

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**  
**FACULDADE DE MEDICINA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS: PSIQUIATRIA**

**ANA FLÁVIA BARROS DA SILVA LIMA**

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E FATORES PREDITORES DE  
REMISSÃO DE SINTOMAS EM PESSOAS COM DEPRESSÃO MAIOR  
ACOMPANHADAS ATRAVÉS DE UM ESTUDO LONGITUDINAL EM UM  
SERVIÇO DE CUIDADOS PRIMÁRIOS**

**Porto Alegre, Janeiro de 2008**

**ANA FLÁVIA BARROS DA SILVA LIMA**

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E FATORES PREDITORES DE  
REMISSÃO DE SINTOMAS EM PESSOAS COM DEPRESSÃO MAIOR  
ACOMPANHADAS ATRAVÉS DE UM ESTUDO LONGITUDINAL EM UM  
SERVIÇO DE CUIDADOS PRIMÁRIOS**

**Tese apresentada como requisito parcial  
para a obtenção do título de Doutora em  
Psiquiatria, à Universidade Federal do Rio  
Grande do Sul, Faculdade de Medicina,  
Programa de Pós-Graduação em Ciências  
Médicas: Psiquiatria.**

**ORIENTADOR:**

**PROF. DR. MARCELO PIO DE ALMEIDA FLECK**

**Porto Alegre, Janeiro de 2008**

*"A ignorância afirma ou nega veementemente, a ciência duvida."*

*Voltaire*

*Dedico esta tese ao meu pai  
Gabriel Niemeyer da Silva Lima,  
pelo seu carinho, dedicação aos filhos  
e por ter me ensinado como um exemplo de médico,  
que o bem maior no exercício da medicina  
é a busca do respeito e da qualidade de vida dos pacientes.*

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Prof. Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck, orientador desta dissertação, pela convívio ao longo de todos estes anos, compartilhando o seu profundo conhecimento em pesquisa de uma forma atenciosa e muito ética.

Aos coletadores do grupo LIDO pela incansável colaboração neste estudo, sem os quais provavelmente não seria possível a sua realização .

Aos colegas do Grupo Brasileiro de Pesquisa em Qualidade de vida do HCPA, principalmente as colegas Neusa Sica da Rocha e Luciane Cruz pelo apoio e críticas valiosas.

Aos pacientes do Serviço Comunitário do Grupo Hospitalar Conceição pela participação neste estudo.

À Sra. Vânia Naomi Hirakata pela assessoria na análise estatística.

Aos colegas e amigos Dr. Sérgio Lousada e Dr. Gustavo Schestasky, pelo apoio e contribuição no banco de dados.

Aos meus pais Gabriel e Miriam e aos meus irmãos Cláudia e Paulo, pelo carinho e auxílio constantes.

Para o meu marido Marcelo por todo o seu amor e apoio incondicional para a realização deste trabalho.

Para o meu filho Pedro por me trazer muita felicidade e a chance de vivenciar o amor incondicional de mãe.

À Indústria Farmacêutica Eli Lilly e ao FIPE, pelo auxílio financeiro.

E a todos que de alguma forma colaboraram na realização desta dissertação.

## LISTA DE TABELAS

### - Artigo 2 - Subsyndromal depression: an impact on quality of life?

Table 1 - Demographic characteristics of the sample and the mean CES-D, WHOQOL- BREF, and QLDS scores according to the severity of depressive symptoms	68
Table 2 - Hierarchical regression of the variables correlated with the physical domain - WHOQOL-BREF	69
Table 3 - Hierarchical regression of the variables correlated with the psychological domain – WHOQOL-BREF72	70
Table 4 - Hierarchical regression of the variables correlated to the social domain – WHOQOL-BREF	71
Table 5 - Hierarchical regression of the variables correlated with the environmental domain – WHOQOL-BREF	72
Table 6 - Hierarchical regression of the variables correlated with the overall domains – WHOQOL-BREF	73

### - Artigo 3 - Quality of life and depression: distinct or complimentary concepts? Principal components analysis

Table 1 - Demographic characteristics of the sample and mean scores in CES- D, WHOQOL- BREF according to the severity of depressive symptoms	92
Table 2 - Saturation coefficient for items in WHOQOL-BREF and CES-D scales in relation to 6 factors	93

### - Artigo 4 - Quality of life, diagnoses and treatment of patients with major depression: a prospective cohort study in primary care

Table 1 - Demographic data, clinical characteristics in the baseline	135
--	-----

Graphic 1 - Average scores for WHOQOL domains measured at baseline, 6 weeks, 3 months and 9 months	136
Graphic 2 - Average scores for SF-12 physical and mental, CES-D, QLDS and MHI-5 instruments measured at baseline, 6 weeks, 3 months and 9 months	137
Table 2 - Mixed Model Analysis	138
<b>- Artigo 5 - Predictors of Depression Remission in a Primary Care Study</b>	
Table 1 - Baseline characteristics of the subjects with total or partial remission of depressive symptoms	186
Table 2 - Step I - Logistic regression using socio-demographic data	187
Table 3 - Step II - Logistic regression using socio-demographic data and depression as covariates	188
Table 4 - Step III - Logistic regression using socio-demographic data, depression and comorbidity as covariates	189
Table 5 - Step IV - Logistic regression using socio-demographic data, depression, comorbidity and quality of life variables as covariates	190
Table 6 - Step V - Logistic regression using socio-demographic data, depression, comorbidity, quality of life, key life events and treatment of depression variables as covariates	191



## LISTA DE ABREVIATURAS

- ECA - Epidemiological Catchment Area
- NCS - National comorbidity Survey
- HDRS-17 - Hamilton Depression Rating Scale
- WHOQOL - World Health Organization Quality of Life
- SF-36 - Medical Outcomes Study short form
- CES-D - Centers for Epidemiologic Studies Depression
- WHOQOL-BREF - World Health Organization Instrument to Assess Quality of Life-Bref
- LIDO - Longitudinal Investigation Depression Outcome
- CIDI - Composite International Diagnostic Interview
- QLDS - Quality of Life Depression
- SF-12 - Medical Outcomes Study Short-Forms - subescala do SF-36
- MHI-5 - Mental Health investigation - é uma subescala do Medical Outcomes Study Short - Forms
- SCL-90 - Symptom Checklist-90 (subescala para ansiedade)

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	REVISÃO DA LITERATURA	23
	- Artigo 1 - Qualidade de vida e depressão: uma revisão da literatura	23
3	OBJETIVOS	49
	- Artigo 2 - Subsyndromal depression: an impact on quality of life?	50
	- Artigo 3 - Quality of life and depression: distinct or complimentary concepts? Principal components analysis	74
	- Artigo 4 - Quality of life, diagnoses and treatment of patients with major depression: a prospective cohort study in primary care	117
	- Artigo 5 - Predictors of Depression Remission in a Primary Care Study	162
3	ASPECTOS ÉTICOS	221
4	CONCLUSÃO	222
6	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	225
	ANEXOS	233

## RESUMO

**Introdução:** A associação entre qualidade de vida e depressão já está bem estabelecida na literatura. A presença de sintomas depressivos afeta todos domínios de qualidade de vida e quando comparada com outras condições clínicas é o que traz mais prejuízos para a vida dos sujeitos. Apesar da forte correlação entre estas duas medidas, ainda existem muitas dificuldades metodológicas para a definição do conceito de qualidade de vida, assim como para a confirmação se depressão e qualidade de vida são construtos distintos, ou semelhantes. Além da qualidade de vida, outro desfecho clínico relevante na avaliação destes indivíduos é a remissão dos sintomas depressivos. Os dados encontrados ainda demonstram resultados contraditórios não permitindo conclusões sobre o assunto. **Objetivo:** O presente estudo teve como objetivo geral avaliar a qualidade de vida bem como fatores preditores de remissão de sintomas depressivos em sujeitos com transtorno depressivo maior que foram acompanhados ao longo de um ano, provenientes de unidades de cuidados primários. **Metodologia:** Foram incluídos 179 sujeitos com transtorno depressivo maior atual. Foram realizadas visitas na entrada do estudo 6 semanas, 3 meses, 9 meses e 12 meses. Os principais instrumentos utilizados foram WHOQOL-BREF, SF-12, MHI5, CIDI, CES-D e Condições concorrentes. Foram realizados Teste qui-quadrado para comparações de variáveis categóricas, e Teste T-student, como ANOVA para variáveis contínuas. Para avaliação dos construtos de depressão e qualidade de vida utilizou-se análise fatorial exploratória através da análise de componentes principais. Um modelo de Regressão Linear Hierárquica foi

proposto para análise da variável dependente qualidade de vida, assim como um modelo através de Regressão Logística Hierárquica para análise da variável dependente remissão de sintomas depressivos. Para avaliação do seguimento dos sujeitos ao longo de 9 meses foi utilizado a análise de Mixed model. **Resultados:** Esta tese originou quatro artigos. O primeiro artigo apresentou como resultado principal o impacto da depressão subsindrômica na qualidade de vida, sendo semelhante aos sujeitos com depressão maior. O segundo artigo sugeriu que qualidade de vida e depressão são construtos diferentes, apesar de estarem correlacionados. O terceiro artigo demonstrou que os pacientes acompanhados ao longo de 9 meses apresentaram pequenas mudanças nos escores de qualidade de vida aferidos por diversos instrumentos e que estas mudanças não ocorreram rapidamente. A maioria dos sujeitos persistiu com sintomas depressivos, não recebendo tratamento adequado para o transtorno depressivo maior. O quarto artigo demonstrou baixo índice de remissão dos sintomas depressivos ao final do estudo, assim como a presença de ansiedade com um preditor negativo de remissão de sintomas. **Conclusões:** Sujeitos com transtorno depressivo maior em cuidados primários de saúde não recebem tratamento adequado, adquirindo baixos índices de remissão como importantes prejuízos na qualidade de vida. Estes dados ressaltam a importância da detecção e do tratamento precoce do transtorno depressivo nessa população. Uma vez que há uma carência de recursos para o tratamento especializado no Brasil, é fundamental a implementação de medidas de treinamento entre os profissionais de cuidados primários para o reconhecimento e instituição de medidas terapêuticas eficazes para reduzir a morbidade causada pela depressão.

**Palavras-chave:** Qualidade de vida, depressão, preditores de remissão.

## ABSTRACT

**Introduction:** The association between quality of life and depression is already a well discussed topic in literature. The presence of depressive symptoms affects all dimensions of quality of life and, when compared to other clinic conditions, is the one that presents more impairments in the subjects' lives. Although there is a strong correlation between these two measures, there are still many methodological difficulties to define the quality of life concept, as well as to confirm if depression and quality of life are distinctive constructs, or similar ones. Besides quality of life, another relevant outcome to evaluate these individuals is remission of depressive symptoms. The data found demonstrates contradictory results, not enabling any conclusions concerning this matter. **Objective:** The present study had as general objective to evaluate quality of life, as well as predicting factors of remission of depressive symptoms in subjects with major depressive disorder who were followed for a year. These subjects have been selected from primary care units. **Methodology:** There were included 179 subjects with major depressive disorder. There were follow-ups at the beginning of the study, 6 weeks later, 3 months later, 9 months later and 12 months later. The main instruments used were WHOQOL-BREF, SF-12, MHI5, CIDI, CES-D, as well as co-morbid conditions. We performed Chi-Square Test, to compare categorical variables, and T-student Test, such as ANOVA, for continuous variables. To evaluate the depression and quality of life constructs, we used exploratory factor analysis by analyzing the principal components. A Hierarchic Linear Regression model has been proposed to analyze the dependent

variable “quality of life”, as well as a model through Hierarchic Logistic Regression to analyze the dependent “depressive symptoms’ remission”. To evaluate the subjects’ follow-up during 9 months the Mix Model Analysis was used. **Results:** This thesis originated four articles. The first one presented as main result the impact of subsyndromic depression in quality of life, which was to major depression subjects. The second article suggested that quality of life and depression are different constructs, although correlated. The third article demonstrated that patients followed during 9 months presented small differences in quality of life scores measured by several instruments and that these changes did not happen quickly. Most of the subjects continued having depressive symptoms, and did not receive adequate treatment for major depressive disorder. The fourth article demonstrated low level of remission of depressive symptom at the end of the study, as well as the presence of anxiety as a negative predictor of symptoms’ remission. **Conclusions:** Subjects with major depressive disorder in primary health care do not receive proper treatment, thus they reach low levels of remission. This is very prejudicial to the subjects’ quality of life. The data presented here highlight the importance of detecting and treating depressive disorder in its early stage for this population. Since there is a lack of resources for specialized treatment in Brazil, it is fundamental to implement training policies among primary care professionals in order to recognize and provide effective therapeutic measures to reduce morbidity caused by depression.

**Key-words:** Quality of life, depression, predictors of remission.

## 1 INTRODUÇÃO

A Depressão é considerada uma das principais causas de morbidade no mundo (Hays et al., 1995; Murray et al., 1997; Kessler et al., 2003). Segundo o Global Burden of Disease, o transtorno depressivo maior é a quarta causa de incapacitação quando comparado com qualquer outra condição médica e será a segunda causa de sobrecarga em 2020 (Murray et al., 1997). Além dos prejuízos que provoca na qualidade de vida dos sujeitos, a depressão é associada a menos dias de trabalho e ao aumento da utilização de recursos de saúde, como períodos prolongados de hospitalização (Spitzer et al., 1995; Stewart et al., 2003; Lubert et al., 2000).

Dados epidemiológicos revelam que o transtorno depressivo maior acomete entre 6-17% da população americana ao longo da vida (Blazer, 1995). No Brasil, apesar de poucos estudos, estes índices encontram-se entre 3-16% (Almeida-Filho et al., 1997; Villano, 1998; Fraguas et al., 2002; Andrade et al., 2002). Em relação ao seu curso, cerca de 80% dos pacientes apresentarão em média quatro novos episódios ao longo da vida. Aproximadamente, 12% dos sujeitos apresentam um curso crônico sem remissão total dos sintomas e a duração média de uma crise é de 20 semanas (Fleck et al., 2003). Estes dados demonstram que este transtorno leva a um importante comprometimento funcional, psicossocial, assim como ocupacional. Cabe salientar que a depressão que não preenche todos os critérios para um transtorno depressivo maior (ou seja, a depressão subsindrômica), também é associada com morbidade (Hays et al., 1995; Wells et al., 1989; Judd et al., 1996).

Portanto, apesar dos sintomas depressivos serem mais leves em cuidados primários, também parecem apresentar um grande impacto, tanto pelo número de pessoas que são acometidas, assim como pela utilização dos recursos de saúde disponíveis (Goldney et al., 2004; Sartorius et al., 1993).

Estudos recentes sobre depressão em setores de cuidados primários demonstram que, apesar da menor gravidade do transtorno, a prevalência dos sintomas depressivos nesta população é robusta, acometendo até 35% dos sujeitos (Blazer, 1995; Sartorius et al., 1993; Wells et al., 1989). Esses pacientes geralmente apresentam altos índices de comorbidades, baixos níveis de funcionamento e alto consumo de recursos médicos (Wells et al., 1989; 1988). Estima-se que esses sujeitos são altamente consumidores de serviços de saúde, excedendo as despesas em até duas vezes mais que em indivíduos sem depressão (Wells et al., 1989; 1988). Os custos anuais diretos e indiretos associados ao transtorno depressivo chegam a 44 bilhões de dólares nos EUA e a 9 bilhões na Inglaterra (Greenberg et al., 1993; Weich et al., 2007).

Apesar da alta prevalência de sintomas depressivos em serviços de cuidados primários, ainda há dificuldades para o reconhecimento da depressão nesta população. Estima-se que 50-60% dos casos não são detectados e que o diagnóstico é realizado em média quatro anos após o surgimento dos primeiros sintomas depressivos (Wells et al., 1989; 1988; McQuaid et al., 1999; Johnson et al., 1992; Kessler et al., 1995; Thompson et al., 2001). Pacientes com depressão subsindrômica apresentam risco de 8% de apresentarem episódios depressivos maiores, comparados com 1,8% de sujeitos que previamente não apresentam sintomas depressivos (Cuijpers et al., 2004). Com a instituição do tratamento correto, a morbi-mortalidade provocada pela depressão poderia ser prevenida em até 70%



(Docherty, 1997). Portanto, a detecção precoce de depressão subsindrômica, assim como o tratamento adequado, é fundamental para a recuperação destes pacientes em cuidados primários.

Provavelmente, vários fatores parecem contribuir com as dificuldades encontradas para realização do diagnóstico, como também para o tratamento destes sujeitos. A presença de outras comorbidades, assim como de sintomas depressivos subliminares provoca um reconhecimento inadequado dos transtornos depressivos (Thompson et al., 2001; Bech et al., 2003). Por outro lado, percepção, atitudes e preferências dos pacientes em relação à depressão e ao seu tratamento; características do sistema de saúde; barreiras encontradas para o acesso aos recursos disponíveis; atitudes e treinamento dos profissionais em relação à depressão parecem influenciar a detecção como a aderência a um tratamento (Weich et al., 2007; Viinamäki et al., 2006; Simon et al., 2004; Kisely et al., 2000). Cabe salientar que, mesmo que o transtorno tenha sido reconhecido adequadamente, isso não assegura a instituição de tratamento adequado (Young et al., 2001; Simon et al., 1999; Kisely et al., 2000). Vários estudos demonstram baixas taxas de aderência às recomendações de guidelines para intervenções como psicoterapia ou farmacoterapia. Somente 25 % dos pacientes recebem e aderem a tratamentos baseados nessas diretrizes (Young et al., 2001; Simon et al., 1999; Hepner et al., 2007). Entre os médicos, somente 1/3 das recomendações são seguidas (Hepner et al., 2007). Portanto, o subdiagnóstico dos transtornos depressivos, bem como a falta de implementação de tratamentos adequados em cuidados primários exerce um impacto na vida dos sujeitos que não se restringe somente à presença de sintomas, levando a prejuízos também na qualidade de vida.

O transtorno depressivo provoca maiores prejuízos na qualidade de vida do que as outras condições médicas e parece afetar todas as dimensões de qualidade de vida (Spitzer et al., 1995; Kessler et al., 1995; Meyer et al., 2004; Wells et al., 1999; Ravindran et al., 2002; Kessler et al., 1998; Bonicatto et al., 2001). Também traz conseqüências adversas para a vida dos sujeitos, como níveis maiores de tensão em atividades domésticas, irritabilidade social, *stress* financeiro, limitações no funcionamento ocupacional, pior *status* de saúde, mais dias perdidos de trabalho, menor escolaridade, um número maior de gestações na adolescência e maior índice de divórcios do que em sujeitos sem sintomas (Johnson et al., 1992; Kessler et al., 1995; McCall et al., 1999; Kessler et al., 1997; 1998). Apesar de já estar bem demonstrada, através da literatura, a existência da associação entre qualidade de vida e depressão, os estudos ainda não são conclusivos se há de fato uma associação, ou se esses conceitos são semelhantes, levando a correlações espúrias (Guyatt et al., 1993; Berlim et al., 2007; Katsching, 1997; Aigner et al., 2006; Rapaport et al., 2005; Kuehner et al., 2005; Papakostas et al., 2004).

Além das conseqüências adversas que traz para a qualidade de vida, a depressão, quando não reconhecida ou tratada adequadamente, provoca mudanças no curso do transtorno. Dentre as variáveis de desfechos clínicos, a remissão dos sintomas depressivos provavelmente é um dos de maior relevância. Entre os estudos há uma grande variabilidade em relação às taxas de remissão encontradas com índices entre 24-68% (Viinamäki et al., 2006; O'Leary et al., 2000; Ezquiaga et al., 2004; Goldberg et al., 2004). A diversidade de instrumentos e critérios utilizados para detecção de remissão e de tratamentos aplicados, assim como a utilização de populações diversas provenientes da comunidade, de serviços de cuidados primários ou terciários, contribuem para essas diferenças (Bagby et al., 2002). Os

dados sobre as variáveis preditoras de remissão ainda são bastante inconclusivos, apresentando dados mistos (Papakostas et al., 2004; Ezquiaga et al., 2004; Bagby et al., 2002; Barnett-Meyers et al., 2002). Entretanto, apesar da complexidade deste tema, é relevante o estudo dos fatores associados a mudanças nos transtornos depressivos, uma vez que permitem diferenciar os pacientes que necessitam de algum tratamento específico daqueles que apresentam uma evolução mais favorável para recuperação de sintomas.

Até o presente momento, não existem estudos nacionais sobre a associação entre qualidade de vida e depressão em serviços de cuidados primários, assim como os dados relacionados a fatores preditores de remissão de sintomas depressivos ainda são controversos. Portanto, a relevância deste estudo baseia-se na constatação de que: 1) apesar das depressões subsindrômicas apresentarem-se geralmente através de sintomas leves a moderados, são de alta prevalência nos serviços de cuidados primários, causando um impacto tanto na vida das pessoas, como nas despesas com a utilização de recursos de saúde. O estudo da qualidade de vida nesses sujeitos possibilita um conhecimento mais amplo do comprometimento causado pelos transtornos depressivos não relacionados somente à presença ou à ausência de sintomas; 2) a identificação dos fatores preditores de remissão de sintomas pode diferenciar quais variáveis são relevantes para melhora nestes pacientes, auxiliando no desenvolvimento de estratégias tanto preventivas como terapêuticas mais específicas. Desta forma, o conceito de recuperação passa a ser baseado não somente nos sintomas dos sujeitos, mas inclui aspectos mais abrangentes da vida, como sensação de bem-estar e funcionalidade (Fava et al., 2007).

A presente tese foi oriunda dos dados nacionais obtidos através do estudo Longitudinal Investigation Depression Outcomes (LIDO). Este projeto apresentou um delineamento de coorte multicêntrico realizado em 6 centros (Austrália, Brasil, Espanha, Israel, Estados Unidos e Rússia) em que os sujeitos que utilizavam serviços de cuidados primários e apresentavam o diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior - episódio atual foram acompanhados ao longo de um ano. No Brasil, foi realizada uma entrevista de rastreamento (screening) em 2475 usuários de três serviços de cuidados primários na cidade de Porto Alegre, que participaram do estudo de forma consecutiva, a partir de sua chegada no posto de saúde, no período de agosto de 1998 a março de 1999. Os indivíduos que pontuavam um escore maior ou igual a 16 no CESD eram convidados a participar de uma entrevista mais detalhada para a confirmação ou não de um episódio depressivo maior recente, através do *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI). A amostra Brasileira foi composta por 179 casos, com diagnóstico de Transtorno Depressivo maior que foram acompanhados por um período de 1 ano. Durante o seguimento do estudo, 7 sujeitos não foram encontrados, 12 não completaram todas medidas, 1 sujeito foi excluído e 4 se recusaram a continuar no estudo, totalizando um n final de 155 sujeitos.

Este projeto resultou em várias publicações, sendo os principais 6 estudos com os dados internacionais e até o presente momento 2 estudos com os dados nacionais. Os estudos apresentam conteúdo bem variado, desde associação entre qualidade de vida e depressão, até estudos sobre utilização de recursos em pacientes depressivos em cuidados primários, que serão apresentados conforme tabela abaixo:

**Tabela 1. Estudos provenientes dos dados obtidos através do LIDO**

<b>Autores</b>	<b>Título</b>	<b>Resultados</b>	<b>Conclusões</b>
Diehr PH, Derleth AM, McKenna SP, Martin ML, Bushnell DM, Simon G, Patrick DL. (2006) <sup>29</sup>	Synchrony of change in depressive symptoms, health status, and quality of life in persons with clinical depression.	Status mental - medida com maior mudança Qualidade de vida- mudança intermediária Status Físico –menor mudança	Em sujeitos clinicamente depressivos, medidas de saúde mental e física, assim como qualidade de vida mostraram associações longitudinais consistentes com medidas de sintomas depressivos.
De Almeida Fleck MP, Simon G, Herman H, Bushnell D, Martin M, Patrick D; Longitudinal Investigation of Depression Outcomes Group. (2005) <sup>28</sup>	Major depression and its correlates in primary care settings in six countries. 9-month follow-up study.	Remissão Completa- 25% a 48%. Nível educacional, eventos da vida e QLDS foram preditores de remissão completa.	Baixa proporção de pessoas que adquiriram remissão completa Nível educacional, qualidade de vida e eventos da vida preditores modestos de remissão em depressão.
Simon GE, Chisholm D, Treglia M, Bushnell D; LIDO Group. (2002) <sup>31</sup>	Course of depression, health services costs, and work productivity in an international primary care study.	Depressão persistente n=345 Remissão parcial n=283, Remissão completa n=340 Pacientes com quadros depressivos mais favoráveis apresentaram menos dias de falta ao trabalho e menor utilização dos recursos de saúde <i>Demonstrou uma tendência, não foi significativo em todos sites</i>	Recuperação da depressão é associada com menor utilização dos recursos de saúde e menos dias perdidos de trabalho pelo transtorno.
Bech P, Lucas R, Amir M, Bushnell D, Martin M, Buesching D; LIDO Group. (2003) <sup>32</sup>	Association between clinically depressed subgroups, type of treatment and patient retention in the LIDO study.	Sujeitos mais velhos ou que estavam recebendo tto com antidepressivo abandonaram menos o estudo. Gravidade da depressão –maior abandono Pacientes com depressão moderada, como comorbidades receberam menos tto com antidepressivo e apresentaram pior qualidade de vida.	Uso de antidepressivo- medida de retenção dos pacientes Presença de comorbidades- receberam menos antidepressivo e pior qualidade de vida, apesar da mesma gravidade de sintomas depressivos
Simon GE, Fleck M, Lucas R, Bushnell DM; LIDO Group. (2004) <sup>33</sup>	Prevalence and predictors of depression treatment in an international primary care study.	Sujeitos que receberam tratamento com antidepressivo variou de 38%-Seattle a 0% em St.Petersburgo. Em Porto Alegre foi 11% Tratamento especializado em saúde mental variou de 29% em Melbourne a 3% em St. Petersburg. Em POA foi 4%. Dificuldade financeira foi considerada como a maior barreira para se obter tratamento para depressão	Screening e notificação para os médicos não são suficientes para possibilitar tratamento adequado para depressão. A probabilidade de tratamento é mais influenciada pelas características dos serviços de saúde, do que pelas características individuais dos pacientes.
Herrman H, Patrick DL, Diehr P, Martin ML, Fleck M, Simon GE, Buesching DP. (2002) <sup>34</sup>	Longitudinal investigation of depression outcomes in primary care in six countries: the LIDO study. Functional status, health service use and treatment of people with depressive symptoms.	18489 patients foram rastreados - 37% com CES-D $\geq 16$ e 28% $\geq 20$ . 13% com tratamento para depressão atual Sujeitos com maior intensidade de sintomas depressivos- pior status de saúde, pior qualidade de vida e maior utilização dos serviços de saúde.	Maiores escores de sintomas depressivos em cuidados primários é associado com pior status de saúde funcional, pior qualidade de vida e aumento da utilização dos serviços de saúde. Tratamento para depressão é associado com as percepções de saúde e com a gravidade da depressão
da Silva Lima AF, de Almeida Fleck MP. (2007) <sup>35</sup>	Subsyndromal depression: an impact on quality of life?	Depressão Subsindrômica 35.2% Depressão maior – maiores prejuízos na qualidade de vida, seguidos dos com depressão subsindrômica e controles. Gravidade da depressão variável mais correlacionada com os domínios de qualidade de vida ( $r^2$ 9% to 24%).	Depressão Subsindrômica provoca prejuízos na qualidade de vida
Fleck MP, Lima AF, Louzada S, Schestasky G, Henriques A, Borges VR, Camey S. (2002) <sup>36</sup>	Association of depressive symptoms and social functioning in primary care service, Brazil]	Maior intensidade dos sintomas depressivos –saúde pior Correlação inversa entre sintomatologia depressiva e parâmetros como qualidade de vida, comprometimento no funcionamento físico ou psicológico e utilização de recursos de saúde.	Sintomas depressivos apresentam uma forte associação com pobre funcionamento social, prejuízos na qualidade de vida e alta utilização dos recursos de saúde em cuidados primários.

Portanto esta tese apresentou como objetivo geral avaliar a associação entre qualidade de vida e depressão e os potenciais preditores de remissão de sintomas em pacientes com depressão maior que utilizaram serviços de cuidados primários ao longo de 12 meses. Inicialmente, faz-se uma breve revisão sobre a associação entre qualidade de vida e depressão e a aplicabilidade e dificuldades metodológicas encontradas para avaliação desta associação. Posteriormente, são apresentados os quatro artigos principais da tese.

As hipóteses conceituais deste estudo são as seguintes: 1) pacientes com depressão subsindrômica apresentam escores semelhantes nos domínios de qualidade de vida aos sujeitos com depressão maior e piores escores do que os sujeitos sem depressão; 2) o construto de qualidade de vida e depressão é semelhante; 3) as taxas de remissão completa, bem como as de recebimento de tratamento antidepressivo potencialmente adequado são baixas entre os pacientes, durante o período de acompanhamento; 4) os pacientes acompanhados apresentam mudanças na qualidade de vida aferidas através dos instrumentos WHOQOL-BREF, QLDS, SF-12 e MHI-5, entre o período inicial e final do estudo; 5) variáveis como dados demográficos e números de episódios depressivos prévios não são úteis para a predição de remissão de sintomas depressivos; 6) variáveis como gravidade da depressão, distímia, comorbidades com ansiedade, condições médicas, uso de álcool e eventos de vida são consideradas fatores preditores negativos para a remissão de sintomas; 7) variáveis de qualidade de vida como presença de tratamento para depressão são consideradas fatores preditores positivos para a remissão de sintomas.

## **2 REVISÃO DA LITERATURA**

### **Artigo 1 - Qualidade de vida e depressão: uma revisão da literatura**

Artigo aceito para publicação na Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul.

No prelo.

#### **Objetivo Geral**

Revisar a associação entre depressão maior e qualidade de vida.

#### **Objetivos Específicos**

1. Revisar dados de prevalência do transtorno depressivo maior, o seu impacto na saúde dos sujeitos, assim como na utilização de recursos de saúde disponíveis.
2. Revisar os modelos teóricos e definições para o conceito de qualidade de vida.
3. Revisar o impacto da associação entre qualidade de vida e depressão.
4. Discutir sobre a aplicabilidade e limitações metodológicas encontradas para avaliação da associação entre qualidade de vida e depressão.

**Qualidade de vida e depressão: uma revisão da literatura****Quality of life and depression: a review of the literature**

Ana Flávia Barros da Silva Lima<sup>1</sup>, Marcelo Pio de Almeida Fleck<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Médica psiquiatra. Mestre em Clínica Médica pelo Programa de Pós-Graduação em Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

<sup>2</sup>Médico psiquiatra. Professor adjunto do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

<sup>3</sup>Trabalho Realizado no Programa de Pós-Graduação em Medicina: Psiquiatria da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Rua Ramiro Barcelos, 2400. Programa de Pós -Graduação em Psiquiatria -2 andar.CEP: 90035-003

<sup>4</sup>Autor responsável: Ana Flávia Barros da Silva Lima  
Rua Mariante, 288, sala 407. CEP 90430-180, Porto Alegre  
Telefone: (51)32224566  
e-mail: [afbslima@terra.com.br](mailto:afbslima@terra.com.br)

<sup>5</sup>Este trabalho faz parte da tese de doutorado “Qualidade de vida e depressão”, de autoria de Ana Flávia B.S. Lima, sob orientação do Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck



## RESUMO

**Objetivo:** Os sintomas depressivos são altamente prevalentes, principalmente, em serviços de cuidados primários, provocando sérios prejuízos nos sujeitos que não são submetidos a tratamento. O objetivo deste estudo foi o de revisar o impacto da associação entre depressão maior e qualidade de vida. **Metodologia:** Foram revisados os artigos publicados entre 1990 e 2007, utilizando as palavras-chaves: qualidade de vida, depressão, sintomas depressivos, serviços de cuidados primários, bem-estar e felicidade, preditores de remissão. **Resultados:** A presença de sintomas depressivos afeta todas as dimensões de qualidade de vida e, conforme a gravidade destes sintomas, o seu impacto na qualidade de vida pode ser maior que o de outras doenças crônicas. **Discussão:** Os resultados sugerem que a presença de sintomas depressivos exerce um importante impacto na qualidade de vida dos sujeitos, não se restringindo apenas às características clínicas do transtorno. Entretanto, ainda existe uma carência de modelos teóricos, assim como de estudos longitudinais que possam estabelecer de forma mais clara (...) a real relação entre depressão e qualidade de vida. **Conclusões:** Provavelmente, através do entendimento de medidas subjetivas e objetivas de recuperação dos sujeitos com sintomas depressivos, poderá se buscar intervenções mais eficazes e que provoquem melhorias no funcionamento global desta população. Sendo assim, a avaliação de qualidade de vida aparece como um desfecho relevante, pois pela sua multidimensionalidade é potencialmente capaz de detectar a magnitude e a abrangência do comprometimento que a depressão impõe.

**Palavras-chave:** Qualidade de vida, depressão, serviço de cuidados primários preditores de remissão, bem-estar e felicidade.

## ABSTRACT

**Objective:** Depressive symptoms are highly prevalent, mainly in primary care services, causing serious impairments in subjects that are not submitted to available treatments. The objective of this study was to review the impact on the association between depressive disorder and quality of life. **Methodology:** Revision of articles published between 1990-2007 including the following keywords: quality of life, depression, depressive symptoms, primary care service, well being, happiness and remission predictors. **Results:** The presence of depressive symptoms affects all dimensions of quality of life, and depending on the severity of these symptoms it might cause equivalent or more severe impairment than other chronic diseases. **Discussion:** The findings suggests that the presence of depressive symptoms causes a serious impact on the quality of life of individuals, beyond the clinical characteristics of the disorder. However, there is still a lack of extensive theoretical models and longitudinal studies demonstrating a more clear association between depression and quality of life **Conclusions:** Most likely, through a better understanding of subjective and objective measures of recovery of individuals with depressive symptoms, it will be possible to find more efficient interventions that would help to improve the global functioning of this population. Therefore, the evaluation of quality of life appears as a relevant outcome since its multidimensionality is potentially capable to detect the magnitude and scope of the impairment that the depression imposes.

**Key-words:** Quality of life, depression, primary care services, remission predictors, well-being and happiness.

## INTRODUÇÃO

Os transtornos depressivos são muito prevalentes e estão associados ao alto grau de prejuízos. Estima-se que a prevalência, ao longo da vida, para o Transtorno Depressivo Maior varie entre 6%-17%, segundo dois grandes estudos epidemiológicos americanos, o *Epidemiological Catchment área (ECA)* e o *National comorbidity Survey* respectivamente<sup>1</sup>. Segundo os dados nacionais, há poucos estudos avaliando a prevalência deste transtorno, mas estima-se que os índices variem em torno de 3%-10%<sup>2,3,4</sup>. Cerca de 80% dos pacientes que realizam algum tipo de tratamento apresentarão um novo episódio, sendo em média quatro ao longo da vida, e 12% dos pacientes não apresentarão remissão total dos sintomas<sup>5</sup>. Quando comparada com outras doenças crônicas, como diabetes e osteoartrites, a depressão pode provocar um comprometimento no funcionamento físico, social e ocupacional igual ou superior, independente da sua gravidade<sup>6,7,8</sup>. Segundo um importante estudo, o *Global Burden of Disease*, a depressão maior é considerada a quarta causa de incapacitação quando comparada a qualquer outra condição médica e será a segunda causa de sobrecarga em 2020<sup>9,10</sup>.

Em relação à utilização de serviços de saúde, estima-se que sujeitos com depressão excedam em até duas vezes os indivíduos sem depressão e que os custos anuais associados com o transtorno depressivo cheguem a 44 bilhões de dólares nos EUA<sup>11,12,13</sup>. Num estudo nacional de Fleck e colaboradores, os sujeitos com maior gravidade de sintomas depressivos consultavam mais nos postos de saúde, permaneciam mais tempo internados nos hospitais e faltavam mais dias ao trabalho do que os menos deprimidos<sup>14</sup>.

A depressão, ao apresentar um curso crônico e recorrente, provoca

prejuízos em diversas áreas da vida dos sujeitos. No entanto, a melhora dos sintomas pode não significar diretamente uma recuperação ao funcionamento prévio do indivíduo. Portanto, para que se possa estabelecer o real impacto da depressão, é fundamental a avaliação de desfechos multidimensionais e mais amplos que aquele centrado apenas na diminuição de sintomas.

Nas últimas décadas, a medicina tem apresentado um crescente interesse no estudo da percepção dos pacientes em relação a sua saúde física e mental. O parâmetro de avaliação de saúde deixou de ser centralizado nos sintomas ou na morbi-mortalidade, voltando-se para o bem-estar das pessoas em diversas áreas da vida. Dentro desta perspectiva, o construto “Qualidade de vida” surge como um objeto de estudo em diversas áreas do conhecimento humano<sup>15</sup>. Portanto, o objetivo geral deste estudo é revisar a associação entre qualidade de vida e depressão. Como objetivos específicos, são revisados aspectos relacionados ao conceito de qualidade de vida, a aplicabilidade e limitações metodológicas do estudo deste tema, assim como o impacto da depressão na qualidade de vida.

Método: Esta revisão bibliográfica foi realizada através do sistema *MEDLINE* entre os anos de 1990-2007, utilizando-se as palavras chaves *quality of life*-qualidade de vida, *depression*-depressão, *depressive-symptoms*-sintomas depressivos, *primary care*-serviços de cuidados primários, *well being*-bem-estar e *happiness*-felicidade e preditores de remissão-*remission predictors*. As informações referentes a dados nacionais foram pesquisadas através do sistema *Lilacs* também no mesmo período de 1990-2007. Foram encontrados 3345 artigos no *MEDLINE* e 18 artigos na Base de Dados *Lilacs* referente ao assunto. Foram incluídos no estudo artigos de língua inglesa, portuguesa e espanhola que apresentassem sujeitos entre 18-65 anos de idade, que utilizassem alguma definição de Transtornos depressivos

e que se baseassem em algum construto teórico sobre qualidade de vida com a utilização de instrumentos específicos para avaliação desta questão. Foram excluídos artigos em que os sujeitos apresentassem sintomas depressivos secundários a alguma condição médica ou ensaios clínicos para avaliação da qualidade de vida em sujeitos em uso de antidepressivos. Foram obtidos 70 resumos no *MEDLINE*, em que foram incluídos 55 artigos na revisão de literatura. Dos 18 artigos encontrados na Base de Dados *Lilacs*, somente 2 preenchem os critérios para inclusão no estudo.

