. episódios							0,236	
um	9	100,0	5	55,6	4	44,4	-	1,00
2 ou mais	46	100,0	35	76,1	11	23,9	p ⁽¹⁾ = 0,236	0,39 (0,09 – 1,72)
• Internação							0,988	
0	43	100,0	30	69,8	13	30,2	-	1,00
1	6	100,0	4	66,7	2	33,3	p ⁽³⁾ = 0,877	1,15 (0,19 – 7,11)
2 ou mais	6	100,0	6	100,0	-	-	-	**
• Tent. de suicídio							0,843	
0	27	100,0	19	70,4	8	29,6	p ⁽³⁾ = 0,583	1,47 (0,37 – 5,88)
1	10	100,0	7	70,0	3	30,0	p ⁽³⁾ = 0,650	1,50 (0,26 – 8,64)
2 ou mais	18	100,0	14	77,8	4	22,2	-	1,00
Grupo Total	55	100,0	40	72,7	15	27,3	-	-

(*): Associação significativa a 0,05 ou 5%

(**): Não foi possível determinar devido à ocorrência de frequência nula.

(1): Através do teste Exato de Fisher.

(2): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

(3): Através da regressão logística binária (variável com mais de 2 categorias).

Tabela 14 – Avaliação da DP5: *Pensamentos de autodepreciação* segundo as variáveis sócio-demográficas dos pacientes deprimidos com IBD >10

Variável	Total		DP8- Pens. de autodepreciação				Regressão Logística Binária	
			Sim		Não		Valor de p	OR (IC. 95%)
	n	%	n	%	n	%		
• Gênero							0,255	
Feminino	44	100,0	30	68,2	14	31,8	p ⁽¹⁾ = 0,255	0,21 (0,02 – 1,84)
Masculino	11	100,0	10	90,9	1	9,1	-	1,00
• Faixa etária							0,009*	
18 a 33	13	100,0	11	84,6	2	15,4	-	1,00
34 a 49	24	100,0	21	87,5	3	12,5	p ⁽³⁾ = 0,807	0,79 (0,11 – 5,42)
50 a 65	18	100,0	8	44,4	10	55,6	p ⁽³⁾ = 0,033*	6,88 (1,17 – 40,38)
• Cor							0,911	
Parda	38	100,0	26	68,4	12	31,6	-	1,00
Negra	12	100,0	9	75,0	3	25,0	p ⁽³⁾ = 0,665	0,72 (0,16 – 3,16)
Branca	5	100,0	5	100,0	-	-	-	**
• Estado civil							0,472	
Casado	30	100,0	23	76,7	7	23,3	-	1,00
Não-casado	25	100,0	17	68,0	8	32,0	p ⁽²⁾ = 0,472	0,65 (0,20 – a 2,13)
• Escolaridade							0,533	
Fundamental	27	100,0	18	66,7	9	33,3	p ⁽³⁾ = 0,716	1,33 (0,28 – 6,28)
Médio	17	100,0	14	82,4	3	17,6	p ⁽³⁾ = 0,547	0,57 (0,09 – 3,53)
Superior	11	100,0	8	72,7	3	27,3	-	1,00
• Sit. empregatícia							0,826	
Empregado(a)	28	100,0	20	71,4	8	28,6	-	1,00
Desempregado(a)	27	100,0	20	74,1	7	25,9	p ⁽²⁾ = 0,826	0,88 (0,27 – 2,87)
• Idade 1o. episódio							0,094	
até 35 anos	32	100,0	26	81,3	6	18,8	-	1,00
acima de 35 anos	23	100,0	14	60,9	9	39,1	p ⁽²⁾ = 0,094	0,36 (0,11 – 1,22)
• No. episódios							0,692	
um	9	100,0	6	66,7	3	33,3	-	1,00
2 ou mais	46	100,0	34	73,9	12	26,1	p ⁽¹⁾ = 0,692	1,42 (0,30 – 6,57)
• Internação							0,988	
0	43	100,0	30	69,8	13	30,2	-	1,00
1	6	100,0	4	66,7	2	33,3	p ⁽³⁾ = 0,988	1,15 (0,19 – 7,11)
2 ou mais	6	100,0	6	100,0	-	-	-	**
• Tent. de suicídio							0,184	
0	27	100,0	20	74,1	7	25,9	p ⁽³⁾ = 0,467	1,75 (0,39 – 7,92)
1	10	100,0	5	50,0	5	50,0	p ⁽³⁾ = 0,072	5,00 (0,87 – 28,86)
2 ou mais	18	100,0	15	83,3	3	16,7	-	1,00
Grupo Total	55	100,0	40	72,7	15	27,3	-	-

(*): Associação significativa a 0,05 ou 5%

(**): Não foi possível determinar devido à ocorrência de frequência nula.

(1): Através do teste Exato de Fisher.

(2): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

(3): Através da regressão logística binária (variável com mais de 2 categorias).

Na Tabela 13, observamos que a DP *Pensamentos de autocompaixão* está associada significativamente com a **faixa etária** dos pacientes deprimidos, diminuindo a prevalência com o aumento da idade, quando comparada à categoria de referência: 50 a 65 anos (92,3% x 44,4%, sig. p-valor = 0,018 < 0,05, OR=0,07 e IC[0,01 ; 0,63].

Também, observamos na Tabela 13 que a DP *Pensamentos de autocompaixão* está associado significativamente com a característica clínica **Idade do 1º. episódio** dos pacientes deprimidos, apresentando menor prevalência nas idades mais avançadas, categoria de referência: acima de 35 anos (87,5% x 52,2%, sig. p-valor = 0,002 < 0,05, OR=6,42 e IC[1,70 ; 24,24].

As demais variáveis referentes ao perfil sócio-demográfico e das características clínicas não apresentaram diferença significativa em relação à categoria de referência considerada, p-valor > 0,05, respectivamente.

A Tabela 14 apresenta a avaliação da DP5: *Pensamentos de autodepreciação* segundo as variáveis sócio-demográficas e características clínicas dos pacientes deprimidos com IBD > 10 (intensidade de depressão +), sendo informado a significância p-valor, o Odds Ratio (Razão de chances) e o intervalo de confiança de 95% para OR.

Na Tabela 14, observamos que a DP *Pensamentos de autodepreciação* está associada significativamente com a **faixa etária** dos pacientes deprimidos, diminuindo a prevalência com o aumento da idade, quando comparada à categoria de referência com 50 a 65 anos (84,6% x 44,4%, sig. p-valor = 0,003 < 0,05, OR= 6,88 e IC[1,17 ; 40,38].

As demais variáveis do perfil sócio-demográfico e todas referentes às características clínicas não apresentaram diferenças significativas em relação à categoria de referência considerada, p-valor > 0,05, respectivamente.

Tabela 15. Avaliação da DP8: *Pensamentos de morte* segundo as variáveis sócio-demográficas dos pacientes deprimidos com IBD >10

Variável	Total		DP22- Pensamentos de morte				Regressão Logística Binária	
			Sim		Não		Valor de p	OR (IC. 95%)
	n	%	n	%	n	%		
• Gênero							0,730	
Feminino	44	100,0	28	63,6	16	36,4	p ⁽¹⁾ = 0,730	0,66 (0,15 – 2,83)
Masculino	11	100,0	8	72,7	3	27,3	-	1,00
• Faixa etária							0,238	
18 a 33	13	100,0	10	76,9	3	23,1	-	1,00
34 a 49	24	100,0	17	70,8	7	29,2	p ⁽³⁾ = 0,691	1,37 (0,29 – 6,54)
50 a 65	18	100,0	9	50,0	9	50,0	p ⁽³⁾ = 0,137	3,33 (0,68 – 16,30)
• Cor							0,936	
Parda	38	100,0	25	65,8	13	34,2	-	1,00
Negra	12	100,0	8	66,7	4	33,3	p ⁽³⁾ = 0,955	0,96 (0,24 – 3,80)
Branca	5	100,0	3	60,0	2	40,0	p ⁽³⁾ = 0,799	1,28 (0,19 – 8,66)
• Estado civil							0,717	
Casado	30	100,0	19	63,3	11	36,7	-	1,00
Não-casado	25	100,0	17	68,0	8	32,0	p ⁽²⁾ = 0,717	1,23 (0,40 – 3,78)
• Escolaridade							0,651	
Fundamental	27	100,0	19	70,4	8	29,6	p ⁽³⁾ = 0,355	0,51 (0,12 – 2,14)
Médio	17	100,0	11	64,7	6	35,3	p ⁽³⁾ = 0,592	0,66 (0,14 – 3,08)
Superior	11	100,0	6	54,5	5	45,5	-	1,00
• Sit. empregatícia							0,703	
Empregado(a)	28	100,0	19	67,9	9	32,1	-	1,00
Desempregado(a)	27	100,0	17	63,0	10	37,0	p ⁽²⁾ = 0,703	1,24 (0,41 – 3,78)
• Idade 1o. episódio							0,079	
até 35 anos	32	100,0	24	75,0	8	25,0	-	1,00
acima de 35 anos	23	100,0	12	52,2	11	47,8	p ⁽²⁾ = 0,079	0,36 (0,12 – 1,14)
• No. episódios							0,703	
um	9	100,0	5	55,6	4	44,4	-	1,00
2 ou mais	46	100,0	31	67,4	15	32,6	p ⁽¹⁾ = 0,703	1,65 (0,39 – 7,06)
• Internação							0,361	
0	43	100,0	28	65,1	15	34,9	-	1,00
1	6	100,0	2	33,3	4	66,7	p ⁽³⁾ = 0,154	3,73 (0,61 – 22,80)
2 ou mais	6	100,0	6	100,0	-	-	-	**
• Tent. de suicídio							0,754	
0	27	100,0	17	63,0	10	37,0	p ⁽³⁾ = 0,520	1,53 (0,42 – 5,58)
1	10	100,0	6	60,0	4	40,0	p ⁽³⁾ = 0,509	1,73 (0,34 – 8,87)
2 ou mais	18	100,0	13	72,2	5	27,8	-	1,00
Grupo Total	55	100,0	36	65,5	19	34,5	-	-

(*): Associação significativa a 0,05 ou 5%

(**): Não foi possível determinar devido à ocorrência de frequência nula.

(1): Através do teste Exato de Fisher.

(2): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

(3): Através da regressão logística binária (variável com mais de 2 categorias).

Tabela 16. Avaliação da DP6: *Idéias suicidas* segundo as variáveis sócio-demográficas dos pacientes deprimidos com IBD >10

Variável	Total		DP9- <i>Idéias suicidas</i>				Regressão Logística Binária	
			Sim		Não		Valor de p	OR (IC. 95%)
	n	%	n	%	n	%		
• Gênero							1,000	
Feminino	44	100,0	29	65,9	15	34,1	p ⁽¹⁾ = 1,000	1,10 (0,28 – 4,38)
Masculino	11	100,0	7	63,6	4	36,4	-	1,00
• Faixa etária							0,614	
18 a 33	13	100,0	10	76,9	3	23,1	-	1,00
34 a 49	24	100,0	15	62,5	9	37,5	p ⁽³⁾ = 0,357	0,47 (0,10 – 2,34)
50 a 65	18	100,0	11	61,1	7	38,9	p ⁽³⁾ = 0,927	0,94 (0,27 – 3,32)
• Cor							0,516	
Parda	38	100,0	23	60,5	15	39,5	-	1,00
Negra	12	100,0	9	75,0	3	25,0	p ⁽³⁾ = 0,411	2,61 (0,26 – 25,65)
Branca	5	100,0	4	80,0	1	20,0	p ⁽³⁾ = 0,825	1,33 (0,10 – 17,10)
• Estado civil							0,038*	
Casado/União	30	100,0	16	53,3	14	46,7	-	1,00
Não-casado	25	100,0	20	80,0	5	20,0	p ⁽²⁾ = 0,038*	3,50 (1,04 – 11,79)
• Escolaridade							0,279	
Fundamental	27	100,0	15	55,6	12	44,4	p ⁽³⁾ = 0,322	0,52 (0,14 – 1,89)
Médio	17	100,0	12	70,6	5	29,4	p ⁽³⁾ = 0,142	0,28 (0,05 – 1,54)
Superior	11	100,0	9	81,8	2	18,2	-	1,00
• Sit. empregatícia							0,703	
Empregado(a)	28	100,0	19	67,9	9	32,1	-	1,00
Desempregado(a)	27	100,0	17	63,0	10	37,0	p ⁽²⁾ = 0,703	0,81 (0,27 – 2,45)
• Idade 1o. episódio							0,544	
até 35 anos	32	100,0	22	68,8	10	31,3	-	1,00
acima de 35 anos	23	100,0	14	60,9	9	39,1	p ⁽²⁾ = 0,544	0,71 (0,23 – 2,17)
• No. episódios							0,703	
um	9	100,0	5	55,6	4	44,4	-	1,00
2 ou mais	46	100,0	31	67,4	15	32,6	p ⁽¹⁾ = 0,703	1,65 (0,39 – 7,06)
• Internação							0,836	
0	43	100,0	27	62,8	16	37,2	p ⁽³⁾ = 0,550	1,69 (0,30 – 9,38)
1	6	100,0	3	50,0	3	50,0	-	1,00
2 ou mais	6	100,0	6	100,0	-	-	-	**
• Tent. de suicídio							0,636	
0	27	100,0	16	59,3	11	40,7	p ⁽³⁾ = 0,551	0,62 (0,13 – 2,95)
1	10	100,0	7	70,0	3	30,0	p ⁽³⁾ = 0,376	0,56 (0,16 – 2,02)
2 ou mais	18	100,0	13	72,2	5	27,8	-	1,00
Grupo Total	55	100,0	36	65,5	19	34,5	-	-

(*): Associação significativa a 0,05 ou 5%

(**): Não foi possível determinar devido à ocorrência de frequência nula.

(1): Através do teste Exato de Fisher.

(2): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

(3): Através da regressão logística binária (variável com mais de 2 categorias).

A Tabela 15 apresenta a avaliação da DP8: *Pensamentos de morte* segundo as variáveis sócio-demográficas e características clínicas dos pacientes deprimidos com IBD > 10 (intensidade de depressão +), sendo informado a significância **p-valor**, o Odds Ratio (Razão de chances) e o intervalo de confiança de 95% para OR.

Nenhuma das variáveis do perfil sócio-demográfico (gênero, faixa etária, cor, estado civil, escolaridade, situação empregatícia) apresentou associação significativa quanto à presença da DP *Pensamentos de morte*, onde para cada variável a medida da associação resultou na significância p-valor > 0,05, não indicando OR's significativos entre as categorias comparadas de cada variável considerada. Similarmente, as variáveis referentes às características clínicas dos participantes deprimidos (idade do 1º. episódio, número de episódios, número de internações, número de tentativas de suicídios), também, não apresentaram OR significativos quanto às categorias de referência em cada variável considerada. Todas as regressões logísticas aplicadas resultaram em significância p-valor > 0,05.

A Tabela 16 apresenta a avaliação da DP6: *Idéias suicidas* segundo as variáveis sócio-demográficas e características clínicas dos pacientes deprimidos com IBD > 10 (intensidade de depressão +), sendo informado a significância **p-valor**, o Odds Ratio (Razão de chances) e o intervalo de confiança de 95% para OR.

Na Tabela 16, observamos que *Idéias suicidas* está associada significativamente com o estado civil dos pacientes deprimidos, apresentando maior prevalência para a categoria de **não-casados**, quando comparada à categoria de referência casados (53,3% x 80,0%, sig. p-valor = 0,043 < 0,05, OR= 3,50 e IC [1,04 ; 11,79]).

As demais variáveis do perfil sócio-demográfico e todas referentes às características clínicas não apresentaram diferenças significativas em relação à categoria de referência considerada, p-valor > 0,05, respectivamente.