## **QUALIDADE DE VIDA**

### **O conceito de qualidade de vida**

O conceito de qualidade de vida passou a ser estudado em diversas áreas do conhecimento humano no final do século XX. Na Medicina, surgiu por uma necessidade de valorizar as percepções do paciente a respeito de vários aspectos de sua vida ao invés de meramente uma avaliação de sintomas ou de seu estado de saúde.

Apesar de qualidade de vida ser um desfecho cada vez mais estudado na literatura, seu conceito ainda é bastante impreciso, não consensual e fundamentado em diversos modelos teóricos, o que traz problemas e limitações para o seu uso tanto na prática clínica quanto na pesquisa<sup>15</sup>.

### **Modelos teóricos**

Há vários modelos teóricos que tentam fundamentar o conceito de qualidade de vida, como, por exemplo, o modelo psicológico, o modelo de preferência - “*utility*”,

o modelo baseado nas necessidades do sujeito, o modelo de qualidade de vida relacionada à saúde e o modelo de Calman<sup>16,17,18,19,20</sup>.

O modelo *psicológico* baseia-se na idéia de que ter uma doença é diferente de sentir-se doente<sup>16</sup>. Por exemplo, um paciente com Hipertensão Arterial Sistêmica possui uma doença que, na maioria das vezes, é assintomática; no entanto, a experiência de possuir uma doença pode influenciar o seu bem-estar<sup>16</sup>.

No modelo de preferência (*"utility"*), o paciente faz uma escolha entre a qualidade ou a quantidade de vida. Dois exercícios teóricos tem sido os mais usados: *trade-off* (troca) e *standard gamble* (aposta). Este modelo explora o fato de que muitos pacientes gostariam hipoteticamente de trocar a longevidade por uma qualidade de vida melhor, ou ainda arriscar-se diante de um procedimento pela perspectiva de poder viver melhor, sentindo-se ainda úteis<sup>16</sup>.

Um dos modelos mais utilizados é o baseado *nas necessidades do sujeito*. Este modelo foi implementado por Hunt e McKenna para avaliação de qualidade de vida em pacientes com depressão. Ele postula que a vida ganha em qualidade de acordo com a habilidade e capacidade do sujeito em satisfazer as suas necessidades. A qualidade de vida é alta quando a maioria das necessidades dos seres humanos são realizadas e baixa quando poucas necessidades são satisfeitas<sup>17</sup>.

Para Calman (1984), que estuda qualidade de vida em pacientes com câncer, entende que qualidade de vida só pode ser descrita e medida em *termos individuais*. Ele sugere que qualidade de vida é o produto da interação entre as expectativas e realizações de um indivíduo<sup>18</sup>. Assim, quanto menor for a capacidade de um indivíduo para realizar suas expectativas, mais pobre será a sua qualidade de vida. Ainda salienta que a ligação entre as expectativas e as realizações pode mudar ao

longo do tempo, de acordo com a melhora ou a progressão da doença no indivíduo<sup>18</sup>.

O modelo *de qualidade de vida relacionada à saúde* foi desenvolvido por Parsons que o definiu como “um estado de capacidade absoluta para a realização de tarefas”<sup>19</sup>. Neste modelo, a doença só se torna um problema quando ela afeta a capacidade de desempenho, e a saúde é considerada como o mais valioso estado de existência<sup>19</sup>. Este modelo é baseado na capacidade funcional do sujeito, fornecendo informações sobre o nível de prejuízos ou incapacitações experienciadas para o desempenho em atividades diárias de acordo com a idade e com os principais papéis sociais no contexto de vida do sujeito<sup>20,21</sup>.

### **Definições**

A variedade de definições de qualidade de vida contida na literatura advém, em parte, do fato de que os diferentes autores, explícita ou implicitamente, alinham-se com algum destes modelos teóricos. Além disto, existem alguns construtos vizinhos ao de qualidade de vida cujas fronteiras ainda não estão claramente definidas. Condição ou Estado de saúde, Bem-estar e Qualidade de vida, são termos utilizados como sinônimos, mas que apresentam significados diferentes. Estado de saúde relaciona-se com prejuízos e incapacitações, direcionando-se a uma perspectiva mais funcional do sujeito, enquanto Bem-estar é entendido a partir do estado psicológico ou emocional e não leva em conta nem a dimensão cognitiva, nem a satisfação ou as condições objetivas de vida<sup>22</sup>. Apesar da diversidade de modelos conceituais para qualidade de vida e poucos dados empíricos que testaram a adequação destes modelos, alguns aspectos são consensuais na literatura:



1. É uma medida que varia ao longo do tempo<sup>16</sup>.
2. É uma medida subjetiva, que parte da percepção do pacientes<sup>16</sup>.
3. O paciente serve como seu próprio controle, ou seja, são detectadas as mudanças que ocorrem na sua qualidade de vida de acordo com a sua trajetória de doença, ao invés de uma avaliação de ausência ou de presença de sintomas<sup>16</sup>.
4. A qualidade de vida deve ser avaliada em vários níveis: desde a avaliação do bem-estar global até domínios específicos<sup>16,22</sup>.

Medidas de qualidade de vida vêm sendo amplamente utilizadas em várias áreas médicas, em especial, na oncologia, na reumatologia e na cardiologia. Neste estudo é de interesse sua aplicação na área da psiquiatria.

### **Qualidade de vida em psiquiatria**

A avaliação de qualidade de vida em pacientes psiquiátricos compreende diversos aspectos e possui vários desafios como, por exemplo: Qual é a importância da capacidade de juízo crítico para avaliação da qualidade de vida nestes pacientes? Qual é o impacto na qualidade de vida dos transtornos mentais em relação a outras condições crônicas?

**Pacientes psiquiátricos que estão com as suas funções mentais doentes possuem condições para avaliar sua qualidade de vida?**

Embora a avaliação de qualidade de vida seja influenciada pelos acontecimentos externos, ela é uma experiência fundamentalmente subjetiva, influenciada pelo estado mental, pela personalidade e pelas expectativas de cada

um<sup>23</sup>. Em relação aos pacientes que apresentam algum transtorno mental, a literatura ainda não é conclusiva quanto à validade ou não desta medida. Entretanto, parece que fatores como gravidade da doença, assim como capacidade de juízo crítico, são fundamentais para direcionar se os pacientes apresentam ou não condições para a avaliação de qualidade de vida<sup>23</sup>. Por exemplo, um paciente com humor deprimido tem uma visão negativa de si, do mundo e do futuro com uma tendência a se sentir insatisfeito com a maior parte dos aspectos de sua vida. Entretanto, à medida que consideramos que qualidade de vida é um construto subjetivo, o ponto de vista do paciente deve ser válido. Por outro lado, existem relativamente poucos estudos empíricos naquelas doenças mentais em que a capacidade de julgamento está prejudicada, como nos quadros demenciais e nas psicoses, não apresentando dados conclusivos. Alguns estudos mostram que, provavelmente, a percepção subjetiva de qualidade de vida tem pouca validade nesta população, enquanto outros sugerem que quadros demenciais leves a moderados ou pacientes com diagnóstico de esquizofrenia, apesar de prejuízos na sua capacidade de julgamento crítico, são capazes de avaliar a sua qualidade de vida<sup>23, 24,25</sup>.

### **Os transtornos mentais provocam um impacto maior na qualidade de vida do que outras condições médicas?**

Spitzer e colaboradores compararam a qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes com transtornos psiquiátricos ou outras condições médicas que procuravam serviços de saúde primários<sup>26</sup>. As doenças mentais, particularmente, a depressão, contribuíram para maiores prejuízos na qualidade de vida em todos os

domínios do SF-20 (versão abreviada do SF-36) do que outras condições médicas<sup>26</sup>. Os transtornos mentais também parecem provocar mais prejuízos em tarefas diárias que doenças cardíacas, artrite, hipertensão e diabetes. Por outro lado, há evidências de que os diferentes diagnósticos psiquiátricos possam interferir nos diversos domínios de qualidade de vida de forma desigual. Por exemplo, os transtornos somatoformes estão mais associados a prejuízos no funcionamento de papéis, dor corporal e percepção geral de saúde; os transtornos alimentares estão mais associados a prejuízos no funcionamento social e na dor; e a depressão afeta globalmente os domínios<sup>26</sup>. Outro aspecto relevante é que pacientes que apresentam comorbidade psiquiátrica, ou seja, dois ou mais transtornos, apresentavam piores escores de qualidade de vida, do que os com diagnóstico psiquiátrico puro<sup>26, 27,28</sup>.

Em relação aos transtornos depressivos, são um dos mais estudados dentre os transtornos psiquiátricos em relação à qualidade de vida. Entretanto, o entendimento desta associação ainda é muito complexo, dependendo de vários fatores que ainda não estão completamente bem estabelecidos pelas pesquisas.

### **Qualidade de vida e depressão**

Na literatura, encontram-se vários estudos, demonstrando a existência de uma associação entre qualidade de vida e depressão. Dentre as variáveis mais estudadas, encontram-se as relacionadas ao impacto da depressão na qualidade de vida, dados comparativos dos escores de qualidade de vida em sujeitos deprimidos ou com outras condições clínicas, assim como a discussão se os conceitos de

qualidade de vida e depressão são sobrepostos ou distintos. A seguir estão descritos os dados de literatura referentes a estas questões.

### **Impacto da depressão na qualidade de vida**

Os resultados sugerem que o transtorno depressivo afeta todas as dimensões de Qualidade de Vida mesmo quando controlados com outras variáveis como a idade<sup>29,30</sup>. Segundo o ECA, sujeitos com depressão maior ou sub-sindrômica apresentam níveis maiores de tensão em atividades domésticas, assim como irritabilidade social, stress financeiro, limitações no funcionamento ocupacional, pior status de saúde e mais dias perdidos de trabalho do que sujeitos sem sintomas<sup>31</sup>. Estes dados são replicados pelo *National Comorbidity Survey* que demonstrou que sujeitos com transtornos de humor possuem menor escolaridade, têm um número maior de gestações na adolescência e se divorciam mais do que sujeitos sem estes transtornos<sup>32, 33,34</sup>.

### **Qualidade de vida em sujeitos com depressão e/ou outras condições clínicas**

Em relação a outras condições médicas crônicas, a depressão pode contribuir com maiores prejuízos na qualidade de vida e no funcionamento social, com um comprometimento que pode ser considerado 23 vezes maior do que aquele causado por outras doenças físicas<sup>28,35,36,37</sup>. Em relação ao status de saúde, a presença de sintomas depressivos pode exercer um impacto maior na qualidade de vida do que o sujeito se considerar saudável ou doente, ou ser maior do que presença de sintomas físicos em pessoas HIV+<sup>38,39</sup>. Num estudo populacional, Isacson e colaboradores demonstraram que sujeitos com depressão pontuam as escalas de qualidade de vida relacionada à saúde como a de estado de saúde-*utility* com escores menores

do que a população em geral ou com outras condições médicas, demonstrando o forte impacto e a sobrecarga deste transtorno na qualidade de vida destes sujeitos<sup>40</sup>. Outro fator relevante é que, quanto maior a intensidade de sintomas depressivos, pior é a avaliação de saúde em pacientes com alguma condição médica crônica em unidades de serviços de cuidados primários<sup>14</sup>.

### **A associação entre depressão e qualidade de vida**

Ainda não existe um consenso na literatura, se a associação entre depressão e qualidade de vida ocorre de fato ou se há uma sobreposição entre estas medidas. Em relação aos fatores comuns a estas medidas, há três aspectos a serem considerados. Primeiro, tanto a conceituação de depressão, como a de qualidade de vida, estão baseadas num modelo teórico de bem-estar/satisfação, o que poderia provocar uma intersecção entre estes construtos<sup>23,41</sup>. Entretanto, há uma carência de dados empíricos que comprovem estes modelos teóricos, provocando definições muito vagas e algumas vezes confusas<sup>21,42,43</sup>. Segundo, a depressão causa uma influência negativa na percepção de qualidade de vida, o que pode superestimar esta relação, causando uma “falácia afetiva”<sup>44,45,46</sup>. Terceiro, é que os instrumentos de qualidade de vida, freqüentemente, incluem itens que avaliam psicopatologia, ou seja, a presença de sintomas depressivos, ao invés de itens específicos de qualidade de vida. Esta situação proporciona a ocorrência de correlações entre estas medidas que podem ser redundantes ou espúrias uma vez que podem ocorrer mais por sobreposição de itens, do que por uma associação de fato<sup>45</sup>.

Encontram-se alguns trabalhos demonstrando as semelhanças entre estes construtos, através do grau de correlação e simetria entre estas variáveis. Estudos

de variância mostram que as medidas de qualidade de vida contribuem com 31,5% da variância dos escores de depressão, e a depressão contribui em 49% da variância nos escores de qualidade de vida<sup>47,48</sup>. Estes dados sugerem que a aferição de qualidade de vida apresenta um componente afetivo para a sua avaliação, conforme descrito por Heinonen e colaboradores em que o domínio de bem estar emocional contribuiu com 20% da variância na avaliação dos escores de qualidade de vida global<sup>49</sup>.

Por outro lado, existem evidências empíricas de que a qualidade de vida dos sujeitos deprimidos não está somente associada à presença de sintomas depressivos, mas variáveis psicológicas como auto-estima, coping em relação ao humor depressivo, subtipos de depressão, dimensões de personalidade e suporte social provavelmente estão envolvidas, sugerindo que depressão e qualidade de vida são conceitos correlacionados, mas distintos<sup>1,46,50,51,52</sup>. Rapaport e colaboradores salientam que apesar de sujeitos com transtornos depressivos apresentarem importantes prejuízos em relação à qualidade de vida, quando comparados com sujeitos sem doença, a variável específica aos sintomas contribui com uma pequena variância no modelo de regressão, em torno de 1,38% para o impacto na qualidade de vida, sugerindo que estes modelos devem ser semi-independentes<sup>50</sup>.

Outras evidências que sugerem que depressão e qualidade de vida representam construtos diferentes estão relacionadas à ausência de sincronia de mudança entre os sintomas de depressão e medida de qualidade de vida. A redução nos sintomas depressivos não traduz necessariamente uma melhora na qualidade de vida em todos os domínios. Em pacientes distímicos o alívio dos sintomas pode trazer uma melhora no funcionamento social e ocupacional, mas o prazer envolvido

em atividades de lazer pode permanecer prejudicado<sup>53,54</sup>. Segundo Papakostas e colaboradores, numa recente revisão, há vários estudos demonstrando que o tratamento dos sintomas depressivos na fase aguda provoca melhorias no funcionamento psicossocial e na qualidade de vida<sup>52</sup>. Estudos em fase de continuação e de manutenção demonstram mudanças menos acentuadas<sup>52</sup>.

Portanto, os autores entendem que apesar da gravidade da depressão ser um aspecto relevante de impacto na qualidade de vida, o construto de qualidade de vida não deve ser compreendido como uma sobreposição com o construto de depressão, mas sim como um construto que é determinado multifatorialmente<sup>51</sup>.

Apesar de muitas questões referentes a este tema ainda não apresentarem conclusões, há um consenso na literatura de que esta associação apresenta um impacto na vida dos sujeitos, sendo relevante o entendimento da aplicabilidade do conceito de qualidade de vida na prática médica, assim como as limitações metodológicas envolvidas no estudo desta medida.

### **Aplicabilidade e limitações metodológicas na avaliação da associação entre qualidade de vida e depressão**

O surgimento do conceito de qualidade de vida leva a um novo paradigma na medicina, uma vez que possibilita uma visão mais abrangente de diversos aspectos da vida dos sujeitos não restrita a ausência ou a presença de sintomas. Também provoca uma discussão quanto à definição de conceitos como saúde, doença, bem-estar e satisfação. Infelizmente, a literatura ainda não é clara e conclusiva quanto à definição destas medidas, mas nem por isso perdem a sua utilidade para a avaliação das pessoas<sup>22</sup>. Por exemplo, em relação à medida de qualidade de vida, ela pode

servir como um parâmetro de escolha para melhor intervenção quando dois tratamentos são muito semelhantes em relação à mortalidade e à morbidade<sup>23</sup>. Outra aplicabilidade relevante desta medida pode ser para avaliação dos resultados de tratamentos dos transtornos depressivos.

Apesar dos avanços obtidos nos últimos anos e da variedade de medicações disponíveis, as respostas parciais ou inadequadas ao tratamento ainda são um evento comum<sup>51</sup>. Os estudos demonstram o perfil seguro do uso de inibidores da recaptação da serotonina, sendo superior ao dos antidepressivos tricíclicos. Entretanto, menos de 50% dos pacientes com depressão maior completam 6 meses de acompanhamento<sup>52</sup>. Então, porque com a melhora dos agentes terapêuticos ainda existe um número substancial de pacientes deprimidos que ainda abandonam fases mais extensas ou ensaios clínicos de follow-up? Muitos aspectos estão envolvidos na avaliação destes pacientes, em que desfechos como resposta, remissão ou recuperação estão entre os mais avaliados.

Apesar da utilidade destas medidas, não há uma definição consensual destas variáveis na literatura. Os diferentes termos acabam sendo usados como se fossem sinônimos, levando a interpretações errôneas ou confusas sobre a força e a direção dos preditores relacionados ao desfecho<sup>51</sup>. Por exemplo, se for utilizado o escore final na *Hamilton Depression Rating Scale* (HDRS-17) como a variável em estudo, a gravidade da depressão é considerada um forte preditor de pobre resposta ao tratamento. No entanto, se a redução nos sintomas medidos pela HDRS passa a ser considerada como resposta ao tratamento, ao invés do escore final, a gravidade da depressão passa a ser um fator preditivo positivo de moderada à boa resposta<sup>53</sup>. Portanto, a utilização de um instrumento de qualidade de vida pode ser útil nestas circunstâncias, pois acrescenta um parâmetro mais amplo, não baseado em



sintomas, na avaliação de resposta ao tratamento<sup>16</sup>. Apesar da aplicabilidade do conceito, assim como da associação entre qualidade de vida e depressão já estar bem demonstrada na literatura, ainda existem algumas limitações para pesquisas com este tema.

Primeiro não existe uma definição única, clara e universal para qualidade de vida<sup>55</sup>. Segundo Gill e Feinstein, em 1994, em um estudo para avaliar a qualidade dos artigos relacionados ao tema, somente 15% dos artigos apresentavam uma definição do conceito de qualidade de vida e havia 159 instrumentos diferentes, sendo que 136 só haviam sido utilizados uma única vez<sup>56</sup>. Segundo, é controversa a possibilidade de se criar e operacionalizar o conceito de qualidade de vida dentro de uma perspectiva de fato universal e transcultural. A construção da maior parte dos instrumentos de qualidade de vida é realizada com influências culturais pelos pesquisadores que os criaram<sup>57</sup>. Terceiro, o estabelecimento de um ponto de corte, assim como a capacidade de generalização dos resultados, também estão comprometidos uma vez que as características demográficas, doenças presentes, tipos de serviços de saúde disponíveis podem ser diferentes em áreas a serem pesquisadas, em relação aos locais de criação dos instrumentos, havendo diferenças culturais que não sejam passíveis de comparações<sup>58</sup>. Por último, há uma ampla discussão na literatura se a associação entre qualidade de vida e depressão de fato ocorre por uma correlação forte entre estas medidas, ou se há uma sobreposição entre estes construtos, o que levaria a correlações espúrias ou falsas. Infelizmente, os dados ainda não são conclusivos quanto a esta questão<sup>59,60</sup>. De qualquer maneira, o conceito de qualidade de vida passa a ser um meio de ampliar a avaliação de recuperação dos sujeitos com depressão. A recuperação não pode ser entendida somente através dos índices de remissão ou resposta a um determinado

tratamento. Estes itens não conseguem aferir sobre o impacto da presença de sintomas residuais, sobre a qualidade destes sintomas, assim como sobre outros fatores envolvidos neste processo, como a capacidade de retornar para as atividades sociais ou profissionais<sup>61,62</sup>. Portanto, apesar das dificuldades citadas acima, a avaliação de qualidade de vida, é uma medida relevante para avaliação de sujeitos com depressão.

## **CONCLUSÃO**

Os resultados sugerem que a presença de sintomas depressivos exerce um importante impacto na qualidade de vida dos sujeitos, não restringindo-se apenas as características clínicas do transtorno. Sendo assim, a avaliação de qualidade de vida aparece como um desfecho relevante, pois, pela sua multidimensionalidade, é potencialmente capaz de detectar a magnitude e a abrangência do comprometimento que a depressão impõe. Entretanto, ainda existe uma carência de modelos teóricos, assim como de estudos longitudinais que possam estabelecer de forma mais clara qual é a real relação entre depressão e qualidade de vida. Provavelmente, através do entendimento de medidas subjetivas e objetivas de recuperação dos sujeitos com sintomas depressivos, poderá se buscar intervenções mais eficazes e que provoquem melhorias no funcionamento global desta população.

**BIBLIOGRAFIA**

1. Blazer DG. Mood Disorders: Epidemiology. In Kaplan HI and Sadock BJ. Comprehensive Textbook of Psychiatry / VI-vol I. 6<sup>th</sup> ed. Philadelphia Williams & Wilkins.1995;1079-1088.
2. Almeida-Filho N, Mari J de J, Coutinho E, Franca JF, Fernandes J, Andreoli SB, Busnello ED. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. Methodological features and prevalence estimates. Br J Psychiatry 1997;171:524-9.
3. Villano LAB. Problemas psicológicos e morbidade psiquiátrica em serviços de saúde não-psiquiátricos: o ambulatório de clínica geral [dissertação de doutorado]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina;1998
4. Fraguas RAJ, Ferraz TCT. Depressão no Hospital Geral: estudo de 136 casos. Rev. Assoc. Med. Bras 1992; 48(3):225-230
5. Fleck MPA, Lafer B, Sougey EB, Del Porto JA, Brasil MA e Juruena MF. Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (versão integral). Rev. Bras. Psiquiatr 2003; 25(2):114-22
6. Hays RD, Wells KB, Sherbourne CD, Rogers W, Spritzer K. Rand, Santa Monica, Calif. Functioning and well-being outcomes of patients with depression compared with chronic general medical illnesses. Arch Gen Psychiatry 1995;52(1):11-9.
7. Spitzer RL, Kroenke K, Linzer M, Hahn SR, Williams JB, de Gruy FV, Brody D, Davies M. Health-related quality of life in primary care patients with mental disorders. Results from the PRIME-MD 1000 Study. JAMA 1995 Nov 15;274(19):1511-7.
8. Judd LL, Paulus MP, Wells KB, Rapaport MH. Socioeconomic burden of subsyndromal depressive symptoms and major depression in a sample of the general population. Am J Psychiatry 1996;153(11):1411-7.
9. Murray CJ, Lopez AD. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. Lancet 1997 17;349(9063):1436-42.

10. Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997 24;349(9064):1498-504.
11. Wells KB, Golding JM, Burnam MA. Psychiatric disorder in a sample of the general population with and without chronic medical conditions. *Am J Psychiatry* 1988 ;145(8):976-81.
12. Johnson J, Weissman MM, Klerman GL. Service utilization and social morbidity associated with depressive symptoms in the community. *JAMA* 1992 18;267(11):1478-83.
13. Greenberg PE, Stiglin LE, Finkelstein SN, Berndt ER. The economic burden of depression in 1990. *J Clin Psychiatry* 1993 54(11):405-18.
14. Fleck MP, Lima AF, Louzada S, Schestasky G, Henriques A, Borges VR, Camey S. Association of depressive symptoms and social functioning in primary care service, Brazil. *Rev Saúde Pública* 2002;36(4):431-8.
15. Doward LC, McKenna SP. Evolution of quality of life assessment. In: Rajagopalan R, Sheretz EF, Anderson RT editors. *Care Management of Skin Diseases: Life quality and Economic Impact*. 1<sup>o</sup> ed. New York: Marcel Dekker. 1997;9-33.
16. Schipper H, Clinch J, Olweny CLM. Quality of Life Studies: Definitions and Conceptual Issues. In: Spilker B. editor. *Quality of life and Pharmacoeconomics in clinical Trials*. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1996. p. 11-23.
17. Hunt SM, McKenna SP. The QLDS: A scale for the measurement of quality of life in depression. *Health policy* 1992; 22: 307-19.
18. Calman KC. Quality of Life in Cancer Patients. *J Med Ethics* 1984; 10: 124-27.
19. Parsons T. Definition of Health and illness in the light of American Values and social structure. In Gartly JE, editors. *Patients, Physicians and Illness: A sourcebook in behavioural science and health*. 1nd ed. New York: Free Press; 1958.p.165-87.
20. Kaplan RM, Anderson JP, Wu AW, Matthews WC, Kozin F, Oreistein D. The Quality of Well-being Scale. Applications in AIDS, cystic fibrosis and arthritis. *Medical Care* 1989;27:27-43.

21. Leplège A, Hunt S. The Problem of Quality of Life in Medicine. *JAMA* 1997; 278: 47-50.
22. Guyatt G, Feeny D, Patrick L. Measuring Health related Quality of Life. *Annals of Internal Medicine* 1993; 118:622-629.
23. Orley J, Saxena S, Herrman H. Quality of Life and mental Illness – Reflections from the perspective of the WHOQOL. *Br J Psychiatry* 1998;172:291-3.
24. Mozley CG, Huxley P, Sutcliffe C, Bagley H, Burns A, Challis D, Cordingley L. “Not knowing I am doesn’t mean I don’t know what I like”: cognitive impairment and quality of life in elderly people. *Int J Geriatr Psychiatry* 1999; 14(9):776-83.
25. Heslegrave RJ, Award AG, Vorunganti LN. The influence of neurocognitive deficits and symptoms on quality of life in schizophrenia. *J Psychiatry Neurosci* 1997; 22(4):235-43.
26. Spitzer RI, Kroenke K, Linzer M, Hahn SR, Williams JBW, deGruy FV, et al. Health Related Quality of Life in Primary Care Patients with Mental Disorders. *JAMA* 1995; 274 Suppl 19: 1511-17.
27. Meyer C, Rumpf HJ, Hapke U, John U. Impact of psychiatric disorders in the general population: satisfaction with life and the influence of comorbidity and disorder duration. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39(6):435-41.
28. Wells KB, Sherbourne CD. Functioning and utility for current health of patients with depression or chronic medical conditions in managed, primary care practices. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56(10):897-904.
29. Ravindran AV, Matheson K, Griffiths J, Merali Z, Anisman H. Stress, coping, uplifts, and quality of life in subtypes of depression: a conceptual frame and emerging data. *J Affect Disord* 2002; 71(1-3):121-30.
30. McCall WV, Cohen W, Reboussin B, Lawton P. Effects of mood and age on quality of life in depressed inpatients. *Affect Disord* 1999; 55(2-3):107-14.
31. Johnson J, Weissman MM, Klerman GL. Service utilization and social morbidity associated with depressive symptoms in the community. *JAMA* 1992 18; 267(11):1478-83.

32. Kessler RC, Foster CL, Saunders WB, Stang PE. Social consequences of psychiatric disorders, I: Educational attainment. *Am J Psychiatry* 1995; 152(7):1026-32.
33. Kessler RC, Berglund PA, Foster CL, Saunders WB, Stang PE, Walters EE. Social consequences of psychiatric disorders, II: Teenage parenthood. *Am J Psychiatry* 1997; 154(10):1405-11.
34. Kessler RC, Walters EE, Forthofer MS. The social consequences of psychiatric disorders, III: probability of marital stability. *Am J Psychiatry* 1998; 155(8):1092-6.
35. Spitzer RL, Kroenke K, Linzer M, Hahn SR, Williams JB, de Gruy FV 3rd, Brody D, Davies M. Health-related quality of life in primary care patients with mental disorders. Results from the PRIME-MD 1000 Study. *JAMA* 1995 15;274(19):1511-7.
36. Bonicatto SC, Dew MA, Zaratiegui R, Lorenzo L, Pecina P. Adult outpatients with depression: worse quality of life than in other chronic medical diseases in Argentina. *Soc Sci Med* 2001; 52(6):911-9.
37. Ormel J, Vonkorff M, Oldehinkel AJ, Simon G, Tiemens BG, Ustun TB. Onset of disability in depressed and non-depressed primary care patients. *Psychol Med* 1999; 29(4):847-53.
38. Rocha NS. Associação entre estado de Saúde, espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais e qualidade de vida [Dissertação mestrado]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, Porto Alegre, BR-RS, 2002
39. Zimpel RR. Avaliação da qualidade de vida em pacientes com HIV/AIDS [Dissertação mestrado]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, Porto Alegre, BR-RS, 2003
40. Isacson D, Bingefors K, Von Knorring L. The impact of depression is unevenly distributed in the population. *European Psychiatry* 2005; 20:205-212
41. Berlim MT, Fleck MPA. Quality of life and Major depression: current findings and future perspectives. In: Ritsner MS e Awad G. *Quality of Life Impairment in Schizophrenia, Mood and Anxiety Disorders: New Perspectives on Research and Treatment*. Springer. Berlim. 2007 pp 241-252

42. Fleck MPA. Problemas conceituais em qualidade de vida. In: Fleck MPA (ed) & colaboradores (ed.). A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde. Porto Alegre, Artmed, 2008 pg 19-28.
43. Angermeyer MC, Kilian R. Theoretical Models of Quality of Life mental Disorders. In: Katsching H, Freeman H and Sartorius N (ed.), Quality of life in Mental Disorders. England: John Wiley and Sons Ltd, 1997:19-30
44. Katsching H. How Useful is the Concept of quality of life in Psychiatry? In: Katsching H, Freeman H, Sartorius N (ed.), Quality of life in Mental Disorders. England: John Wiley and Sons Ltd, 1997: 3-16
45. Katsching H, Angermeyer MC. Quality of Life in Depression. In: Katsching H, Freeman H and Sartorius N (ed.), Quality of life in Mental Disorders. England: John Wiley and Sons Ltd, 1997: 137-147
46. Aigner M, Forster-Streffleur S, Prause W, Freidl M, Weiss M, Bach M. What does the WHOQOL-Bref measure? Measurement overlap between quality of life and depressive symptomatology in chronic somatoform pain disorder. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2006 Jan;41(1):81-6
47. Godding PR, McAnulty RD, Wittrock DA, Britt DM, Khansur T. Predictors of depression among male cancer patients. J Nerv Ment Dis 1995; 183(2):95-8.
48. Conn VS, Taylor SG, Wiman P. Anxiety, depression, quality of life, and self-care among survivors of myocardial infarction. Issues Ment Health Nurs 1991; 12(4):321-31.
49. Heinonen H, Aro AR, Aalto AM, Uutela A. Is the evaluation of the global quality of life determined by emotional status? Qual Life Res 2004; 13(8):1347-56.
50. Rapaport MK, Clary C, Fayard R, Endicort J. Quality of life Impairment in Depressive and Anxiety Disorders. Am J Psychiatry 2005; 162:1171-1178.
51. Kuehner C, Bueger C. Determinants of subjective quality of life in depressed patients: the role of self-esteem, response styles, and social support. J Affect Disord. 2005; 86(2-3):205-13
52. Papakostas GI, Petersen T, Mahal Y, Mischoulon D, Nierenberg AA, Fava M. Quality of life assessments in major depressive disorder: a review of the literature. Gen Hosp Psychiatry 2004;26(1):13-7.

53. Cassano GB, Perugi G, Maremmani I and Akiskal HS. Social Adjustment in Dysthymia. In: Burton SW, Akiskal HS (Eds). Dystimic Disorder. American Psychiatric Press, pp78-85,1990
54. Judd LL, Paulus MJ, Schettler PJ, Akiskal HS, Endicott J, Leon AC, Maser JD, Mueller T, Solomon DA, Keller MB. Does incomplete recovery from first lifetime major depressive episode herald a chronic course of illness? *Am J Psychiatry* 2000; 157(9):1501-4.
55. Bagby RM, Ryder AG, Cristi C. Psychosocial and clinical predictors of response to pharmacotherapy for depression. *J Psychiatry Neurosci* 2002; 27(4):250-7.
56. Sturm R and Wells KB. How can care for depression become more cost-effective? *Journal of the American Medical Association* 1995;273,51-58.
57. Tedlow J, Fava M, Uebelacker L, Nierenberg AA, Alpert JE, Rosenbaum J. Outcome definitions and predictors in depression. *Psychother Psychosom* 1998; 67(4-5):266-70.
58. Gill T, Feintein A. A Critical Appraisal of the Quality of Quality-of-Life Measurements. *JAMA* 1994;272 suppl.8: 619-26.
59. Rushby JF, Parker M. Culture and the Measurement of Health-related Quality of Life. *Revue Européenne de psychologie Appliquée* 1995; 45 suppl.4: 257-63.
60. Whaley D, McKenna SP. Measuring Quality of Life in Patients with Depression or Anxiety *PharmacoEconomics*. 1995; 8 Suppl 4:305-15.
61. Fava GA, Ruini C, Belaise C. The concept of recovery in major depression. *Psychol Med*. 2007 Mar; 37(3):307-17.
62. Ezquiaga E, Garcia-Lopez A, de Dios C, Leiva A, Bravo M, Montejo J. Clinical and psychosocial factors associated with the outcome of unipolar major depression: a one year prospective study. *J Affect Disord* 2004;79(1-3):63-70.



### **3 OBJETIVOS**

O presente estudo teve como objetivo geral avaliar a qualidade de vida, bem como fatores preditores de remissão de sintomas depressivos, em sujeitos com transtorno depressivo maior que foram acompanhados ao longo de um ano, provenientes de unidades de cuidados primários .

## **Artigo 2 - Subsyndromal depression: an impact on quality of life?**

Artigo publicado no Journal of Affective Disorders v. 100, p. 163-169, 2007.

### **Objetivo Geral**

Avaliar a associação entre qualidade de vida e depressão subsindrômica.

### **Objetivos Específicos**

1. Comparar os escores de qualidade de vida, medidos através dos instrumentos WHOQOL-BREF e QLDS entre sujeitos com depressão maior, depressão subsindrômica e sem depressão.
2. Avaliar o impacto da depressão subsindrômica nos domínios de qualidade de vida aferidos pelo WHOQOL-BREF.

## **Subsyndromal Depression: an Impact on Quality of Life?**

Ana Flávia Barros da Silva Lima<sup>1</sup> and Marcelo Pio de Almeida Fleck<sup>2</sup>

- <sup>1</sup>MSc. Doctoral student, Graduate Program of Psychiatry, Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
<sup>2</sup>Associate Professor, Department of Legal Medicine & Psychiatry, Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
<sup>3</sup>Institution where the study was carried out: Hospital de Clínicas de Porto Alegre  
<sup>4</sup>Correspondence: Rua Ramiro Barcelos, 2350 - Sala 400N - 4º andar  
90035-903 - Porto Alegre – RS. Phone (+55-51) 2101-8413  
<sup>5</sup>Financial Support: FIPE - Hospital de Clínicas de Porto Alegre

## ABSTRACT

**Objective:** The objective of this study was to demonstrate the association between quality of life and subsyndromal depression in a primary care clinic in a Brazilian sample. **Methods:** This was a cross-sectional study. The cases were divided into three groups according to the severity of depressive symptoms. 1)Subjects with major depressive disorder; 2)subjects with subsyndromal depression; 3)subjects without depressive symptoms – controls. The participants completed the World Health Organization Instrument to Assess Quality of Life (WHOQOL-BREF), the Quality of Life - Depression (QLDS), the Centers for Epidemiologic Studies - Depression instrument (CES-D), and the Composite International Diagnostic Interview Instrument (CIDI). **Results:** The sample consisted of 438 primary care users (35,2% of them had subsyndromal depression). The subjects with major depression presented the worst impairment of quality of life, which was measured by the WHOQOL-BREF and the QLDS. The patients with subsyndromal depression had a smaller impact on their quality of life and the subjects without depression presented an even lower impact. The hierarchical linear regression involving demographic variables and the severity of depressive symptoms showed that the severity of depression was the variable with higher correlation with quality of life dimensions, presenting increased variation in the domains (from 9% to 24%). **Conclusions:** The results suggest that subsyndromal depression causes impairment of the quality of life in primary care patients of a Brazilian sample.

**Key-words:** Quality of life, subsyndromal depression, WHOQOL.

## INTRODUCTION

Depressive disorders are highly prevalent and are associated with functional, psychosocial and occupational impairment. The prevalence of major depressive disorder over the course of a lifetime is estimated to range between 6-17%. Taking into consideration only the presence of depressive symptoms in the community or in primary care units, the prevalence increases to 20% (ECA and National Comorbidity Survey - Blazer 1995). According to Brazilian data, there are few studies assessing the prevalence of this disorder, but prevalence rates are estimated to range around 3-10% (Almeida-Filho et al., 1997; Villano, 1998; Fraguas and Ferraz, 2002).

Recent studies on depression in primary care have demonstrated that it is necessary to improve the identification of this clinical condition. Approximately 50% to 60% of the cases are not detected, and even the patients who receive correct diagnosis often are not given an appropriate and specific treatment (Wells et al., 1998; McQuaid et al., 1999). It has been estimated that the average time interval between symptom onset, identification and treatment of the disorder is 4 to 6 years (Schwenk et al., 2004). If a proper treatment was delivered, the prevention of morbimortality caused by depression could be as high as 70% (Docherty, 1997). Consequently, although the patients of primary care units present mild depressive symptoms if compared to cases of major depression, the under diagnosis of such symptoms has an impact on the individuals' life, not only regarding the presence of symptoms, but also causing impairment of quality of life and social functioning, and

increasing the use of health resources (Wells et al., 1989; Cuijpers et al., 2004; Goldney et al., 2004).

With respect to the quality of life, several studies have demonstrated that the severity of the depressive disorder affects all dimensions of quality of life, even when controlled with other variables, such as age (Ravindran et al., 2002; McCall et al., 1999), and it might cause equivalent or more severe impairment than other chronic diseases (Hays et al., 1995; Wells et al., 1989; Spitzer et al., 1995; Judd et al., 1996). Even though international studies have demonstrated that functional impairment and use of health resources are directly proportional to the severity of the depressive symptoms, it is important to highlight that mild depressive disorders that do not meet the criteria for a major depressive disorder can also cause significant impairment of quality of life (Cuijpers et al., 2004; Goldney et al., 2004).

A Brazilian study for the assessment of quality of life regarding the severity of depressive symptoms in patients of a primary care clinic showed that the patients with more severe symptoms considered their health as being worse and were less satisfied with its health status than those patients with milder symptoms, even though many patients did not present major depressive disorders. There was also an inverse correlation between depressive symptomatology and other parameters of quality of life, such as impairment of physical and psychological functioning. Regarding the use of health resources, the patients who presented more depressive symptoms looked for health assistance at primary care clinics more often, had longer hospital stays and missed more work days than the less depressed patients (Fleck et al., 2002).

Another relevant finding is that individuals with subsyndromal depression show a risk of 8% for major depressive episodes, compared to a rate of 1.8% for individuals without symptoms (Cuijpers et al., 2004). Therefore, the early detection of

subsyndromal depression as well as an appropriate delivery of treatment are key aspects for the recovery of these patients. The objective of this study was to demonstrate the impact of the association between quality of life and subsyndromal depression in a primary care clinic.

## **METHODOLOGY**

This study was carried out based on the analysis of the database of a cohort obtained by means of the Longitudinal Investigation Depression Outcome (LIDO). The subjects who used the primary care service and had received the diagnosis of major depressive disorder – current episode – were followed for one year.

### **Study Design**

Only the Brazilian data were used in the present study. The other follow-up data will be used in upcoming publications. Therefore, this is a cross-sectional study, with the cohort divided into three groups according to the severity of the symptoms: individuals with major depression, individuals with subsyndromal depression, and individuals without depressive symptoms.

## **Selection of the Sample**

The project was evaluated and approved by the Research Ethics Committees of Hospital de Clínicas de Porto Alegre and the Community Health Service of Hospital Conceição. The outpatient clinics visited during the study were affiliated to these institutions.

A screening interview was carried out with 2.475 users from three primary health care units in the city of Porto Alegre. The patients were selected consecutively according to the order of arrival at the outpatient clinic from August 1998 to March 1999. The individuals were initially screened for depression using the CESD instrument (Radloff et al., 1977). The individuals with a CESD score  $\geq 16$  were invited to a more detailed interview in order to confirm or rule out a recent major depressive episode. This baseline interview was carried out by trained interviewers 2 weeks after the initial contact. This interview confirmed or ruled out the diagnosis of depression through the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) methodology. Two groups naturally resulted from this interview: one group was comprised of patients with a diagnosis of major depression according to the CIDI (CIDI+), and the other group included those patients who even presenting a CESD score  $\geq 16$  did not receive the diagnosis of major depression according to the CIDI (CIDI-). The age of the individuals included in the study ranged from 18 to 75 years old. They were not being treated for depression and did not present any organic brain syndromes neither any psychotic disorder. After the first screening there was an additional collection of data which resulted in the creation of a third group of patients with CESD score  $< 16$  and CIDI – (patients without depression).



## Instruments Used

**Centers for Epidemiologic Studies – Depression (CES-D):** The CES-D is a scale made up of 20 items that has the objective of measuring depressive symptoms in population groups (Radloff et al., 1977). It is useful to screen depressive symptoms, but not to confirm the diagnosis (Radloff et al., 1977).

**Quality of Life – Depression (QLDS):** The QLDS is a specific quality of life measurement for patients with depression (Hunt and McKenna, 1992).

**Composite International Diagnostic Interview (CIDI):** The CIDI is a structured interview that was developed in order to detect diagnoses of a variety of mental problems in primary care units. The depression module, version 2.1, was used in this study (Weiller, 1994).

**World Health Organization Instrument to Assess Quality of Life-Bref (WHOQOL-BREF):** It is an abbreviated version of the World Health Organization Quality of Life instrument with 100 questions (WHOQOL-100). This instrument was developed by 15 international centers and was validated for the Portuguese language. This 26-item version covers four domains (physical, psychological, social relations, and environment) (Fleck et al., 2000; The WHOQOL GROUP, 1998).

## Statistical Analysis

In order to compare the categorical variables, a chi-square test was run. For the continuous variables, the T-Test was used for independent samples and ANOVA was used when there were more than two groups. In order to evaluate the

association between the variables correlated with depression and quality of life, the results of Pearson's correlation were used and then a multivariate analysis using hierarchical linear regression was performed to check the independent association between quality of life and depression.

## **RESULTS**

The sample was comprised of 438 individuals divided into three groups according to the presence of depressive symptoms. Most of the individuals presented a diagnosis of major depression measured by the CIDI, corresponding to 39% of the sample (n=170), 77% were women, and 54% were single, the mean age was 39 years old and the average schooling years was 9.5. The demographic characteristics did not differ among the groups. Regarding the quality of life domains measured by the WHOQOL-BREF and the QLDS, the mean scores were different in the three groups as shown in table 1. There was an inverse correlation between the presence of depressive symptoms and the scores of quality of life, that is, the lower the presence of depressive symptoms, the better the scores of quality of live as shown in table 1.

**Please insert Table 1 about here**

For a better understanding of the variables correlated with the quality of life, an analysis of the Pearson's coefficients between the WHOQOL-BREF instrument and

the variables age, sex, schooling, marital status, number of comorbidities, and severity of the depressive symptoms was performed. Age was inversely correlated with the overall and physical domains; gender presented correlation with the overall domain; and schooling and marital status were correlated with the physical domain. The variables number of comorbidities and severity of depression showed correlation with all domains of the WHOQOL. The coefficients ranged from -0.17 to 0.51. The next step was the performance of a hierarchical multiple linear regression by establishing four dimensions. According to our theoretical model the first dimension was comprised of the following variables: age and gender; the second dimension included the variables schooling and marital status; the third dimension consisted of the number of physical comorbidities; and the fourth dimension involved the severity of the depressive symptoms. According to the methodology applied in this study, only those variables that presented statistical significance in the previous step were used in the next steps of regression ( $p < 0.10$ ). The variables gender and age were significantly correlated with the physical, psychological, and overall domains. Men presented higher scores for the psychological domain and women had higher scores regarding the overall domain. Age was inversely correlated with the physical and overall domains. These variables contributed to the variance between 0.4% and 3.8% in the quality of life scores. In the second step of the regression, schooling and marital status were added, and there was no increase in the variance demonstrated by these variables. In the third step, comorbidity was added and it showed significant correlation with all domains and contributed to the increase in the most significant variances in the model (2.7%-19%). Finally, the fourth step demonstrated that the severity of the depression is the variable with greater impact on the quality of life, with

an increase in the variance between 9% and 24%. These data are shown in the tables of the WHOQOL-BREF domains.

**Please insert Table 2 about here**

## **Discussion**

This is the first Brazilian study to assess the association between quality of life and the severity of depressive symptoms in primary care units with the use of WHOQOL-BREF and QLDS instruments. Our findings suggest that individuals who look for health assistance at primary care services and present subsyndromal depression have worse scores in all domains if compared to the individuals without this disorder, which causes a less significant negative impact on the scores of individuals with major depression. These findings are in agreement with previous studies that demonstrated that the severity of the depression causes a serious impact on all quality of life dimensions, even when controlled with variables such as age or other chronic diseases (Spitzer et al., 1998; Ravidran et al., 2002; Orley et al., 1998). Only one study in Latin America carried out using the WHOQOL-100 to measure the quality of life in patients with depression demonstrated similar results. Patients with more severe depressive symptoms presented worse quality of life scores in the physical, level of independence, environmental, and overall domains (Bonicatto et al., 2001). These data suggest that there might be a continuum of the depressive symptoms, which may vary from non-specific depressive symptoms to minor depression and major depression.

Even though subsyndromal depression is less severe than major depression, its high prevalence causes an impact both on the quality of life of these individuals and the use of health resources (Goldney et al., 2004; Backenstrass et al., 2006; Cuijpers et al., 2004). According to ECA results, it is estimated that at least 30% of the American population has already experienced feelings of sadness, blues, or depression, such as loss of interest in activities that used to be considered fun, for a period of 2 weeks during their lifetime. The same study demonstrated that these symptoms not only burden the individuals, but also increase the risk of other physical comorbidities (Kobau et al., 2004). The use of health services is also proportional to the severity of the depressive symptoms, since individuals with minor depression look for health assistance 20 times more often than individuals without depression (Cuijpers et al., 2004).

Another relevant finding of our study obtained by means of a hierarchical multiple linear regression is that for all domains of the WHOQOL-BREF the variables presenting greater impact on the quality of life were the number of comorbidities and the severity of depression. Comorbidity increased the variance from 2.7% to 19%, which evidenced the inverse association between the number of comorbidities and the quality of life scores. These data are in agreement with previous studies that suggested that patients with major depressive disorder have worse or similar quality of life scores when compared to patients with other chronic diseases, and when the patients with major depressive disorder have any clinical comorbidity, they also have worse scores if compared to those with pure disorder (Meyer et al., 2004; Bonicato et al., 2001; Hays et al., 2001).

Severity of depression was the variable most highly correlated with the quality of life, and it presented increases in the variance ranging from 9% to 24%. This

finding demonstrates that such variable has a significant impact on the quality of life. However, measures of quality of life as well as measures of severity of depression are based on the level of impairment they cause to individuals, which can lead to a superposition of constructs. Therefore, further analysis of the specific items of each scale is needed in order to determine whether these constructs are similar or different (Koivurmaa-honkanen et al., 2001; Pyne et al., 2003).

This study has some limitations. Since it is a cross-sectional study, a cause-effect relation cannot be established in the association between quality of life and depressive symptoms. This association remains very complex, since several factors seem to be involved. And there is not a final conclusion about whether the impairment of the quality of life is caused by inappropriate treatment or if it has any impact on the response to treatment, or even whether there are any synchronic alterations regarding the depressive symptoms and the quality of life scores (Cassano et al., 1990; Judd et al., 2000; Judd and Akiskal, 2000). Therefore, longitudinal studies are necessary to improve our understanding of these issues.

Another relevant aspect is that Brazil is a very large country with important cultural differences among its regions. This study was carried out in the South region of the country, which is one of the most developed regions of the country in terms of economy and education. Thus, it cannot be considered as representative of the diversity that occurs in the primary health care system in Brazil, and this aspect restricts the international validity of the study. Nevertheless, it is a relevant study due to the fact that similar studies are rarely carried out in developing countries, and it highlights the importance of early diagnosis and appropriate treatment of the depressive symptoms at primary care units.

**Please insert Tables 3, 4, 5 and 6 about here**

## **CONCLUSIONS**

The results found suggest that depression seems to present a continuum evolution instead of involving only individual categories, and that there is an association between quality of life and the presence of depressive symptoms. Subsyndromal depression causes a smaller impact on the quality of life of individuals if compared to patients with major depression. However, due to its high prevalence, it has a very significant social impact, since the absolute figures represent a larger group of individuals with subsyndromal depression. Even though the severity of the depression was the variable of greatest impact on the quality of life, the variance rates were not as significant, which suggests that the depressive symptoms only partially determine the results of the assessment of quality of life of depressed patients.

## REFERENCES

Blazer, D.G., 1995. Mood Disorders: Epidemiology. In Kaplan HI and Sadock BJ. Comprehensive Textbook of Psychiatry/VI-vol I. 6<sup>th</sup> ed. Philadelphia Williams & Wilkins. pp. 1079-1088

Almeida-Filho, N., Mari, J.J., Coutinho, E., Franca, J.F., Fernandes, J., Andreoli, S.B., Busnello, E.D., 1997. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. Methodological features and prevalence estimates. Br. J. Psychiatry. 171, 524-9.

Villano, L.A.B., 1998. Problemas psicológicos e morbidade psiquiátrica em serviços de saúde não-psiquiátricos: o ambulatório de clínica geral. Tese de doutorado pela Escola Paulista de Medicina.

Fraguas, R.A.J., Ferraz, T.C.T., 1992. Depressão no Hospital Geral: estudo de 136 casos. Rev. Assoc. Med. Bras. 48(3), 225-230.

Wells, K.B., Golding, J.M., Burnam, M.A., 1988. Psychiatric disorder in a sample of the general population with and without chronic medical conditions. Am. J. Psychiatry. 145(8), 976-81.

McQuaid, J.R., Stein, M.B., Laffaye, C., McCahill, M.E., 1999. Depression in a primary care clinic: the prevalence and impact of an unrecognized disorder. J. Affect. Disord. 55(1), 1-10.

Schwenk, T.L., Evans, D.L., Laden, S.K., Lewis, L, 2004. Treatment outcome and physician-patient communication in primary care patients with chronic, recurrent depression. Am. J. Psychiatry. 161(10), 1892-901.

Docherty, J.P., 1997. Barriers to the diagnosis of depression in primary care. J. Clin. Psychiatry. 58 Suppl 1, 5-10.

Wells, K.B., Manning, W.G. Jr., Valdez, R.B., 1989. The effects of insurance generosity on the psychological distress and psychological well-being of a general population. Arch. Gen. Psychiatry. 46(4), 315-20.



Cuijpers, P., de Graaf, R., Van Dorsselaer, S., 2004. Minor depression: risk profiles, functional disability, health care use and risk of developing major depression. *J. Affect. Disord.* 79(1-3), 71-9.

Goldney, R.D., Fisher, L.J., Dal Grande, E., Taylor, A.W., 2004. Subsyndromal depression: prevalence, use of health services and quality of life in an Australian population. *Soc. Psychiatry. Psychiatr. Epidemiol.* 39(4), 293-8.

Hays, R.D., Wells, K.B., Sherbourne, C.D., Rogers, W., Spritzer, K.R., 1995. Functioning and well-being outcomes of patients with depression compared with chronic general medical illnesses. *Arch. Gen. Psychiatry.* 52(1), 11-9.

Wells, K.B., Stewart, A., Hays, R.D., Burnam, M.A., Rogers, W., Daniels, M., Berry, S., Greenfield, S., Ware, J., 1989. The functioning and well-being of depressed patients. Results from the Medical Outcomes Study. *JAMA.* 18; 262(7),914-9.

Spitzer, R.L., Kroenke, K., Linzer, M., Hahn, S.R., Williams, J.B., deGruy, F.V., Brody, D., Davies, M., 1995. Health-related quality of life in primary care patients with mental disorders. Results from the PRIME-MD 1000 Study. *JAMA.* 15; 274(19),1511-7.

Judd, L.L., Paulus, M.P., Wells, K.B., Rapaport, M.H., 1996. Socioeconomic burden of subsyndromal depressive symptoms and major depression in a sample of the general population. *Am. J. Psychiatry.* 153(11), 1411-7.

Ravindran, A.V., Matheson, K., Griffiths, J., Merali, Z., Anisman, H., 2002. Stress, coping, uplifts, and quality of life in subtypes of depression: a conceptual frame and emerging data. *J. Affect. Disord.* 71(1-3), 121-30.

McCall, W.V., Cohen, W., Reboussin, B., Lawton, P., 1999. Effects of mood and age on quality of life in depressed inpatients. *Affect. Disord.* 55(2-3), 107-14.

Fleck, M.P., Lima, A.F., Louzada, S., Schestasky, G., Henriques, A., Borges, V.R., Camey, S., 2002. Association of depressive symptoms and social functioning in primary care service, Brazil. *Rev. Saude. Publica.* 36(4), 431-8.

Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.

Hunt, S.M., McKenna, S.P., 1992. The QLDS: a scale for the measurement of quality of life in depression. *Health Policy.* 22(3), 307-19.

Weiller, E., Lecrubier, Y., Maier, W., Ustun, T.B., 1994. The relevance of recurrent brief depression in primary care. A report from the WHO project on Psychological Problems in General Health Care conducted in 14 countries. *Eur. Arch. Psychiatry. Clin. Neurosci.* 244(4), 182-9.

Fleck, M.P., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., Pinzon, V., 2000. Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref. *Rev. Saude. Publica.* 34(2), 178-83.

The WHOQOL GROUP., 1998. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychol. Med.* 28(3),551-8.

Bonicatto, S.C., Dew, M.A., Zaratiegui, R., Lorenzo, L., Pecina, P., 2001. Adult outpatients with depression: worse quality of life than in other chronic medical diseases in Argentina. *Soc Sci Med.* 52(6), 911-9.

Orley, J., saxena, S., Herrman, H., 1998. Quality of Life and mental Illness – Reflections from the perspective of the WHOQOL. *Br. J. Psychiatry.* 172, 291-3.

Backenstrass, M., Frank, A., Joest, K., Hingmann, S., Mundt, C., Kronmuller, K.T.A, 2006. A comparative study of nonspecific depressive symptoms and minor depression regarding functional impairment and associated characteristics in primary care. *Compr. Psychiatry.* 47(1), 35-41.

Kobau, R., Safran, M.A., Zack, M.M., Moriarty, D.G., Chapman, D., 2004. Sad, blue, or depressed days, health behaviors and health-related quality of life, Behavioral Risk Factor Surveillance System, 1995-2000. *Health. Qual. Life. Outcomes.* 30;2:40.

Meyer, C., Rumpf, H.J., Hapke, U., John, U.,2004. Impact of psychiatric disorders in the general population: satisfaction with life and the influence of comorbidity and disorder duration. *Soc. Psychiatry. Psychiatr. Epidemiol.* 39(6), 435-41.

Koivumaa-Honkanen, H., Honkanen, R., Antikainen, R., Hintikka, J., Laukkanen, E., Honkalampi, K., Viinamaki, H.,2001. Self-reported life satisfaction and recovery from depression in a 1-year prospective study. *Acta. Psychiatr. Scand.* 103(1), 38-44.

Pyne, J.M., Sieber, W.J., David, K., Kaplan, R.M., Hyman, Rapaport. M., Keith, Williams. D., 2003. Use of the quality of well-being self-administered version (QWB-SA) in assessing health-related quality of life in depressed patients. *J. Affect. Disord.* 76(1-3), 237-47.

Cassano, G.B., Perugi, G., Maremmani, I., Akiskal, H.S., 1990. Social Adjustment in Dysthymia. In: Burton SW, Akiskal HS(Eds).Dystimic Disorder.American Psychiatric Press,pp78-85.

Judd, L.L., Paulus, M.J., Schettler, P.J., Akiskal, H.S., Endicott, J., Leon, A.C., Maser, J.D., Mueller, T., Solomon, D.A., Keller, M.B., 2000. Does incomplete recovery from first lifetime major depressive episode herald a chronic course of illness? *Am. J. Psychiatry.* 157(9), 1501-4.

Judd, L.L., Akiskal, H.S., 2000. Delineating the longitudinal structure of depressive illness: beyond clinical subtypes and duration thresholds. *Pharmacopsychiatry.* 33(1), 3-7.

**Table 1 - Demographic characteristics of the sample and the mean CES-D, WHOQOL- BREF, and QLDS scores according to the severity of depressive symptoms**

	<b>Subsyndromal Depression n=154(35%)</b>	<b>Major Depression n=170(39%)</b>	<b>No Depression n=114(26%)</b>	<b>P</b>
<b>Demographic Data</b>				
<b>Mean Age (sd)</b>	40.14(13.63)	38.50(14.13)	37.54(13.48)	0.29
<b>Sex - % women</b>	79.2%	72.9%	79.8%	0.28
<b>Marital Status (% married)</b>	51.3%	51.8%	60.5%	0.82
<b>Schooling (years): mean (sd)</b>	9.70(3.50)	9.12(3.42)	9.93(2.75)	0.09
<b>CES-D Score: mean (sd)</b>	24.14 (8.61)	30.06(10.06)	7.88(6.25)	0.00
<b>QLDS Score: mean (sd)</b>	13.(3.57)	16.25(5.28)	11.25(2.61)	0.00
<b>WHOQOL-BREF: mean (sd)</b>				
<b>Physical</b>	67.34(15.88)	56.62(16.85)	80.28(13.31)	0.000
<b>Psychological</b>	63.61(11.99)	52.33(15.74)	75.22(10.71)	0.000
<b>Social</b>	63.74(16.62)	55.46(19.70)	75.96(13.21)	0.000
<b>Environment</b>	56.83(10.79)	50.59(12.71)	63.40(10.52)	0.000
<b>overall</b>	64.94(14.36)	59.49(16.12)	78.18(11.97)	0.000

ANOVA-Tukey HSD

**Table 2 - Hierarchical regression of the variables correlated with the physical domain – WHOQOL-BREF**

Variables	Step 1	Step 2	Step 3	Step 4	r <sup>2</sup>
Age	-0.17***	-0.09*	-0.008	-0.06	0.02
Sex	0.011				
Schooling		0.09**	0.04	0.02	0
Marital Status #					
Married		0.13			
Separated/divorced		0.03			
Single		0.17			
Comorbidities			-0.45***	-0.28***	0.19
Groups ##					0.13
Subsyndromal Depression				0.23***	
Without Depression				0.43***	

# The categories of marital status were compared with the widow/widower category.

## The two groups were compared with the Major Depression Disorder Group.

Stepwise procedure \*  $p \leq 0.10$ ; \*\*  $p \leq 0.05$ ; \*\*\*  $p \leq 0.001$ .

**Table 3 - Hierarchical regression of the variables correlated with the psychological domain – WHOQOL-BREF**

<b>Variables</b>	<b>Step 1</b>	<b>Step 2</b>	<b>Step 3</b>	<b>Step 4</b>	<b>r<sup>2</sup> (increase)</b>
Age	-0.04				0.006
Sex	0.09**	0.08*	0.07*	0.12**	
Schooling		0.06			0.01
Marital Status #					
Married		0.02			
Separated/ divorced		-0.03			
Single		0.05			
Comorbidities Groups ##			-0.32***	-0.11**	0.096
Subsyndromal Depression Without Depression				0.32***	0.24
				0.58***	

# The categories of marital status were compared with the widow/widower category.

## The two groups were compared with the Major Depression Disorder Group.

Stepwise procedure \*  $p \leq 0.10$ ; \*\*  $p \leq 0.05$ ; \*\*\*  $p \leq 0.001$ .

**Table 4 - Hierarchical regression of the variables correlated to the social domain – WHOQOL-BREF**

<b>Variables</b>	<b>Step 1</b>	<b>Step 2</b>	<b>Step 3</b>	<b>Step 4</b>	<b>r<sup>2</sup>(increase)</b>
Age	0.023				0.0004
Sex	-0.06			0.12**	
Schooling		-0.006			
Marital Status #					0.0015
Married		-0.09			
Separated/divorced		-0.12			
Single		-0.12			
Comorbidities			-0.17***	-0.11**	0.027
Groups ##					0.14
Subsyndromal Depression				0.32***	
Without Depression				0.58***	

# The categories of marital status were compared with widow/widower category.

## The two groups were compared with the Major Depression Disorder Group.

Stepwise procedure \*  $p \leq 0.10$ ; \*\*  $p \leq 0.05$ ; \*\*\*  $p \leq 0.001$ .

**Table 5 - Hierarchical regression of the variables correlated with the environmental domain – WHOQOL-BREF**

<b>Variables</b>	<b>Step 1</b>	<b>Step 2</b>	<b>Step 3</b>	<b>Step 4</b>	<b>r<sup>2</sup>(increase)</b>
Age	-0.0017				0.0007
Sex	-0.07				
Schooling		0.088*	0.042	0.026	
Marital Status #					0.0079
Married		-0.11	-0.23**	-0.19**	
Separated/divorced		-0.17**	-0.25**	-0.20**	
Single		-0.10	-0.23***	-0.15*	
Comorbidities			-0.30***	-0.15***	0.081
Groups ##					0.09
Subsyndromal Depression				0.21***	
Without Depression				0.37***	

# The categories of marital status were compared with the widow/widower category.

## The two groups were compared with the Major Depression Disorder Group.

Stepwise procedure \*  $p \leq 0.10$ ; \*\*  $p \leq 0.05$ ; \*\*\*  $p \leq 0.001$ .



**Table 6 - Hierarchical regression of the variables correlated with the overall domains – WHOQOL-BREF**

<b>Variables</b>	<b>Step 1</b>	<b>Step 2</b>	<b>Step 3</b>	<b>Step 4</b>	<b>r<sup>2</sup>(increase)</b>
Age	-0.17***	-0.13***	-0.038	-0.07*	0.038
Sex	-0.10**	-0.11***	-0.12***	-0.09***	
Schooling		0.06			
Marital Status #					0.0024
Married		0.05			
Separated/divorced		-0.14			
Single		-0.07			
Comorbidities			-0.39***	-0.24***	0.14
Groups ##					0.09
Subsyndromal Depression				0.11***	
Without Depression				0.38***	

# The categories of marital status were compared with the widow/widower category.

## The two groups were compared with the Major Depression Disorder Group.

Stepwise procedure \*  $p \leq 0.10$ ; \*\*  $p \leq 0.05$ ; \*\*\*  $p \leq 0.001$ .

### **Artigo 3 - Quality of life and depression: distinct or complimentary concepts?**

#### **Principal components analysis**

Artigo submetido para a *Psychiatric Research*, junho 2007.

#### **Objetivo Geral**

Examinar através de uma análise de componentes principais se os itens dos instrumentos *Centers for Epidemiologic Studies Depression (CES-D)* e *World Health Organization Instrument To Assess Quality of Life-Bref (WHOQOL - BREF)* medem construtos semelhantes.

## **Quality of life and depression: distinct or complimentary concepts?**

### **Principal components analysis**

Ana Flávia Barros da Silva Lima<sup>1</sup>, Marcelo P. Fleck<sup>2</sup>

<sup>1</sup>MSc. Doctoral student, Graduate Program of Psychiatry, Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
e-mail: afbslima@terra.com.br

<sup>2</sup>Associate Professor at the Legal Medicine and Psychiatry Department of the Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
e-mail : mfleck.voy@terra.com.br

<sup>3</sup>Conducting site: Hospital de Clínicas de Porto Alegre

<sup>4</sup>Corresponding authors:

Dra. Ana Flávia Barros da Silva Lima

Rua. Mariante 288/407, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil. Zip Code: 90430-180

Phone: (51) 3222-45-66

<sup>5</sup>Financing Source: FIPE - Hospital de Clínicas de Porto Alegre and Eli Lilly company

## ABSTRACT

**Background:** There is no consensus in the literature whether the concepts of quality of life and depression represent similar phenomena or if they are distinct measures. This study aimed to examine whether the questionnaires Centers for Epidemiologic Studies Depression (CES-D) and World Health Organization Instrument to Assess Quality of Life-Bref (WHOQOL-BREF) measure similar constructs. **Methodology:** An exploratory factorial analysis was performed through principal components analysis, using oblique rotation for the 26 items in WHOQOL-BREF and for the 20 items in CES-D. **Results:** The distribution of CESD items occurred mainly in factors 2 – Positive feelings and attitudes and 3 – depressive symptoms, showing that this scale is characterized by the measurement of psychopathology. On the other hand, WHOQOL items were distributed mainly in factor 1 – physical dimension, factor 4 – psychological, factor 5 – social support and factor 6 – environment, showing that this instrument is based on a more generic measurement for quality of life assessment. **Conclusions:** The present study suggested that quality of life and depression are different constructs. The measurement of quality of life is probably determined in a multifactorial manner, where the presence of depressive symptoms exerts a major impact when assessing quality of life, but is not enough to fully explain the variance in scores.

**KEY WORDS:** Quality of life; depression; factorial analysis; principal component analysis.

## 1 INTRODUCTION

In literature, there are several studies demonstrating an association between quality of life and depression. Results suggest that affective disorders affect all Quality of Life dimensions, even when controlled for other variables such as age (Ravindran AV et al., 2002; McCall et al., 1999). When compared to other chronic medical conditions, depression seems to cause greater damage to quality of life, and its impact on social impairment can be considered to be 23 times higher than impairment caused by other physical diseases (Wells KB et al., 1999; Spitzer RL et al., 1995; Bonicatto SC et al., 2001; Ormel J et al., 1999).

There is no consensus in the literature whether the association between quality of life and depression actually occurs or if there is superposition in measurements. In relation to factors that are common to these measurements there are three aspects to be considered. First, both concepts of depression and quality of life are based on a theoretical model of well-being/satisfaction, which could produce an intersection between these constructs (Berlim MT et al., 2006; Orley J et al., 1998). However, there is lack of empirical data confirming these theoretical models, thus producing quite vague and sometimes confusing definitions (Leplege A et al., 1997; Fleck MPA, 2006; Angermeyer MC, 1997). In relation to quality of life, it might be better described as a field of interest rather than a single variable. According to Gil and Feinstein (1994), in a review on the quality of studies concerning quality of life, of 75 papers found, only 15% defined the concept and, of the 159 tools employed, 136 had been applied only once (Gill TM et al., 1994). There are several definitions for the concept in the literature: 1) Quality of life is a state of complete physical, mental

and social well-being, and not merely the absence of disease or illness (Cramer JA, 1994); 2) Quality of life is a subjective perception of happiness in several domains of life that are important to an individual (Ferrans CE et al., 1992); 3) Quality of life is the difference between personal expectations and achievements (Calman KC, 1984); 4) Quality of life is an individual perception about one's life situation in the context of culture and value system where the individual is inserted according to his/her objectives, expectations, patterns and concerns (Orley J, 1994).

Second, depression causes a negative influence on the perception of quality of life, which might overestimate this relationship, thus causing an "affective fallacy" (Katsching H, 1997; Katsching et al., 1997; Aigner M et al., 2006). According to Beck's cognitive model, these subjects present the Cognitive Triad, where depressive symptoms may be understood as the individual's negative perception of himself/herself, leading to unpleasant experiences in his/her daily life and a pessimistic and hopeless expectation for the future (Beck AT et al., 1997). Since the measurement of quality of life seems to present an affective component for its assessment, and depression causes a negative perception of oneself and the environment, it contributes for the worse quality of life scores observed in this kind of disorder (Heinonen H et al., 2004).

Third, quality of life instruments often include items assessing psychopathology, that is, the presence of depressive symptoms, rather than items that are specific to quality of life. This situation favors the correlation between these measures, which can be redundant or spurious since they can occur due to superposing items, rather than an actual association (Katsching et al., 1997).

Thus, literature does not conclude if these concepts are similar, or if they are distinct, but semi-independent measures. A number of works have suggested some

degree of symmetry between these concepts, showing that measurements of quality of life contribute with 31.5% of variance in depression scores while depression contributes with 49% of the variance in quality of life scores (Heinonen H et al., 2004; N de Leval, 1999; Moore M et al., 2005; Godding PR et al., 1995; Conn VS et al., 1991). On the other hand, some studies demonstrate that changes in the perception of quality of life are associated not only with the severity of depression, but in fact psychological variables such as self-esteem, coping with the depressive mood, subtypes of depression, personality dimensions and social support are probably involved as well, suggesting that depression and quality of life are correlated but distinct concepts (Ravindran AV et al., 2002; Aigner M et al., 2006; Rapaport MK et al., 2005; Kuehner C et al., 2005; Papakostas GI et al., 2004).

To date there are no studies in the literature describing the correlation between quality of life and depression as measured by the WHOQOL-BREF and CES-D instruments. Thus, this work intended to assess through principal components analysis whether the items included in these questionnaires measure similar constructs.

## **2 METHODS**

### **2.1 Design**

This study was carried out based on the analysis of the database of a cohort obtained by means of the Longitudinal Investigation Depression Outcome (LIDO).

The subjects who used the primary care service and had received the diagnosis of major depressive disorder – current episode – were followed for one year. Only the Brazilian data were used in the present study. The other follow-up data will be used in upcoming publications. Therefore, this is a cross-sectional study, where the groups were divided according to severity of symptoms, in subjects with major depression, subjects with sub-syndromic depression and subjects without depressive symptoms.

## **2.2 Sample Selection**

A screening interview was carried out with 2.475 users from three primary health care units in the city of Porto Alegre. The patients were selected consecutively according to the order of arrival at the outpatient clinic from August 1998 to March 1999. The individuals were initially screened for depression using the CESD instrument (Radloff et al., 1977). The individuals with a CESD score  $\geq 16$  were invited to a more detailed interview in order to confirm or rule out a recent major depressive episode. This baseline interview was carried out by trained interviewers 2 weeks after the initial contact. This interview confirmed or ruled out the diagnosis of depression through the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) methodology. Two groups naturally resulted from this interview: 1) Major depression - CESD  $> 16$  and positive CIDI; 2) Sub-syndromic depression - CESD  $> 16$  and negative CIDI. The age of the individuals included in the study ranged from 18 to 75 years old. They were not being treated for depression and did not present any organic brain syndromes neither any psychotic disorder. After the first screening there was an additional collection of



data which resulted in the creation of a third group of patients with CESD score  $< 16$  and CIDI – (patients without depression). The baseline data was used in this study.

The project was evaluated and approved by the Research Ethics Committees of Hospital de Clínicas de Porto Alegre and the Community Health Service of Hospital Conceição. The outpatient clinics visited during the study were affiliated to these institutions.

### 2.3 Instruments

The following measurements were employed:

**Demographic Data:** Questionnaire with descriptive, controlling and economic a variables.

**Centers for Epidemiologic Studies – Depression (CES-D):** CES-D is a scale comprised by 20 items designed to measure depressive symptoms in community populations. It is useful as a screening tool for depressive symptoms, but not for confirming the diagnosis. Subjects answer to the questions based on the past week, by means of a four-point answer scale ranging from 0=rarely to 3=most of the time. The total score is calculated by a simple sum, which ranges from 0-60. The cut-off point considered to distinguish individuals with depressive symptoms is higher than or equal to 16 (Radloff LS, 1977).

**Composite International Diagnostic Interview (CIDI):** CIDI is a structured interview that was developed for diagnosing a number of mental problems in primary care settings. The depression module, version 2.1, was used in this study (Weiller E et al., 1994).

**World Health Organization Instrument To Assess Quality of Life-Bref (WHOQOL-BREF):** It is a reduced version of the World Health Organization Instrument to Assess Quality of Life (WHOQOL-100), comprised by 26 items covering four domains (physical, psychological, social relationships and environment). There are four scales where scores range from zero to four. Total scores range from 0-100, with higher scores suggesting better quality of life. This instrument has been validated for the Portuguese language (Fleck MP et al., 2000, The WHOQOL Group, 1998).

## **2.4 Statistical Analysis**

The Qui-square test was performed to compare categorical variables, and analysis of variance (ANOVA) for continuous variables. In order to assess the construct validity for concepts of depression and quality of life, a principal components analysis was performed, using oblique rotation for the 26 items in WHOQOL- BREF and for the 20 items in CES-D. The factors were selected by considering the eigenvalues diagram and the Kaiser method, where only eigenvalues higher than one were included.

### 3 RESULTS

The sample was comprised by 438 subjects divided into three groups according to the presence of depressive symptoms. When the CIDI was employed, 39% of the sample presented major depression (n=170), 35% (n=154) had sub-syndromic depression and 26% (n=114) had no depressive symptom. In relation to gender, 77% were female and 54% were single, with mean age of 39 years old and had 9.5 years of education. Demographic characteristics did not differ between groups and are described in table 1.

In relation to the factorial analysis, following oblique rotation, the items in WHOQOL-BREF and CES- D were distributed in 9 factors, with eigenvalues higher than 1. The eigenvalues diagram suggested the solution with 6 factors to be the most adequate. The 6 factors accounted for 53% of the variance and the first factor was responsible for 28% of the variance. Factor 1 was called - Physical dimension; factor 2 - Positive feelings and attitudes; factor 3 - depressive symptoms; factor 4 - psychological dimension; factor 5 - social support, factor 6 - Environment. They are described in table 2.

## 4 DISCUSSION

The present study suggested that quality of life and depression constructs, in spite of being correlated between them, are distinct phenomena. Items in CESD were distributed mainly in factors 2 - Positive feelings and attitudes and 3 - depressive symptoms, thus demonstrating that this scale is characterized by measurement of psychopathology. On the other hand, items in WHOQOL were distributed mainly in factor 1 - physical dimension, factor 4 - psychological, factor 5 - social support and factor 6 - environment, showing that the instrument is based on a more generic measurement for quality of life assessment, rather than being linked to the health status or symptoms.

There are empirical evidences that the quality of life of depressed subjects is associated not only with the presence of depressive symptoms, but in fact those are different phenomena, as suggested by our study. These differences can be evidenced through variance studies for depression in relation to quality of life scores. Rapaport and colleagues stress that, though subjects with depressive symptoms present significant impairment in quality of life, when compared with non-depressed subjects, the variable that is specific to depressive symptoms contributes for the impact on quality of life with only a slight variance in the regression model, about 1.38%, thus suggesting that such models might be semi-independents (Rapaport MK et al., 2005).

Other aspects seem to be involved as well, such as psychosocial factors. Though the severity of depression accounts for 4-36% of the variability in scores from domains related to the quality of life, variables such as self-esteem, coping style to

depressive mood and social support contribute to the variability in scores for psychological and social domains ( $r^2$  18.5% and 21% respectively) (Kuehner C et al., 2005). These data show that, even though the severity of depression is a relevant aspect for the impact on quality of life, the quality of life construct should not be understood as a superposition to the depression construct, but as a construct that is determined in a multifactorial manner (Kuehner C et al., 2005).

Other evidence suggesting that depression and quality of life represent different constructs is related to the lack of synchronicity in the change between depressive symptoms and quality of life measurements. The reduction in depressive symptoms does not necessarily mean an improvement in all quality of life domains. In dysthymic patients, symptom relief can cause an improvement in social and occupational functioning, however the pleasure involved in leisure activities can remain impaired (Cassano GB et al., 1990). According to Papakostas and colleagues, in a recent review, there are several studies demonstrating that the treatment of depressive symptoms during the acute phase leads to improvements in psychosocial functioning and quality of life (Papakostas GI et al., 2004). Studies conducted during the continuance and maintenance phases show less marked changes (Papakostas GI et al., 2004).

Probably, mediatory variables may also be present in the correlation between quality of life and depression. Objective parameters and subjective health measurements do not fully explain the variances in global quality of life scores, suggesting that other components might be involved, such as the coping style used in a certain situation (Koller M et al., 2005). Moreover, patients can differ in relation to coping strategies employed, as well as in their perception of positive or negative aspects of life. These aspects can impact differently on the perception of quality of

life according to the depression subtype rather than its severity (Ravindran AV et al., 2002).

The present study has some limitations. The first point involves the methodology employed. The principal components analysis is exploratory and, therefore, has no power to confirm independence for the items. It merely suggests that items assessed for quality of life and depression, though correlated between them, are distributed into different components. Another aspect is that the comparison of our data with previous studies is limited, since there is lack of researches using the exploratory factorial analysis for assessing items both in CES-D and WHOQOL-BREF scales. In relation to CES-D, only six papers were found in a meta-analysis of the factor structures in depression-specific questionnaires, thus suggesting that this instrument is mainly distributed into 4 factors: 1: factor 1 - somatic; factor 2 - depressive affect; factor 3 - positive affect and factor 4 - interpersonal problems (Shafer AB, 2006). In relation to WHOQOL-BREF there is a debate in the literature whether the items contained in the questionnaire should be grouped into 4 dimensions (physical, psychological, social and environmental) as originally described or be distributed into more factors, since each dimension encompasses items that might be regarded as heterogeneous (Ohaeri JU et al., 2004). A third limitation concerns the characteristics of the sample. Despite the broad coverage of severity of depressive symptoms, the sample is derived from an adult primary care service, which compromises the generalization of data.