Tabela 17. Avaliação da DP3: *Idéias de culpa* segundo as variáveis sócio-demográficas dos pacientes deprimidos com IBD >10

Variável	Total		DP5- <i>Idéias de culpa</i>				Regressão Logística Binária	
			Sim		Não		Valor de p	OR (IC. 95%)
	n	%	n	%	n	%		
• Gênero							0,503	
Feminino	44	100,0	29	65,9	15	34,1	p ⁽¹⁾ = 0,503	1,61 (0,42 – 6,16)
Masculino	11	100,0	6	54,5	5	45,5	-	1,00
• Faixa etária							0,029*	
18 a 33	13	100,0	11	84,6	2	15,4	-	1,00
34 a 49	24	100,0	17	70,8	7	29,2	p ⁽³⁾ = 0,018*	0,12 (0,02 – 0,69)
50 a 65	18	100,0	7	38,9	11	61,1	p ⁽³⁾ = 0,042*	0,26 (0,10 – 0,96)
• Cor							0,421	
Parda	38	100,0	22	57,9	16	42,1	-	1,00
Negra	12	100,0	9	75,0	3	25,0	p ⁽³⁾ = 0,359	2,91 (0,30 – 28,55)
Branca	5	100,0	4	80,0	1	20,0	p ⁽³⁾ = 0,825	1,33 (0,10 – 17,10)
• Estado civil							0,283	
Casado	30	100,0	21	70,0	9	30,0	-	1,00
Não-casado	25	100,0	14	56,0	11	44,0	p ⁽²⁾ = 0,283	0,54 (0,18 – 1,66)
• Escolaridade							0,002*	
Fundamental	27	100,0	10	37,0	17	63,0	p ⁽³⁾ = 0,003*	0,04 (0,00 – 0,32)
Médio	17	100,0	16	94,1	1	5,9	p ⁽³⁾ = 0,020*	0,13 (0,02 – 0,73)
Superior	11	100,0	9	81,8	2	18,2	-	1,00
• Sit. empregatícia							0,221	
Empregado(a)	28	100,0	20	71,4	8	28,6	-	1,00
Desempregado(a)	27	100,0	15	55,6	12	44,4	p ⁽²⁾ = 0,221	0,50 (0,16 – 1,53)
• Idade 1o. episódio							0,352	
até 35 anos	32	100,0	22	68,8	10	31,3	-	1,00
acima de 35 anos	23	100,0	13	56,5	10	43,5	p ⁽¹⁾ = 0,352	0,59 (0,19 – 1,80)
• No. episódios							0,462	
um	9	100,0	7	77,8	2	22,2	-	1,00
2 ou mais	46	100,0	28	60,9	18	39,1	p ⁽¹⁾ = 0,462	0,44 (0,08 – 2,38)
• Internação							0,304	
0	43	100,0	29	67,4	14	32,6	p ⁽³⁾ = 0,970	1,04 (0,17 – 6,35)
1	6	100,0	4	66,7	2	33,3	p ⁽³⁾ = 0,124	4,14 (0,68 – 25,40)
2 ou mais	6	100,0	2	33,3	4	66,7	-	1,00
• Tent. de suicídio							0,508	
0	27	100,0	19	70,4	8	29,6	p ⁽³⁾ = 0,255	2,38 (0,54 – 10,54)
1	10	100,0	5	50,0	5	50,0	p ⁽³⁾ = 0,520	1,51 (0,43 – 5,31)
2 ou mais	18	100,0	11	61,1	7	38,9	-	1,00
Grupo Total	55	100,0	35	63,6	20	36,4	-	-

(*) : Associação significativa a 0,05 ou 5%

(**) : Não foi possível determinar devido à ocorrência de frequência nula.

(1) : Através do teste Exato de Fisher.

(2) : Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

(3) : Através da regressão logística binária (variável com mais de 2 categorias).

A Tabela 17 apresenta a avaliação da DP3: *Idéias de culpa* segundo as variáveis sócio-demográficas e características clínicas dos pacientes deprimidos com IBD > 10 (intensidade de depressão +), sendo informado a significância **p-valor**, o Odds Ratio (Razão de chances) e o intervalo de confiança de 95% para OR.

Na Tabela 17, observamos que a *Idéias de culpa* está associada significativamente com a **faixa etária** dos pacientes deprimidos, diminuindo a prevalência com o aumento da idade, quando comparada à categoria de referência com 18 a 33 anos (84,6% x 44,4%, sig. p-valor = 0,042 < 0,05, OR= 0,26 e IC[0,10 ; 0,96].

Ainda na Tabela 17, observamos que a *Idéias de culpa* está associada significativamente com o nível de **escolaridade** dos pacientes deprimidos, apresentando menor prevalência para escolaridade mais baixa, Fundamental, quando comparada à categoria de referência: Superior (81,8% x 37,0%, sig. p-valor = 0,003 < 0,05, OR=0,04 e IC[0,00 ; 0,32].

As demais variáveis do perfil sócio-demográfico e todas referentes às características clínicas não apresentaram diferenças significativas em relação à categoria de referência considerada, p-valor > 0,05, respectivamente.

5.5 Impacto das DP Na qualidade de vida

A Tabela 18 fornece a avaliação do impacto da presença das DP na qualidade de vida do paciente deprimido sem sintomas psicóticos, com $IBD > 10$, segundo o domínio FÍSICO constituído pelo escore total das questões Q3, Q4, Q10, Q15, Q16, Q17 e Q18 do WHOQOL-bref. A aplicação do teste “t” ou ANOVA para comparação das médias do domínio físico em cada categoria das DP não apresentou diferença significativa quanto a presença das nove DP consideradas, $p\text{-valor} > 0,05$, respectivamente.

A Tabela 19 fornece a avaliação do impacto da presença das DP na qualidade de vida do paciente deprimido sem sintomas psicóticos, com $IBD > 10$, segundo o domínio PSICOLÓGICO constituído pelo escore total das questões Q5, Q6, Q7, Q11, Q19 e Q26 do WHOQOL-bref. A aplicação do teste “t” ou ANOVA para comparação das médias em cada categoria das DP apresentou diferença significativa, $p\text{-valor} < 0,05$ em sete das nove DP consideradas, excetuando a DP3: *Idéias de culpa* e DP7: *Hipocondria*, onde $p\text{-valor} > 0,05$, respectivamente.

A Tabela 20 fornece a avaliação do impacto da presença das DP na qualidade de vida do paciente deprimido sem sintomas psicóticos, com $IBD > 10$, segundo o domínio RELAÇÕES SOCIAIS constituído pelo escore total das questões Q20, Q21 e Q22 do WHOQOL-bref. A aplicação do teste “t” ou ANOVA para comparação das médias em cada categoria das DP apresentou diferença significativa, $p\text{-valor} < 0,05$, apenas na DP21: *Desejo de morte* DP consideradas, para as demais comparações das presenças das DP, $p\text{-valor} > 0,05$, respectivamente.

A Tabela 21, a seguir, fornece a avaliação do impacto da presença das DP na qualidade de vida do paciente deprimido sem sintomas psicóticos, com $IBD > 10$, segundo o domínio MEIO AMBIENTE constituído pelo escore total das questões Q8, Q9, Q12, Q13, Q14, Q23, Q24 e Q25 do WHOQOL-bref. A aplicação do teste “t” ou ANOVA para comparação das médias em cada categoria das DP não apresentou diferença significativa em nenhuma das nove DP consideradas, $p\text{-valor} > 0,05$, respectivamente.

Tabela 18. Avaliação do impacto da presença das DP na qualidade de vida (domínio físico) do paciente deprimido sem sintomas psicóticos, com IBD > 10.

WHOQOL-bref – Domínio FÍSICO.

DP	Categoria	n	%	Medidas resumo		Teste “t” ou ANOVA		
				Média	D. Padrão	Est. t	g.l. [#]	Sig. p-valor
2. Desesperança	Sim	47	85,5	40,05	13,568	-1,181	53	0,243
	Não	8	14,5	46,43	17,392			
3. Idéias de fracasso	Sim	44	80,0	39,61	13,425	-1,440	53	0,156
	Não	11	20,0	46,43	16,444			
5. Idéias de culpa	Sim	35	63,6	40,61	14,522	-0,248	53	0,805
	Não	20	36,4	41,61	13,918			
7. Pensamentos de Autocompaixão	Sim	40	72,7	39,29	12,292	-1,456	53	0,151
	Não	15	27,3	45,48	18,033			
8. Pensamentos de autodepreciação	Sim	40	72,7	40,00	14,013	-0,829	53	0,411
	Não	15	27,3	43,57	14,799			
9. Idéias suicidas	Sim	36	65,5	38,69	12,649	-1,671	53	0,101
	Não	19	34,5	45,30	16,195			
20. Hipocondria	Sim	40	72,7	40,09	12,902	-0,752	53	0,455
	Não	15	27,3	43,33	17,437			
21. Desejo de morte	Sim	45	81,8	40,08	13,640	-0,992	53	0,326
	Não	10	18,2	45,00	16,599			
22. Pensamentos de morte	Sim	36	65,5	40,87	15,115	-0,072	53	0,943
	Não	19	34,5	41,17	12,620			

(*): Associação significativa a 0,05 ou 5%

([#]): g.l = graus de liberdade

([#]): Teste de Levene – verificada a igualdade de variâncias.

Tabela 19. Avaliação do impacto da presença das DP na qualidade de vida (domínio psicológico) do paciente deprimido sem sintomas psicóticos, com IBD > 10.

WHOQOL-bref – Domínio PSICOLÓGICO.