The present study suggests that “quality of life” and “depression” are different constructs, since the items in the CES-D questionnaire were grouped into 2 factors, practically composed by items from this instrument only, while items contained in the WHOQOL were grouped into other 4 factors. The measurement of quality of life is

probably determined in a multifactorial manner, where the presence of depressive symptoms has a major impact on the assessment of quality of life, but is not enough to fully explain the variance in scores.

This preliminary finding warrants further corroboration in other samples and other cultures. Repercussions from this finding occur both at a theoretical and a clinical level. At a theoretical level it reinforces the idea of construct independence, while at a clinical level it suggests that broader measures should be proposed in order to improve the quality of life of a depressed person, rather than focusing on symptom improvement alone.

**Acknowledgements:**

This work was partially supported by the Research Fund of Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Brazil.

## REFERENCES

Aigner M, Forster-Streffleur S, Prause W, Freidl M, Weiss M, Bach M. (2006) What does the WHOQOL-Bref measure? Measurement overlap between quality of life and depressive symptomatology in chronic somatoform pain disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2006; 41(1):81-6.

Angermeyer MC, Kilian R. Theoretical Models of Quality of Life mental Disorders. In: *Quality of life in Mental Disorders.* Edited by John Wiley and Sons Ltd. England: Katsching H, Freeman H and Sartorius N, 1997: 19-30.

Berlim MT, Fleck MPA. Quality of life and Major depression: current findings and future perspectives. In: *Quality of Life Impairment in Schizophrenia, Mood and Anxiety Disorders.* Edited by Ritsner MS (ed.). Canada, 2006. (In Press)

Beck AT, Rush JA, Shaw BF, Emery G. In: *Terapia Cognitiva da Depressão. Capítulo 1. Uma Visão Geral.* Artes Médicas, 1997. Porto Alegre. (In Portuguese)

Bonicatto SC, Dew MA, Zaratiegui R, Lorenzo L, Pecina P. (2001) Adult outpatients with depression: worse quality of life than in other chronic medical diseases in Argentina. *Soc Sci Med* 2001; 52(6):911-9.

Calman KC. (1984) Quality of life in cancer patients - an hypothesis. *J Med Ethics* 1984; 10(3):124-7.

Cassano GB, Perugi G, Maremmani I, Akiskal HS. (1990) Social Adjustment in Dysthymia. In: Burton SW, Akiskal HS. (Eds.). *Dysthymic Disorder.* American Psychiatric Press 1990; 78-85.

Conn VS, Taylor SG, Wiman P. (1991) Anxiety, depression, quality of life, and self-care among survivors of myocardial infarction. *Issues Ment Health Nurs* 1991; 12(4):321-331.

Cramer JA (1994). Quality of life for people with epilepsy. *Neurol Clin* 1994; 12(1):1-13.

Ferrans CE, Powers MJ. (1992). Psychometric assessment of the Quality of Life Index. *Res Nurs Health* 1992; 15(1):29-38.



Fleck MP, Louzada S, Xavier M., Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. (2000) Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality of life WHOQOL-bref. *Rev. Saúde Publica* 2000; 34(2): 178-83.

Fleck MPA. Problemas conceituais em qualidade de vida. In: *Qualidade de vida*. Edited by ArtMed. Porto Alegre: Fleck MPA; 2006. (In Portuguese - In press)

Gill TM, Feinstein AR. A Critical Appraisal of the Quality of Quality-of-Life Measurements (1994). *JAMA* 1994; 272 suppl. 8: 619-26.

Godding PR, McAnulty RD, Wittrock DA, Britt DM, Khansur T. (1995) Predictors of depression among male cancer patients. *J Nerv Ment Dis* 1995; 183(2):95-8.

Heinonen H, Aro AR, Aalto AM, Uutela A (2004). Is the evaluation of the global quality of life determined by emotional status? *Qual Life Res* 2004; 13(8):1347-56.

Katsching H. How Useful is the Concept of quality of life in Psychiatry? In: *Quality of life in Mental Disorders*. Edited by John Wiley and Sons Ltd. England: Katsching H, Freeman H, Sartorius N, 1997: 3-16.

Katsching, H.; Angermeyer, M. C. Quality of life in depression. In: Katsching, H.; Freeman, H.; Sartorius, N. (ed.). *Quality of life in mental disorders*. England: John Wiley and Sons Ltd., 1997. p. 137-147.

Koller M, Klinkhammer-Schalke M, Lorenz W. (2005) Outcome and quality of life in medicine: a conceptual framework to put quality of life research into practice. *Urol Oncol* 2005; 23(3):186-92.

Kuehner C, Bueger C. (2005) Determinants of subjective quality of life in depressed patients: the role of self-esteem, response styles, and social support. *J Affect Disord*. 2005; 86(2-3):205-13.

Leplege A, Hunt S. The problem of quality of life in medicine. *JAMA* 1997, 278(1):47-50.

McCall WV, Cohen W, Reboussin B, Lawton P. Effects of mood and age on quality of life in depressed inpatients (1999). *Affect Disord* 1999; 55(2-3):107-14.

Moore M, Hofer S, McGee H, Ring L. (2005) Can the concepts of depression and quality of life be integrated using a time perspective? *Health Qual Life Outcomes*. 2005; 3(1):1.

N de Leval (1999). Quality of life and depression: symmetry concepts. *Qual Life Res* 1999; 8(4):283-91.

Ohaeri JU, Olusina AK, Al-Abassi AH (2004). Factor analytical study of the short version of the World Health Organization Quality of Life Instrument. *Psychopathology*. 2004; 37(5):242-8.

Orley J, Saxena S, Herrman H. Quality of life and mental illness. Reflections from the perspective of the WHOQOL (1998). *Br J Psychiatry*, 1998; 172:291-3.

Ormel J, Vonkorff M, Oldehinkel AJ, Simon G, Tiemens BG, Ustun TB. (1999) Onset of disability in depressed and non-depressed primary care patients. *Psychol Med* 1999; 29(4):847-53.

Papakostas GI, Petersen T, Mahal Y, Mischoulon D, Nierenberg AA, Fava M (2004). Quality of life assessments in major depressive disorder: a review of the literature. *Gen Hosp Psychiatry* 2004; 26(1):13-7.

Radloff LS. (1977) The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement* 1977; 1: 385-401.

Radloff LS. (1977) The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement* 1977; 1: 385-401.

Rapaport MK, Clary C, Fayard R, Endicort J. (2005) Quality of life Impairment in Depressive and Anxiety Disorders. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 1171-1178.

Ravindran AV, Matheson K, Griffiths J, Merali Z, Anisman H. (2002) Stress, coping, uplifts, and quality of life in subtypes of depression: a conceptual frame and emerging data. *J Affect Disord* 2002; 71(1-3):121-30.

Shafer AB. (2006) Meta-analysis of the factor structures of four depression questionnaires: Beck, CES-D, Hamilton, and Zung. *J Clin Psychol*. 2006; 62(1):123-46.

Spitzer RL, Kroenke K, Linzer M, Hahn SR, Williams JB, deGruy FV, Brody D, Davies M. (1995) Health-related quality of life in primary care patients with mental disorders. Results from the PRIME-MD 1000 Study. *JAMA* 1995; 274(19):1511-7.

The WHOQOL GROUP. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychol. Med* 1998, 28(3): 551-8.

Weiller E, Lecrubier Y, Maier W, Ustun TB. (1994) The relevance of recurrent brief depression in primary care. A report from the WHO project on Psychological Problems in General Health Care conducted in 14 countries. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci* 1994; 244(4): 182-9. (30).

Wells KB, Sherbourne CD. (1999) Functioning and utility for current health of patients with depression or chronic medical conditions in managed, primary care practices. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56(10):897-904.

**Table 1 - Demographic characteristics of the sample and mean scores in CES-D, WHOQOL- BREF according to the severity of depressive symptoms**

	<b>Sub-syndromic Depression n=154(35%)</b>	<b>Major Depression n=170(39%)</b>	<b>No Depression n=114(26%)</b>	<b>P</b>
<b>Demographic Data</b>				
Mean age (sd)	40.14(13.63)	38.50(14.13)	37.54(13.48)	0.29
Gender -% females	79.2%	72.9%	79.8%	0.28
Marital Status (% married)	51.3%	51.8%	60.5%	0.82
Mean years of education (sd)	9.70(3.50)	9.12(3.42)	9.93(2.75)	0.09
CES-D score: mean (sd)	24.14 (8.61)	30.06(10.06)	7.88(6.25)	0.00
<b>WHOQOL-BREF: mean (sd) and ES*</b>				
Physical	67.34(15.88)	56.62(16.85)	80.28(13.31)	0.000
Psychological	63.61(11.99)	52.33(15.74)	75.22(10.71)	0.000
Social	63.74(16.62)	55.46(19.70)	75.96(13.21)	0.000
Environment	56.83(10.79)	50.59(12.71)	63.40(10.52)	0.000
Global	64.94(14.36)	59.49(16.12)	78.18(11.97)	0.000

\*ES between subjects with major depression and sub-syndromic depression ranged from 0.35-0.52 for social, environmental and global domains, and from 0.80-0.85 for physical and psychological domains. ES between subjects with major depression and without depression ranged from 1.07-1.52. ES between subjects with sub-syndromic depression and without depression ranged from 0.61-0.98.

**Table 2 - Saturation coefficient for items in WHOQOL-BREF and CES-D scales  
in relation to 6 factors**

WHOQOL-BREF and CES-D items	Factors					
	1	2	3	4	5	6
	Physical dim	Positive feelings and attitudes	Depressive s.	Psych. dim	Social support	Environment
Eigenvalues	13.24	3.69	2.67	1.78	1.67	1.28
% of variance	28.8	8.04	5.81	3.88	3.63	2.79
How satisfied are you with your ability to perform your daily living activities? <sup>a</sup>	0.83					
How satisfied are you with your capacity for work? <sup>a</sup>	0.81					
Do you have enough energy for every day <sup>a</sup>	0.69					
How well are you able to get around? <sup>a</sup>	0.67					
How satisfied are you with your health? <sup>a</sup>	0.62					
How satisfied are you with yourself? <sup>a</sup>	0.52					
Are you able to accept your bodily appearance? <sup>a</sup>	0.52					
How satisfied are you with your sleep? <sup>a</sup>	0.43					
How well are you able to concentrate? <sup>a</sup>	0.35					
I was happy <sup>b</sup>		0.84				
How often do you have negative feelings, i.e. blue mood, despair, depression? <sup>a</sup>		-0.75				
Felt Hopeful about the future <sup>b</sup>		0.72				
I was just as good as others <sup>b</sup>		0.72				
I enjoyed life <sup>b</sup>		0.63				
How much do you need any medical treatment to function in your daily life <sup>a</sup>		-0.59				
I felt sad <sup>b</sup>			0.76			
I felt depressed <sup>b</sup>			0.74			
I'm having crying spells <sup>b</sup>			0.73			
Could not shake off the blues <sup>b</sup>			0.70			
I could not get going <sup>b</sup>			0.65			
I talked less than usual <sup>b</sup>			0.63			
Bothered by things <sup>b</sup>			0.62			
I felt lonely <sup>b</sup>			0.61			
I felt fearful <sup>b</sup>			0.61			
Thought my life had been a failure <sup>b</sup>			0.57			
I have trouble keeping my mind on what I was doing <sup>b</sup>			0.56			
People disliked me <sup>b</sup>			0.56			
Poor appetite <sup>b</sup>			0.52			
Everything I did was an effort <sup>b</sup>			0.51			
My sleep was restless <sup>b</sup>			0.47			

To what extent do you feel pain prevents you from doing what you need to do? <sup>a</sup>	0.59	
How much do you enjoy life? <sup>a</sup>	0.45	
How satisfied are you with your sex life? <sup>a</sup>	0.41	
To what extent do you feel your life to be meaningful? <sup>a</sup>	0.40	
How safe do you feel in your daily life? <sup>a</sup>	0.30	
How satisfied are you with the support you get from your friends? <sup>a</sup>		-0.65
How satisfied are you with the conditions of your living place? <sup>a</sup>		-0.6
How satisfied are you with your personal relationships? <sup>a</sup>		-0.59
How satisfied are you with your access to health services? <sup>a</sup>		-0.54
People were unfriendly <sup>b</sup>	0.53	
Have you enough money to meet yours needs? <sup>a</sup>		-0.61
How available to you is the information that you need in your day-to-day life? <sup>a</sup>		-0.59
To what extent do you have the opportunity for leisure activities? <sup>a</sup>		-0.52
How healthy is your physical environment? <sup>a</sup>		-0.52
How would you rate your quality of life? <sup>a</sup>		-0.44
How satisfied are you with transportation? <sup>a</sup>		-0.34

---

Rotation Method: Obliming with Kaiser Normalization.

Kaiser-Meyer -Olkin Measure of Sampling Adequacy - 0.930

a - WHOQOL Items

b - CES-D Items

Saturation coefficients equal to or higher than 0.30 were included

## **Qualidade de vida e Depressão: conceitos distintos ou complementares?**

### **Uma análise de componentes principais**

Ana Flávia Barros da Silva Lima<sup>1</sup>, Marcelo P. Fleck<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Mestre em Clínica Médica. Doutoranda em Medicina pelo Curso de Pós-Graduação em Psiquiatria pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul

<sup>2</sup>Professor adjunto do Departamento de Medicina Legal e Psiquiatria da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

<sup>3</sup>Local de realização: Hospital de Clínicas de Porto Alegre

<sup>4</sup>Endereço para correspondência:

Rua Ramiro Barcelos, 2350 - Sala 400N - 4º andar  
90035-903 - Porto Alegre – RS. Fone (51) 2101-8413

<sup>5</sup>Fonte Financiadora: FIPE - Hospital de Clínicas de Porto Alegre e Industria Farmacêutica Ely Lilly

## RESUMO

**Objetivos:** Não existe um consenso na literatura se a conceituação de depressão e qualidade de vida são fenômenos semelhantes ou, se apesar de estarem correlacionados, são medidas distintas. Portanto, este estudo apresentou como objetivo examinar se os instrumentos Centers for Epidemiologic Studies Depression (CES-D) e World Health Organization Instrument To Assess Quality of Life-Bref (WHOQOL-BREF) medem construtos semelhantes. **Metodologia:** Foi realizada uma análise fatorial exploratória através de uma análise de componentes principais, com rotação oblíqua para os 26 itens do WHOQOL-BREF e para os 20 itens do CES-D. A escolha dos fatores foi considerada através do diagrama de autovalores e através do método de Kaiser, onde só foram incluídos autovalores superiores a um. Foram considerados os componentes com coeficiente de saturação  $\geq 0.30$ . **Resultados:** A distribuição dos itens do CESD ocorreu principalmente nos fatores 2 - Positive feelings and atitudes e 3 - sintomas depressivos, demonstrando que esta escala se caracteriza pela aferição de psicopatologia. Por outro lado, os itens do WHOQOL se distribuíram principalmente nos fatores 1 - dimensão física, 4 - psicológico, 5 - suporte social e 6 - ambiente demonstrando que o instrumento está baseado numa medida mais genérica para avaliação de qualidade de vida. **Conclusões:** O presente estudo sugeriu que qualidade de vida e depressão são construtos diferentes apesar de estarem correlacionados. A medida de qualidade de vida provavelmente é determinada multifatorialmente, onde a presença de sintomas depressivos exerce um impacto importante na avaliação de qualidade de vida, mas não é suficiente para explicar a totalidade da variância nos escores.



**PALAVRAS-CHAVES:** Qualidade de vida, depressão, análise fatorial, análise de componentes principais.

## 1 INTRODUÇÃO

Na literatura, encontram-se vários estudos demonstrando a existência de uma associação entre qualidade de vida e depressão. Os resultados sugerem que o transtorno depressivo afeta todas as dimensões de Qualidade de Vida, mesmo quando controlados com outras variáveis como a idade (Ravindran AV et al., 2002; McCall et al.,1999).Quando comparado com outras condições médicas crônicas, parece provocar maiores prejuízos na qualidade de vida, e o impacto no comprometimento social pode ser considerado 23 vezes maior do que aquele causado por outras doenças físicas (Wells KB et al.,1999; Spitzer RL et al.,1995; Bonicatto SC et al., 2001; Ormel J et al., 1999).

Ainda não existe um consenso na literatura se a associação entre depressão e qualidade de vida ocorre de fato ou se há uma sobreposição entre estas medidas. Em relação aos fatores comuns a estas medidas, há três aspectos a serem considerados. Primeiro, tanto a conceituação de depressão como qualidade de vida estão baseados num modelo teórico de bem-estar/satisfação, o que poderia provocar uma intersecção entre estes construtos (Berlim MT et al.,2006; Orley J et al.,1998). Entretanto há uma carência de dados empíricos que comprovem esses modelos teóricos, provocando definições muito vagas e algumas vezes confusas (Leplege A et al.,1997; Fleck MPA, 2006; Angermeyer MC,1997). Em relação à qualidade de vida, pode ser descrita mais como um campo de interesse do que uma variável única. Segundo Gil e Feinstein (1994), numa revisão sobre a qualidade dos estudos referentes à qualidade de vida, em 75 artigos encontrados somente 15%

definia o conceito e, dos 159 instrumentos utilizados, 136 só haviam sido aplicados uma única vez (Gill TM et al., 1994). Na literatura, encontramos várias definições para o conceito: 1) Qualidade de vida é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade (Cramer JA, 1994); 2) Qualidade de vida é uma percepção subjetiva de satisfação ou felicidade em diversos domínios da vida que são importante para um indivíduo (Ferrans CE et al., 1992); 3) Qualidade de vida é a diferença entre as expectativas pessoais e realizações (Calman KC, 1984); 4) Qualidade de vida é uma percepção individual da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores no qual o indivíduo está inserido de acordo com os seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (Orley J, 1994).

Segundo, a depressão causa uma influência negativa na percepção de qualidade de vida, o que pode superestimar esta relação, causando uma “falácia afetiva” (Katsching H, 1997; Katsching et al., 1997; Aigner M et al., 2006). Segundo o modelo cognitivo de Beck, estes sujeitos apresentam a Tríade Cognitiva, em que a sintomatologia depressiva pode ser entendida como a percepção negativa do sujeito em relação a si mesmo o que leva a experiências desagradáveis no seu dia-dia e a uma expectativa muito pessimista e desesperançosa em relação ao futuro (Beck AT et al., 1997). Como a aferição de qualidade de vida parece apresentar um componente afetivo para a sua avaliação, e a depressão causa uma percepção negativa de si próprio e do ambiente, isso contribui para piores escores de qualidade de vida nesse tipo de transtorno (Heinonen H et al., 2004).

Terceiro, é que os instrumentos de qualidade de vida, freqüentemente, incluem itens que avaliam psicopatologia, ou seja, a presença de sintomas depressivos, ao invés de itens específicos de qualidade de vida. Esta situação

proporciona a ocorrência de correlações entre estas medidas que podem ser redundantes ou espúrias, uma vez que podem ocorrer mais por sobreposição de itens do que por uma associação de fato (Katsching et al., 1997).

Portanto, a literatura ainda não é conclusiva se esses conceitos são semelhantes, ou se são medidas distintas, mas semi-independentes. Encontram-se alguns trabalhos, sugerindo uma simetria entre estes conceitos, demonstrando que as medidas de qualidade de vida contribuem com 31.5% da variância dos escores de depressão, e a depressão contribui em 49% da variância nos escores de qualidade de vida (Heinonen H et al., 2004; N de Leval, 1999; Moore M et al., 2005; Godding PR et al., 1995; Conn VS et al., 1991). Por outro lado, alguns estudos demonstram que as mudanças na percepção de qualidade de vida não estão somente associadas à gravidade da depressão, mas variáveis psicológicas como auto-estima, coping em relação ao humor depressivo, subtipos de depressão, dimensões de personalidade e suporte social provavelmente estão envolvidas, sugerindo que depressão e qualidade de vida são conceitos correlacionados, mas distintos (Ravindran AV et al., 2002; Aigner M et al., 2006; Rapaport MK et al., 2005; Kuehner C et al., 2005; Papakostas GI et al., 2004).

Até o presente momento, não existem, na literatura, estudos descrevendo a correlação de qualidade de vida e depressão através dos instrumentos WHOQOL-BREF e CES-D. Portanto, este trabalho apresentou como objetivo examinar, através de uma análise de componentes principais, se os itens de tais instrumentos medem construtos semelhantes.

## **2 METODOLOGIA**

### **2.1 Delineamento**

Este estudo foi realizado através da análise do banco de dados brasileiro, parte do projeto LIDO (Longitudinal Investigation Depression Outcome). Neste projeto, os sujeitos que utilizavam serviços de cuidados primários e que apresentavam o diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior - episódio atual - foram acompanhados ao longo de um ano. Para este estudo, foi realizado um desenho transversal onde os grupos foram divididos de acordo com a gravidade dos sintomas, em sujeitos com depressão maior, sujeitos com depressão subsindrômica e sujeitos sem sintomas depressivos. Os demais dados de seguimento serão utilizados em outras publicações.

### **2.2 Seleção da Amostra**

Os sujeitos foram selecionados de uma amostra de 2.475 usuários de três serviços de cuidados primários na cidade de Porto Alegre, que participaram do estudo de forma consecutiva, a partir de sua chegada no posto de saúde. Os indivíduos que apresentaram, na entrevista de rastreamento através do instrumento Centers for Epidemiologic Studies – Depression (CES-D), escore  $>$  ou igual 16 eram convidados a realizar uma entrevista mais detalhada. Esta entrevista chamada baseline foi realizada para a confirmação ou não de um episódio depressivo maior

recente, através do instrumento Composite International Diagnostic Interview (CIDI). (Radloff et al., 1977). Os sujeitos foram categorizados em dois grupos: 1) Depressão maior - CESD > 16 e CIDI positivo; 2) Depressão subsindrômica - com CESD >16 e CIDI negativo. Posteriormente, foi feita uma coleta adicional em que foi incluído um grupo sem depressão - CESD < 16 e CIDI negativo.

### **2.3 Aspectos Éticos**

O projeto foi avaliado e aprovado pelos comitês de Ética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e do Hospital Conceição. Os postos de saúde visitados pertenciam ao Serviço de Saúde Comunitária do Hospital Conceição. Os pacientes receberam e assinaram um consentimento informando-os do caráter voluntário da pesquisa, assim como do sigilo e anonimato em relação aos dados coletados.

### **2.4 Instrumentos**

As medidas utilizadas foram as seguintes:

**Dados Demográficos:** Questionário com as variáveis descritivas, de controle e econômicas.

**Centers for Epidemiologic Studies – Depression (CES-D):** O CES-D é uma escala composta por 20 itens que tem como objetivo medir sintomas depressivos em populações da comunidade. É útil para rastrear os sintomas depressivos, mas não para confirmação do diagnóstico. Os sujeitos respondem às questões baseados na última semana, utilizando uma escala de resposta de quatro pontos variando de 0 = raramente até 3 = a maior parte do tempo. O escore total é calculado por uma simples soma que varia de 0-60. O ponto de corte considerado para diferenciar sujeitos com sintomas depressivos é maior ou igual a 16 (Radloff LS, 1977).

**Composite International Diagnostic Interview (CIDI):** O CIDI é uma entrevista estruturada que foi desenvolvida para detecção de diagnósticos de uma variedade de problemas mentais em setores de cuidados primários. O módulo de depressão versão 2.1 foi utilizado neste estudo (Weiller E et al., 1994) .

**World Health Organization Instrument to Assess Quality of Life-Bref (WHOQOL-BREF):** É uma versão reduzida do instrumento da Organização Mundial de Saúde para avaliar Qualidade de vida, (WHOQOL-100), sendo composto por 26 itens que abrangem quatro domínios (físico, psicológico, relações sociais e ambiente). Há quatro escalas onde os escores variam de zero a quatro. Os escores totais variam de 0-100, sendo os maiores escores sugestivos de melhor qualidade de vida. Este instrumento foi validado para a língua portuguesa (Fleck MP et al., 2000, The WHOQOL Group, 1998).

### **3 ANÁLISE ESTATÍSTICA**

Para comparação das variáveis categóricas foi realizado o Teste de Qui-quadrado e para as variáveis contínuas, a análise de variância (ANOVA). Para avaliar a validade de construto dos conceitos de depressão e qualidade de vida, foi realizada uma análise de componentes principais, com rotação oblíqua para os 26 itens do WHOQOL-BREF e para os 20 itens do CES-D. A escolha dos fatores foi considerada através do diagrama de autovalores e através do método de Kaiser, em que só foram incluídos autovalores superiores a um.

### **4 RESULTADOS**

A amostra foi constituída por 438 sujeitos divididos em três grupos de acordo com a presença de sintomas depressivos. Utilizando CIDI, 39% da amostra apresentou depressão maior (n=170), 35% (n=154) apresentaram depressão sub-sindrômica e 26% (n=114) não tinham sintomas depressivos. Em relação ao sexo, 77% eram mulheres e 54% eram solteiros, com idade média de 39 anos e 9,5 anos de estudo. As características demográficas não diferiram entre os grupos e estão descritas na tabela 1.



### **Por favor insira tabela 1 aqui**

Em relação à análise fatorial, após a rotação oblíqua, os itens do WHOQOL-BREF e CES-D se distribuíram em 9 fatores, com autovalores acima de 1. O diagrama de autovalores sugeriu a solução com 6 fatores como a mais adequada. Os 6 fatores explicaram 53% da variância, e o primeiro fator foi responsável por 28% da variância. O fator 1 foi denominado – Dimensão Física; fator 2 – Sentimentos e atitudes positivas; fator 3 – Sintomas depressivos; fator 4 – Dimensão psicológica ; fator 5 - suporte social e fator 6 – ambiente e estão descritos na tabela 2.

### **Por favor insira tabela 2 aqui**

## **5 DISCUSSÃO**

O presente estudo sugeriu que os construtos de qualidade de vida e depressão, apesar de estarem correlacionados, são fenômenos distintos. A distribuição dos itens do CESD ocorreu principalmente nos fatores 2 - Positive feelings and atitudes e 3 - sintomas depressivos, demonstrando que esta escala se caracteriza pela aferição de psicopatologia. Por outro lado, os itens do WHOQOL se distribuíram principalmente nos fatores 1 - dimensão física, 4 - psicológico, 5 - suporte social e 6 - ambiente, demonstrando que o instrumento está baseado numa medida mais genérica para avaliação de qualidade de vida, do que ligada ao status de saúde ou sintomatologia.

Existem evidências empíricas de que a qualidade de vida dos sujeitos

deprimidos não está somente associada à presença de sintomas depressivos, sendo fenômenos diferentes, conforme sugeriu nosso estudo. Essas diferenças podem ser evidenciadas através de estudos de variância da depressão em relação aos escores de qualidade de vida. Rapaport e colaboradores salientam que, apesar de sujeitos com transtornos depressivos apresentarem significantes prejuízos em relação à qualidade de vida, quando comparados a sujeitos sem doença, a variável específica aos sintomas depressivos contribui com uma pequena variância no modelo de regressão, em torno de 1,38% para o impacto na qualidade de vida, sugerindo que esses modelos devem ser semi-independentes (Rapaport MK et al., 2005).

Outros aspectos também parecem estar envolvidos, como os fatores psicossociais. Apesar da gravidade da depressão explicar de 4-36% da variabilidade dos escores para os domínios de qualidade de vida, variáveis como auto-estima, estilo de coping ao humor depressivo e suporte social contribuem na variabilidade dos escores para os domínios psicológico e social ( $r^2$  18,5% e 21% respectivamente) (Kuehner C et al., 2005). Este dado demonstra que, apesar da gravidade da depressão ser um aspecto relevante de impacto na qualidade de vida, o construto de qualidade de vida não deve ser compreendido como uma sobreposição com o construto de depressão, mas sim como um construto que é determinado multifatorialmente (Kuehner C et al., 2005).

Outras evidências que sugerem que depressão e qualidade de vida representam construtos diferentes estão relacionadas à ausência de sincronia de mudança entre os sintomas de depressão e medida de qualidade de vida. A redução nos sintomas depressivos não traduz necessariamente uma melhora na qualidade de vida em todos os domínios. Em pacientes distímicos, o alívio dos sintomas pode trazer uma melhora no funcionamento social e ocupacional, mas o prazer envolvido

em atividades de lazer pode permanecer prejudicado (Cassano GB et al., 1990). Segundo Papakostas e colaboradores, numa recente revisão, há vários estudos demonstrando que o tratamento dos sintomas depressivos, na fase aguda, provocam melhorias no funcionamento psicossocial e na qualidade de vida (Papakostas GI et al., 2004). Estudos em fase de continuação e de manutenção, demonstram mudanças menos acentuadas (Papakostas GI et al., 2004).

Provavelmente também podem existir variáveis mediadoras na correlação entre qualidade de vida e depressão. Os parâmetros objetivos e variáveis subjetivas de saúde não explicam totalmente as variâncias nos escores globais de qualidade de vida, sugerindo que outros componentes possam estar envolvidos, como o estilo de coping a ser utilizado numa determinada situação (Koller M et al., 2005). Além disso, os pacientes podem diferir quanto às estratégias de coping utilizadas, assim como a percepção de aspectos positivos ou negativos na vida. Esses aspectos podem provocar impactos diferentes na percepção de qualidade de vida de acordo com o subtipo de depressão e não com a gravidade (Ravindran AV et al., 2002).

O presente estudo apresenta algumas limitações. Uma primeira ressalva é em relação ao método utilizado. A análise de componentes principais é exploratória, portanto não tem poder de comprovação da independência dos itens. Apenas sugere que os itens de qualidade de vida e depressão, embora correlacionados, distribuem-se em componentes diferentes. Outro aspecto é que a comparação de nossos dados com estudos prévios é limitada, uma vez que há uma carência de pesquisas que utilizam a análise fatorial exploratória para avaliação dos itens das escalas CES-D e WHOQOL-BREF. Em relação ao CES-D, foram encontrados, numa metanálise of the factor structures de questionários para depressão, somente seis artigos, sugerindo que este instrumento distribui-se principalmente em 4 fatores:

fator 1 - somático; fator 2 - afeto depressivo; fator 3 - afeto positivo e fator 4 - problemas interpessoais (Shafer AB, 2006). Em relação ao WHOQOL-BREF, existe uma discussão na literatura se os itens do questionário devem ser agrupados em 4 dimensões (físico, psicológico, social e ambiental) como originalmente descrito, ou ser distribuído em mais fatores, uma vez que cada dimensão engloba itens que podem ser considerados heterogêneos (Ohaeri JU et al., 2004). Uma terceira limitação refere-se às características da amostra. Embora ela tenha coberto uma ampla faixa de intensidade de sintomas depressivos, a amostra é proveniente de um serviço de cuidados primários de adultos, comprometendo a generalização dos dados.

## 6 CONCLUSÕES

O presente estudo sugere que “qualidade de vida” e “depressão” sejam construtos diferentes, já que os itens do instrumento CES-D se agruparam em 2 fatores praticamente só compostos por itens deste instrumento, e os itens do WHOQOL agruparam-se em outros 4 fatores. A medida de qualidade de vida provavelmente é determinada multifatorialmente, onde a presença de sintomas depressivos exerce um impacto importante na avaliação de qualidade de vida, mas não é suficiente para explicar a totalidade da variância nos escores.

Este achado preliminar merece comprovação em outras amostras e em outras culturas. As repercussões deste achado são a nível teórico e clínico. A nível teórico reforça idéia da independência dos construtos e, a nível clínico, sugere que, para melhorar a qualidade de vida de uma pessoa deprimida, medidas mais amplas que a melhora sintomática precisam ser propostas.

## BIBLIOGRAFIA

Aigner M, Forster-Streffleur S, Prause W, Freidl M, Weiss M, Bach M. (2006) What does the WHOQOL-Bref measure? Measurement overlap between quality of life and depressive symptomatology in chronic somatoform pain disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2006; 41(1):81-6.

Angermeyer MC, Kilian R. Theoretical Models of Quality of Life mental Disorders. In: *Quality of life in Mental Disorders.* Edited by John Wiley and Sons Ltd. England: Katsching H, Freeman H and Sartorius N, 1997: 19-30.

Berlim MT, Fleck MPA. Quality of life and Major depression: current findings and future perspectives. In: *Quality of Life Impairment in Schizophrenia, Mood and Anxiety Disorders.* Edited by Ritsner MS (ed.). Canada, 2006. (In Press)

Beck AT, Rush JA, Shaw BF, Emery G. In: *Terapia Cognitiva da Depressão. Capítulo 1. Uma Visão Geral.* Artes Médicas, 1997. Porto Alegre. (In Portuguese)

Bonicatto SC, Dew MA, Zaratiegui R, Lorenzo L, Pecina P. (2001) Adult outpatients with depression: worse quality of life than in other chronic medical diseases in Argentina. *Soc Sci Med* 2001; 52(6):911-9.

Calman KC. (1984) Quality of life in cancer patients - an hypothesis. *J Med Ethics* 1984; 10(3):124-7.

Cassano GB, Perugi G, Maremmani I, Akiskal HS. (1990) Social Adjustment in Dysthymia. In: Burton SW, Akiskal HS. (Eds.). *Dysthymic Disorder.* American Psychiatric Press 1990; 78-85.

Conn VS, Taylor SG, Wiman P. (1991) Anxiety, depression, quality of life, and self-care among survivors of myocardial infarction. *Issues Ment Health Nurs* 1991; 12(4):321-331.

Cramer JA (1994). Quality of life for people with epilepsy. *Neurol Clin* 1994; 12(1):1-13.

Ferrans CE, Powers MJ. (1992). Psychometric assessment of the Quality of Life Index. *Res Nurs Health* 1992; 15(1):29-38.

Fleck MP, Louzada S, Xavier M., Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. (2000) Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality of life WHOQOL-bref. *Rev. Saúde Pública* 2000; 34(2): 178-83.

Fleck MPA. Problemas conceituais em qualidade de vida. In: *Qualidade de vida*. Edited by ArtMed. Porto Alegre: Fleck MPA; 2006. (In Portuguese - In press)

Gill TM, Feinstein AR. A Critical Appraisal of the Quality of Quality-of-Life Measurements (1994). *JAMA* 1994; 272 suppl. 8: 619-26.

Godding PR, McAnulty RD, Wittrock DA, Britt DM, Khansur T. (1995) Predictors of depression among male cancer patients. *J Nerv Ment Dis* 1995; 183(2):95-8.

Heinonen H, Aro AR, Aalto AM, Uutela A (2004). Is the evaluation of the global quality of life determined by emotional status? *Qual Life Res* 2004; 13(8):1347-56.

Katsching H. How Useful is the Concept of quality of life in Psychiatry? In: *Quality of life in Mental Disorders*. Edited by John Wiley and Sons Ltd. England: Katsching H, Freeman H, Sartorius N, 1997: 3-16.

Katsching, H.; Angermeyer, M. C. Quality of life in depression. In: Katsching, H.; Freeman, H.; Sartorius, N. (ed.). *Quality of life in mental disorders*. England: John Wiley and Sons Ltd., 1997. p. 137-147.

Koller M, Klinkhammer-Schalke M, Lorenz W. (2005) Outcome and quality of life in medicine: a conceptual framework to put quality of life research into practice. *Urol Oncol* 2005; 23(3):186-92.

Kuehner C, Bueger C. (2005) Determinants of subjective quality of life in depressed patients: the role of self-esteem, response styles, and social support. *J Affect Disord*. 2005; 86(2-3):205-13.

Leplege A, Hunt S. The problem of quality of life in medicine. *JAMA* 1997, 278(1):47-50.

McCall WV, Cohen W, Reboussin B, Lawton P. Effects of mood and age on quality of life in depressed inpatients (1999). *Affect Disord* 1999; 55(2-3):107-14.

Moore M, Hofer S, McGee H, Ring L. (2005) Can the concepts of depression and quality of life be integrated using a time perspective? *Health Qual Life Outcomes*. 2005; 3(1):1.

N de Leval (1999). Quality of life and depression: symmetry concepts. *Qual Life Res* 1999; 8(4):283-91.

Ohaeri JU, Olusina AK, Al-Abassi AH (2004). Factor analytical study of the short version of the World Health Organization Quality of Life Instrument. *Psychopathology*. 2004; 37(5):242-8.

Orley J, Saxena S, Herrman H. Quality of life and mental illness. Reflections from the perspective of the WHOQOL (1998). *Br J Psychiatry*, 1998; 172:291-3.

Ormel J, Vonkorff M, Oldehinkel AJ, Simon G, Tiemens BG, Ustun TB. (1999) Onset of disability in depressed and non-depressed primary care patients. *Psychol Med* 1999; 29(4):847-53.

Papakostas GI, Petersen T, Mahal Y, Mischoulon D, Nierenberg AA, Fava M (2004). Quality of life assessments in major depressive disorder: a review of the literature. *Gen Hosp Psychiatry* 2004; 26(1):13-7.

Radloff LS. (1977) The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement* 1977; 1: 385-401.

Radloff LS. (1977) The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement* 1977; 1: 385-401.

Rapaport MK, Clary C, Fayard R, Endicort J. (2005) Quality of life Impairment in Depressive and Anxiety Disorders. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 1171-1178.

Ravindran AV, Matheson K, Griffiths J, Merali Z, Anisman H. (2002) Stress, coping, uplifts, and quality of life in subtypes of depression: a conceptual frame and emerging data. *J Affect Disord* 2002; 71(1-3):121-30.

Shafer AB. (2006) Meta-analysis of the factor structures of four depression questionnaires: Beck, CES-D, Hamilton, and Zung. *J Clin Psychol*. 2006; 62(1):123-46.

Spitzer RL, Kroenke K, Linzer M, Hahn SR, Williams JB, deGruy FV, Brody D, Davies M. (1995) Health-related quality of life in primary care patients with mental disorders. Results from the PRIME-MD 1000 Study. *JAMA* 1995; 274(19):1511-7.

The WHOQOL GROUP. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychol. Med* 1998, 28(3): 551-8.



Weiller E, Lecrubier Y, Maier W, Ustun TB. (1994) The relevance of recurrent brief depression in primary care. A report from the WHO project on Psychological Problems in General Health Care conducted in 14 countries. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci* 1994; 244(4): 182-9. (30).

Wells KB, Sherbourne CD. (1999) Functioning and utility for current health of patients with depression or chronic medical conditions in managed, primary care practices. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56(10):897-904.