DP	Categoria	n	%	Medidas resumo		Teste “t” ou ANOVA		
				Média	D. Padrão	Est. t	g.l [#]	Sig. p-valor
2. Desesperança	Sim	47	85,5	30,41	14,971	-2,179	53	0,034*
	Não	8	14,5	42,71	13,317			
3. Idéias de fracasso	Sim	44	80,0	29,45	14,694	-2,837	53	0,006*
	Não	11	20,0	43,18	12,812			
5. Idéias de culpa	Sim	35	63,6	31,67	15,760	-0,248	53	0,805
	Não	20	36,4	33,13	14,714			
7. Pensamentos de autocompaixão	Sim	40	72,7	27,92	11,868	-3,793	53	0,000*
	Não	15	27,3	43,61	17,738			
8. Pensamentos de autodepreciação	Sim	40	72,7	28,54	12,286	-3,126	53	0,003*
	Não	15	27,3	41,94	18,397			
9. Idéias suicidas	Sim	36	65,5	28,24	12,445	-2,809	53	0,007*
	Não	19	34,5	39,69	17,534			
20. Hipocondria	Sim	40	72,7	31,46	13,442	-0,582	53	0,563
	Não	15	27,3	34,17	19,745			
21. Desejo de morte	Sim	45	81,8	29,63	13,093	-2,809	53	0,007*
	Não	10	18,2	43,75	19,469			
22. Pensamentos de morte	Sim	36	65,5	29,17	16,091	-2,088	53	0,042*
	Não	19	34,5	37,94	11,939			

(*): Associação significativa a 0,05 ou 5%

([#]): g.l = graus de liberdade

([#]): Teste de Levene – verificada a igualdade de variâncias.

Tabela 20. Avaliação do impacto da presença das DP na qualidade de vida (domínio relações sociais) do paciente deprimido sem sintomas psicóticos, com IBD > 10.

WHOQOL-bref – Domínio RELAÇÕES SOCIAIS.

DP	Categoria	n	%	Medidas resumo		Teste “t” ou ANOVA		
				Média	D. Padrão	Est. t	g.l. [#]	Sig. p-valor
2. Desesperança	Sim	47	85,5	45,04	15,988	-0,937	53	0,353
	Não	8	14,5	51,04	21,099			
3. Idéias de fracasso	Sim	44	80,0	43,75	16,871	-1,964	53	0,055
	Não	11	20,0	54,55	13,624			
5. Idéias de culpa	Sim	35	63,6	45,00	18,213	-0,529	53	0,599
	Não	20	36,4	47,50	14,075			
7. Pensamentos de Autocompaixão	Sim	40	72,7	45,63	17,087	-0,204	53	0,839
	Não	15	27,3	46,67	16,306			
8. Pensamentos de autodepreciação	Sim	40	72,7	43,33	16,035	-1,909	53	0,062
	Não	15	27,3	52,78	17,156			
9. Idéias suicidas	Sim	36	65,5	46,53	16,592	0,374	53	0,710
	Não	19	34,5	44,74	17,394			
20. Hipocondria	Sim	40	72,7	45,63	17,295	-0,204	53	0,839
	Não	15	27,3	46,67	15,685			
21. Desejo de morte	Sim	45	81,8	43,52	15,168	-2,339	53	0,023
	Não	10	18,2	56,67	19,954			
22. Pensamentos de morte	Sim	36	65,5	45,14	16,592	-0,466	53	0,643
	Não	19	34,5	47,37	17,359			

(*): Associação significativa a 0,05 ou 5%

([#]): g.l = graus de liberdade

([#]): Teste de Levene – verificada a igualdade de variâncias.

Tabela 21. Avaliação do impacto da presença das DP na qualidade de vida (domínio meio ambiente) do paciente deprimido sem sintomas psicóticos, com IBD > 10.

WHOQOL-bref – Domínio MEIO AMBIENTE.

DP	Categoria	n	%	Medidas resumo		Teste “t” ou ANOVA		
				Média	D. Padrão	Est. t	g.l. [#]	Sig. p-valor
2. Desesperança	Sim	47	85,5	44,55	11,970	-1,831	53	0,073
	Não	8	14,5	52,73	9,659			
3. Idéias de fracasso	Sim	44	80,0	44,32	10,641	-1,80	53	0,078
	Não	11	20,0	51,42	15,459			
5. Idéias de culpa	Sim	35	63,6	44,82	11,740	-0,750	53	0,456
	Não	20	36,4	47,34	12,429			
7. Pensamentos de Autocompaixão	Sim	40	72,7	45,39	11,926	-0,350	53	0,728
	Não	15	27,3	46,67	12,358			
8. Pensamentos de autodepreciação	Sim	40	72,7	45,08	11,839	-0,666	53	0,508
	Não	15	27,3	47,50	12,455			
9. Idéias suicidas	Sim	36	65,5	44,88	12,637	-0,732	53	0,467
	Não	19	34,5	47,37	10,636			
20. Hipocondria	Sim	40	72,7	45,63	12,212	-0,114	53	0,910
	Não	15	27,3	46,04	11,601			
21. Desejo de morte	Sim	45	81,8	44,38	12,096	-1,835	53	0,072
	Não	10	18,2	51,88	9,456			
22. Pensamentos de morte	Sim	36	65,5	44,27	11,917	-1,261	53	0,213
	Não	19	34,5	48,52	11,802			

(*): Associação significativa a 0,05 ou 5%

([#]): g.l = graus de liberdade

([#]): Teste de Levene – verificada a igualdade de variâncias.

6. DISCUSSÃO

Um dos consensos na literatura acerca da depressão é o fato desta enfermidade acometer duas vezes mais mulheres em relação aos homens (WEISSMAN et al., 1996; KESSLER et al., 1993). No presente estudo houve significativa diferença entre os gêneros, na ordem de 5:1, o que pode ser justificado, além da natural maior prevalência no gênero feminino, pelo já conhecido fato de que as mulheres costumam procurar mais os serviços de saúde. A idade média de 42,7 anos para as pessoas acometidas de depressão (quinta década) é um achado que pode refletir as dificuldades da população local em ter acesso à saúde especializada, visto que durante o período de coleta de dados, todo o município era contemplado com apenas dois ambulatórios de psiquiatria. Tal dificuldade de acesso ao psiquiatra, acreditamos, propicia que pacientes passem anos oscilando entre períodos de recidiva e remissão de sintomas, sofrendo com os prejuízos funcionais decorrentes da recorrência da doença, retardando conseqüentemente diagnóstico e condutas precisos. O achado de o primeiro episódio ter ocorrido em média aos 36 anos destoa da literatura (KESSLER et al., 2003) e talvez seja justificado pela baixa frequência de voluntários com idade inferior a 33 anos (25,5%). Indivíduos com 02 ou mais episódios somaram 77,3% da amostra, corroborando com o conceito de que a depressão é uma doença de caráter recorrente (MUELLER et al., 1999).

A tentativa de suicídio geralmente requer hospitalização, seja em enfermaria clínica, de terapia intensiva ou em enfermaria psiquiátrica. No que concernem esses aspectos, os achados do presente trabalho foram paradoxais, visto que apesar de 43,7% dos indivíduos terem citado ao menos uma tentativa de suicídio ao longo da história da doença, apenas 17,3% afirmaram terem necessitado de internamento hospitalar (clínico ou psiquiátrico) em algum momento. É plausível que esta diferença se dê por duas características que podem estar presentes nas tentativas de suicídio: baixa intencionalidade e impulsividade (BOTEGA et al., 1995, HALL, et al., 1999). Não levando, em todos os casos, ao internamento hospitalar.

Até o presente momento, desconhecemos qualquer estudo que tenha pesquisado a frequência das “idéias de fracasso” e “desejo de morte” em pacientes deprimidos, DP altamente prevalentes em nossa amostra.

Apenas os pensamentos catatímicos “desejo de morte”, “idéias suicidas” e “idéias de culpa” ocorreram exclusivamente em indivíduos com IBD>10, o que pode sugerir forte fator de especificidade entre estes sintomas e a depressão. Em contra partida, alguns destes pensamentos estiveram presentes mesmo em indivíduos considerados eutímicos (IBD<10),

como foi o caso a hipocondria, presente em 35% dos voluntários eutímicos, o que justifica a menor prevalência desta diante da idéia de fracasso e desejo de morte, quando considerados apenas os indivíduos com IBD>10.

Quanto às DP mais prevalentes, destaque para a desesperança, presente em 69,35% dos voluntários. Nos raros estudos encontrados onde esses pensamentos catatímicos foram especificamente pesquisados (VAM GASTEL et al., 1997, VILHJALMSSON et al., 1998), a desesperança já aparecia relacionada como fator preditivo para o surgimento da ideação suicida. No entanto, no presente trabalho apesar de ser o pensamento distorcido mais prevalente, não houve associação estatisticamente significativa entre desesperança e dados sócio-demográficos e clínicos, o que pode ser justificado pela provável distribuição uniforme desta DP, considerando sua grande frequência entre os voluntários com IBD>10 (85,5%). A mesma não associação ocorreu com a idéia de fracasso e o pensamento de morte, podendo a explicação relativa à distribuição uniforme ser também usada no caso da idéia de fracasso (80% para IBD>10).

Em estudo brasileiro já citado (SOARES et al., 1998), a hipocondria foi o sintoma depressivo mais prevalente, com taxa de 15%. A alta prevalência da DP *hipocondria* (72,7%) nos voluntários com IBD>10 só reforça a importância e frequência com que esse padrão de pensamento ocorre. Houve associação deste sintoma com o nível de escolaridade, sendo mais prevalente quanto menor a escolaridade. O menor nível de escolaridade talvez reflita um menor conhecimento geral acerca das doenças e menor acesso à assistência médica, levando o paciente a maior dificuldade quanto às interpretações dos sintomas, tendendo então a se preocupar e super-dimensionar os mesmos, podendo surgir nesse contexto o sintoma da *hipocondria*. Tal justificativa se une ao achado na literatura de que o menor nível de escolaridade é mais associado com o adoecimento psíquico. (VERAS et al., 2006, GAZALLE et al., 2004.).

O sintoma *idéia suicida* e o *desejo de morte* mostraram associação estatisticamente significativa entre os indivíduos não casados (solteiros, viúvos e separados) quando comparado com os casados. No que concerne a idéia suicida, o achado é corroborante com a literatura acerca do tema (BOTEGA et. al., 2005) visto que estar casado é considerado fator protetor para o suicídio. Apesar da escassez de estudos, acreditamos que o mesmo raciocínio possa ser usado para o *desejo de morte*, visto que a diferença básica deste para a *ideação suicida* está no agente causador da morte, mantendo-se o comum desejo de dar fim a própria vida.

As *idéias de culpa* têm sua frequência aumentada de forma inversamente proporcional à idade e diretamente proporcional à escolaridade. Estudo comparando diferenças nos padrões de sintomas depressivos entre pacientes jovens e mais velhos evidenciou que os jovens tendem mais a desenvolver dentro do quadro depressivo a *idéia de culpa*. (KOENIG et al., 1993). Como já citado, um dos pilares da tríade cognitiva de Beck é a “visão negativa de si mesmo”. Revelador o achado de que as DP relacionados com visão de si mesmo (*idéia de culpa*, os pensamentos de autodepreciação e autocompaixão), com exceção da *idéia de fracasso*, mostraram associação estatística baixa faixa etária.

Em estudo conduzido por Balsis (BALSIS et al., 2008) evidenciou-se que pacientes mais velhos, quando do preenchimento de escalas ou no fornecimento de dados para anamnese, tendem a endossar menos a presença de sintomas depressivos relacionados à cognição, ao conteúdo do pensamento, e valorizar mais os sintomas físicos. Deste modo, pacientes mais jovens tendem a dar mais ênfase a estes sintomas. O que poderia também explicar o achado na pesquisa relacionado ao pensamento de autocompaixão, sendo mais prevalente quanto mais cedo tenha sido o primeiro episódio.

Em linhas gerais, a qualidade de vida obteve menor escore em quando associada às DP nos indivíduos com $IBD > 10$, contudo, só houve associação estatisticamente significativa quando comparada com o domínio psicológico, o que nos parece natural, visto que a pesquisa está relacionada a um transtorno mental. Neste domínio, apenas não houve relação de relevância estatística com a *idéia de culpa*, provavelmente por ser a menos prevalente das DP, e com a hipocondria. Neste pensamento catatímico tem-se como elemento marcante a preocupação excessiva com sintomas e doenças físicas. Apesar do sofrimento trazido, não é uma preocupação com questões psicológicas e sim físicas. Tal peculiaridade pode justificar sua não associação com o domínio psicológico.

Deve-se ressaltar que a pesquisa não foi realizada em campo aberto, mas sim em serviços especializados, onde há uma tendência natural pela procura de atendimento apenas na presença dos sintomas, fato que pode justificar os altos percentuais encontrados.

Chama atenção ainda a não associação entre nenhuma das DP com a variável tentativa de suicídio, o que pode ser justificado em parte pela já mencionada possível influência da impulsividade sobre o suicídio, bem como pelo tamanho da amostra.

A alta prevalência de alguns sintomas pode ter sido causada por algum transtorno de personalidade enquanto condição co-mórbida, visto que a instabilidade emocional presente em alguns desses transtornos (ORTIGO et al., 2009) pode ter relação com DP como

desesperança, idéias suicidas, pensamentos de morte, etc. O que evidencia uma limitação do estudo, pois este poderia ter melhor acurácia caso usássemos como critério de exclusão ser acometido de transtorno de personalidade. Para isto, haveria necessidade de aplicação da SCID-II, o que não ocorreu durante os procedimentos metodológicos.

7. CONCLUSÃO

Apesar das dificuldades quanto à delimitação do conceito, concluimos que a definição psicopatológica que melhor contempla as alterações do pensamento estudadas é a de distorções do pensamento e que estes podem apresentar alta frequência nos quadros depressivos, com relação com algumas variáveis clínicas e sócio-demográficas, além de poderem trazer piora na qualidade de vida. A investigação destes padrões de pensamento deve fazer parte da anamnese feita por profissionais da área de saúde principalmente a pessoas acometidas de depressão. A identificação de DP nesses pacientes indicam gravidade e sérias repercussões à saúde da população.

8. REFERÊNCIAS

ALVIM C.F (Eds) Secção 1 – Neurose, autismo e afasia. **Vocabulário de termos psicológicos e psiquiátricos**.1971.p44.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**, text revised, DSM-IV TR. 4th edn. Washington, 2000.

ANGST, JULES, et al. Long-term depression versus episodic major depression: Results from the prospective Zurich study of a community sample. **Journal of Affective Disorders**, n.115, p112-121.2009.

BALSIS, STEVE, Cully JA. Comparing depression diagnostic symptoms across younger and older adults. **Aging and Mental Health**.v.12,n.6,p800-806.2008.

BAZNER, EVA, et al. Current and former depression and their relationship to the effects of social comparison processes .Results of an internet based study. **Journal of Affective Disorders**, n.93,(1-3).p97-103.2006.

BECK A.T.; RESNICK H.P.L.; LETTIERI T.J (Eds). The prediction of suicide. Philadelphia PA. **Charles Press**. p. 54-56.1974.

_____ Depression: causes and treatment. Philadelphia: **University of Pennsylvania Press**; 1967.

_____ The core problem in depression: The cognitive triad. **Science and psychoanalysis**,17, p47-55.1970.

_____ Thinking and depression. **Archives of General Psychiatry** n.9.p324-33.1963

_____ Uma visão geral In: Beck A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., Emery, G. (Eds) **Terapia Cognitiva da Depressão**.Porto Alegre: Artes médicas, 1997.p3-26.

BECK J.S., Avaliando os pensamentos automáticos (Eds) **Terapia Cognitiva teoria e prática**.Porto Alegre: Artes médicas,1997.p116-134.

BLEULER. Psiquiatria. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1985.

BOTEGA, NEURY JOSÉ, et al. Tentativa de suicídio e adesão ao tratamento: um estudo descritivo em hospital geral. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria** v.44, n.1, p19-25,1995.

_____, et al. Suicidal behavior in the community: prevalence and factors associated with suicidal ideation. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.27, n.1, p45-53. 2005.

CALIL, H.M.; PIRES, M.L.N. Aspectos gerais das escalas de avaliação de depressão. **Revista de Psiquiatria Clínica** 25(5) – Edição especial. 1998.

DALGALLARONDO, P., A afetividade e suas alterações (Eds) **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2008.p155-173.

_____, O pensamento e suas alterações (Eds) **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2008. p194-205.

DEL-BEN, CRISTINA MARTA, et al. Confiabilidade da "Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV - Versão Clínica" traduzida para o português. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.23, n.3, p156-159, 2001.

DEL PORTO, J. A., Conceito e diagnóstico. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.21, suppl.1, p06-11.1999.