**Tabela 1 - Características demográficas da amostra e a média dos escores do CES- D, WHOQOL-BREF de acordo com a gravidade dos sintomas depressivos**

	<b>Depressão Subsindrômica n=154(35%)</b>	<b>Depressão Maior n=170(39%)</b>	<b>Sem Depressão n=114(26%)</b>	<b>P</b>
<b>Dados demográficos</b>				
Idade média (dp)	40,14(13,63)	38,50(14,13)	37,54(13,48)	0,29
Gênero-% feminino	79,2%	72,9%	79,8%	0,28
Status marital (% casados)	51,3%	51,8%	60,5%	0,82
Anos de educação: média (dp)	9,70(3,50)	9,12(3,42)	9,93(2,75)	0,09
Escore do CES-D: média (dp)	24,14 (8,61)	30,06(10,06)	7,88(6,25)	0,00
<b>WHOQOL-BREF: média (dp ) and ES*</b>				
Físico	67,34(15,88)	56,62(16,85)	80,28(13,31)	0,000
Psicológico	63,61(11,99)	52,33(15,74)	75,22(10,71)	0,000
Social	63,74(16,62)	55,46(19,70)	75,96(13,21)	0,000
Ambiental	56,83(10,79)	50,59(12,71)	63,40(10,52)	0,000
Global	64,94(14,36)	59,49(16,12)	78,18(11,97)	0,000

\* ES entre sujeitos com depressão maior e subsindrômica variou de 0,35-0,52 para os domínios social, ambiental e global e de 0,80-0,85 para os domínios físico e psicológico. ES entre sujeitos com depressão maior e sem depressão variou de 1,07-1,52. ES entre sujeitos com depressão subsindrômica e sem depressão variou de 0,61-0,98.

**Tabela 2 - Coeficientes de saturação dos itens das escalas WHOQOL-BREF e CES-D em relação a 6 fatores**

Itens do WHOQOL-BREF e CESD	Fatores					
	1	2	3	4	5	6
	Dimensão Física	Sentimentos positivos e atitudes	Sentimentos Depressivos	Dimensão Psicológica	Suporte Social	Ambiente
Autovalores	13,24	3,69	2,67	1,78	1,67	1,28
% da variância	28,8	8,04	5,81	3,88	3,63	2,79
Quão satisfeito você está para desempenhar as atividades do seu dia-a-dia? <sup>a</sup>	0,83					
Quão satisfeito você está com a sua capacidade para o trabalho? <sup>a</sup>	0,81					
Você tem energia suficiente para o seu dia-dia? <sup>a</sup>	0,69					
Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer? <sup>a</sup>	0,67					
Quão satisfeito você está com a sua saúde? <sup>a</sup>	0,62					
Quão satisfeito você está consigo mesmo? <sup>a</sup>	0,52					
Você é capaz de aceitar a sua aparência física? <sup>a</sup>	0,52					
Quão satisfeito você está com o seu sono? <sup>a</sup>	0,43					
O quanto você consegue se concentrar? <sup>a</sup>	0,35					
Eu estive feliz <sup>b</sup>		0,84				
Com que frequência você tem sentimentos negativos como mau-humor, desespero, depressão? <sup>a</sup>		-0,75				
Eu me senti com esperança em relação ao futuro <sup>b</sup>		0,72				
Eu me senti tão bem quanto as outras pessoas <sup>b</sup>		0,72				
Eu me diverti <sup>b</sup>		0,63				
O quanto você precisa de algum tratamento medico para levar sua vida diária? <sup>a</sup>		-0,59				
Eu me senti triste <sup>b</sup>			0,76			
Eu me senti deprimido <sup>b</sup>			0,74			
Eu tive crises de choro <sup>b</sup>			0,73			
Sinto que não consegui me livrar da tristeza <sup>b</sup> ....			0,70			
Eu me senti desanimado <sup>b</sup>			0,65			
Eu conversei menos do que o meu normal <sup>b</sup>			0,63			
Chateado com coisas que normalmente não chateiam <sup>b</sup>			0,62			
Eu me senti sozinho <sup>b</sup>			0,61			
Eu me senti com medo <sup>b</sup>			0,61			
Pensei que a minha vida tem sido um fracasso <sup>b</sup>			0,57			
Problemas para manter a minha concentração. <sup>b</sup> ....			0,56			
Sinto que as pessoas não gostam de mim <sup>b</sup>			0,56			
Não tive vontade de comer <sup>b</sup>			0,52			
Sinto que tudo que fiz foi muito custoso <sup>b</sup>			0,51			
Meu sono esteve agitado <sup>b</sup>			0,47			

Em que medida você acha que a sua dor física impede você de fazer o que você precisa? <sup>a</sup>	0,59	
O quanto você aproveita a vida? <sup>a</sup>	0,45	
Quão satisfeito você está com a sua via sexual? <sup>a</sup>	0,41	
Em que medida você acha que a sua vida tem sentido? <sup>a</sup>	0,40	
Quão seguro você se sente em sua vida diária? <sup>a</sup>	0,30	
Quão satisfeito você está com o apoio que recebe de seus amigos? <sup>a</sup>		-0,65
Quão satisfeito você está com as condições do local onde mora? <sup>a</sup>		-0,6
Quão satisfeito você está com as suas relações pessoais? <sup>a</sup>		-0,59
Quão satisfeito você está com o seu acesso aos serviços de saúde? <sup>a</sup>		-0,54
As pessoas não foram amigáveis <sup>b</sup>	0,53	
Você tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades? <sup>a</sup>		-0,61
Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia? <sup>a</sup>		-0,59
Em que medida você tem oportunidades de lazer? <sup>a</sup>		-0,52
Quão saudável é o seu ambiente físico? <sup>a</sup>		-0,52
Como você avalia a sua qualidade de vida? <sup>a</sup>		-0,44
Quão satisfeito você está com o seu meio de transporte? <sup>a</sup>		-0,34

---

Rotation Method: Obliming with Kaiser Normalization  
Kaiser-Meyer -Olkin Measure of Sampling Adequacy -0,930  
| a- itens do WHOQOL  
| b- itens do CES- D

Foram incluídos os coeficientes de saturação maior ou igual a 0,30

**Artigo 4 - Quality of life, diagnoses and treatment of patients with major depression: a prospective cohort study in primary care**

Artigo será submetido para European Psychiatry

**Objetivo Geral**

Avaliar o seguimento de uma amostra de sujeitos com depressão maior em serviços de cuidados primários por um período de 9 meses.

**Objetivos Específicos**

1. Descrever as características demográficas e clínicas dos sujeitos com depressão maior aferido pelo instrumento CIDI.
2. Descrever as taxas de remissão completa como de recebimento de tratamento antidepressivo potencialmente adequado.
3. Descrever as mudanças encontradas na qualidade de vida ao longo do acompanhamento, através dos instrumentos WHOQOL-BREF, QLDS, SF-12 e MHI-5.

**Quality of life, diagnoses and treatment of patients with major depression:  
a prospective cohort study in primary care**

Ana Flávia Barros da Silva Lima<sup>1</sup> and Marcelo Pio de Almeida Fleck<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Master's in Clinical Medicine Doctorate Student in Medicine in the Graduate Studies Program in Psychiatry at the Federal University of Rio Grande do Sul

<sup>1</sup>Assistant Professor in the Department of Legal Medicine and Psychiatry at the Federal University of Rio Grande do Sul

<sup>2</sup>Where conducted: Hospital de Clínicas in Porto Alegre

<sup>3</sup>Mailing address:

Rua Ramiro Barcelos, 2350 - Sala 400N - 4º andar  
90035-903 - Porto Alegre – RS. Phone (51) 2101-8413

<sup>4</sup>Financing Source: FIPE - Hospital de Clínicas in Porto Alegre and Eli Lilly Company

## ABSTRACT

**Objective:** Describe the follow-up on a sample of primary care service users with major depression in order to study its demographic and clinical characteristics, potentially appropriate anti-depression treatment as well as changes found in the quality of life throughout the follow-up. **Method:** A cohort study was made where individuals with major depression, confirmed by a structured interview by the Composite International Diagnostic Interview Instrument (CIDI), were accompanied over a 9-month period. Several evaluation measures were included such as the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF), Quality of Life – Depression (QLDS), Centers for Epidemiologic Studies –Depression instrument (CES-D), among others. **Results:** The sample was comprised of 179 individuals, most of the female gender (73%), with an average age of 38 and with 9 years of schooling. After 9 months of the study, 42% of the individuals still presented major depression, 25% with complete remission of symptoms and only 9% were appropriately treated with anti-depressives. In relation to quality of life, there were significant differences especially between the baseline period and 9 months for almost all measures. However, the effects size were in the most part small or moderate, demonstrating few changes in these measures. **Conclusions:** This study demonstrated that patients with symptoms of depression are rarely recognized or they receive appropriate treatment in primary care units in the south of Brazil. Most of the patients continued having symptoms of depression over the 9-month period, jeopardizing quality of life.

**Key-words:** Quality of life, depression, follow-up, depression treatment.

## INTRODUCTION

Recent studies with depressed patients in primary care have demonstrated that these patients have several depression-related problems such as high rates of comorbidity, low function levels and high consumption of medical resources.<sup>1,2</sup> Despite the high impact it has on individual's lives, recognition of depression's problems is still deficient in the primary sector where 50-60% of the cases go undetected and do not receive adequate and specific treatment.<sup>1,2,3</sup>

In current literature, there are several studies that demonstrate the association of depression with quality of life measures. Depressed individuals have losses of quality of life equal to or greater than with other chronic conditions.<sup>4,5,6</sup> Another relevant aspect is that the seriousness of the depressive disorder affects all dimensions of Quality of Life, even when controlled with other variables, such as age.<sup>7,8</sup> Although this association is well-established, most of the measures come from cross-sectional studies that do not permit an understanding of the causal relationship between these variables.

There are few observational studies or clinical tests with anti-depressives that make longitudinal studies of the associations between depression and measures of quality of life in primary care.<sup>8,9,10,11,12,13,14</sup> Some evidence suggests there is a gap in synchronizing change between depression's symptoms and measures of quality of life. In other words, improvement in symptoms of depression and in quality of life do not occur in a linear manner, but rather at different times.<sup>8,13,14,15</sup>



The general objective of this study is to describe the characteristics of a sample of Brazilian individuals with major depression who are seeking treatment in primary care units, as well as changes found in the quality of life over the 9-month period and its relation to potentially appropriate anti-depressive treatment. .

## **METHODOLOGY**

This study was carried out using a cohort obtained from the Longitudinal Investigation Depression Outcome (LIDO), whose methodology will be described below.

### **Design**

The LIDO project was a multi-center cohort study carried out in 6 centers (Australia, Brazil, Spain, Israel, United States and Russia) where the individuals who used primary care services and demonstrated the diagnosis of Major Depressive Disorder – current episode, were accompanied for a one-year period. This study exclusively used the data from the follow-up on Brazilian individuals by means of a cohort study. The study was approved by the Ethics Committees at the Hospital de Clínicas and the Hospital Conceição, both in Porto Alegre.

## Sample Selection

A screening interview was performed on 2,475 users of three primary care services in Porto Alegre that participated in the study in a consecutive manner, starting with their arrival at the health center between August 1998 and March 1999. The individuals were initially screened for depression using the CESD instrument (Radloff et al., 1977). Individuals with a CESD score  $\geq$  16 were invited for a more detailed interview to confirm a recent major depressive episode. This interview (called "*Baseline*") was held up to 2 weeks after initial contact by trained interviewers. The diagnosis of depression was confirmed at this interview using the Composite International Diagnostic Interview (CIDI).

Individuals who were diagnosed as having had current major depression according to the CIDI (CIDI+), aged 18-75, living in the geographical area of the health center and available over the next 12 months were invited to participate in the follow-up study. Those individuals under treatment for depression, or who had treatment up to 3 months before the study, who demonstrated any psychiatric disorder such as psychosis or Organic Cerebral Syndromes and who had any other condition the main investigator felt could interfere in study objectives were excluded. These individuals were accompanied at their baseline, 6-week, 3 and 9-month visits. After confirmation of the depression diagnosis, the doctor responsible for patient care was informed by letter of the probable diagnosis of major depression. The decision to treat the depressive episode or not was exclusively up to the doctor since the study presented a naturalistic observation delineation.

## **Definition of potentially appropriate anti-depressive treatment**

Potentially appropriate anti-depressive treatment was considered according to the smallest doses recommended by the U.S. Agency for Health Care Policy and Research Guidelines for Treatment of Depression in Primary Care. As an example, this is equivalent to a 75mg dose of imipramine or 20mg of fluoxetine.

## **Instruments used**

**Centers for Epidemiologic Studies – Depression (CES-D):** CES-D is a scale comprised of 20 items that has the objective of measuring depression symptoms in community populations.<sup>16</sup> It is useful to screen for symptoms of depression, but not for confirming the diagnosis. The individuals answer questions based on the previous week, using a four-point scale ranging from 0 = rarely to 3 = most of the time. The total score is calculated using a simple sum that varies from 0 to 60. The cutoff point considered to differentiate individuals with symptoms of depression is greater than or equal to 16.<sup>16</sup>

**Quality of Life-Depression (QLDS):** QLDS is a specific measure for quality of life in patients with depression. It is comprised of 34 items, with true or false options. False answers indicate an adverse effect in the quality of life, whereas true answers indicate a more positive quality of life. The scores vary from 0 (good quality of life) to 34 (poor quality of life).<sup>17</sup>

**Composite International Diagnostic Interview (CIDI):** CIDI is a structured interview developed to detect diagnoses of a variety of mental problems in primary care sectors. This study used the depression module version 2.1.<sup>18</sup>

**World Health Organization Instrument to Assess Quality of Life-Bref (WHOQOL-BREF):** This is a reduced version of the World Health Organization instrument to assess quality of life, comprised of 100 questions (WHOQOL-100). This instrument was developed concomitantly at 15 international centers and has been validated for the Portuguese language. The 26-question version encompasses four areas (physical, psychological, social relations and environment). There are four scales to assess intensity, capacity, frequency and evaluation, with scores ranging from zero to four. In each scale, the scores range from 0-100, with the highest scores suggesting better quality of life.<sup>19,20</sup>

**Medical Outcomes Study Short-Forms (SF-12) and MHI-5 subscales of SF-36:** SF-12 is an abbreviated version of SF-36, with 12 items that assess two dimensions: physical and mental. SF-36 is an instrument that assesses the functional status and well-being of the individuals divided into 8 areas (physical functions, physical role limitations, emotional role limitations, social functioning, bodily pain, general mental health, vitality and general health perceptions). The scores ranged from 0-100 for each area. MHI-5 is also from SF-36, comprised of 5 items that assess mental health.<sup>21</sup>

**Use of Health Resources** Identifies the use of health resources in three categories: Primary care or outpatient service, day hospital and in-patient service: It also describes the medications used during the follow-up.<sup>22</sup>

## **STATISTICAL ANALYSIS**

The Chi-Square Test was used to compare category variables. The T test was used for continuous variables for independent samples.

Mixed models were used for repeated-measure analysis with the visit as a fixed effect and diagonal variance-covariance matrix for comparison between groups.

## **RESULTS**

The sample was comprised of 179 individuals, most of the female gender (73%), with an average age of 38 and with 9 years of schooling. The other demographic characteristics and clinical characteristics for the baseline visit are described in Table 1. At 9 months of study, 42% of the individuals still presented major depression (CIDI +), 68% presented depressive symptoms – CES-D  $\geq$  16 and only 25% present complete remission from symptoms (CIDI negative and CES-D < 16) . In relation to treatment, 73% of the patients did not receive any treatment during the study and only 9% were treated with anti-depressives in an appropriate manner.

With regard to the quality of life assessment, at the beginning of the study 54.2%, and at 9 months, 50.3%, considered it good or very good, with no significant difference between these measurements.

**Please insert Table 1 about here**

In relation to quality of life, there were significant differences for almost all measures between the baseline visit-9 months and 6 weeks-9 months. Only the overall domain did not present significant differences between visits. The variation of average WHOQOL scores was greater for physical domain measurements: 55.6-64.9 and less for the environmental domain: 50.30-54.14. The average scores for quality of life and CES-D are described in graphs 1 and 2, respectively.

**Please insert Graphic 1 and 2 and Table 2 about here**

## **DISCUSSION**

This study presented two main findings. First, the patients were not identified nor appropriately treated in the primary care network. At the end of the study, 42% of the individuals still presented major depression, and only 9% were appropriately treated with anti-depressives. Second, individuals with depression presented little improvement in quality of life measures throughout the 9 month follow-up. The biggest difference found in relation to average scores for quality of life measures was

between the visit and the baseline and the 9-month visit, demonstrating that these patients did not change quickly.

In relation to the sample's clinical characteristics, 68% continued with important symptoms of depression at the end of the study. The average initial CES-D score was 32 points, falling to 23 points at the last follow-up visit, with a small effect size between these measures. Another important fact is that only 27% of the individuals received any type of treatment such as counseling or medication for depression and 9% with the appropriate use of anti-depressives. It is important to underscore that clinical doctors were advised by the researchers by letter of a probable diagnosis of depression identified by a standardized diagnostic instrument. Thus, the data obtained in this study that refers to identification and treatment could eventually be overestimated since the normal clinical service does not foresee this type of communication.

The difficulty in detecting symptoms of depression is in agreement with literature that suggests that 51% of the patients treated in primary care continue having symptoms and only some years later are they forwarded to specialized care.<sup>23</sup> On the other hand, the impossibility of having specific and appropriate treatment causes important harm to growth in the clinical course of depression, as well as quality of life. The benefits in treating depression with anti-depressives are already broadly demonstrated in literature, through clinical tests, or as in the study by Skevington et al., where 74% of the individuals received treatment with appropriate anti-depressives for an 8-week period, and showed improvements in quality of life.<sup>24</sup> Besides the medical perspective, there is also economic evidence that therapy with anti-depressives reduces indirect costs of depression such as lost workdays and increased productivity.<sup>25</sup> Therefore, the low rate of complete remission in our study of

around 25% is probably mainly due to the difficulty in identifying the diagnosis of depression, as well as the lack of appropriate treatment.

There is great variability in relation to remission indexes found in the studies, of around 24-68%.<sup>9,10, 26,27,28,29</sup> The use of different populations, as well as the diversity of instruments and criteria used to detect this measure, probably contribute to the differences found.<sup>26</sup> In relation to the other centers that participated in our study, we had the lowest rate of remission compared to 32% in St. Petersburg and 48% in Barcelona. This probably occurred due to the 2 abovementioned factors (non-identification of cases or inappropriate treatment) or the difficulty to access available health resources. Vinamaki et. al. underscores a 2-year follow-up study about recovery for symptoms of depression, where 65% of the individuals remained depressive and the insufficient use of health services was a significant factor for non-recovery.<sup>26</sup> This variable deserves a more detailed study since Brazil is mainly comprised of a population lacking in health resources where obtaining specialized treatment is often not possible mainly due to economic barriers such as the cost of medication or access to health services.<sup>30</sup>

In relation to the assessment of quality of life, all measures showed little change over the 9 months with small effects size between baseline and 9-month visits. In relation to WHOQOL, the biggest differences found were in the physical, psychological and social dimensions. Since the sample individuals were chosen when they sought a clinic and 95% demonstrated some clinical comorbidity, it is probable that the presence of this clinical condition also caused an impact of quality of life, especially in the physical domain. Another aspect that must have contributed to the small improvement in quality of life was still having the presence of depression symptoms at the end of the study. This is in agreement with literature, which



demonstrates that emotional status exerts great impact on assessing quality of life, with a variance of 20% in overall WHOQOL scores, as well as persistent negative moods which worsen all WHOQOL domains, demonstrating the impact of depression on measures of quality of life.<sup>31,32</sup>

There were some limitations in our study. First, the individuals were chosen by their search for medical service at primary care units. Therefore, the sample was probably comprised of individuals with light to moderate depression, with emotional conditions where they looked for some help, limiting the generalization of data for individuals with more serious depression or those who seek specialized service. Another important limitation was that the comparison of quality of life data is limited by the factors described below:

First, although the association between quality of life and depressions has already been broadly demonstrated in literature<sup>33,34,35,36,37,38</sup>, there are few studies in Latin America assessing quality of life and depression using these instruments<sup>39,40</sup>. The WHOQOL instrument has already been validated in several languages, but it is still little used in psychiatry, with only 12 articles assessing quality of life in patients with major depression over the past 10 years. There is also a lack of normative data for quality of life instruments like WHOQOL and QLDS. All these factors make it difficult to interpret the results as well as the establishment of cutoff points for comparison between measures.

A second aspect is that most of the studies are cross-sectional, thus not permitting a better understanding of this association. Naturalistic follow-up studies on individuals with depression in the community or in primary care are scarce, generally assess for a short period of time and are comprised of patients forwarded to specialized treatment.<sup>9</sup> Over the past 10 years, there has been growing interest in

literature of studies with the quality of life variable, with a more expressive number of follow-ups at one year or later. However, there is still much confusion in articles with regard to concepts of quality of life, recovery and remission of symptoms, confusing the conclusions.<sup>41</sup>

## **CONCLUSIONS**

This study demonstrated that patients with symptoms of depression are rarely recognized and rarely receive appropriate treatment in primary care units in the south of Brazil. Most of the patients continued having symptoms of depression over the 9-month period, jeopardizing quality of life. Since the primary care services are generally the most used means to obtain health care, especially in a country lacking in specialized service, non-detection of depressive disorders, as well as the impossibility of specific and appropriate treatment can cause important problems for clinical evolution of depression as well as for the quality of life and can increase indirect costs to society. This study warns for the need to implement training measures for health professionals in primary care so they can detect and treat this disorder at an early stage and provide improvements in the quality of life for these individuals suffering from these symptoms.

**BIBLIOGRAPHY**

1. Wells KB, Manning Jr WG, Valdez RB. The effects of insurance generosity on the psychological distress and psychological well-being of a general population. *Arch Gen Psychiatry* 1989 Apr;46(4):315-20.
2. Wells KB, Golding JM, Burnam MA. Psychiatric disorder in a sample of the general population with and without chronic medical conditions. *Am J Psychiatry* 1988 Aug;145(8):976-81.
3. McQuaid JR, Stein MB, Laffaye C, McCahill ME. Depression in a primary care clinic: the prevalence and impact of an unrecognized disorder. *J Affect Disord* 1999 Sep;55(1):1-10.
4. Wells KB, Sherbourne CD. Functioning and utility for current health of patients with depression or chronic medical conditions in managed, primary care practices. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56(10):897-904.
5. Spitzer RL, Kroenke K, Linzer M, Hahn SR, Williams JB, deGruy FV 3rd, Brody D, Davies M. Health-related quality of life in primary care patients with mental disorders. Results from the PRIME-MD 1000 Study. *JAMA* 1995 15;274(19):1511-7.
6. Bonicatto SC, Dew MA, Zaratiegui R, Lorenzo L, Pecina P. Adult outpatients with depression: worse quality of life than in other chronic medical diseases in Argentina. *Soc Sci Med* 2001;52(6):911-9.
7. Ravindran AV, Matheson K, Griffiths J, Merali Z, Anisman H. Stress, coping, uplifts, and quality of life in subtypes of depression: a conceptual frame and emerging data. *J Affect Disord* 2002;71(1-3):121-30.
8. McCall WV, Cohen W, Reboussin B, Lawton P. Effects of mood and age on quality of life in depressed inpatients. *Affect Disord* 1999;55(2-3):107-14.
9. van Weel-Baumgarten EM, Schers HJ, van den Bosch WJ, van den Hoogen HJ, Zitman FG. Long-term follow-up of depression among patients in the community and in family practice settings. A systematic review. *J Fam Pract* 2000 Dec;49(12):1113-20.

10. Ezquiaga E, Garcia-Lopez A, de Dios C, Leiva A, Bravo M, Montejo J. Clinical and psychosocial factors associated with the outcome of unipolar major depression: a one year prospective study. *J Affect Disord* 2004 Apr;79(1-3):63-70.
11. Koivumaa-Honkanen H, Honkanen R, Antikainen R, Hintikka J, Laukkanen E, Honkalampi K, Viinamäki H. Self-reported life satisfaction and recovery from depression in a 1-year prospective study. *Acta Psychiatr Scand* 2001 Jan;103(1):38-44.
12. Fleck MPA, Simon G, Herrman H, Bushnell D, Martin M, Patrick D. Longitudinal Investigation of Depression Outcomes Group. Major depression and its correlates in primary care settings in six countries. 9-month follow-up study. *Br J Psychiatry* 2005 Jan;186:41-7.
13. Diehr PH, Derleth AM, McKenna SP, Martin ML, Bushnell DM, Simon G, Patrick DL. Synchrony of change in depressive symptoms, health status, and quality of life in persons with clinical depression. *Health Qual Life Outcomes* 2006 Apr 25;4:27.
14. Berlim MT, Fleck MPA. Quality of life and Major depression: current findings and future perspectives. In: Ritsner MS, Awad G. *Quality of Life Impairment in Schizophrenia, Mood and Anxiety Disorders: New Perspectives on Research and Treatment*. Berlin: Springer 2007. pp 241-252.
15. Papakostas GI, Petersen T, Mahal Y, Mischoulon D, Nierenberg AA, Fava M. Quality of life assessments in major depressive disorder: a review of the literature. *Gen Hosp Psychiatry* 2004; 26(1):13-7.
16. Radloff LS. The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement* 1977, 1, 385-401.
17. Hunt SM, McKenna SP. The QLDS: a scale for the measurement of quality of life in depression. *Health Policy* 1992 Oct;22(3):307-19.
18. Weiller E, Lecrubier Y, Maier W, Ustun TB. The relevance of recurrent brief depression in primary care. A report from the WHO project on Psychological Problems in General Health Care conducted in 14 countries. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 1994;244(4):182-9.
19. Fleck MP, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality of life WHOQOL-bref. *Rev Saude Publica* 2000 Apr;34(2):178-83.

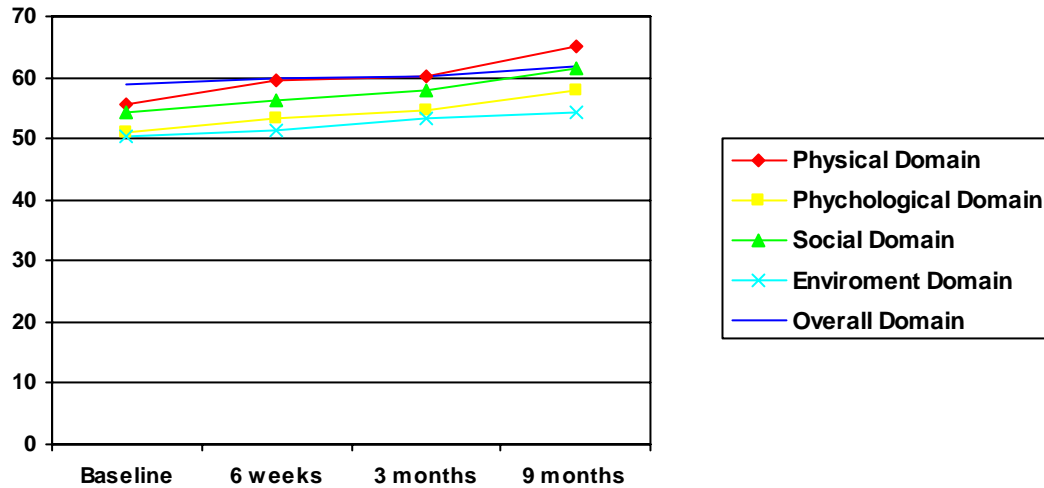
20. The WHOQOL GROUP. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychol Med* 1998 May;28(3):551-8.
21. Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992 Jun;30(6):473-83.
22. Beecham JK, Knapp MRJ. In: Wing J, Thornicroft G, Brewin C. Costing psychiatric interventions. *Measuring Mental Health Needs*, Gaskell (eds), London, 1992.
23. Paykel ES, Watters L, Abbott R, Wadsworth M. Do treated psychiatric patients become later community cases? A prospective cohort study. *Eur Psychiatry* 2006 Jul;21(5):315-8. Epub 2006 Jun 14.
24. Skevington SM, Wright A. Changes in the quality of life of patients receiving antidepressant medication in primary care: validation of the WHOQOL-100. *Br J Psychiatry* 2001 Mar;178:261-7.
25. von Knorring L, Akerblad AC, Bengtsson F, Carlsson A, Ekselius L. Cost of depression: effect of adherence and treatment response. *Eur Psychiatry* 2006 Sep;21(6):349-54. Epub 2006 Jun 13.
26. Viinamäki H, Tanskanen A, Honkalampi K, Koivumaa-Honkanen H, Antikainen R, Haatainen K, Hintikka J. Recovery from depression: a two-year follow-up study of general population subjects. *Int J Soc Psychiatry*. 2006 Jan;52(1):19-28.
27. Goldberg JF, Harrow M. Consistency of remission and outcome in bipolar and unipolar mood disorders: a 10-year prospective follow-up. *J Affect Disord* 2004 Aug;81(2):123-31.
28. Kuehner C, Bueger C. Determinants of subjective quality of life in depressed patients: the role of self-esteem, response styles, and social support. *J Affect Disord* 2005 Jun;86(2-3):205-13.
29. Skärsäter I, Baigi A, Haglund L. Functional status and quality of life in patients with first-episode major depression. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2006 Apr;13(2):205-13.
30. Simon GE, Fleck M, Lucas R, Bushnell DM. LIDO Group Prevalence and predictors of depression treatment in an international primary care study. *Am J Psychiatry* 2004 Sep;161(9):1626-34.

31. Heinoen H, Aro AR, Aalto AM, Uutela A. Is the evaluation of the global quality of life determined by emotional status? *Qual Life Res* 2004;13(8):1347-56.
32. Picardi A, Rucci P, Girolamo G, Santone G, Borsetti G, Morosini P. The quality of life of the mentally ill living in residential facilities: findings from a national survey in Italy. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2006 Sep;256(6):372-81. Epub 2006 Jun 20.
33. Rapaport MK, Clary C, Fayard R, Endicort J. Quality of life Impairment in Depressive and Anxiety Disorders. *Am J Psychiatry* 2005;162:1171.
34. Kessler RC, Foster CL, Saunders WB, Stang PE. Social consequences of psychiatric disorders, I: Educational attainment. *Am J Psychiatry* 1995;152(7):1026-32.
35. Kessler RC, Walters EE, Forthofer MS. The social consequences of psychiatric disorders, III: probability of marital stability. *Am J Psychiatry* 1998;155(8):1092-6.
36. Spitzer RL, Kroenke K, Linzer M, Hahn SR, Williams JB, deGruy FV 3rd, Brody D, Davies M. Health-related quality of life in primary care patients with mental disorders. Results from the PRIME-MD 1000 Study. *JAMA* 1995 15;274(19):1511-7.
37. Ormel J, Vonkorff M, Oldehinkel AJ, Simon G, Tiemens BG, Ustun TB. Onset of disability in depressed and non-depressed primary care patients. *Psychol Med* 1999;29(4):847-53.
38. Isacson D, Bingefors K, Von Knorring L. The impact of depression is unevenly distributed in the population. *European Psychiatry* 2005;20:205-212.
39. Gazalle FK, Andreazza AC, Hallal PC, Kauer-Sant'anna M, CeresÃ©r KM, Soares JC, Santin A, Kapczinski F. Bipolar depression: the importance of being on remission. *Rev Bras Psiquiatr* 2006 Jun;28(2):93-6. Epub 2006 Jun 26.
40. Berlim MT, Pavanello DP, Caldieraro MA, Fleck MP. Reliability and validity of the WHOQOL BREF in a sample of Brazilian outpatients with major depression. *Qual Life Res* 2005 Mar;14(2):561-4.
41. Bagby RM, Ryder AG, Cristi C. Psychosocial and clinical predictors of response to pharmacotherapy for depression. *J Psychiatry Neurosci* 2002;27(4):250-7.

**Table 1 - Demographic data, clinical characteristics in the baseline**

	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Demographic data</b>		
Gender (% women)	135	72.9%
Age (mean, sd)	38.50(14.13)	
Years of schooling (mean, sd)	9.12(3.42)	
<b>Marital Status</b>		
Married	93	52.2
Single	44	24.7
<b>Employment status</b>		
Employed	71	40
Unemployed	33	18.6
<b>Clinical Characteristics</b>		
First episode (%)	86	56%
Number of prior episodes (mean, sd)	4(2.03)	
Clinical Comorbidity	170	95%

**Graphic 1 - Average scores for WHOQOL domains measured at baseline, 6 weeks, 3 months and 9 months**



\*ES in physical domain was 0.49 between baseline and 9 months and 0.33 between baseline and 9 months.

\*\*ES in psychological domain was 0.37 between baseline and 9 months and 0.26 between 6 weeks and 9 months.

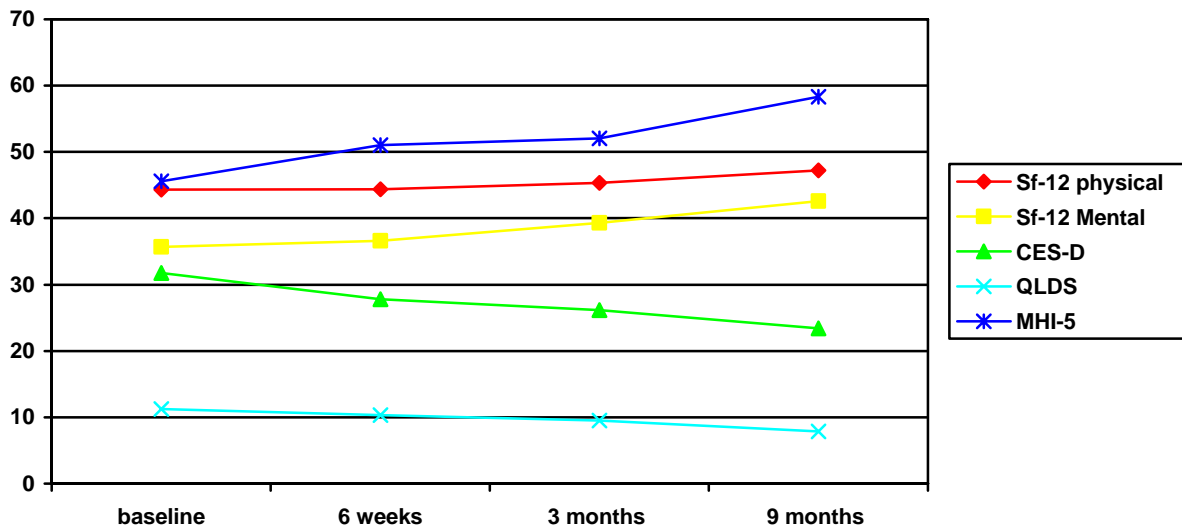
\*\*\*ES in social domain was 0.31 between baseline and 9 months and 0.22 between 6 weeks and 9 months.

\*\*\*\*ES in environmental domain was 0.31 between baseline and 9 months and 0.22 between 6 weeks and 9 months.

\*\*\*\*\*There was no significant difference between the overall domain scores over the 9 months.



**Graphic 2 - Average scores for SF-12 physical and mental, CES-D, QLDS and MHI-5 instruments measured at baseline, 6 weeks, 3 months and 9 months**



\*\*ES in SF-12 mental was 0.48 between baseline and 9 months and 0.28 between 6 weeks and 9 months.

\*\*\*ES in CES-D was 0.56 between baseline and 9 months and 0.28 between 6 weeks and 9 months.

\*\*\*\*ES in QLDS was 0.43 between baseline and 9 months and 0.30 between 6 weeks and 9 months.

\*\*\*\*ES in MHI-5 was 0.48 between baseline and 9 months and 0.28 between 6 weeks and 9 months.

**Table 2 - Mixed Model Analysis**

<b>Effect</b>	<b>Num df</b>	<b>Denominator df</b>	<b>F</b>	<b>Sig</b>
WHOQOL PHYS	3	302.58	8.27	0.00
WHOQOL Phyc	3	303.86	5.64	0.001
WHOQOL Social	3	301.04	3.82	0.01
WHOQOL Enviro	3	288.27	3.01	0.030
WHOQOL Overall	3	289.72	0.767	0.513
SF-12 Phys	3	292.88	2.956	0.033
SF-12 Mental	3	291.17	11.18	0.000
CES-D	3	302.98	15.02	0.000
QLDS	3	310.15	5.40	0.001
MHI-5	3	283.99	10.74	0.000

Adjustment for multiple comparisons: Less Significant difference.

**Qualidade de vida, diagnóstico e tratamento:  
um estudo de coorte em cuidados primários**

Ana Flávia Barros da Silva Lima<sup>1</sup> and Marcelo Pio de Almeida Fleck<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Mestre em Clínica Médica. Aluna de Doutorado em Medicina pelo Curso de Pós-Graduação em Psiquiatria pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul

<sup>2</sup>Professor adjunto do Departamento de Medicina Legal e Psiquiatria da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

<sup>3</sup>Local de realização: Hospital de Clínicas de Porto Alegre

<sup>4</sup>Endereço para correspondência:

Rua Ramiro Barcelos, 2350 - Sala 400N - 4º andar  
90035-903 - Porto Alegre – RS. Fone (51) 2101.8413

<sup>5</sup>Fonte Financiadora: FIPE - Hospital de Clínicas de Porto Alegre e Industria Farmacêutica Eli Lilly

## RESUMO

**Objetivo:** Descrever o seguimento de uma amostra de usuários de serviços de cuidados primários com depressão maior, em relação as suas características demográficas, clínicas, tratamento antidepressivo potencialmente adequado, assim como mudanças encontradas na qualidade de vida ao longo do acompanhamento.

**Método:** Foi realizado um estudo de coorte, em que os sujeitos com depressão maior, através de confirmação por uma entrevista estruturada pelo *Composite International Diagnostic Interview Instrument* (CIDI), foram acompanhados ao longo de 9 meses. Foram incluídas diversas medidas de avaliação como *World Health Organization quality of life* (WHOQOL-BREF), *Quality of Life-Depression* (QLDS), *Centers for Epidemiologic Studies-Depression instrument* (CES-D), entre outras.

**Results:** A amostra foi constituída por 179 sujeitos, a maioria do sexo feminino (73%), com uma idade média de 38 anos e 9 anos de escolaridade. Aos 9 meses do estudo, 42% dos sujeitos, ainda apresentavam um quadro compatível com depressão maior, 25% com remissão completa dos sintomas e somente 9% foram tratados com antidepressivo de forma adequada. Em relação a qualidade de vida, ocorreram diferenças significativas, principalmente entre o período de baseline, e 9 meses para quase todas as medidas. Entretanto, os tamanhos de efeito foram na sua grande maioria pequenos ou moderados, demonstrando poucas mudanças nessas medidas. **Conclusões:** Este estudo demonstrou que pacientes com sintomas depressivos dificilmente são reconhecidos ou recebem tratamentos adequados em unidades de cuidados primários no sul do Brasil. A grande maioria dos pacientes

permaneceu com sintomas depressivos ao longo dos 9 meses, apresentando prejuízos na qualidade de vida.

**Palavras Chaves:** Qualidade de vida, depressão, seguimento, tratamento para depressão.

## INTRODUÇÃO

Estudos recentes com pacientes deprimidos em cuidados primários têm demonstrado que esses pacientes apresentam vários prejuízos relacionados à depressão, como altos índices de comorbidades, baixos níveis de funcionamento e alto consumo de recursos médicos.<sup>1,2</sup> Apesar do alto impacto na vida dos sujeitos, o reconhecimento dos transtornos depressivos ainda é deficiente no setor primário, onde 50-60% dos casos não são detectados e não recebem tratamentos adequados e específicos.<sup>1,2,3</sup>

Na literatura atual, há vários estudos demonstrando a associação da depressão com a medida de qualidade de vida. Sujeitos deprimidos apresentam prejuízos na qualidade de vida igual ou superior a outras condições crônicas.<sup>4,5,6</sup> Outro aspecto relevante, é que a gravidade do transtorno depressivo afeta todas as dimensões de Qualidade de Vida, mesmo quando controlado com outras variáveis como a idade.<sup>7,8</sup> Apesar de já estar bem estabelecida essa associação, as medidas provêm, na sua grande maioria, de estudos transversais que não permitem o entendimento de uma relação causal entre estas variáveis.

Há poucos estudos observacionais ou ensaios clínicos com antidepressivos que examinam longitudinalmente associações entre depressão e medidas de qualidade de vida em cuidados primários.<sup>8,9,10,11,12,13,14</sup> Algumas evidências sugerem que existe um hiato de sincronia de mudança entre os sintomas de depressão e as medidas de qualidade de vida, isto é, há melhora nos sintomas depressivos, e, nos

domínios de qualidade de vida, as melhoras não ocorrem de uma forma linear, ocorrendo em espaços de tempo distintos.<sup>8,13,14,15</sup>

O objetivo geral do presente estudo é o de descrever as características de uma amostra brasileira de sujeitos com depressão maior, que procuraram tratamento em unidades de serviços primários, assim como as mudanças encontradas na qualidade de vida ao longo dos 9 meses de seguimento e sua relação com o tratamento antidepressivo potencialmente adequado.

## **METODOLOGIA**

Este estudo foi realizado através de uma coorte obtida do *Longitudinal Investigation Depression Outcome* (LIDO) cuja metodologia será descrita a seguir.

### **Delineamento**

O projeto LIDO foi um estudo de coorte multicêntrico realizado em 6 centros (Austrália, Brasil, Espanha, Israel, Estados Unidos e Rússia) em que os sujeitos que utilizavam serviços de cuidados primários e apresentavam o diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior - episódio atual, foram acompanhados ao longo de um ano. Para o presente estudo, foram utilizados exclusivamente os dados brasileiros referentes ao acompanhamento desses sujeitos através de um estudo de coorte.

Esta pesquisa foi aprovada pelos comitês de ética do Hospital de Clínicas e pelo Hospital Conceição, ambos de Porto Alegre.

### **Seleção da Amostra**

Foi realizada uma entrevista de rastreamento (*screening*) em 2.475 usuários de três serviços de cuidados primários na cidade de Porto Alegre, que participavam do estudo de forma consecutiva, a partir de sua chegada no posto de saúde, no período de agosto de 1998 a março de 1999. Os indivíduos foram inicialmente rastreados para depressão através do instrumento CESD (Radloff et al., 1977). Os indivíduos com escore de CESD  $>$  ou igual a 16 eram convidados a realizar uma entrevista mais detalhada para a confirmação ou não de um episódio depressivo maior recente. Esta entrevista (chamada de “*Baseline*”) foi realizada até 2 semanas após o contato inicial por entrevistadores treinados. Nessa entrevista, era realizada a confirmação ou não do diagnóstico de depressão através do *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI).

Foram convidados para participar do estudo de seguimento os sujeitos que apresentaram um diagnóstico de depressão maior atual pelo CIDI (CIDI +), com idade entre 18-75 anos, que pertenciam a área geográfica do posto de saúde e que estariam disponíveis nos próximos 12 meses. Foram excluídos os sujeitos que estavam em tratamento para depressão, ou nos 3 meses prévios ao início do estudo, que apresentassem algum outro transtorno psiquiátrico como psicoses ou Síndromes Cerebrais Orgânicas e que tivessem qualquer outra condição que o investigador principal considerasse que poderia interferir nos objetivos do estudo.



Esses sujeitos foram acompanhados nas visitas de baseline, 6 semanas, 3 e 9 meses. Após a confirmação do diagnóstico de depressão, o médico responsável pelo atendimento do paciente foi informado por carta do provável diagnóstico de depressão maior. A decisão de tratar ou não o episódio depressivo foi exclusivamente do médico já que o estudo apresentou um delineamento observacional naturalístico.

### **Definição de tratamento antidepressivo potencialmente adequado**

Considerou-se tratamento antidepressivo potencialmente adequado de acordo com as menores doses recomendadas pelo *U.S. Agency for Health Care Policy and Research guidelines for treatment of depression in primary care*. Isto equivale, por exemplo, a administração de dose de 75mg de imipramina ou 20mg de fluoxetina.

### **Instrumentos utilizados**

***Centers for Epidemiologic Studies – Depression (CES-D)***: O CES-D é uma escala composta por 20 itens que tem como objetivo medir sintomas depressivos em populações da comunidade.<sup>16</sup> É útil para rastrear os sintomas depressivos, mas não para confirmação do diagnóstico. Os sujeitos respondem as questões baseados na última semana, utilizando uma escala de resposta de quatro pontos variando de 0 = raramente até 3 = a maior parte do tempo. O escore total é

calculado por uma simples soma que varia de 0-60. O ponto de corte considerado para diferenciar sujeitos com sintomas depressivos é maior ou igual a 16.<sup>16</sup>

**Quality of Life-Depression (QLDS):** O QLDS é uma medida de qualidade de vida específica para pacientes com depressão. É composta por 34 itens, com opções de respostas falso ou verdadeiro. Respostas falsas indicam um efeito adverso na qualidade de vida, enquanto respostas verdadeiras são indicativo de uma qualidade de vida positiva. Os escores variam de 0 (qualidade de vida boa) até 34 (qualidade de vida ruim)<sup>17</sup>.

**Composite International Diagnostic Interview (CIDI):** O CIDI é uma entrevista estruturada que foi desenvolvida para detecção de diagnósticos de uma variedade de problemas mentais em setores de cuidados primários. O módulo de depressão versão 2.1 foi utilizado neste estudo.<sup>18</sup>

**World Health Organization Instrument to Assess Quality of Life-Bref (WHOQOL-BREF):** É uma versão reduzida do instrumento da Organização Mundial de Saúde para avaliar Qualidade de vida composto por 100 questões (WHOQOL-100). Esse instrumento foi desenvolvido concomitantemente em 15 centros internacionais, tendo sido validado para a língua portuguesa. A versão de 26 itens abrange quatro domínios (físico, psicológico, relações sociais e ambiente). Há quatro escalas para avaliação de intensidade, capacidade, frequência e avaliação, variando os escores de zero a quatro. Em cada escala os escores variam de 0-100, sendo os maiores escores sugestivos de melhor qualidade de vida.<sup>19,20</sup>

**Medical Outcomes Study Short-Forms (SF-12) and MHI-5 subscales of SF-36:** O SF- 12 é uma versão abreviada do SF-36, de 12 itens, que avalia duas dimensões: física e mental. O SF-36 é um instrumento que avalia o status funcional e o bem-estar dos sujeitos divididos em 8 domínios (funcionamento físico e social, limitações físicas e emocionais, dor corporal, saúde mental em geral). Os escores variam de 0-100 para cada domínio. O MHI-5 também é proveniente do SF-36, composto por 5 itens que avaliam a saúde mental.<sup>21</sup>

**Utilização de Recursos de Saúde:** Identifica a utilização de recursos de saúde em três categorias: cuidados primários ou serviços ambulatoriais, hospital dia e internação hospitalar. Também faz uma descrição das medicações utilizadas ao longo do seguimento.<sup>22</sup>

## **ANÁLISE ESTATÍSTICA**

Para comparação das variáveis categóricas, foi realizado o Teste de Qui-quadrado. Para as variáveis contínuas, o Teste T para amostras independentes.

*Análise Mixed models* para comparação das médias entre os grupos.

## RESULTADOS

A amostra foi constituída por 179 sujeitos, a maioria do sexo feminino (73%), com uma idade média de 38 anos e 9 anos de escolaridade. As demais características demográficas e características clínicas da visita de baseline estão descritas na tabela 1. Aos 9 meses do estudo, 42% dos sujeitos ainda apresentavam um quadro compatível com depressão maior (CIDI +), 68% com sintomas depressivos – CES-D  $\geq$  16 e somente 25% com remissão completa dos sintomas (CIDI negativo e CES-D  $<$  16). Em relação ao tratamento, 73% dos pacientes não receberam nenhum tipo de tratamento ao longo do estudo e somente 9% foram tratados com antidepressivo de forma adequada. Sobre a avaliação de qualidade de vida, no início do estudo 54,2% e aos 9 meses 50,3% a consideraram boa ou muito boa sem diferença significativa entre estas medidas.

**Por favor inserir Tabela 1 aqui**

Em relação a qualidade de vida, observaram-se diferenças significativas para quase todas as medidas entre as visitas de *baseline* - 9 meses e 6 semanas - 9 meses. Somente o domínio global não apresentou diferenças significativas entre as visitas. A variação dos escores médios do WHOQOL foram maiores para as medidas do domínio físico: 55,6-64,9 e menores para o domínio ambiental: 50,30-54,14. Os escores das medidas de qualidade de vida e do CES-D estão descritos nos gráficos 1 e 2 respectivamente.

**Por favor inserir Gráfico 1 e 2 e Tabela 2 aqui**

## DISCUSSÃO

Este estudo apresentou dois achados principais. Primeiro, os pacientes não foram identificados e nem tratados adequadamente na rede de cuidados primários. Ao término do estudo, 42% dos sujeitos, ainda apresentavam um quadro compatível, com depressão maior e somente 9% foram tratados com antidepressivo de forma adequada.

Segundo, os sujeitos com depressão apresentaram pouca melhora nas medidas de qualidade de vida ao longo de um *follow-up* de 9 meses. A maior diferença encontrada em relação à média dos escores das medidas de qualidade de vida, foi entre a visita de baseline e a visita de 9 meses, demonstrando que estes pacientes não adquiriram mudanças rapidamente.

Em relação às características clínicas da amostra, 68% persistiram com importantes sintomas depressivos ao final do estudo. O escore médio do CES-D inicial foi de 32 pontos, diminuindo para 23 pontos na última visita do seguimento, com um tamanho de efeito pequeno entre estas medidas. Outro dado relevante é que somente 27% dos sujeitos recebeu algum tipo de tratamento, como aconselhamento ou medicação para depressão, e 9% com utilização de antidepressivos de forma adequada. Cabe salientar que os médicos clínicos foram avisados pelos pesquisadores, através de uma carta, de um provável diagnóstico de depressão identificado por um instrumento diagnóstico padronizado. Assim, os dados obtidos no presente estudo, referentes à identificação e tratamento poderiam estar até eventualmente superestimados já que a situação usual clínica de atendimento não prevê este tipo de comunicação.

A dificuldade de detecção dos sintomas depressivos está de acordo com a literatura que sugere que 51% dos pacientes tratados em serviços de cuidados primários persistem com sintomas e, somente alguns anos depois, são encaminhados para rede especializada.<sup>23</sup> Por outro lado, a impossibilidade de tratamentos específicos e adequados provoca importantes prejuízos tanto para evolução do curso clínico da depressão, assim como para qualidade de vida. Os benefícios do tratamento da depressão com antidepressivos, já está amplamente demonstrado na literatura, através de ensaios clínicos ou, como no estudo de Skevington e cols., onde 74% dos sujeitos que receberam tratamento com antidepressivo adequado, num período de 8 semanas, apresentaram melhorias na qualidade de vida.<sup>24</sup> Além da perspectiva médica, economicamente há evidências de que a terapia com antidepressivos reduz os custos indiretos com a depressão como dias de trabalho perdidos e aumento de produtividade.<sup>25</sup> Portanto, a baixa taxa de remissão completa encontrada no nosso estudo, em torno de 25%, provavelmente deva-se principalmente a dificuldade de identificação do provável diagnóstico de depressão, assim como pela não instituição de tratamento adequado. Existe uma variabilidade grande em relação aos índices de remissão encontrados nos estudos, em torno de 24-68%.<sup>9,10,26,27,28,29</sup> A utilização de diferentes populações, assim como a diversidade de instrumentos e critérios utilizados para detecção desta medida, provavelmente contribuem para as diferenças encontradas.<sup>26</sup> Em relação aos outros centros participantes do nosso estudo, apresentamos o menor índice de remissão comparado a 32% em St. Pertesburg e até 48% em Barcelona. Isso provavelmente ocorreu pelos 2 fatores descritos acima (não identificação dos casos ou tratamento não adequado) ou por dificuldade de acesso aos recursos de saúde disponíveis. Vinamaki et al. salienta, num estudo de follow-up de 2 anos sobre

recuperação de sintomas depressivos, que 65% dos sujeitos continuavam depressivos e que o uso insuficiente dos serviços de saúde foi um fator significativo para a não recuperação.<sup>26</sup> Essa variável merece um estudo mais detalhado, uma vez que o Brasil é constituído, na sua grande maioria, por uma população carente de recursos de saúde, em que a obtenção de tratamento especializado, muitas vezes, não é possível principalmente pelas barreiras econômicas, como custos com a medicação ou acesso aos serviços de saúde.<sup>30</sup>

Em relação à avaliação da qualidade de vida, todas as medidas apresentaram poucas mudanças ao longo dos 9 meses, com tamanhos de efeito pequenos entre as visitas de baseline e 9 meses. Em relação ao WHOQOL as maiores diferenças encontradas, foram para as dimensões física, psicológica e social. Como os sujeitos da amostra foram selecionados no momento da busca de um atendimento clínico e 95% apresentavam alguma comorbidade clínica, é provável que a presença desta condição clínica também tenha provocado um impacto na qualidade de vida, principalmente no domínio físico. Outro aspecto que deve ter contribuído para a pequena melhora na qualidade de vida, foi a presença ainda de sintomas depressivos no final do estudo. Esse dado está de acordo com a literatura, que demonstra que status emocional exerce um grande impacto na avaliação de qualidade de vida, com variância de 20% nos escores globais do WHOQOL, assim como o humor negativo persistente provoca piora em todo o domínio do WHOQOL, demonstrando o impacto da depressão nas medidas de qualidade de vida.<sup>31,32</sup>

Em nosso estudo, existiram algumas limitações. Primeiro, os sujeitos foram selecionados através da procura por algum atendimento médico em serviços de cuidados primários. Portanto, a amostra provavelmente foi constituída por sujeitos

com depressão leve a moderada, que apresentavam condições emocionais de buscar algum auxílio, limitando a generalização dos dados para sujeitos com depressões mais graves ou que freqüentassem serviços especializados. Outra limitação importante foi que a comparação dos dados de qualidade de vida é limitada pelos fatores descritos a seguir:

Primeiro, apesar da associação entre qualidade de vida e depressão já estar amplamente demonstrada na literatura<sup>33,34,35,36,37,38</sup>, há poucos estudos na América Latina avaliando qualidade de vida e depressão com a utilização destes instrumentos.<sup>39,40</sup> O instrumento WHOQOL já foi validado para diversos idiomas, mas ainda é pouco utilizado no meio psiquiátrico, havendo somente 12 artigos avaliando qualidade de vida em pacientes com depressão maior nos últimos 10 anos. Também há uma carência de dados normativos para os instrumentos de qualidade de vida como WHOQOL e QLDS. Todos esses fatores dificultam a interpretação dos resultados, assim como o estabelecimento de pontos de corte para comparações entre medidas.

O segundo aspecto é que os estudos, na sua grande maioria, são transversais, não possibilitando um melhor entendimento desta associação. Estudos naturalísticos de *follow-up* de sujeitos com depressão na comunidade ou em cuidados primários são escassos, geralmente avaliam por um curto período de tempo e são constituídos por pacientes que são encaminhados para tratamento especializado.<sup>9</sup> Nos últimos 10 anos, houve um interesse crescente na literatura de estudos com a variável qualidade de vida, havendo um número mais expressivo de *follow-ups* com 1 ano ou mais de duração. Entretanto, ainda há muitas confusões nos artigos quanto aos conceitos de qualidade de vida, recuperação e remissão de sintomas, confundindo as conclusões.<sup>41</sup>



## CONCLUSÕES

Este estudo demonstrou que pacientes com sintomas depressivos dificilmente são reconhecidos ou recebem tratamentos adequados em unidades de cuidados primários no sul do Brasil. A grande maioria dos pacientes permaneceu com sintomas depressivos ao longo dos 9 meses, apresentando prejuízos na qualidade de vida. Como os serviços de cuidados primários geralmente são o meio mais utilizado para obtenção de cuidados de saúde, principalmente num país com carência de serviços especializados, a não detecção dos transtornos depressivos, assim como a impossibilidade de tratamentos específicos e adequados, pode provocar importantes prejuízos tanto para evolução do curso clínico da depressão, assim como para qualidade de vida, e aumentar os custos indiretos para a sociedade. Este estudo alerta para a necessidade da implementação de medidas de treinamento para os profissionais de saúde em cuidados primários a fim da detecção e do tratamento precoce deste transtorno e de trazer melhorias para qualidade de vida dos sujeitos que sofrem com estes sintomas.

## BIBLIOGRAFIA

1. Wells KB, Manning Jr WG, Valdez RB. The effects of insurance generosity on the psychological distress and psychological well-being of a general population. *Arch Gen Psychiatry* 1989 Apr;46(4):315-20.
2. Wells KB, Golding JM, Burnam MA. Psychiatric disorder in a sample of the general population with and without chronic medical conditions. *Am J Psychiatry* 1988 Aug;145(8):976-81.
3. McQuaid JR, Stein MB, Laffaye C, McCahill ME. Depression in a primary care clinic: the prevalence and impact of an unrecognized disorder. *J Affect Disord* 1999 Sep;55(1):1-10.
4. Wells KB, Sherbourne CD. Functioning and utility for current health of patients with depression or chronic medical conditions in managed, primary care practices. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56(10):897-904.
5. Spitzer RL, Kroenke K, Linzer M, Hahn SR, Williams JB, deGruy FV 3rd, Brody D, Davies M. Health-related quality of life in primary care patients with mental disorders. Results from the PRIME-MD 1000 Study. *JAMA* 1995 15;274(19):1511-7.
6. Bonicatto SC, Dew MA, Zaratiegui R, Lorenzo L, Pecina P. Adult outpatients with depression: worse quality of life than in other chronic medical diseases in Argentina. *Soc Sci Med* 2001;52(6):911-9.
7. Ravindran AV, Matheson K, Griffiths J, Merali Z, Anisman H. Stress, coping, uplifts, and quality of life in subtypes of depression: a conceptual frame and emerging data. *J Affect Disord* 2002;71(1-3):121-30.
8. McCall WV, Cohen W, Reboussin B, Lawton P. Effects of mood and age on quality of life in depressed inpatients. *Affect Disord* 1999;55(2-3):107-14.
9. van Weel-Baumgarten EM, Schers HJ, van den Bosch WJ, van den Hoogen HJ, Zitman FG. Long-term follow-up of depression among patients in the community and in family practice settings. A systematic review. *J Fam Pract* 2000 Dec;49(12):1113-20.

10. Ezquiaga E, Garcia-Lopez A, de Dios C, Leiva A, Bravo M, Montejo J. Clinical and psychosocial factors associated with the outcome of unipolar major depression: a one year prospective study. *J Affect Disord* 2004 Apr;79(1-3):63-70.
11. Koivumaa-Honkanen H, Honkanen R, Antikainen R, Hintikka J, Laukkanen E, Honkalampi K, Viinamäki H. Self-reported life satisfaction and recovery from depression in a 1-year prospective study. *Acta Psychiatr Scand* 2001 Jan;103(1):38-44.
12. Fleck MPA, Simon G, Herrman H, Bushnell D, Martin M, Patrick D. Longitudinal Investigation of Depression Outcomes Group. Major depression and its correlates in primary care settings in six countries. 9-month follow-up study. *Br J Psychiatry* 2005 Jan;186:41-7.
13. Diehr PH, Derleth AM, McKenna SP, Martin ML, Bushnell DM, Simon G, Patrick DL. Synchrony of change in depressive symptoms, health status, and quality of life in persons with clinical depression. *Health Qual Life Outcomes* 2006 Apr 25;4:27.
14. Berlim MT, Fleck MPA. Quality of life and Major depression: current findings and future perspectives. In: Ritsner MS, Awad G. *Quality of Life Impairment in Schizophrenia, Mood and Anxiety Disorders: New Perspectives on Research and Treatment*. Berlin: Springer 2007. pp 241-252.
15. Papakostas GI, Petersen T, Mahal Y, Mischoulon D, Nierenberg AA, Fava M. Quality of life assessments in major depressive disorder: a review of the literature. *Gen Hosp Psychiatry* 2004; 26(1):13-7.
16. Radloff LS. The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement* 1977, 1, 385-401.
17. Hunt SM, McKenna SP. The QLDS: a scale for the measurement of quality of life in depression. *Health Policy* 1992 Oct;22(3):307-19.
18. Weiller E, Lecrubier Y, Maier W, Ustun TB. The relevance of recurrent brief depression in primary care. A report from the WHO project on Psychological Problems in General Health Care conducted in 14 countries. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 1994;244(4):182-9.
19. Fleck MP, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality of life WHOQOL-bref. *Rev Saude Publica* 2000 Apr;34(2):178-83.

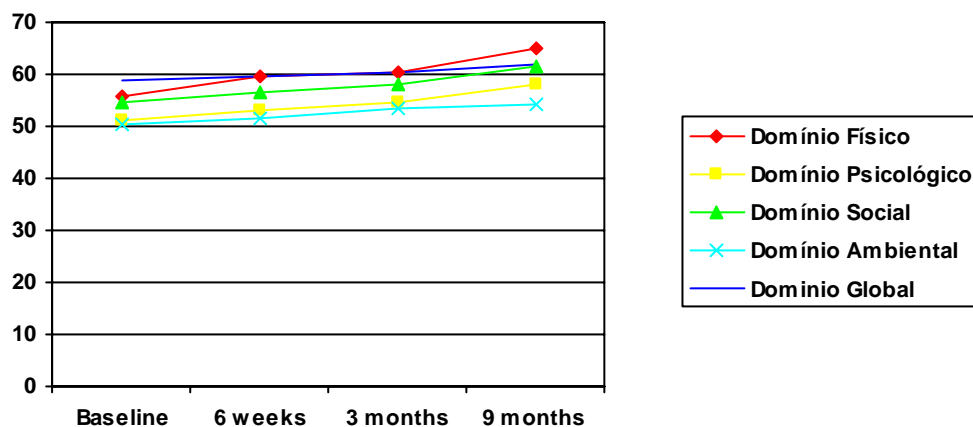
20. The WHOQOL GROUP. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychol Med* 1998 May;28(3):551-8.
21. Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992 Jun;30(6):473-83.
22. Beecham JK, Knapp MRJ. In: Wing J, Thornicroft G, Brewin C. Costing psychiatric interventions. *Measuring Mental Health Needs*, Gaskell (eds), London, 1992.
23. Paykel ES, Watters L, Abbott R, Wadsworth M. Do treated psychiatric patients become later community cases? A prospective cohort study. *Eur Psychiatry* 2006 Jul;21(5):315-8. Epub 2006 Jun 14.
24. Skevington SM, Wright A. Changes in the quality of life of patients receiving antidepressant medication in primary care: validation of the WHOQOL-100. *Br J Psychiatry* 2001 Mar;178:261-7.
25. von Knorring L, Akerblad AC, Bengtsson F, Carlsson A, Ekselius L. Cost of depression: effect of adherence and treatment response. *Eur Psychiatry* 2006 Sep;21(6):349-54. Epub 2006 Jun 13.
26. Viinamäki H, Tanskanen A, Honkalampi K, Koivumaa-Honkanen H, Antikainen R, Haatainen K, Hintikka J. Recovery from depression: a two-year follow-up study of general population subjects. *Int J Soc Psychiatry*. 2006 Jan;52(1):19-28.
27. Goldberg JF, Harrow M. Consistency of remission and outcome in bipolar and unipolar mood disorders: a 10-year prospective follow-up. *J Affect Disord* 2004 Aug;81(2):123-31.
28. Kuehner C, Bueger C. Determinants of subjective quality of life in depressed patients: the role of self-esteem, response styles, and social support. *J Affect Disord* 2005 Jun;86(2-3):205-13.
29. Skärsäter I, Baigi A, Haglund L. Functional status and quality of life in patients with first-episode major depression. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2006 Apr;13(2):205-13.
30. Simon GE, Fleck M, Lucas R, Bushnell DM. LIDO Group Prevalence and predictors of depression treatment in an international primary care study. *Am J Psychiatry* 2004 Sep;161(9):1626-34.

31. Heinonen H, Aro AR, Aalto AM, Uutela A. Is the evaluation of the global quality of life determined by emotional status? *Qual Life Res* 2004;13(8):1347-56.
32. Picardi A, Rucci P, Girolamo G, Santone G, Borsetti G, Morosini P. The quality of life of the mentally ill living in residential facilities: findings from a national survey in Italy. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2006 Sep;256(6):372-81. Epub 2006 Jun 20.
33. Rapaport MK, Clary C, Fayard R, Endicort J. Quality of life Impairment in Depressive and Anxiety Disorders. *Am J Psychiatry* 2005;162:1171.
34. Kessler RC, Foster CL, Saunders WB, Stang PE. Social consequences of psychiatric disorders, I: Educational attainment. *Am J Psychiatry* 1995;152(7):1026-32.
35. Kessler RC, Walters EE, Forthofer MS. The social consequences of psychiatric disorders, III: probability of marital stability. *Am J Psychiatry* 1998;155(8):1092-6.
36. Spitzer RL, Kroenke K, Linzer M, Hahn SR, Williams JB, deGruy FV 3rd, Brody D, Davies M. Health-related quality of life in primary care patients with mental disorders. Results from the PRIME-MD 1000 Study. *JAMA* 1995 15;274(19):1511-7.
37. Ormel J, Vonkorff M, Oldehinkel AJ, Simon G, Tiemens BG, Ustun TB. Onset of disability in depressed and non-depressed primary care patients. *Psychol Med* 1999;29(4):847-53.
38. Isacson D, Bingefors K, Von Knorring L. The impact of depression is unevenly distributed in the population. *European Psychiatry* 2005;20:205-212.
39. Gazalle FK, Andreatza AC, Hallal PC, Kauer-Sant'anna M, CeresÃ©r KM, Soares JC, Santin A, Kapczinski F. Bipolar depression: the importance of being on remission. *Rev Bras Psiquiatr* 2006 Jun;28(2):93-6. Epub 2006 Jun 26.
40. Berlim MT, Pavanello DP, Caldieraro MA, Fleck MP. Reliability and validity of the WHOQOL BREF in a sample of Brazilian outpatients with major depression. *Qual Life Res* 2005 Mar;14(2):561-4.
41. Bagby RM, Ryder AG, Cristi C. Psychosocial and clinical predictors of response to pharmacotherapy for depression. *J Psychiatry Neurosci* 2002;27(4):250-7.

**Tabela 1 - Características demográficas e clínicas na entrada do estudo**

	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Dados demográficos</b>		
Gênero (% feminino)	135	72,9%
idade (média, dp)	38,50(14,13)	
Anos de escolaridade (media,dp)	9,12(3,42)	
Status Marital		
Casado	93	52,2
solteiro	44	24,7
Status de emprego		
Empregado	71	40
Desempregado	33	18,6
<b>Características Clínicas</b>		
Primeiro episódio(%)	86	56%
Número de episódios prévio (média, dp)	4(2,03)	
Comorbidades Clínicas	170	95%

**Gráfico 1 - Média dos escores dos domínios do WHOQOL nas medidas do baseline, 6 semanas, 3 meses e 9 meses**



\*ES no domínio físico foi 0,49 entre o baseline e 9 meses e 0,33 entre o baseline e 9 meses.

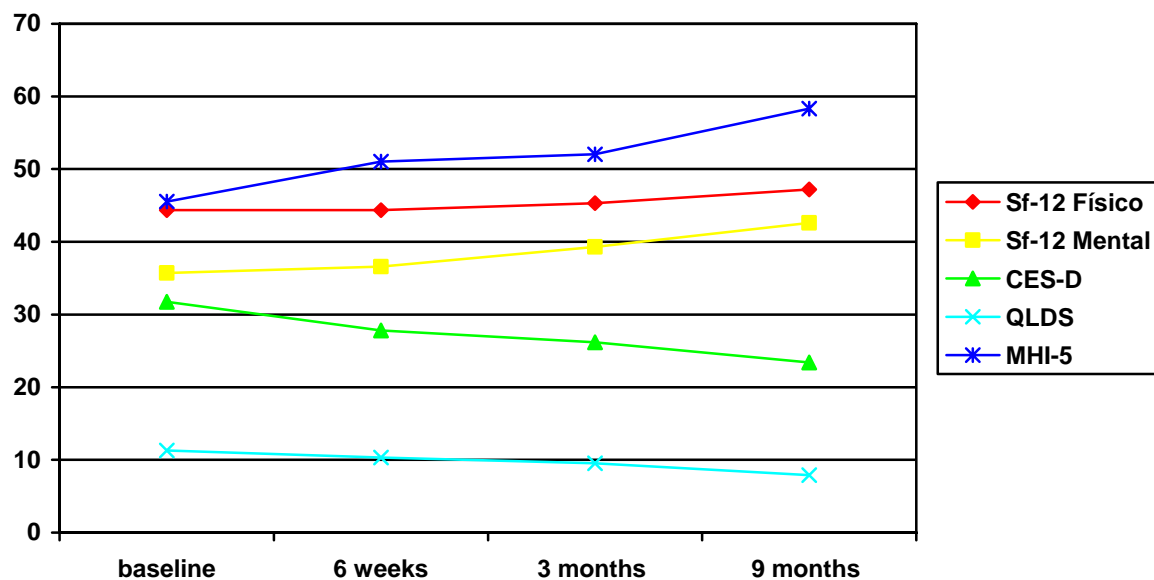
\*\*ES no domínio psicológico foi de 0,37 entre o baseline e 9 meses e 0,26 entre 6 semanas e 9 meses.

\*\*\*ES no domínio social foi de 0,31 entre o baseline e 9 meses e 0,22 entre 6 semanas e 9 meses.

\*\*\*\*ES no domínio ambiental foi de 0,31 entre o baseline e 9 meses e 0,22 entre 6 semanas e 9 meses.

\*\*\*\*\*Não houve diferença significativa entre os escores do domínio overall ao longo dos 9 meses.

**Gráfico 2 - Média dos escores dos instrumentos SF-12 físico e mental, CES-D, QLDS e MHI-5 nas medidas do baseline, 6 semanas, 3 meses e 9 meses**



\*ES no SF-12 físico foi 0,29 entre o baseline e 9 meses e 0,31 entre o 6 semanas e 9 meses.

\*\* ES no Sf-12 mental foi de 0,48 entre o baseline e 9 meses e 0,28 entre 6 semanas e 9 meses.

\*\*\* ES no CES- D foi de 0,56 entre o baseline e 9 meses e 0,28 entre 6 semanas e 9 meses.

\*\*\*\* ES no QLDS foi de 0,43 entre o baseline e 9 meses e 0,30 entre 6 semanas e 9 meses.

\*\*\*\* ES no MHI-5 foi de 0,48 entre o baseline e 9 meses e 0,28 entre 6 semanas e 9 meses.



**Tabela 2 - Análise Mixed Model para os escores de qualidade de vida**

<b>Effect</b>	<b>Num df</b>	<b>Denominador df</b>	<b>F</b>	<b>Sig</b>
WHOQOL Físico	3	302,58	8,27	0,00
WHOQOL Psicológico	3	303,86	5,64	0,001
WHOQOL Social	3	301,04	3,82	0,01
WHOQOL Ambiental	3	288,27	3,01	0,030
WHOQOL Global	3	289,72	0,767	0,513
SF-12 Phys	3	292,88	2,956	0,033
SF-12 Mental	3	291,17	11,18	0,000
CES-D	3	302,98	15,02	0,000
QLDS	3	310,15	5,40	0,001
MHI-5	3	283,99	10,74	0,000

Adjustment for multiple comparisons: Lest Significant difference.

## **Artigo 5 - Predictors of Depression Remission in a Primary Care Study**

Artigo submetido para o Psychological Medicine, dezembro 2007

### **Objetivo Geral**

Identificar as variáveis preditoras de remissão de sintomas depressivos em 9 meses de acompanhamento de pacientes em unidades de cuidados primários.

### **Objetivos Específicos**

Descrever potenciais preditores de remissão de sintomas depressivos incluindo:

1. **Características demográficas:** Idade, gênero, status marital, nível educacional e situação de emprego.
2. **Variáveis relacionadas à Depressão:** Gravidade da depressão aferido através do escore do CES-D, número de episódios prévios e presença de distímia.
3. **Comorbidades:** Ansiedade, condições médicas, uso de álcool
4. **Variáveis de Qualidade de Vida:** WHOQOL-BREF (domínios físico, psicológico, social, ambiental e global) e QLDS (Quality of Life - Depression Scale).
5. **Outras Variáveis:** Qualquer tratamento para depressão, tratamento com antidepressivo e eventos da vida.

## **Predictors of Depression Remission in a Primary Care Study**

Ana Flavia Barros da Silva Lima<sup>1</sup> and Marcelo Pio de Almeida Fleck<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Master's in Clinical Medicine Doctorate Student in Medicine in the Graduate Studies Program in Psychiatry at the Federal University of Rio Grande do Sul

<sup>1</sup>Assistant Professor in the Department of Legal Medicine and Psychiatry at the Federal University of Rio Grande do Sul

<sup>2</sup>Where conducted: Hospital de Clínicas in Porto Alegre

<sup>3</sup>Mailing address:

Rua Ramiro Barcelos, 2350 - Sala 400N - 4º andar  
90035-903 - Porto Alegre - RS - Phone (51) 2101-8413

<sup>4</sup>Financing Source: FIPE - Hospital de Clínicas in Porto Alegre and Eli Lilly Company

## ABSTRACT

**Aim:** To identify the variables, predictors of remission of depressive symptoms, in patients in primary care units, after 9 months follow up. **Method:** Subjects with major depression, current episode, coming from primary care units, were followed up during a period of 9 months. Variables, predictors of complete remission of depressive symptoms, were assessed during this period, through a hierarchical logistic regression. **Results:** Only 25% of the subjects presented a complete remission of the symptoms by the end of the study. Most subjects did not receive any treatment for depression. The presence of a comorbidity, such as anxiety symptoms, was the only final negative variable predictor, for complete remission of the symptoms, adjusted for demographic data, severity of the depression, physical comorbidities, use of alcohol, general quality of life and specific quality of life, regarding depression, life events, as well as treatment for depression. **Conclusions:** The main findings of this study are the low proportion of subjects who obtained complete remission of the symptoms along the follow up period and the presence of comorbidity, with anxiety as a negative predictor for the remission of depressive symptoms. Probably, the presence of anxiety symptoms complicates the identification of depressive conditions, demonstrating the relevance of treatment for these two clinical conditions.

**Key Words:** Remission predictors, depression, complete remission.

## INTRODUCTION

Depression is a highly prevalent disturbance that takes hold of between 6%-17% of people throughout life (ECA and the National Comorbidity Survey) (Blazer, 1995). Estimates within the community and in primary care elevate these percentages to 10% to 30% of the population (Blazer, 1995; Weich et al., 2007). Regarding morbidity, it is considered the 4<sup>o</sup> cause of disability (Murray et al., 1997) and it is expected to become the 2<sup>o</sup> cause by 2020, only to be superseded by cardiovascular diseases (Murray et al., 1997). Besides, the high morbidity caused by depressive symptoms, these disturbances present an impact both in terms of direct costs as well as indirect costs to health systems. The annual cost for depression in England was estimated in 9 billion Euros in the year 2000 and 44 billion dollars in the United States (Weich et al., 2007, Greenberg et al., 1993).

Viewing this scenario, the establishing of interventions for depression is a primordial task. During a treatment, probably the remission of the depressive symptoms is one of the most important outcomes. In the literature, we find a variety of studies about this subject, but which still do not present conclusive data, specially because of the use of different outcome measures or because of different manners of constructs used for the assessment of remission (Bagby et al., 2002, McGlinchey et al., 2006). The terms remission of symptoms and recovery, as answers to treatment for depression, are used many times as synonyms, leading to wrong or confusing interpretations regarding the outcome, which is being measured (Mulder et al., 2003, O'Leary et al., 2000). On the other hand, remission measures that are exclusively

based upon symptoms, do not take into account other aspects which might be potentially relevant in the lives of the subjects such as measures of psycho-social functioning, well being, coping strategies used as an answer to daily stressful events and life quality (McGlinchey et al., 2006).

In spite of the results in this area still presenting mixed data, it seems that some variables are being better understood regarding the prediction of remission. Probably clinical and demographic factors, such as age, gender, beginning and duration of the illness, number of previous episodes, are not useful predictor answers or remission of symptoms (Bagby et al., 2002). Social support, religious beliefs and swift beginning of the treatment are positive predictors for the recovery/remission in these patients (Bagby et al., 2002, Papakostas et al., 2003, Barnett Meyers et al., 2002). Cognitive harms, non-precocious response to treatment in a period of two weeks, the presence of comorbidities with anxiety disturbances or substance abuse, personality disorders and severity of the depression seem to predict a negative response to the use of antidepressants (Bagby et al., 2002, Papakostas et al., 2003, Barnett Meyers et al., 2002, Ezquiaga et al., 2004). The role of clinical comorbidities is still not clear in the recovery of these subjects (Bagby et al., 2002).

In spite of the complexity of this subject, the study of predictive factors is relevant associated to changes in the depressive disturbances since they allow the differentiation of patients who need a specific treatment from those who present a more favorable evolution for the recovery of symptoms.