DUNN, G.; SHAM, P.; HAND, D. – Statistics and the Nature of Depression. **Psychological Medicine**. v.23,p871-889,1993.

FAWCETT JACQUELINE, et al. Clinical predictors of suicide in patients with major affective disorder: a controlled prospective study. **American Journal of Psychiatry**. v.144, n.1, p35-40.1987.

FLECK, MARCELO, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Revista de Saúde Pública**,v.34,n.2,p178-183.2000.

FIRST, MICHAEL, et al. **Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders - clinician version (SCID-CV)**. Washington (DC): American Psychiatric Press, p84, 1997.

GARCIA, J. **Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira**. Lisboa. Zairol, 1936.v.29,p234.

GAZALLE, FERNANDO KRATZ, et al. Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v.38, n.3, 2004.

GOMES H.S (Eds) Livraria Freias Bastos, **Medicina Legal**.1978.v.19,p244

GORESTEIN, C.; ANDRADE, L. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. **Revista de Psiquiatria Clínica** 25(5) – Edição especial. 1998.

HALL, R. C. W.; PLATT, D. E.; Suicide risk assessment: a review of risk factors for suicide in 100 patients who made severe suicide attempts. Evaluation of suicide risk in time of managed care. **Psychosomatics**, v.40, n.1, p18-27, 1999.

JASPERS, KARL. **Psicopatologia Geral**. 2. ed. São Paulo: Livraria Atheneu, 1987.

KAPLAN, H. I. Transtornos do Humor In: Kaplan, H I., Sadock, B. J., Grebb, J. A. (Eds) **Compêndio de Psiquiatria**. Porto Alegre: Artmed, 2002.p493-528.

KELLER, M.B.; BOLAND, R.J. Implications of failing to achieve successful long-term maintenance treatment of recurrent unipolar major depression. **Biological Psychiatry**, v.44, p 348-360.1998.

KESSLER, RONALD, et al. The epidemiology of major depressive disorder: results from National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) **The Journal of the American Medical Association**, v.289, p3095-3105, 2003.

_____. Sex and depression in the National Comorbidity Survey. I: Lifetime prevalence, chronicity and recurrence. **Journal of Affective Disorder**., n.29.v(2-3), p85-96.1993.

KOENIG, HERALD, et al.. Profile of depressive symptoms in young and older medical inpatients with major depression. **Journal of the American Geriatrics**.v.41,n.11,p1169-1176.1993.

LANGE, KEZIA, et al. Task instructions modulate neural responses to fearful facial expressions. **Biological Psychiatry**,v.53, p226-232.2003.

MARI, J.J.; JORGE, M.R.; KOKN, R.; Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos em adultos. In: Mello M.F., Mello A.A.F., Kohn R (Eds) **Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil**.Porto Alegre: Artmed,2006.pp119-141.

MELLO-SANTOS, C.; BERTOLETE, J. M.; WANG, YUAN-PANG. Epidemiology of suicide in Brazil (1980 - 2000): characterization of age and gender rates of suicide. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 27, n. 2, p131-134.2005.

MUELLER, TIMOTHY, et al. Recurrence after recovery from major depressive disorder during 15 years of observational follow-up. **American Journal of Psychiatry**, 156, p1000-1006, 1999.

MURRAY C.J.L.; LOPEZ A.D. The global burden of disease: a comprehensive assesstement of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. **Library of Congress Cataloging-in-Publication**. pp.236-237, 262-265, 383-384, 415-417, 820-831.1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.

ORTIGO K.M; WESTEN D; BRADLEY B. Personality subtypes of suicide adults. **The Journal of Nervous and Mental Disease**. v. 197, n. 9.p687-694.2009.

POWELL, VÂNIA, et al. Terapia cognitivo-comportamental da depressão. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. v.30,suppl.2,p.73-80.2008.

PUJOL, JESUS, et al. Beck depression inventory factors related to demyelinating lesions of the left arcuate fasciculus region. **Psychiatry Research: Neuroimage Section**,v.99,p151-159,2000.

RUPKE, S. J.; BLECKE, D.; RENFROW, M. Cognitive therapy for depression. **American Family Physician**. v.73,n.1,p83-86.2006.

SÁ JR, L. S. M.; Exame mental: Avaliação dos processos psicológicos afetivos (Eds) **Compêndio de psicopatologia e semiologia psiquiátrica**. Porto Alegre: Artmed, 2001.p183-233.

Exame mental: Avaliação do estado das funções impressivo-gnósticas (Eds) **Compêndio de psicopatologia e semiologia psiquiátrica**. Porto Alegre: Artmed, 2001.p148-172.

SAVOIA, M. G.; Descatastrofização In: Abreu, C. N., Guilhardi, H. J. (Eds) **Terapia Comportamental e Cognitivo – comportamental - Práticas Clínicas**. São Paulo: Roca, 2004.p336-341.

SCHER C. D.; SEGAL, Z. V.; INGRAM, R. E. Beck's theory of depression: origins, empirical status, and future directions for cognitive vulnerability. In: Leahy RL, editor. **Contemporary cognitive therapy: theory, research, and practice**. New York: Guilford Press; 2006.

SOARES, KARLA, et al. Sintomas depressivos entre os adolescentes e adultos de uma amostra populacional de três centros urbanos brasileiros: análise de dados do “Estudo Multicêntrico de Morbidade Psiquiátrica” **Revista de Psiquiatria Clínica**, 26(5) – Edição especial. 1999.

SOUGEY, E. B.; PETRIBU, K. Depressão In: Filgueira N. A.; Costa-Júnior, J. I.; Sá-Leitão, C.C.; Lucema, V.G.; Melo, H.R.L.; Brito, C.A.A. (Eds) **Condutas em clínica médica**. Rio de Janeiro: Medsi. 2004.p599-615.

STAHL, S.M. Depressão e transtornos bipolares In : Stahl,S.M (Eds) **Psicofarmacologia**. Rio de Janeiro: Medsi. 2002.p127-189.

TELLENBACH, H. La melancolia, Madrid, Edições Morata SA, 1976.

THE WHOQOL GROUP. Development of the World Health Organization WHOQOL-bref. Quality of Life Assesment . **Psychol Med**;28:551-8.1998.

THOMPSON, C.; Affective Disorders. In: Thompson C. (Ed). The instruments of Psychiatry Research London, **John Wiley and Sons Ltd**. p.87-126.1989.

TRICHARD, C.; MARTINOT, J. L.; ALAGILLE, M. Time course of prefrontal lobe dysfunction in severely depressed in patients: a longitudinal neuropsychological study. **Psychological Medicine**; v.25,p.79-85.1995.

VAM GASTEL, A.; SCHOTTE, C.; MAES, M. The prediction of suicidal intent in depressed patients. **Acta Psychiatry Scand**. Oct; v.96,n.4,p.254-259.1997.

VELLOSO, S. M. Estado mental. In: LÓPEZ, M.; LAURENTYS-MEDEIROS, J. **Semiologia médica**; as bases do diagnóstico clínico. 4ª ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2001; cap. 3, p.41-56.

VERAS, ANDRÉ BARCIELA, et al. Prevalência de transtornos depressivos e ansiosos em uma amostra ambulatorial brasileira de mulheres na menopausa . **Revista brasileira de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v.28, n.2,p.130-134. 2006.

VILHJALMSSON, R.; KRISTJANSDDOTTIR, G.; SVEINBJARNARDOTTIR, E. Factors associated with suicide ideation in adults. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v.33,p.97-103, 1998.

WEISSMAN, M. M.; BLAND, R. C.; CANINO, G. J.; Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. **The Journal of the American Medical Association**, v.276, p.293-299, 1996.

WILSON, R.L.; VAILLANT, G.E.; WELLS, V.E. A systematic review of the mortality of the of depression. **Psychosomatic Medicine**, v.61, p6-7. 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Figures and facts about suicide. Geneva: **OMS**; 1999.

9. APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Termo de consentimento livre e esclarecido

1. O projeto tem como objetivo avaliar as alterações do conteúdo do pensamento na depressão, que são mudanças na maneira de pensar sobre si e a vida, relacionados com a depressão.
2. Serei solicitado (a) a ler e responder questionário a respeito de dados de minha vida pessoal e como venho me sentindo ultimamente.
3. Terei liberdade para me recusar a participar ou retirar meu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalidade alguma e sem prejuízo ao meu cuidado.
4. Terei garantia de sigilo quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa, não é necessário colocar meu nome nos questionários. Os resultados poderão ser publicados, mas minha identidade não será revelada.
5. Esse trabalho beneficiará a comunidade a partir do momento que investiga com detalhes esta doença. Se durante a entrevista houver evidência que tenho o transtorno, receberei tratamento no serviço em questão.
6. Caso durante a pesquisa seja identificado que não tenho uma doença que preencha os requisitos para participação na mesma, receberei tratamento normalmente. Se houver em algum momento, devido à minha doença, qualquer indicação para internamento hospitalar, serei encaminhado (a) imediatamente para avaliação no hospital de referência, via ambulância do serviço.
7. Não precisarei ir à unidade de saúde onde sou atendido exclusivamente para preencher escalas ou fornecer dados para a pesquisa. Isto se dará durante as consultas regulares realizadas no serviço.

Declaro que após convenientemente esclarecido (a) pelo pesquisador e ter entendido o que me (nos) foi explicado, consinto voluntariamente em participar desta pesquisa.

Eu, _____, declaro para fins de participação em pesquisa, na condição de sujeito/representante legal do sujeito da pesquisa, que fui devidamente esclarecido (a) do projeto de pesquisa intitulado *Distorções do pensamento em pacientes deprimidos, sem sintomas psicóticos: Frequência e tipos.*, desenvolvido pelo pesquisador Heydrich Lopes Virgulino de Medeiros do curso de Mestrado em Neuropsiquiatria e Ciência do Comportamento da UFPE.

João Pessoa, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do participante

Assinatura do responsável legal

Declaração do pesquisador:

Declaro, pra fins de realização de pesquisa, ter elaborado este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido cumprindo as exigências da res. 196/96 do ministério da saúde e que obtive a assinatura da declarante acima qualificada de forma apropriada e voluntária. Coloco-me à disposição nos telefones (83) 3226-5403 e (83) 99317883 para qualquer eventualidade.

APÊNDICE 2 – Questionário sócio-demográfico

1 – Idade _____

2 – Naturalidade _____

3 – Ocupação _____

4 - Gênero ☐ Feminino ☐ Masculino

5 - Cor ☐ Branca ☐ Negra ☐ Parda

6 – Estado civil ☐ Solteiro (a) ☐ Casado (a) ☐ Divorciado (a) ☐ Viúvo (a)

☐ União consensual

7 – Escolaridade: ☐ Não alfabetizado (a) ☐ Fundamental incompleto

☐ Fundamental completo

☐ Ensino médio incompleto

☐ Ensino médio completo

☐ Superior incompleto

☐ Superior completo

8 – Situação empregatória ☐ Empregado ☐ Desempregado

APÊNDICE 3 – Características Clínicas

1 – Idade do primeiro episódio depressivo: _____

2 – Número de Episódios: ☐ 1 ☐ 2 a 3 ☐ 4 ou mais

3 – Número de internamentos em hospital psiquiátrico ou clínico decorrente de sintomas da depressão:

☐ Nenhum ☐ 1 ☐ 2 a 3 ☐ 4 ou mais

4 – Número de tentativas de suicídio: ☐ Nenhuma ☐ 1 ☐ 2 a 3 ☐ 4 ou mais

10. ANEXOS

ANEXO 1 - Escala WHOQOL-BREF

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

1 (muito ruim), (2) ruim, (3) nem ruim nem boa, (4) boa, (5) muito boa

1. Como você avaliaria sua qualidade de vida?

**1 2 3
4 5**

(1) muito insatisfeito, (2) insatisfeito, (3) nem satisfeito nem insatisfeito, (4) satisfeito, (5) 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.

(1) nada, (2) muito pouco, (3) mais ou menos, (4) bastante, (5) 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.

(1) nada, (2) muito pouco, (3) médio, (4) muito, (5) 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.

(1) muito ruim, (2) ruim, (3) nem ruim nem bom, (4) bom muito, (5) bom

- | | |
|---|----------------------|
| 15. Quão bem você é capaz de se locomover? | 1 2 3
4 5 |
| (1) muito insatisfeito, (2) insatisfeito, (3) nem satisfeito nem insatisfeito, (4) satisfeito, (5) 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, | 1 2 3 |

conhecidos, colegas)?	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.

(1) nunca, (2) algumas vezes, (3) frequentemente, (4) muito frequentemente, (5) sempre

26. Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1 2 3 4 5
---	--------------

ANEXO 2 - Inventário de Beck para depressão

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) diante da afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira como você tem se sentido nesta semana, incluindo hoje. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.

1. 0 Não me sinto triste.
1 Eu me sinto triste.
2 Estou sempre triste e não consigo sair disso.
3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.
2. 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.
1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.
2 Acho que nada tenho a esperar.
3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.
3. 0 Não me sinto um fracasso.
1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.
2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.
3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.
4. 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes.
1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes.
2 Não encontro um prazer real em mais nada.
3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.
5. 0 Não me sinto especialmente culpado.
1 Eu me sinto culpado às vezes.
2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.
3 Eu me sinto sempre culpado.
6. 0 Não acho que esteja sendo punido.
1 Acho que posso ser punido.
2 Creio que vou ser punido.
3 Acho que estou sendo punido.
7. 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo.
1 Estou decepcionado comigo mesmo.
2 Estou enojado de mim.
3 Eu me odeio.
8. 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.
1 Sou crítico em relação a mim devido a minhas fraquezas ou meus erros.

- 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas.
 - 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.
- 9. 0** Não tenho quaisquer idéias de me matar.
- 1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria.
 - 2 Gostaria de me matar.
 - 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.
- 10. 0** Não choro mais que o habitual.
- 1 Choro mais agora do que costumava.
 - 2 Agora, choro o tempo todo.
 - 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo mesmo que o queira.
- 11. 0** Não sou mais irritado agora do que já fui.
- 1 Fico molestado ou irritado mais facilmente do que costumava.
 - 2 Atualmente me sinto irritado o tempo todo.
 - 3 Absolutamente não me irrita com as coisas que costumavam irritar-me.
- 12. 0** Não perdi o interesse nas outras pessoas.
- 1 Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.
 - 2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.
 - 3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.
- 13. 0** Tomo decisões mais ou menos tão bem como em outra época.
- 1 Adio minhas decisões mais do que costumava.
 - 2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.
 - 3 Não consigo mais tomar decisões.
- 14. 0** Não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser.
- 1 Preocupo-me por estar parecendo velho ou sem atrativos.
 - 2 Sinto que há mudanças permanentes em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos.
 - 3 Considero-me feio.
- 15. 0** Posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes.
- 1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.
 - 2 Tenho de me esforçar muito até fazer qualquer coisa.
 - 3 Não consigo fazer nenhum trabalho.
- 16. 0** Durmo tão bem quanto de hábito.
- 1 Não durmo tão bem quanto costumava.
 - 2 Acordo uma ou duas horas mais cedo do que de hábito e tenho dificuldade para voltar a dormir.
 - 3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade para voltar a dormir.
- 17. 0** Não fico mais cansado que de hábito.
- 1 Fico cansado com mais facilidade do que costumava.
 - 2 Sinto-me cansado ao fazer quase qualquer coisa.
 - 3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.

18. 0 Meu apetite não está pior do que de hábito.

1 Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser.

2 Meu apetite está muito pior agora.

3 Não tenho mais nenhum apetite.

19. 0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.

1 Perdi mais de 2,5 Kg.

2 Perdi mais de 5,0 Kg.

3 Perdi mais de 7,5 Kg.

Estou deliberadamente tentando perder peso, comendo menos: SIM () NÃO ()

20. 0 Não me preocupo mais que o de hábito com minha saúde.

1 Preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições ou perturbações no estômago ou prisão de ventre.

2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa que não isso.

3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa.

21. 0 Não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual.

1 Estou menos interessado por sexo que costumava.

2 Estou bem menos interessado em sexo atualmente.

3 Perdi completamente o interesse por sexo

Anexo 3 - SCID-I para Episódio Depressivo

	EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR	CRITÉRIOS PARA EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR
	Agora eu vou lhe fazer mais algumas perguntas sobre o seu humor.	<i>NOTA:</i> Critério B (isto é., não preenche critérios para um Episódio Misto) foi omitido da SCID. A. Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de 2 semanas e representam uma alteração a partir do funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda do interesse ou prazer.
A1	No mês passado... ...houve um período em que você se sentia deprimido ou triste a maior parte do dia, quase todos os dias? (Como era isso?) SE SIM: Quanto tempo isso durou? (Pelo menos 2 semanas?)	(1) humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, indicado por relato subjetivo (por ex., sente-se triste ou vazio) ou observação feita por outros (por ex., chora muito). Nota: Em crianças e adolescentes, pode ser humor irritável. ? - +
A2	...e quanto a perder o interesse ou o prazer em coisas das quais você geralmente gostava?	(2) interesse ou prazer acentuadamente diminuídos por todas ou quase todas as ? - +

SE SIM: Isso era quase todos os dias? Quanto tempo durou? (Pelo menos 2 semanas?)	atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (indicado por relato subjetivo ou observação feita por outros)
--	---

Se **nem A1 ou A2** for codificado como “+” durante o mês atual, avalie Episódio Depressivo Maior, perguntando as questões A1 e A2 novamente, procurando por episódios ao longo da vida, e começando com “Você já teve...”