The aim of this study was to identify the predictive variables of symptom remission after a 9 month follow up of patients in primary care units.

## **METHOD**

The Longitudinal Investigation Depression Outcome (LIDO) was a multicenter study performed in 6 centers (Australia, Brazil, Spain, Israel, the United States and Russia) in which the subjects who used the services of primary care units and presented the diagnosis of Major Depressive Disturbance – current episode – were followed up throughout a year. For the present study, Brazilian data were exclusively used.

### **Selection of the Sample**

The subjects included in the sample were those who presented a diagnosis of current major depression, confirmed by the Composite International Diagnostic Interview, (CIDI)( Weiller et al., 1994) aged between 18 and 75 years, who belonged to the geographic area of the primary care unit, and that would be available during the following 12 months. A screening interview was performed in users of three primary care units in the city of Porto Alegre. The individuals were first traced for depression through the Centers for Epidemiological Studies – Depression tool CESD (Radloff, 1977). The individuals with a CESD score  $>$  or equal to 16 were invited to perform a more in depth interview to confirm or not a current major depressive episode. This interview (called “*baseline*”) was performed up to 2 weeks after the first contact, by trained interviewers. In this interview the confirmation was made regarding the diagnosis of depression – or not – through the (CIDI).

Subjects excluded from the study were those that were currently undergoing treatment for depression or had in the 3 months prior to the beginning of the study, those who presented some other psychiatric disturbance such as psychosis or Organic Brain Syndromes or who had any other condition that the principal researcher considered might interfere with the aims of the study.

### **Ethical Aspects**

This research was approved by the ethical committees of the Hospital de Clínicas and of the Hospital Conceição, both in the city of Porto Alegre. The subjects were recruited and followed up in three units of primary care of the Family Medicine Service of Hospital Conceição.

### **Measures**

#### **Outcome of Depression**

To assess the presence of depression, the subjects were categorized into 2 groups, at the 9<sup>th</sup> month of the study, using the CES-D and CIDI instruments. **Complete remission** was considered in those subjects that presented a negative CIDI and a CES-D lower or equal to 16. Subjects with a positive CIDI or who still presented depressive symptoms (CES-D >16), even without enough symptoms for a



major depressive state (negative CIDI) were considered ***without complete remission***.

## **Baseline Predictor Variables**

### **Demographic characteristics**

The variables taken into account were age, number of years at school, gender (% of women), marital status (% of married people), and employment situation (% of employed people).

### **Comorbidities**

The physical comorbidities were assessed through a checklist with 22 prevalent conditions, where the subject answered “yes” or “no”, and were confirmed by the physician responsible for the attendance (Wells et al., 1991). This list included conditions such as angina, arthritis, asthma or chronic bronchitis, cancer diagnosed in the last 3 years, inflammatory bowel disease, heart attack (AMI), heart insufficiency, hypertension, diabetes, renal disease, neurological problems (e.g. Stroke) and ulcers. The presence of risk for alcohol abuse was assessed through the first three questions of the instrument called Alcohol Use Disorders Identification Test (Seppa et al., 1995), a scale used to assess the intensity of alcohol use. The criteria

used to consider it a risk factor was the consumption of more than 14 doses of alcohol per week for men and 10 units per week for women. Consumption “binges” (6 drinks or more at a time – once a month or more) were also considered a risk factor. Comorbidities with anxiety were assessed through a sub-scale called Symptom Checklist – 90 SCL-90 (Derogatis et al., 1976) for anxiety symptoms.

## **Depression**

The prevalence throughout life for dysthymia was assessed through the instrument called Composite International Diagnostic Interview. The CIDI is a structured interview, which was developed for the diagnostic detection of a variety of mental disturbances in primary care units. The depression module version 2.1 was used in this study (Weiller et al., 1994).

The intensity of the depressive symptoms were assessed by the Centers for Epidemiological Studies – Depression – CES-D. The CES-D is a scale containing 20 items, whose objective is to measure depressive symptoms in populations within the community (Radloff, 1977). It is useful to trace depressive symptoms but not to confirm a diagnosis. The subjects answer the questions based on the last week, using a 4 point answering scale which varies from 0 = rarely to 3 = most of the time. The total score is calculated by simple addition that varies from 0 to 60 points. The cutting point used to differentiate subjects with depressive symptoms is equal to or higher than 16 (Radloff, 1977).

**Quality of Life:** The following measurements were used to assess quality of life:

**Quality of Life – Depression (QLDS):** The QLDS is a measure of quality of life specific for patients with depression. It is composed by 34 items, with answer options of True or False. False answers indicate an adverse effect on the quality of life, while True answers are indicators of a positive quality of life. The scores vary from 0 (good quality of life) until 34 (bad quality of life) (Hunt et al., 1992).

**World Health Organization Instrument To Assess Quality of Life – Bref (WHOQOL – BREF):** It is a reduced version of the World Health Organization tool to assess Quality of Life, made up by 100 questions (WHOQOL – 100). This instrument was developed at the same time in 15 international centers, having been validated in the Portuguese Language. The 26-item version covers four domains (physical, psychological, social relationships and environment). There are four scales for the assessment of intensity, capacity, frequency and assessment, with the scores varying from zero to four. In each scale the scores vary from 0 – 100, with the higher scales suggestive of a better life quality (Fleck et al., 2000, The WHOQOL Group, 1992).

## **Other measures**

### **Number of previous episodes**

The frequency of previous episodes, throughout life, were assessed with the Composite International Diagnostic Interview (CIDI).

## **Life events**

The occurrence of some stressful events were assessed during the 9 months of the study. The life events taken into account were: severe illness, assault, injury or assault of a close friend or relative, death of a parent, death of a son, daughter or partner, serious problems in a close relationship, separation or divorce, job loss, other severe financial problems, problem with the law/police, moving house.

## **Treatment for depression**

The prescription of some treatment for depression prescribed or proposed by the treating physician was assessed during the follow up course. The treatments proposed were divided into “**Unspecific**” and “**Specific**”. The “**Unspecific**” treatments included counseling or use of benzodiazepinics. “**Specific**” treatment consisted of the regular use of antidepressants, in potentially adequate doses, according to the lowest doses recommended by the U.S. Agency for Health Care Policy and Research guidelines for treatment of depression in primary care. This is equivalent to, for example, the administration of a 75mg dose of imipramine or 20mg of fluoxetine (for example: imipramine > 75mg; Fluoxetine > 20mg). Use of a sub-dose of an antidepressant was considered neither specific nor unspecific.

## Statistical Analysis

The univariate analysis was performed through the comparisons between the two groups, with complete remission *versus* without complete remission. For the comparison of the categorical variables, the Chi-square Test was performed. For the continuous variables, the T Test for independent samples. The analysis of predictor variables for complete remission was done by means of a Logistic Hierarchical Regression. The definition of the predictors was based upon the studies that demonstrate association with depression and with the establishment of a theoretical model for these predictors.  $P=0,05$  was considered the significance level for the regression.

### The variables were grouped into the following steps

**1<sup>o</sup> step** – Socio-demographic variables: Age, Gender, Marital Status, Education and Employment.

**2<sup>o</sup> step** – Variables related to depression: CES-D Score, dysthymia and previous episodes.

**3<sup>o</sup> step** – Comorbidities: Anxiety, alcohol risk and medical conditions.

**4<sup>o</sup> step** – Variables of Quality of Life: WHOQOL BREF (Physical, psychological, social, environment and overall domains) and Quality of life – Depression scale – QLDS.

**5<sup>o</sup> step** – Other variables: Treatment, unspecific for depression; Specific treatment with antidepressants and life events.

## RESULTS

155 subjects with major depression who completed the study made up the sample.

An univariate analysis was performed for the comparison of scores at the baseline between the groups with complete or partial remission of the symptoms, according to what is described in Table 1. After 9 months, only 25% presented a total remission of the symptoms, that is to say, negative CIDI and CES-D lower than 16. Regarding the socio-demographic variables, the group with complete remission, had a lower mean age, as well as, lower scores for anxiety and a lower number of previous episodes. In relation to treatment, most of the subjects did not receive any therapeutic approach. Both unspecific interventions for depression, as well as counseling or use of antidepressants, were not significantly different between the groups. It is worthwhile mentioning that there was no prescription of benzodiazepinics for these patients throughout the study.

**Please insert Table 1 about here**

A multivariate analysis was performed (hierarchical logistic regression) to assess the association between the predictive variables with the dependent variable, remission of symptoms. In the first step, the socio-demographic variables were

included, without any significant predictor. In the 2<sup>nd</sup> step, the variables included were those related to the intensity and characteristics of the depression, where the number of previous episodes was considered a significant predictor. In the 3<sup>rd</sup> step, only the anxiety level variable was a significant predictor, where all other variables included did not contribute to the model. In the 4<sup>th</sup> step, the level of anxiety variable remained as a significant predictor factor together with the environment domain of the WHOQOL-BREF. In the 5<sup>th</sup> step only the level of anxiety variable contributed significantly to the model, adjusted to the socio-economic variables, characteristics of depression, comorbidities and quality of life. The logistic regression is described in Tables 2,3,4,5,6.

**Please insert Table 2, 3, 4, 5 and 6 about here**

## **DISCUSSION**

Only 25% of the subjects in primary care units, with major depressive episode, show complete remission of depressive symptoms. Most of the patients did not receive any intervention for the treatment of depression and, among those who did receive some intervention, such as counseling or adequate use of an antidepressant, it made no difference. The presence of comorbidity with anxiety symptoms was considered as the only negative variable for the remission of symptoms. Several aspects should be considered for the interpretation of these results.

In relation to the comparison of the remission rates, the studies show a large variability with indexes between 24% and 68%. (O'Leary et al., 2000, Ezquiaga et al., 2004, Ware et al., 1992, Viinamäki et al., 2006). Probably the use of diverse populations, coming from the community, from primary care services or clinics, as well as the diversity of instruments/tools and criteria used for the detection of remission and treatments used, all contribute to these differences. It is important to point out that our study found the lowest rate of remission, when compared to the multi-center study, where the rates of remission vary between 48% in Barcelona and 32% in St. Petersburg (Goldberg et al., 2004).

This data is relevant since it suggests that these subjects either were not identified, in spite of the physicians having been advised about the probable diagnosis, did not receive proper treatment or had difficulty to access the health resources available. The current literature shows that both the recognition of depressive symptoms, as well as the institution of the correct treatment, are still deficient. It is estimated that 50 – 60% of cases still go undetected and that the diagnosis is established, in average, four years after the onset of the first depressive symptoms (Fleck et al., 2005, Wells et al., 1989, Wells et al., 1988, McQuaid et al., 1999, John et al., 1992). On the other hand, the recognition of the disturbance does not ensure the establishment of a proper treatment (Kessler et al., 1995, Young et al., 2001, Simon et al., 1999). Regarding the variable related to the difficulties of access to health resources, a more detailed study is necessary, considering that Brazil, in its great majority, is composed of a population bereft of health services and financial means, where the obtainance of specialized treatment or the use of medication, many times is not possible. The studies show that the costs of medication, the difficulties to obtain a specialized consultation, the barriers to reach the place of



attention (long distances, lack of money for bus fares) are preponderant factors to the obtinance of adequate treatment. (Ware et al., 1992, Simon et al., 1999)

Our study showed a peculiar result in relation to treatment for depression. Only 12,5% of the patients received adequate treatment with antidepressants and this use made no significant difference between the groups with or without complete remission, as well as counseling support. However, as we obtained a very small "n" for these comparisons, there probably was a limitation in the strength of the study for the detection of these differences instead of a real similarity between these groups. Anyway, our findings are in agreement with previous studies, which demonstrated that the use of antidepressants in primary care is low, with indexes that vary between 5% and 20% among subjects. (Simon et al., 1999, Kisely et al., 2000, Brugha et al., 2004). In spite of the small number of patients who received pharmacotherapy, the benefits of the use of antidepressants, both for the improvement of depressive symptoms as well as for a better quality of life, are well established in the literature (Johnson et al., 1992, van Weel-Baumgarten et al., 2000, Skevington et al., 2001, Barge-Schaapveld et al., 2002, Shelton et al., 2006). Beyond the medical perspective, there is also evidence that, financially, the therapy with antidepressants, reduces indirect costs such as work absenteeism (with loss of wages) and increased productivity. (Kornstein et al., 2006).

The understanding of the diversity of variables, which contribute to the implementation of a treatment, are still quite complex. The perception, attitudes and preferences of the patients regarding depression and its treatment; characteristics of the health system; attitudes and training of the physicians in relation to depression, probably have an influence on the adherence and the results of a therapeutical intervention (Weich et al., 2007, Simon et al., 1999, Simon et al., 2004). Therefore,

more studies are necessary to assess the response factors to a therapeutical measure.

Another relevant finding of our study was in relation to the predictor variables of complete remission. The presence of comorbidities with anxiety symptoms was the final negative predictor variable adjusted for demographic data, severity of depression, physical comorbidities, use of alcohol, general and specific quality of life specific for depression, life events, as well as treatment for depression.

The literature is still quite controversial regarding the remission predictor variables (Bagby et al., 2002). Meanwhile, our data is consistent with previous studies that suggest that the presence of comorbidities such as anxiety, are considered a negative predictor for the remission of depressive symptoms (Bagby et al., 2002, Barnett Meyers et al., 2002). Some studies show that depressive subjects with an anxiety comorbidity receive less treatment for depression, probably due to the difficulty in the identification of the depressive symptoms (Von Knorring et al., 2006). On the other hand, the presence of anxiety can also interfere in the course of depression, causing more harm in the quality of life, than in subjects with pure depression (Bech et al., 2003).

These results should be understood within the context of some limitations. First, the subjects were chosen through the search of some type of medical attendance in primary care services. Therefore, the sample was probably constituted by subjects with light to moderate depression, who still possessed the emotional capacity of searching for some help, limiting the generalization of data for subjects with more serious types of depression or who seek attendance in more specialized services. Second, as the patients who received treatment for depression represent a small proportion of the subjects, the study probably did not have the strength to

discriminate this difference between the two groups. Also, it was not possible to develop control measures regarding adherence to the medication treatment, being based on their own self-reports, which might have caused distortions regarding the results of the use of antidepressants. Regarding remission predictors, our study coincided with previous studies, with the exception of the QLSD variable, which did not confirm itself as a moderately predictor variable of changes, as was found in the multicenter article. The association between quality of life and depression is still a rather recent issue in the literature, with not enough studies for the confirmation of these concepts as different, or as stemming from the same manner of constructs. Since the QLSD variable is a specific measure of quality of life, for subjects suffering depression, being considered as similar concepts, a collinearity might have taken place between this variable and the depressive symptoms measured through the CES-D, interfering in the regression results. Meanwhile, it is still necessary to develop more complex models for the elucidation of this association. Last, in our study it was not possible to assess the remission measure of the symptoms in the acute phase of the depressive disorder. There are several studies demonstrating that, the precocious response to a treatment or remission of the symptoms, up to the 3 first months of the course of the disorder, is a strong predictor of sustained remission (Ezquiaga et al., 2004, Meyer et al., 2004, Mulder et al., 2006). As the remission was only assessed at the end of 9 months, it was not possible to study this predictor variable, as well as oscillations during the course of the evolution of the symptoms throughout this period or, in other words, patients who underwent remission but were depressive again at the end of the study.

## CONCLUSIONS

This study proved that subjects with major depressive disorder , who attended primary care units, in their great majority, do not receive adequate treatment for depression as well as not obtaining complete remission of the symptoms. The presence of comorbidities with anxiety are a negative predictor for the remission of symptoms. Therefore, the development of strategies for the recognition, as well as the treatment of depression or anxiety, are a priority. In view that 50% – 60 % of the prescription of antidepressants come from the primary care network and, that the instillment of the correct treatment the morbid-mortality caused by depression can be avoided in up to 70% (Szádóczy et al., 2004, Docherty, 1997).

## REFERENCES

1. Blazer DG (1995). Mood Disorders: epidemiology. In *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (Kaplan H. I and Sadock B. J.), 6<sup>th</sup> ed., p. 1079-1088. Philadelphia: Williams & Wilkins.
2. Weich S, Morgan L, King M, Nazareth I (2007). Attitudes to depression and its treatment in primary care. *Psychol Med* **37** (9), 1239-1248.
3. Murray CJ, Lopez AD (1997). Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *Lancet* **17**, 349 (9063), 1436-1442.
4. Murray CJ, Lopez AD (1997). Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet* **24**, 349 (9064), 1498-1504.
5. Greenberg PE, Stiglin LE, Finkelstein SN, Berndt ER (1993). The economic burden of depression in 1990. *J Clin Psychiatry* **54** (11), 405-418.
6. Bagby RM, Ryder AG, Cristi C (2002). Psychosocial and clinical predictors of response to pharmacotherapy for depression. *J Psychiatry Neurosci* **27** (4), 250-257.
7. McGlinchey JB, Zimmerman M, Posternak MA, Friedman M, Attiullah N, Boerescu D (2006). The impact of gender, age and depressed state on patients' perspectives of remission. *J Affect Disord* **95** (1-3), 79-84.
8. Mulder RT, Joyce PR, Frampton C (2003). Relationships among measures of treatment outcome in depressed patients. *J Affect Disord* **76** (1-3), 127-135.
9. O'Leary D, Costello F, Gormley N, Webb M (2000). Remission onset and relapse in depression. An 18-month prospective study of course for 100 first admission patients. *J Affect Disord* **57** (1-3), 159-171.
10. Papakostas GI, Petersen T, Mischoulon D, Hughes ME, Spector AR, Alpert JE, Fava M, Nierenberg AA (2003). Functioning and interpersonal relationships as predictors of response in treatment-resistant depression. *Compr Psychiatry* **44** (1), 44-50.

11. Barnett Meyers BS, Sirey JA, Bruce M, Hamilton M, Raue P, Friedman SJ, Rickey C, Kakuma T, Carroll MK, Kiosses D, Alexopoulos G (2002). Predictors of early recovery from major depression among persons admitted to community-based clinics: an observational study. *Arch Gen Psychiatry* **59** (8), 729-735.
12. Ezquiaga E, Garcia-Lopez A, de Dios C, Leiva A, Bravo M, Montejo J (2004). Clinical and psychosocial factors associated with the outcome of unipolar major depression: a one year prospective study. *J Affect Disord* **79** (1-3), 63-70.
13. Weiller E, Lecrubier Y, Maier W, Ustun TB (1994). The relevance of recurrent brief depression in primary care. A report from the WHO project on Psychological Problems in General Health Care conducted in 14 countries. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* **244** (4), 182-189.
14. Radloff LS (1977). The CES-D scale: a self depression report scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement* **1** (3), 385-401.
15. Wells KB, Rogers W, Burnam A, Greenfield S, Ware Jr JE (1991). How the medical comorbidity of depressed patients differs across health care settings: results from the Medical Outcomes Study. *Am J Psychiatry* **148** (12), 1688-1696.
16. Seppa K, Makela R, Sillanaukee P (1995). Effectiveness of the alcohol use disorders identification test in occupational health screenings. *Alcohol Clin Exp Res* **19** (4), 999-1003.
17. Derogatis LR, Rickels K, Rock AF (1976). The SCL-90 and the MMPI: a step in the validation of a new self-report scale. *Br J Psychiatry* **128**, 280-289.
18. Hunt SM, McKenna SP (1992). The QLDS: a scale for the measurement of quality of life in depression. *Health Policy*. **22** (3), 307-319.
19. Fleck MP, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V (2000). Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref. *Rev Saude Publica* **34** (2), 178-183.
20. The WHOQOL GROUP (1992). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychol Med*. 1998 May;28(3):551-870.

21. Ware Jr JE, Sherbourne CD (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* **30** (6), 473-483.
22. Viinamäki H, Tanskanen A, Honkalampi K, Koivumaa-Honkanen H, Antikainen R, Haatainen K, Hintikka J (2006). Recovery from depression: a two-year follow-up study of general population subjects. *Int J Soc Psychiatry* **52** (1), 19-28.
23. Goldberg JF, Harrow M (2004). Consistency of remission and outcome in bipolar and unipolar mood disorders: a 10-year prospective follow-up. *J Affect Disord* **81** (2), 123-131.
24. Fleck MPA, Simon G, Herrman H, Bushnell D, Martin M, Patrick D (2005). Longitudinal Investigation of Depression Outcomes Group. Major depression and its correlates in primary care settings in six countries. 9-month follow-up study. *Br J Psychiatry* **186**, 41-47.
25. Wells KB, Manning Jr WG, Valdez RB (1989). The effects of insurance generosity on the psychological distress and psychological well-being of a general population. *Arch Gen Psychiatry* **46** (4), 315-320.
26. Wells KB, Golding JM, Burnam MA (1988). Psychiatric disorder in a sample of the general population with and without chronic medical conditions. *Am J Psychiatry* **145** (8), 976-981.
27. McQuaid JR, Stein MB, Laffaye C, McCahill ME (1999). Depression in a primary care clinic: the prevalence and impact of an unrecognized disorder. *J Affect Disord* **55** (1), 1-10.
28. Johnson J, Weissman MM, Klerman GL (1992). Service utilization and social morbidity associated with depressive symptoms in the community. *JAMA* **18**, 267 (11), 1478-1483.
29. Kessler RC, Foster CL, Saunders WB, Stang PE (1995). Social consequences of psychiatric disorders, I: Educational attainment. *Am J Psychiatry* **152** (7), 1026-1032.
30. Young AS, Klap R, Sherbourne CD, Wells KB (2001). The quality of care for depressive and anxiety disorders in the United States. *Arch Gen Psychiatry* **58** (1), 55-61.
31. Simon GE, Goldberg D, Tiemens BG, Ustun TB (1999). Outcomes of recognized and unrecognized depression in an international primary care study. *Gen Hosp Psychiatry* **21** (2), 97-105.

32. Simon GE, Fleck M, Lucas R, Bushnell DM, LIDO Group (2004). Prevalence and predictors of depression treatment in an international primary care study. *Am J Psychiatry* **161** (9), 1626-1634.
33. Kisely S, Linden M, Bellantuono C, Simon G, Jones J (2000). Why are patients prescribed psychotropic drugs by general practitioners? Results of an international study. *Psychol Med* **30** (5), 1217-1225.
34. Brugha TS, Bebbington PE, Singleton N, Melzer D, Jenkins R, Lewis G, Farrell M, Bhugra D, Lee A, Meltzer H (2004). Trends in service use and treatment for mental disorders in adults throughout Great Britain. *Br J Psychiatry* **185**, 378-384.
35. Johnson J, Weissman MM, Klerman GL (1992). Service utilization and social morbidity associated with depressive symptoms in the community. *JAMA* **18**, 267 (11), 1478-1483.
36. van Weel-Baumgarten EM, Schers HJ, van den Bosch WJ, van den Hoogen HJ, Zitman FG (2000). Long-term follow-up of depression among patients in the community and in family practice settings. A systematic review. *J Fam Pract* **49** (12), 1113-1120.
37. Skevington SM, Wright A (2001). Changes in the quality of life of patients receiving antidepressant medication in primary care: validation of the WHOQOL-100. *Br J Psychiatry* **178**, 261-267.
38. Barge-Schaapveld DQ, Nicolson NA (2002). Effects of antidepressant treatment on the quality of daily life: an experience sampling study. *J Clin Psychiatry* **63** (6), 477-485.
39. Shelton RC, Haman KL, Rapaport MH, Kiev A, Smith WT, Hirschfeld RM, Lydiard RB, Zajecka JM, Dunner DL (2006). A randomized, double-blind, active-control study of sertraline versus venlafaxine XR in major depressive disorder. *J Clin Psychiatry* **67** (11), 1674-1681.
40. Kornstein SG, Wohlreich MM, Mallinckrodt CH, Watkin JG, Stewart DE (2006). Duloxetine efficacy for major depressive disorder in male vs. female patients: data from 7 randomized, double-blind, placebo-controlled trials. *J Clin Psychiatry* **67** (5), 761-770.
41. Von Knorring L, Akerblad AC, Bengtsson F, Carlsson A, Ekselius L (2006). Cost of depression: effect of adherence and treatment response. *Eur Psychiatry* **21** (6), 349-354.



42. Bech P, Lucas R, Amir M, Bushnell D, Martin M, Buesching D, LIDO Group (2003). Association between clinically depressed subgroups, type of treatment and patient retention in the LIDO study. *Psychol Med* **33** (6), 1051-1059.
43. Meyer C, Rumpf HJ, Hapke U, John U (2004). Impact of psychiatric disorders in the general population: satisfaction with life and the influence of comorbidity and disorder duration. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* **39** (6), 435-441.
44. Mulder RT, Joyce PR, Frampton CM, Luty SE, Sullivan PF (2006). Six months of treatment for depression: outcome and predictors of the course of illness. *Am J Psychiatry* **163** (1), 95-100.
45. Szádóczy E, Rózsa S, Zámboi J, Füredi J (2004). Predictors for 2-year outcome of major depressive episode. *J Affect Disord* **15**, 83 (1), 49-57.
46. Docherty JP (1997). Barriers to the diagnosis of depression in primary care. *J Clin Psychiatry* (Suppl.) **58**, 1, 5-10.
47. Simon GE, Von Korff M, Rutter CM, Peterson DA (2001). Treatment process and outcomes for managed care patients receiving new antidepressant prescriptions from psychiatrists and primary care physicians. *Arch Gen Psychiatry* **58** (4), 395-401.

**Table 1 - Baseline characteristics of the subjects with total or partial remission of depressive symptoms**

	<b>Complete remission n= 40(25.8%)</b>	<b>Not complete remission n= 115(74.2%)</b>	<b>p</b>
<b>Demographic data</b>			
Age,years: mean(s.d.)	36.1(11.2)	39.1(1.4)	0.06
Gender, %female	75	75.7	0.93
Marital status,% married	58.6	69.8	0.27
Education, years: mean(s.d.)	9.27(3.09)	9.07(3.58)	0.75
Employment,% employed	52.5	44.2	0.36
<b>Comorbidity</b>			
Medical Conditions, % yes	92.5	96.5	0.29
Average number of comorbidities	2.72(1.70)	3.29(1.84)	0.74
Alcohol risk,% yes	15	20.9	0.41
Score of SCL anxiety	0.91(0.60)	1.35(0.70)	0.001
Dysthymia,%	45	43.9	0.9
<b>Depression</b>			
CES-D score: mean (s.d.)	29.28(9.63)	32.34(10.28)	0.80
<b>Quality of life</b>			
QLDS score: mean (s.d.)	8.53(6.79)	11.83(7.51)	0.41
<i>WHOQOL –Bref score : mean (s.d.)</i>			
Physical	59.5(15.2)	55.3(16.9)	0.16
Psychological	52.2(15.9)	51.2(14.4)	0.69
Social relationships	54.6(19.1)	55.6(18.9)	0.77
Environment	53.8(12.4)	49.9(11.5)	0.07
Overall	62.5(14.9)	59.2(16.3)	0.26
<b>Other</b>			
Life events: %yes *	79.5	85.2	0.40
Previous episodes(mean)	0.47(1.3)	1.57(2.3)	0.006
<b>Treatment **</b>			
Unspecific	25%	13%	
Specific	12.5%	10.4%	
Without treatment	62.5%	76.5%	0.17

\*Variable assessed throughout the 9 months.

\*\*Variable assessed throughout the 9 months.

**Table 2 - Step I - Logistic regression using socio-demographic data**

	<b>Exp(B)</b>	<b>95%CI</b>	<b>P</b>
<b>Age</b>	0.979	0.950-1.005	0.246
<b>Gender</b>	0.844	0.309-2.302	0.740
<b>Marital status</b>	0.497	0.193-1.283	0.148
<b>Education</b>	0.955	0.842-1.083	0.473
<b>Employment</b>	1.264	0.519-3.079	0.606

**Table 3 - Step II - Logistic regression using socio-demographic data and depression as covariates**

	<b>Exp(B)</b>	<b>95%CI</b>	<b>P</b>
<b>Age</b>	0.980	0.943-1.017	0.282
<b>Gender</b>	1.009	0.355-2.872	0.986
<b>Marital status</b>	0.639	0.236-1.731	0.379
<b>Education</b>	0.978	0.861-1.112	0.740
<b>Employment</b>	1.430	0.566-3.618	0.450
<b>CES-D Score</b>	0.969	0.923-1.016	0.196
<b>Dysthymia</b>	1.429	0.553- 3.690	0.461
<b>Previous episodes</b>	0.721	0.524-0.991	0.044

**Table 4 - Step III - Logistic regression using socio-demographic data, depression and comorbidity as covariates**

	<b>Exp(B)</b>	<b>95%CI</b>	<b>P</b>
<b>Age</b>	0.983	0.942-1.025	0.420
<b>Gender</b>	0.579	0.176-1.909	0.369
<b>Marital status</b>	0.615	0.207-1.830	0.382
<b>Education</b>	0.933	0.810-1.075	0.337
<b>Employment</b>	1.399	0.518-3.779	0.508
<b>Previous episodes</b>	0.739	0.534-1.023	0.068
<b>Anxiety</b>	0.333	0.155-0.712	0.005
<b>Alcohol Risk</b>	0.457	0.114-1.827	0.268
<b>Medical conditions</b>	0.811	0.601-1.094	0.169

**Table 5 - Step IV - Logistic regression using socio-demographic data, depression, comorbidity and quality of life variables as covariates**

	<b>Exp(B)</b>	<b>95%CI</b>	<b>P</b>
<b>Age</b>	0.974	0.930-1.021	0.275
<b>Gender</b>	0.581	0.173-1.956	0.381
<b>Marital status</b>	0.895	0.270-2.968	0.856
<b>Education</b>	0.969	0.833-1.127	0.683
<b>Employment</b>	2.276	0.725- 7.140	0.159
<b>Previous episodes</b>	0.767	0.548-1.073	0.121
<b>Anxiety</b>	0.310	0.128-0.751	0.010
<b>WHOQOL</b>			
<b>Physical</b>	0.990	0.954-1.028	0.607
<b>Psychological</b>	0.999	0.949-1.051	0.963
<b>Social</b>	0.979	0.941-1.018	0.282
<b>Environment</b>	1.063	1.000-1.129	0.050
<b>Overall</b>	0.992	0.952-1.034	0.721
<b>QLDS</b>	0.952	0.862-1.052	0.333

**Table 6 - Step V - Logistic regression using socio-demographic data, depression, comorbidity, quality of life, key life events and treatment of depression variables as covariates**

	<b>Exp(B)</b>	<b>95%CI</b>	<b>P</b>
<b>Age</b>	0.976	0.934- 1.019	0.268
<b>Gender</b>	0.575	0.178-1.851	0.353
<b>Marital status</b>	0.778	0.247-2.454	0.669
<b>Education</b>	0.984	0.848-1.142	0.835
<b>Employment</b>	1.842	0.621-5.462	0.271
<b>Previous episodes</b>	0.760	0.544-1.061	0.107
<b>Anxiety</b>	0.326	0.141-0.749	0.008
<b>WHOQOL</b>			
<b>Environment</b>	1.031	0.984-1.080	0.198
<b>Key Life events</b>	0.667	0.170-2.626	0.621
<b>Unspecific treatment</b>	2.667	0.725-9.809	0.140
<b>Specific treatment</b>	0.918	0.140-6.041	0.929

## **Preditores de Remissão de Depressão num estudo em cuidados primários**

### **Predictors of Depression Remission in a Primary Care Study**

Ana Flávia Barros da Silva Lima<sup>1</sup> e Marcelo Pio de Almeida Fleck<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Mestre em Clínica Médica. Aluna de Doutorado em Medicina pelo Curso de Pós-Graduação em Psiquiatria pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul

<sup>2</sup>Professor adjunto do Departamento de Medicina Legal e Psiquiatria da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

<sup>3</sup>Local de realização: Hospital de Clínicas de Porto Alegre

<sup>4</sup>Endereço para correspondência:

Rua Ramiro Barcelos, 2350 - Sala 400N - 4º andar

90035-903 - Porto Alegre – RS. Fone (51) 2101.8413

<sup>5</sup>Fonte Financiadora: FIPE - Hospital de Clínicas de Porto Alegre e Industria Farmacêutica Eli Lilly



## RESUMO

**Objetivo:** Identificar as variáveis preditoras de remissão de sintomas depressivos em pacientes em unidades de cuidados primários após 9 meses de acompanhamento. **Método:** Sujeitos com depressão maior, episódio atual, provenientes de unidades de cuidados primários, foram acompanhados por um período de 9 meses. Foram **avaliadas** variáveis preditoras de remissão completa dos sintomas depressivos durante este período, através de uma regressão logística hierárquica. **Resultados:** Somente 25% dos sujeitos apresentaram remissão completa dos sintomas ao final do estudo. A maioria dos sujeitos não recebeu nenhum tratamento para depressão. A presença de comorbidade de sintomas de ansiedade foi à única variável preditora negativa final para remissão completa de sintomas ajustada para dados demográficos, gravidade da depressão, comorbidades físicas, uso de álcool, qualidade de vida geral e específica para depressão, eventos da vida, assim como tratamento para depressão. **Conclusões:** Os principais achados deste estudo são a baixa proporção de sujeitos que adquiriram remissão completa de sintomas ao longo do acompanhamento e a presença de comorbidade com ansiedade como um preditor negativo para remissão de sintomas depressivos. Provavelmente, a presença de sintomas de ansiedade dificulta a identificação dos quadros depressivos, demonstrando a relevância do tratamento destas duas condições clínicas.

**Palavras Chaves:** Preditores de remissão, depressão, remissão completa.

## INTRODUÇÃO

A depressão é um transtorno altamente prevalente, acometendo de 6%-17% dos sujeitos ao longo da vida (Blazer, 1995). Estimativas na comunidade em cuidados primários elevam essas taxas para 10-30% da população (Blazer, 1995, Weich et al., 2007). Em relação à morbidade, é considerada a 4ª causa de sobrecarga (Murray et al., 1997) e é esperado que se torne a 2ª causa em 2020, só suplantada pelas doenças cardiovasculares (Murray et al., 1997). Além da alta morbidade provocada pelos sintomas depressivos, esses transtornos apresentam um impacto tanto nos custos diretos como indiretos à saúde. O custo anual para depressão na Inglaterra foi estimado em 9 bilhões de Euros no ano de 2000 e de 44 bilhões de dólares nos EUA (Weich et al., 2007, Greenberg et al., 1993).

Frente a esse cenário, o estabelecimento de intervenções para depressão é uma tarefa primordial. Durante um tratamento, provavelmente, a remissão dos sintomas depressivos é um dos desfechos de maior relevância. Na literatura, encontramos uma variedade de estudos sobre este tema, mas que ainda não apresentam dados conclusivos principalmente pela utilização de diferentes medidas de desfecho, ou por diferentes construtos utilizados para avaliação de remissão (Bagby et al., 2002, McGlinchey et al., 2006). Os termos remissão de sintomas, recuperação, como resposta ao tratamento para depressão muitas vezes são utilizados como sinônimos, levando a interpretações errôneas ou confusas sobre o desfecho que realmente está sendo medido (Mulder et al., 2003, O'Leary et al., 2000). Por outro lado, medidas de remissão que são exclusivamente baseadas nos

sintomas, negligenciam outros aspectos que podem ser potencialmente relevantes na vida dos sujeitos, como medidas de funcionamento psicossocial, bem-estar, tipo de enfrentamento (*coping*) utilizado em resposta a eventos estressores diários e qualidade de vida (McGlinchey et al., 2006).

Apesar dos resultados nessa área ainda apresentarem dados mistos, parece que algumas variáveis já estão melhor compreendidas em relação a predição de remissão. Provavelmente, fatores clínicos e demográficos como sexo, idade, início e duração da doença, número de episódios prévios não são preditores úteis de resposta ou remissão de sintomas (Bagby et al., 2002). Suporte social, religiosidade e instituição precoce de tratamento (Papakostas et al., 2003, Barnett Meyers et al., 2002) são preditores positivos para recuperação/remissão nesses pacientes (Bagby et al., 2002, Barnett Meyers et al., 2002). Prejuízo cognitivo, resposta não precoce ao tratamento num período de 2 semanas, presença de comorbidades com transtornos de ansiedade ou abuso de substâncias, transtornos de personalidade e gravidade da depressão (Papakostas et al., 2003, Barnett Meyers et al., 2002, Ezquiaga et al., 2004) parecem predizer uma resposta negativa ao uso de antidepressivos (Bagby et al., 2002). Ainda não está claro o papel das comorbidades clínicas na recuperação desses sujeitos (Bagby et al., 2002).

Apesar da complexidade deste assunto, é relevante o estudo dos fatores preditores associados a mudanças nos transtornos depressivos, uma vez que permitem diferenciar os pacientes que necessitam de algum tratamentos específico daqueles que apresentam uma evolução mais favorável para recuperação de sintomas.

O objetivo deste estudo foi o de identificar as variáveis preditoras de remissão de sintomas após 9 meses de acompanhamento em pacientes em unidades de cuidados primários.

## **MÉTODO**

O Longitudinal Investigation Depression Outcome (LIDO) foi um estudo multicêntrico realizado em 6 centros (Austrália, Brasil, Espanha, Israel, Estados Unidos e Rússia) em que os sujeitos que utilizavam serviços de cuidados primários e apresentavam o diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior - episódio atual foram acompanhados ao longo de um ano. Para o presente estudo foram utilizados exclusivamente os dados brasileiros.

### **Seleção da Amostra**

Foram incluídos no estudo sujeitos que apresentaram um diagnóstico de depressão maior atual confirmado pelo Composite International Diagnostic Interview-CIDI (Weiller et al., 1994) com idade entre 18-75 anos, que pertenciam a área geográfica da unidade de cuidados primários, e que estariam disponíveis nos próximos 12 meses. Foi realizada uma entrevista de rastreamento (*screening*) em 2.475 usuários de três serviços de cuidados primários na cidade de Porto Alegre. Os indivíduos foram inicialmente rastreados para depressão através do instrumento

*Centers for Epidemiologic Studies – Depression - CESD* (Radloff, 1977). Os indivíduos com escore de CESD  $>$  ou igual a 16 eram convidados a realizar uma entrevista mais detalhada para a confirmação ou não de um episódio depressivo maior recente. Essa entrevista (chamada de “*Baseline*”) foi realizada até 2 semanas após o contato inicial por entrevistadores treinados. Nessa entrevista, era realizada a confirmação ou não do diagnóstico de depressão através do (CIDI).