SE PELO MENOS UM PERÍODO DEPRESSIVO PASSADO: Você já esteve mais do que uma vez assim? Qual desses período foi o pior?

Se **nem A1 ou A2** já foi codificado como “+”, vá para **A16**, pág. 08 (*Episódio Maníaco*).

PARA AS SEGUINTE
QUESTÕES, FOCALIZE NO
PIOR PERÍODO DE 2 SEMANAS:

Durante [PERÍODO DE 2
SEMANAS]...

A3

...você perdeu ou ganhou peso?
(Quanto? Você estava tentando
emagrecer?)

SE NÃO: Como estava o seu
apetite? (E em comparação ao
seu apetite habitual? Você teve
que se forçar a comer?
Comia (mais/menos) que o seu
normal? Isso ocorria quase todos
os dias?)

(3) perda ou ganho significativo de ? - +
peso sem estar em dieta (por ex.,
mais de 5% do peso corporal em
1 mês), ou diminuição ou
aumento do apetite quase todos
os dias. **Nota:** Em crianças,
considerar falha em apresentar os
ganhos de peso esperados.

A4

...como estava o seu sono?
(Dificuldade em pegar no sono,

(4) insônia ou hipersonia quase ? - +
todos os dias

despertar frequente, dificuldade em se manter dormindo, acordar cedo demais, OU dormir demais?

Quantas horas por noite, comparado com o seu habitual? Isso ocorria quase todos os dias?)

A5

...você estava tão agitado ou impaciente que era incapaz de ficar quieto? (Era tão intenso que as pessoas percebiam? O que elas percebiam? Isso ocorria quase todos os dias?)

(5) agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observáveis por outros, não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento)

? - +

SE NÃO: E quanto ao contrário

- falar ou mover-se mais

lentamente do que o seu normal? (Era tão intenso que as outras pessoas percebiam? O que elas percebiam? Isso ocorria quase todos os dias?)

NOTA: CONSIDERAR TAMBÉM O COMPORTAMENTO DURANTE A ENTREVISTA.

A6

...como estava a sua disposição? (Cansado o tempo todo? Quase todos os dias?)

(6) fadiga ou perda de energia quase todos os dias

? - +

A7

...como você se sentia sobre você mesmo? (Inútil? Quase todos os dias?)

(7) sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada (que pode ser delirante), quase todos os dias (não meramente auto-recriminação ou culpa por estar doente)

? - +

SE NÃO: E quanto a se

sentir culpado a respeito de coisas que você fez ou deixou de fazer?

(Quase todos os dias?)

NOTA: CODIFIQUE COMO “-”
SE APENAS BAIXA AUTO-
ESTIMA.

A8

...você teve dificuldades em pensar
ou em se concentrar? (Com que tipo
de coisas isso interferia? Quase
todos os dias?)

(8) capacidade diminuída de pensar ? - +
ou concentrar-se, ou indecisão,
quase todos os dias (por relato
subjetivo ou observação feita por
outros)

SE NÃO: Era difícil tomar
decisões sobre coisas
cotidianas?

A9

...as coisas estavam tão ruins que
você pensava muito na morte, ou
que seria melhor morrer? E quanto
a pensar em se matar?

(9) pensamentos recorrentes de ? - +
morte (não apenas medo de
morrer), ideação suicida
recorrente sem um plano
específico, tentativa de suicídio
ou plano específico para cometer
suicídio

SE SIM: Você fez alguma
coisa para se matar?

A10

PELO MENOS 5 DE A(1)-A(9) ? - +
SÃO CODIFICADOS COMO

**“+” E PELO MENOS UM
DESTES É O ITEM A(1) OU
A(2).**

Se **A10** for codificado como “-” (isto é, menos que cinco são codificados como “+”) pergunte o seguinte se não souber:

Já houve outras vezes em que você estava deprimido e teve alguns destes sintomas sobre os quais acabamos de conversar?

Se “sim”, volte para **A1**, pág. 04, e pergunte sobre aquele episódio.

Se “não”, vá para **A16**, pág. 08 (*Episódio Maníaco*).

A11

SE NÃO ESTIVER CLARO: A
depressão atrapalhou o seu
trabalho, os cuidados com a sua
casa ou o seu relacionamento com
as outras pessoas?

C. Os sintomas causam sofrimento ? - +
cl clinicamente significativo ou
prejuízo no funcionamento social
ou ocupacional ou em outras
áreas importantes da vida do
indivíduo.

Se **A11** for codificado como “-” (isto é, os sintomas não são clinicamente significativos) pergunte o seguinte, se ainda não souber:

Já houve outras vezes em que você estava deprimido e isso atrapalhou sua vida?

Se “sim”, volte para **A1**, pág. 04, e pergunte sobre aquele episódio.

Se “não”, vá para **A16**, pág. 08 (*Episódio Maníaco*).

A12

Um pouco antes disso começar,
você estava fisicamente doente?

Um pouco antes disso começar,
você estava tomando algum

D. Os sintomas não se devem aos ? - +
efeitos fisiológicos diretos de
uma substância (por ex., droga
de abuso ou medicamento) ou de
uma condição médica geral (por

remédio?

ex., hipotireoidismo).

SE SIM: Houve alguma mudança na quantidade que você estava tomando?

Um pouco antes disso começar, você estava bebendo ou usando alguma droga?

Condições médicas gerais etiolologicamente relacionadas com depressão maior incluem doença neurológica degenerativa (por ex., mal de Parkinson), doença cerebrovascular (por ex., AVC), condições metabólicas (por ex., deficiência de vitamina B₁₂), condições endócrinas (por ex., hiper- e hipotireoidismo, hiper- e hipoadrenalismo), infecções virais ou outras (por ex., hepatite, mononucleose, HIV), e certos tipos de câncer (por ex., carcinoma de pâncreas)

Substâncias etiolologicamente relacionadas com depressão maior incluem álcool, anfetaminas, cocaína, alucinógenos, inalantes, opióides, fenciclidina, sedativos, hipnóticos, ansiolíticos. Medicamentos incluem anti-hipertensivos, contraceptivos orais, corticosteróides, esteróides anabólicos, agentes antineoplásicos, analgésicos, anticolinérgicos, medicações cardíacas.

Se **A12** for codificado como “-” (isto é, o transtorno de humor é devido a substância ou condição médica geral), pergunte o seguinte:

Já houve outras vezes em que você estava deprimido e isso não era por causa de [CONDIÇÃO MÉDICA GERAL / USO DE SUBSTÂNCIA]?

Se “sim”, volte para **A1**, pág. 04, e pergunte sobre aquele episódio.

Se “não”, vá para **A16**, pág. 08 (*Episódio Maníaco*).

A13

SE NÃO SOUBER: Isso começou logo após alguém que lhe era próximo ter morrido?

E. Os sintomas não são melhor explicados por Luto, ou seja, após a morte de um ente querido, os sintomas persistem por mais de 2 meses ou são caracterizados por acentuado prejuízo funcional, preocupação mórbida com desvalia, ideação suicida, sintomas psicóticos ou retardo psicomotor. ? - +

Se **A13** for codificado como “-” (isto é, o transtorno de humor é melhor explicado por Luto), pergunte o seguinte:

Já houve outras vezes em que você estava deprimido e isso não era devido à perda de um ente querido?

Se “sim”, volte para **A1**, pág. 04, e pergunte sobre aquele episódio.

Se “não”, vá para **A16**, pág. 08 (*Episódio Maníaco*).

A14

SE NÃO SOUBER: Você teve (SINTOMAS CODIFICADOS COMO “+” ACIMA) no último mês?

CRITÉRIOS A, C, D e E SÃO CODIFICADOS COMO “+”
(FAÇA O DIAGNÓSTICO DE EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR) ? - +