Foram excluídos os sujeitos que estavam em tratamento atual para depressão ou nos 3 meses prévios ao início do estudo, que apresentassem algum outro transtorno psiquiátrico como psicoses ou Síndromes Cerebrais Orgânicas e que tivessem qualquer outra condição que o investigador principal considerasse que poderia interferir nos objetivos do estudo.

## **ASPECTOS ÉTICOS**

Esta pesquisa foi aprovada pelos comitês de ética do Hospital de Clínicas e pelo Hospital Conceição, ambos de Porto Alegre. Os sujeitos foram recrutados e acompanhados em três unidades de serviços de cuidados primários do Serviço de Medicina de Família do Hospital Conceição.

## **Medidas**

### **Outcome of Depression**

Para avaliar a presença de depressão, os sujeitos foram categorizados em 2 grupos durante os 9 meses do estudo, utilizando os instrumentos CES-D e CIDI. Foram considerados como remissão completa aqueles sujeitos que apresentaram um CIDI negativo e um CES-D menor ou igual a 16. Sujeitos com CIDI positivo ou que ainda apresentavam sintomas depressivos (CES-D > 16), mesmo sem sintomas suficientes para um quadro depressivo maior (CIDI negativo), foram considerados sem remissão completa.

### **Variáveis preditoras do *baseline***

### **Características Demográficas**

Foram consideradas as variáveis idade, anos de educação, gênero (% de mulheres), status marital (% de casados), e situação de emprego (% de empregados).

### **Comorbidades**

As comorbidades físicas foram avaliadas através de um *checklist* com 22 condições prevalentes onde o sujeito completava com sim ou não e era confirmado

pelo médico responsável pelo atendimento (Wells et al., 1991). Foram incluídas nesta lista condições como angina, artrite, asma e/ou bronquite crônica, câncer diagnosticado nos últimos 3 anos, doença inflamatória intestinal, ataque cardíaco (IAM), insuficiência cardíaca, hipertensão, diabetes, doença renal, problemas neurológicos (ex: AVC) e úlcera. A presença de risco para uso de álcool foi avaliada através das primeiras três questões do instrumento *Alcohol Use Disorders Identification Test* (16), uma escala utilizada para avaliar a intensidade de uso de álcool. O critério utilizado para considerar como risco foi o consumo de mais de 14 unidades de álcool para os homens/semana e 10 unidades para as mulheres/semana. O consumo através de *binges* (6 ou mais *drinks* uma vez /mês ou mais) também foi considerado de risco. Comorbidades com ansiedade foram avaliadas por uma subescala - *Symptom Checklist-90 SCL-90* (17) para sintomas de ansiedade. Cada item é respondido numa escala *Likert* de 5 pontos, onde o ponto de corte de 1,7 é utilizado como provável presença de transtorno de ansiedade.

## **Depressão**

A prevalência ao longo da vida para distímia foi avaliada através do instrumento *Composite International Diagnostic Interview*. O CIDI é uma entrevista estruturada que foi desenvolvida para detecção de diagnósticos de uma variedade de problemas mentais em setores de cuidados primários. O módulo de depressão versão 2.1 foi utilizado neste estudo (Weiller et al., 1994).

A intensidade dos sintomas depressivos foi avaliada através do *Centers for Epidemiologic Studies – Depression - CES-D*. O CES-D, que é uma escala

composta por 20 itens e que tem como objetivo medir sintomas depressivos em populações da comunidade (Radloff, 1977). É útil para rastrear os sintomas depressivos, mas não para a confirmação do diagnóstico. Os sujeitos respondem as questões baseados na última semana, utilizando uma escala de resposta de quatro pontos, variando de 0 = raramente até 3 = a maior parte do tempo. O escore total é calculado por uma simples soma que varia de 0-60. O ponto de corte considerado para diferenciar sujeitos com sintomas depressivos é maior ou igual a 16 (Radloff, 1977).

**Qualidade de Vida:** Foram utilizadas as seguintes medidas para avaliar a qualidade de vida:

***Quality of Life – Depression (QLDS)*:** O QLDS é uma medida de qualidade de vida específica para pacientes com depressão. É composta por 34 itens, com opções de resposta falso ou verdadeiro. Respostas falsas indicam um efeito adverso na qualidade de vida, enquanto respostas verdadeiras são indicativas de uma qualidade de vida positiva. Os escores variam de 0 (qualidade de vida boa) até 34 (qualidade de vida ruim) (Hunt et al., 1992).

***World Health Organization Instrument To Assess Quality of Life-Bref (WHOQOL-BREF)*:** É uma versão reduzida do instrumento da Organização Mundial de Saúde para avaliar Qualidade de vida composto por 100 questões (WHOQOL-100). Esse instrumento foi desenvolvido concomitantemente em 15 centros internacionais, tendo sido validado para a língua portuguesa. A versão de 26 itens abrange quatro domínios (físico, psicológico, relações sociais e ambiente). Há quatro



escalas para avaliação de intensidade, capacidade, freqüência e avaliação, variando os escores de zero a quatro. Em cada escala os escores variam de 0-100, sendo os maiores escores sugestivos os de melhor qualidade de vida (Fleck et al., 2000, The WHOQOL Group, 1992).

### **Outras medidas**

### **Número de episódios prévios**

Foi avaliada a freqüência de episódios prévios ao longo da vida através do instrumento *Composite International Diagnostic Interview (CIDI)*.

### **Eventos de vida**

Foi avaliada a ocorrência de algum evento estressor durante os 9 meses de estudo. Foram considerados eventos de vida Doença Grave, assalto, lesão ou assalto em amigo intimo ou parente, morte de pai, mãe, filho ou cônjuge, problema sério com amigo intimo, separação ou divórcio, perda de emprego, outro problema econômico sério, problemas com a justiça ou polícia, mudança de residência.

## Tratamento para depressão

Foi avaliada a prescrição de algum tratamento para depressão prescrito ou proposto pelo médico assistente ao longo do acompanhamento. Os tratamentos propostos foram divididos em “**Inespecíficos**” e “**Específicos**”. “**Inespecíficos**” incluíram aconselhamento ou uso de benzodiazepínicos. “**Específicos**” que consistiam no uso regular de antidepressivos em dose potencialmente adequada de acordo com as menores doses recomendadas pelo *U.S. Agency for Health Care Policy and Research guidelines for treatment of depression in primary care*. Isso equivale, por exemplo, à administração de dose de 75mg de imipramina ou 20mg de fluoxetina (p.ex. imipramina > 75mg; Fluoxetina > 20mg). O uso de subdose de antidepressivo não foi considerado tratamento específico nem inespecífico.

## Análise Estatística

A análise univariada foi realizada através das comparações entre os dois grupos com *versus* sem remissão completa. Para comparação das variáveis categóricas foi realizado Teste de Qui-quadrado. Para as variáveis contínuas, o Teste T para amostras independentes. A análise das variáveis preditoras para remissão completa foi realizada através de uma Regressão Logística hierárquica. A definição dos preditores foi baseada em estudos que demonstram associação com a depressão e com o estabelecimento de um modelo teórico para estes preditores. Foi considerado o nível de significância de  $p = 0,05$  para a regressão.

## **As variáveis foram agrupadas nos seguintes passos**

**1º passo - Variáveis sócio-demográficas:** Idade, gênero, *status* marital, nível educacional e emprego.

**2º passo - Variáveis relacionadas à depressão:** Escore do CES-D, distímia e episódios prévios.

**3º passo - Comorbidades:** Ansiedade, risco para uso de álcool e condições médicas

**4º passo - Variáveis de qualidade de vida:** WHOQOL BREF (domínios físico, psicológico, social, ambiental e global) e *Quality of Life – Depression scale – QLDS*.

**5º passo – Outras variáveis:** Tratamento inespecífico para depressão, tratamento específico com antidepressivo e eventos de vida.

## **RESULTADOS**

A amostra foi composta por 155 sujeitos com depressão maior que completaram o estudo. Foi realizada uma análise univariada para comparações dos escores do baseline entre os grupos com remissão completa ou parcial de sintomas, conforme descrito na tabela 1. Aos 9 meses, somente 25% apresentaram remissão completa de sintomas, ou seja, CIDI negativo e CES-D menor que 16. Em relação as variáveis sócio-demográficas, o grupo com remissão completa de sintomas apresentou uma média de idade um pouco menor, assim como, menores escores

para ansiedade e um número menor de episódios depressivos prévios. Em relação ao tratamento, a maioria dos sujeitos não recebeu nenhum tipo de abordagem terapêutica. Tanto intervenções inespecíficas para depressão como aconselhamento quanto o uso de antidepressivo não foram significativamente diferentes entre os grupos. Cabe salientar que não ocorreu prescrição de benzodiazepínicos para esses pacientes ao longo do estudo.

### **Inserir Tabela 1 aqui**

Foi realizada uma análise multivariada (regressão logística hierárquica) para avaliar a associação entre as variáveis preditoras e a variável dependente remissão de sintomas. No primeiro passo, foram incluídas as variáveis sócio-demográficas, não havendo nenhum preditor significativo. No passo 2, foram incluídas as variáveis relacionadas à intensidade e às características da depressão, em que o número de episódios prévios foi considerado um preditor significativo. No passo 3, somente a variável nível de ansiedade foi um preditor significativo, em que as demais variáveis incluídas não contribuíram para o modelo. No passo 4, a variável nível de ansiedade permaneceu como um fator preditor significativo, e a variável do domínio ambiental do WHOQOL-BREF. No passo 5, somente a variável nível de ansiedade contribuiu significativamente para o modelo, ajustado para as variáveis sócio-demográficas, características da depressão, comorbidades e qualidade de vida. A regressão logística está descrita nas tabelas 2,3,4,5,6.

### **Inserir Tabela 2, 3, 4, 5 e 6 aqui**

## DISCUSSÃO

Somente 25% dos sujeitos em unidades de cuidados primários com episódio depressivo maior apresentaram remissão completa dos sintomas depressivos. A maioria dos pacientes não recebeu nenhuma intervenção para o tratamento da depressão e, entre os que receberam, não fez diferença o uso de medidas mais inespecíficas como aconselhamento ou uso de antidepressivo de forma adequada. A variável presença de comorbidade com sintomas de ansiedade foi considerada como a única preditora negativa para remissão de sintomas. Vários aspectos devem ser considerados para interpretação destes resultados.

Em relação à comparação das taxas de remissão, os estudos apresentam uma grande variabilidade com índices entre 24-68% (O'Leary et al., 2000, Ezquiaga et al., 2004, Ware et al., 1992, Viinamäki et al., 2006). Provavelmente, a utilização de populações diversas provenientes da comunidade, de serviços de cuidados primários ou clínicas, assim como a diversidade de instrumentos e critérios utilizados para detecção de remissão e tratamentos utilizados contribuem para essas diferenças. Cabe salientar que o nosso estudo encontrou o menor índice de remissão, quando comparado ao estudo multicêntrico onde as taxas de remissão variaram de 48% em Barcelona a 32% em St. Petersburg (Goldberg et al., 2004).

Esse dado é relevante uma vez que sugere que esses sujeitos, ou não eram identificados, apesar dos médicos terem sido avisados do provável diagnóstico, não receberam tratamento adequado, ou apresentaram dificuldades de acesso aos recursos de saúde disponíveis. A literatura atual demonstra que tanto o

reconhecimento dos sintomas depressivos como a instituição do tratamento correto ainda são deficientes. Estima-se que 50-60% dos casos não são detectados e que o diagnóstico é realizado em média quatro anos após o surgimento dos primeiros sintomas depressivos (Fleck et al., 2005, Wells et al., 1989, Wells et al., 1988, McQuaid et al., 1999, Johnson et al., 1992). Por outro lado, o reconhecimento do transtorno não assegura instituição de tratamento adequado (Kessler et al., 1995, Young et al., 2001, Simon et al., 1999). Em relação a variável relacionada às dificuldades para o acesso aos recursos de saúde, é necessário um estudo mais detalhado, uma vez que o Brasil é constituído, na sua grande maioria, por uma população carente de recursos de saúde e financeiros, em que a obtenção de tratamento especializado ou o uso de medicação, muitas vezes, não é possível. Os estudos demonstram que o custo com medicações, as dificuldades para obtenção de consultas especializadas, como barreiras para chegar ao local de atendimento (por exemplo, distância, falta de passagens), é um fator preponderante para a obtenção de tratamento adequado (Ware et al., 1992, Simon et al., 1999).

Nosso estudo demonstrou um resultado peculiar em relação ao tratamento para depressão. Somente 12,5 % dos pacientes receberam tratamento adequado com antidepressivo, e esse uso não foi significativamente diferente entre os grupos com e sem remissão completa de sintomas, assim como para medidas como o aconselhamento. No entanto, como obteve-se um número muito pequeno para estas comparações, provavelmente, tenha ocorrido uma limitação no poder do estudo para detecção dessas diferenças, ao invés de uma semelhança real entre esses grupos. De qualquer forma, nossos achados estão de acordo com estudos prévios que demonstram que o uso de antidepressivos em cuidados primários é baixo, com índices que variam de 5%-20% entre os sujeitos (Simon et al., 1999, Kisely et al.,

2000, Brugha et al., 2004). Apesar do pequeno número de pacientes que recebem farmacoterapia, os benefícios do uso de antidepressivos, tanto para melhoria dos sintomas depressivos como para qualidade de vida, já estão bem estabelecidos na literatura (Johnson et al., 1992, van Weel-Baumgarten et al., 2000, Skevington et al., 2001, Barge-Schaapveld et al., 2002, Shelton et al., 2006). Além da perspectiva médica, também há evidências de que, economicamente, a terapia com antidepressivos reduz os custos indiretos com a depressão, como dias de trabalho perdidos e aumento de produtividade (Kornstein et al., 2006).

O entendimento das diversas variáveis que contribuem para a implementação de um tratamento ainda são bastante complexas. A percepção, atitudes e preferências dos pacientes em relação à depressão e ao seu tratamento; características do sistema de saúde; e atitudes e treinamento dos profissionais em relação à depressão provavelmente influenciam a aderência e os resultados de uma intervenção terapêutica (Weich et al., 2007, Simon et al., 1999, Simon et al., 2004). Portanto, são necessários mais estudos para avaliar os fatores de resposta a uma medida terapêutica.

Outro achado relevante de nosso estudo foi em relação às variáveis preditoras de remissão completa. A presença de comorbidade com sintomas de ansiedade foi a variável preditora negativa final, ajustada para dados demográficos, gravidade da depressão, comorbidades físicas, uso de álcool, qualidade de vida geral e específica para depressão, eventos da vida, assim como tratamento para depressão.

A literatura ainda é bastante controversa em relação as variáveis preditoras de remissão (Bagby et al., 2002). No entanto, nossos dados estão consistentes com estudos prévios que sugerem que a presença de comorbidades com ansiedade é

considerada um fator preditor negativo para remissão de sintomas depressivos (Bagby et al., 2002, Barnett Meyer et al., 2002). Estudos demonstram que sujeitos depressivos com comorbidade com ansiedade recebem menos tratamento para depressão, provavelmente, pela dificuldade na identificação dos sintomas depressivos (Von Knorring et al., 2006). Por outro lado, a presença de ansiedade também pode interferir no curso da depressão, provocando maiores prejuízos na qualidade de vida que em sujeitos com depressão pura (Bech et al., 2003) .

Esses resultados devem ser compreendidos dentro do contexto de algumas limitações. Primeiro, os sujeitos foram selecionados através da procura por algum atendimento médico em serviços de cuidados primários. Portanto, a amostra provavelmente foi constituída por sujeitos com depressão leve à moderada que apresentavam condições emocionais de buscar algum auxílio, limitando a generalização dos dados para sujeitos com depressões mais graves ou que freqüentam serviços especializados. Segundo, como os pacientes que receberam tratamento para depressão representaram uma pequena parcela dos sujeitos, o estudo provavelmente não apresentou poder para discriminar essa diferença entre os dois grupos. Também não foram possíveis medidas de controle de aderência ao uso de medicações pelos pacientes, sendo baseadas nos seus auto-relatos, o que pode ter provocado distorções quanto aos resultados do uso de antidepressivo. Em relação aos preditores de remissão, o nosso estudo foi condizente com estudos anteriores, com exceção da variável QLDS, que não confirmou-se como uma variável moderadamente preditora de mudanças, como encontrado no artigo multicêntrico. A associação entre qualidade de vida e depressão ainda é um assunto muito recente na literatura, não havendo estudos suficientes para confirmação destes conceitos como distintos ou como provenientes do mesmo construto. Como a



variável QLDS é uma medida específica de qualidade de vida para sujeitos com depressão, considerando-os como conceitos semelhantes, pode ter ocorrido uma colinearidade entre essa variável com os sintomas depressivos medidos através do CES-D, interferindo nos resultados da regressão. Entretanto, ainda é necessário o desenvolvimento de modelos mais complexos para a elucidação dessa associação. Por último, no nosso estudo não foi possível a avaliação da medida de remissão dos sintomas na fase aguda do transtorno depressivo. Há vários estudos demonstrando que a resposta precoce a um tratamento ou remissão dos sintomas até os 3 primeiros meses do curso do transtorno é um forte preditor de remissão sustentada (Ezquiaga et al., 2004, Meyer et al., 2004, Mulder et al., 2006). Como a remissão só era avaliada aos 9 meses, não foi possível estudar essa variável preditora, assim como oscilações no curso da evolução dos sintomas ao longo deste período, ou seja, pacientes que remitiram e voltaram a apresentar sintomas depressivos até o final do estudo.

## CONCLUSÕES

Este estudo demonstrou que sujeitos com Transtorno Depressivo Maior que freqüentam unidades de cuidados primários, na sua grande maioria, não recebem tratamento adequado para depressão, assim como não conseguem obter a remissão completa dos sintomas. A presença de comorbidade com ansiedade é um preditor negativo para remissão de sintomas. Portanto, é prioritário o desenvolvimento de estratégias para o reconhecimento, assim como o tratamento, da depressão e da ansiedade visto que 50%-60% das prescrições de antidepressivos são provenientes da rede de serviços primários e que, com a instituição do tratamento correto, a morbi-mortalidade provocada pela depressão pode ser prevenida em até 70% (Szádóczy et al., 2004, Docherty, 1997).

## BIBLIOGRAFIA

1. Blazer DG (1995). Mood Disorders: epidemiology. In *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (Kaplan H. I and Sadock B. J.), 6<sup>th</sup> ed., p. 1079-1088. Philadelphia: Williams & Wilkins.
2. Weich S, Morgan L, King M, Nazareth I (2007). Attitudes to depression and its treatment in primary care. *Psychol Med* **37** (9), 1239-1248.
3. Murray CJ, Lopez AD (1997). Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *Lancet* **17**, 349 (9063), 1436-1442.
4. Murray CJ, Lopez AD (1997). Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet* **24**, 349 (9064), 1498-1504.
5. Greenberg PE, Stiglin LE, Finkelstein SN, Berndt ER (1993). The economic burden of depression in 1990. *J Clin Psychiatry* **54** (11), 405-418.
6. Bagby RM, Ryder AG, Cristi C (2002). Psychosocial and clinical predictors of response to pharmacotherapy for depression. *J Psychiatry Neurosci* **27** (4), 250-257.
7. McGlinchey JB, Zimmerman M, Posternak MA, Friedman M, Attiullah N, Boerescu D (2006). The impact of gender, age and depressed state on patients' perspectives of remission. *J Affect Disord* **95** (1-3), 79-84.
8. Mulder RT, Joyce PR, Frampton C (2003). Relationships among measures of treatment outcome in depressed patients. *J Affect Disord* **76** (1-3), 127-135.
9. O'Leary D, Costello F, Gormley N, Webb M (2000). Remission onset and relapse in depression. An 18-month prospective study of course for 100 first admission patients. *J Affect Disord* **57** (1-3), 159-171.
10. Papakostas GI, Petersen T, Mischoulon D, Hughes ME, Spector AR, Alpert JE, Fava M, Nierenberg AA (2003). Functioning and interpersonal relationships as predictors of response in treatment-resistant depression. *Compr Psychiatry* **44** (1), 44-50.

11. Barnett Meyers BS, Sirey JA, Bruce M, Hamilton M, Raue P, Friedman SJ, Rickey C, Kakuma T, Carroll MK, Kiosses D, Alexopoulos G (2002). Predictors of early recovery from major depression among persons admitted to community-based clinics: an observational study. *Arch Gen Psychiatry* **59** (8), 729-735.
12. Ezquiaga E, Garcia-Lopez A, de Dios C, Leiva A, Bravo M, Montejo J (2004). Clinical and psychosocial factors associated with the outcome of unipolar major depression: a one year prospective study. *J Affect Disord* **79** (1-3), 63-70.
13. Weiller E, Lecrubier Y, Maier W, Ustun TB (1994). The relevance of recurrent brief depression in primary care. A report from the WHO project on Psychological Problems in General Health Care conducted in 14 countries. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* **244** (4), 182-189.
14. Radloff LS (1977). The CES-D scale: a self depression report scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement* **1** (3), 385-401.
15. Wells KB, Rogers W, Burnam A, Greenfield S, Ware Jr JE (1991). How the medical comorbidity of depressed patients differs across health care settings: results from the Medical Outcomes Study. *Am J Psychiatry* **148** (12), 1688-1696.
16. Seppa K, Makela R, Sillanaukee P (1995). Effectiveness of the alcohol use disorders identification test in occupational health screenings. *Alcohol Clin Exp Res* **19** (4), 999-1003.
17. Derogatis LR, Rickels K, Rock AF (1976). The SCL-90 and the MMPI: a step in the validation of a new self-report scale. *Br J Psychiatry* **128**, 280-289.
18. Hunt SM, McKenna SP (1992). The QLDS: a scale for the measurement of quality of life in depression. *Health Policy*. **22** (3), 307-319.
19. Fleck MP, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V (2000). Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref. *Rev Saude Publica* **34** (2), 178-183.
20. The WHOQOL GROUP (1992). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychol Med*. 1998 May;28(3):551-870.

21. Ware Jr JE, Sherbourne CD (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* **30** (6), 473-483.
22. Viinamäki H, Tanskanen A, Honkalampi K, Koivumaa-Honkanen H, Antikainen R, Haatainen K, Hintikka J (2006). Recovery from depression: a two-year follow-up study of general population subjects. *Int J Soc Psychiatry* **52** (1), 19-28.
23. Goldberg JF, Harrow M (2004). Consistency of remission and outcome in bipolar and unipolar mood disorders: a 10-year prospective follow-up. *J Affect Disord* **81** (2), 123-131.
24. Fleck MPA, Simon G, Herrman H, Bushnell D, Martin M, Patrick D (2005). Longitudinal Investigation of Depression Outcomes Group. Major depression and its correlates in primary care settings in six countries. 9-month follow-up study. *Br J Psychiatry* **186**, 41-47.
25. Wells KB, Manning Jr WG, Valdez RB (1989). The effects of insurance generosity on the psychological distress and psychological well-being of a general population. *Arch Gen Psychiatry* **46** (4), 315-320.
26. Wells KB, Golding JM, Burnam MA (1988). Psychiatric disorder in a sample of the general population with and without chronic medical conditions. *Am J Psychiatry* **145** (8), 976-981.
27. McQuaid JR, Stein MB, Laffaye C, McCahill ME (1999). Depression in a primary care clinic: the prevalence and impact of an unrecognized disorder. *J Affect Disord* **55** (1), 1-10.
28. Johnson J, Weissman MM, Klerman GL (1992). Service utilization and social morbidity associated with depressive symptoms in the community. *JAMA* **18**, 267 (11), 1478-1483.
29. Kessler RC, Foster CL, Saunders WB, Stang PE (1995). Social consequences of psychiatric disorders, I: Educational attainment. *Am J Psychiatry* **152** (7), 1026-1032.
30. Young AS, Klap R, Sherbourne CD, Wells KB (2001). The quality of care for depressive and anxiety disorders in the United States. *Arch Gen Psychiatry* **58** (1), 55-61.
31. Simon GE, Goldberg D, Tiemens BG, Ustun TB (1999). Outcomes of recognized and unrecognized depression in an international primary care study. *Gen Hosp Psychiatry* **21** (2), 97-105.

32. Simon GE, Fleck M, Lucas R, Bushnell DM, LIDO Group (2004). Prevalence and predictors of depression treatment in an international primary care study. *Am J Psychiatry* **161** (9), 1626-1634.
33. Kisely S, Linden M, Bellantuono C, Simon G, Jones J (2000). Why are patients prescribed psychotropic drugs by general practitioners? Results of an international study. *Psychol Med* **30** (5), 1217-1225.
34. Brugha TS, Bebbington PE, Singleton N, Melzer D, Jenkins R, Lewis G, Farrell M, Bhugra D, Lee A, Meltzer H (2004). Trends in service use and treatment for mental disorders in adults throughout Great Britain. *Br J Psychiatry* **185**, 378-384.
35. Johnson J, Weissman MM, Klerman GL (1992). Service utilization and social morbidity associated with depressive symptoms in the community. *JAMA* **18**, 267 (11), 1478-1483.
36. van Weel-Baumgarten EM, Schers HJ, van den Bosch WJ, van den Hoogen HJ, Zitman FG (2000). Long-term follow-up of depression among patients in the community and in family practice settings. A systematic review. *J Fam Pract* **49** (12), 1113-1120.
37. Skevington SM, Wright A (2001). Changes in the quality of life of patients receiving antidepressant medication in primary care: validation of the WHOQOL-100. *Br J Psychiatry* **178**, 261-267.
38. Barge-Schaapveld DQ, Nicolson NA (2002). Effects of antidepressant treatment on the quality of daily life: an experience sampling study. *J Clin Psychiatry* **63** (6), 477-485.
39. Shelton RC, Haman KL, Rapaport MH, Kiev A, Smith WT, Hirschfeld RM, Lydiard RB, Zajecka JM, Dunner DL (2006). A randomized, double-blind, active-control study of sertraline versus venlafaxine XR in major depressive disorder. *J Clin Psychiatry* **67** (11), 1674-1681.
40. Kornstein SG, Wohlreich MM, Mallinckrodt CH, Watkin JG, Stewart DE (2006). Duloxetine efficacy for major depressive disorder in male vs. female patients: data from 7 randomized, double-blind, placebo-controlled trials. *J Clin Psychiatry* **67** (5), 761-770.
41. Von Knorring L, Akerblad AC, Bengtsson F, Carlsson A, Ekselius L (2006). Cost of depression: effect of adherence and treatment response. *Eur Psychiatry* **21** (6), 349-354.

42. Bech P, Lucas R, Amir M, Bushnell D, Martin M, Buesching D, LIDO Group (2003). Association between clinically depressed subgroups, type of treatment and patient retention in the LIDO study. *Psychol Med* **33** (6), 1051-1059.
43. Meyer C, Rumpf HJ, Hapke U, John U (2004). Impact of psychiatric disorders in the general population: satisfaction with life and the influence of comorbidity and disorder duration. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* **39** (6), 435-441.
44. Mulder RT, Joyce PR, Frampton CM, Luty SE, Sullivan PF (2006). Six months of treatment for depression: outcome and predictors of the course of illness. *Am J Psychiatry* **163** (1), 95-100.
45. Szádóczy E, Rózsa S, Zámboi J, Füredi J (2004). Predictors for 2-year outcome of major depressive episode. *J Affect Disord* **15**, 83 (1), 49-57.
46. Docherty JP (1997). Barriers to the diagnosis of depression in primary care. *J Clin Psychiatry* (Suppl.) **58**, 1, 5-10.
47. Simon GE, Von Korff M, Rutter CM, Peterson DA (2001). Treatment process and outcomes for managed care patients receiving new antidepressant prescriptions from psychiatrists and primary care physicians. *Arch Gen Psychiatry* **58** (4), 395-401.

**Tabela 1 - Características na entrada do estudo dos sujeitos com remissão completa ou parcial de sintomas depressivos**

	<b>Remissão Completa n= 40(25,8%)</b>	<b>Remissão não completa n= 115(74,2%)</b>	<b>p</b>
<b>Dados Demográficos</b>			
Idade: media(dp)	36,1(11,2)	39,1(1,4)	0,06
Gênero: % feminino	75	75,7	0,93
Status marital : % (casados)	58,6	69,8	0,27
Anos de Educação: media (dp)	9,27(3,09)	9,07(3,58)	0,75
Situação de Emprego: % de empregados	52,5	44,2	0,36
<b>Comorbidades</b>			
Condições médicas: % sim	92,5	96,5	0,29
número médio de comorbidades	2,72(1,70)	3,29(1,84)	0,74
Risco para uso de álcool: % sim	15	20,9	0,41
Escore para o SCL ansiedade	0,91(0,60)	1,35(0,70)	0,001
Distímia,%	45	43,9	0,9
<b>Depressão</b>			
Escore do CES-D: media (dp)	29,28(9,63)	32,34(10,28)	0,80
<b>Qualidade de vida</b>			
Escore do QLDS: média (dp)	8,53(6,79)	11,83(7,51)	0,41
<i>Escore do WHOQOL-Bref: média (dp)</i>			
Físico	59,5(15,2)	55,3(16,9)	0,16
Psicológico	52,2(15,9)	51,2(14,4)	0,69
Relações sociais	54,6(19,1)	55,6(18,9)	0,77
Ambiental	53,8(12,4)	49,9(11,5)	0,07
Global	62,5(14,9)	59,2(16,3)	0,26
<b>Outros</b>			
Eventos de vida: %sim *	79,5	85,2	0,40
Episódios Prévios: media (dp)	0,47(1,3)	1,57(2,3)	0,006
<b>Tratamento **</b>			
Inespecífico	25%	13%	0,17
Específico	12,5%	10,4%	
Sem tratamento	62,5%	76,5%	

\*Variável avaliada ao longo dos 9 meses.

\*\* Variável avaliada ao longo dos 9 meses.



**Tabela 2 - Passo I - Regressão Logística utilizando as variáveis sócio-demográficas**

	<b>Exp(B)</b>	<b>95%CI</b>	<b>P</b>
<b>Idade</b>	0,979	0,950-1,005	0,246
<b>Gênero</b>	0,844	0,309-2,302	0,740
<b>Status Marital</b>	0,497	0,193-1,283	0,148
<b>Nível Educacional</b>	0,955	0,842-1,083	0,473
<b>Situação de emprego</b>	1,264	0,519-3,079	0,606

**Tabela 3 - Passo II - Regressão Logística utilizando as variáveis sócio-demográfica e depressão como covariáveis**

	<b>Exp(B)</b>	<b>95%CI</b>	<b>P</b>
<b>Idade</b>	0,980	0,943-1,017	0,282
<b>Gênero</b>	1,009	0,355-2,872	0,986
<b>Status Marital</b>	0,639	0,236-1,731	0,379
<b>Nível Educacional</b>	0,978	0,861-1,112	0,740
<b>Situação de emprego</b>	1,430	0,566-3,618	0,450
<b>Escore do CES-D</b>	0,969	0,923-1,016	0,196
<b>Distímia</b>	1,429	0,553- 3,690	0,461
<b>Episódios Prévios</b>	0,721	0,524-0,991	0,044

**Tabela 4 - Passo III - Regressão Logística utilizando as variáveis sócio-demográfica, depressão e comorbidades como covariáveis**

	<b>Exp(B)</b>	<b>95%CI</b>	<b>P</b>
<b>Idade</b>	0,983	0,942-1,025	0,420
<b>Gênero</b>	0,579	0,176-1,909	0,369
<b>Status Marital</b>	0,615	0,207-1,830	0,382
<b>Nível Educacional</b>	0,933	0,810-1,075	0,337
<b>Situação de emprego</b>	1,399	0,518-3,779	0,508
<b>Episódios prévios</b>	0,739	0,534-1,023	0,068
<b>Ansiedade</b>	0,333	0,155-0,712	0,005
<b>Risco de álcool</b>	0,457	0,114-1,827	0,268
<b>Condições médicas</b>	0,811	0,601-1,094	0,169

**Tabela 5 - Passo IV - Regressão Logística utilizando as variáveis sócio-demográfica, depressão, comorbidades e qualidade de vida como covariáveis**

	<b>Exp(B)</b>	<b>95%CI</b>	<b>P</b>
<b>Idade</b>	0,974	0,930-1,021	0,275
<b>Gênero</b>	0,581	0,173-1,956	0,381
<b>Status Marital</b>	0,895	0,270-2,968	0,856
<b>Nível Educacional</b>	0,969	0,833-1,127	0,683
<b>Situação de emprego</b>	2,276	0,725- 7,140	0,159
<b>Episódios Prévios</b>	0,767	0,548-1,073	0,121
<b>Ansiedade</b>	0,310	0,128-0,751	0,010
<b>WHOQOL</b>			
<b>Físico</b>	0,990	0,954-1,028	0,607
<b>Psicológico</b>	0,999	0,949-1,051	0,963
<b>Social</b>	0,979	0,941-1,018	0,282
<b>Ambiental</b>	1,063	1,000-1,129	0,050
<b>Global</b>	0,992	0,952-1,034	0,721
<b>QLDS</b>	0,952	0,862-1,052	0,333

**Tabela 6 - Passo V - Regressão Logística utilizando as variáveis sócio-demográfica, depressão, comorbidades, qualidade de vida, eventos de vida e tratamento para depressão como covariáveis**

	<b>Exp(B)</b>	<b>95%CI</b>	<b>P</b>
<b>Idade</b>	0,976	0,934- 1,019	0,268
<b>Gênero</b>	0,575	0,178-1,851	0,353
<b>Status Marital</b>	0,778	0,247-2,454	0,669
<b>Nível Educacional</b>	0,984	0,848-1,142	0,835
<b>Situação de emprego</b>	1,842	0,621-5,462	0,271
<b>Episódio Prévios</b>	0,760	0,544-1,061	0,107
<b>Ansiedade</b>	0,326	0,141-0,749	0,008
<b>WHOQOL</b>			
<b>Ambiental</b>	1,031	0,984-1,080	0,198
<b>Eventos de vida</b>	0,667	0,170-2,626	0,621
<b>Tratamento inespecífico</b>	2,667	0,725-9,809	0,140
<b>Tratamento Específico</b>	0,918	0,140-6,041	0,929

## 4 ASPECTOS ÉTICOS

Todos os sujeitos que aceitaram participar do estudo receberam um termo de consentimento livre e esclarecido descrevendo as informações referentes ao projeto. Foi assegurado que em caso de recusa de participação no projeto, este posicionamento não influenciaria no seguimento do tratamento fornecido pela unidade de saúde que o indivíduo freqüentava. Os sujeitos também foram informados que a participação no estudo não implicava em implementação de tratamento para depressão, mas que seu médico seria avisado do provável diagnóstico.

Os pesquisadores assumiram um compromisso de sigilo e anonimato quanto aos dados obtidos. Entretanto, durante a execução do estudo um sujeito apresentou risco de suicídio, o que foi comunicado para o médico responsável pelo paciente e foi realizado tratamento específico para tal situação.

O presente estudo foi submetido e aprovado pelas Comissões de Ética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e do Grupo Hospitalar Conceição. Apresentou conflito de interesses com a Indústria Farmacêutica Eli Lilly que forneceu suporte financeiro para a realização deste trabalho.

## 5 CONCLUSÃO

A realização deste projeto permitiu a elaboração dos cinco artigos apresentados nesta tese. O artigo referente à revisão da literatura está em processo de publicação (no prelo). O primeiro artigo original já está publicado e os outros três em processo de submissão.

O primeiro artigo original demonstrou que, a depressão subsindrômica causa prejuízos na qualidade de vida dos sujeitos que utilizam unidades de cuidados primários no Brasil. É o primeiro estudo Brasileiro avaliando a associação entre qualidade de vida e gravidade dos sintomas depressivos aferidos pelo WHOQOL-BREF e QLDS com resultados semelhantes a um único estudo realizado na América Latina. Também demonstrou que a variável presença de comorbidades como a gravidade da depressão apresenta um significativo impacto nos escores de qualidade de vida aferidos pelo WHOQOL-BREF. Estes dados possuem implicações clínicas relevantes uma vez que demonstram a necessidade da detecção precoce e tratamento adequado dos sintomas depressivos assim como das comorbidades em sujeitos em cuidados primários.

No segundo artigo, foi realizada uma análise fatorial exploratória que sugeriu que qualidade de vida e depressão são construtos diferentes, apesar de estarem correlacionados. Este estudo ressalva que a medida de qualidade de vida provavelmente é determinada multifatorialmente, onde a presença de sintomas depressivos exerce um impacto importante na avaliação de qualidade de vida, mas não é suficiente para explicar a totalidade da variância nos escores. Este achado

preliminar merece comprovação através de análises fatoriais confirmatórias. Entretanto, ele traz repercussões clínicas uma vez que sugere que para melhorar a qualidade de vida de uma pessoa deprimida medidas mais amplas que a melhora sintomática precisam ser propostas.

O terceiro artigo demonstrou que pacientes com sintomas depressivos dificilmente são reconhecidos ou recebem tratamentos adequados em unidades de cuidados primários no sul do Brasil. A grande maioria dos pacientes permaneceu com sintomas depressivos ao longo dos 9 meses, apresentaram prejuízos na qualidade de vida e não receberam tratamento para depressão. Uma vez que os serviços de cuidados primários, geralmente são os meios mais utilizados para obtenção de cuidados de saúde, principalmente num país com carência de serviços especializados, é necessária a implementação de medidas de treinamento para detecção e tratamento dos sintomas depressivos por estes profissionais de saúde.

O quarto artigo mostrou que uma pequena parcela dos pacientes apresentou remissão completa dos sintomas, assim como uso de antidepressivo de forma adequada para o tratamento da depressão. A presença de comorbidade com sintomas de ansiedade foi o preditor final negativo de remissão dos sintomas, quando ajustado para as outras variáveis do modelo de regressão. Estes dados reforçam informações de estudos prévios que descrevem que há uma dificuldade no reconhecimento do diagnóstico de depressão por profissionais de saúde em unidades de cuidados primários, principalmente quando há presença de sintomas de ansiedade concomitante. Por outro lado à detecção dos sintomas depressivos não assegura a instituição do tratamento correto, uma vez que a maioria dos profissionais não adere às diretrizes de (*guidelines*) de tratamento provavelmente

por falta de treinamento ou por acharem que a sua maior responsabilidade é realizar o diagnóstico e encaminhar para tratamento especializado.

Portanto, este projeto permitiu um melhor conhecimento do funcionamento e do tratamento dos sujeitos com depressão em unidades de cuidados primários gerando novos dados para a literatura nacional. Um aspecto que pode limitar a interpretação destes dados é que esta amostra foi coletada no período de 1998-2000. No período atual pode ter ocorrido mudanças principalmente na detecção e tratamento dos sintomas depressivos que nosso estudo não pôde alcançar.



## 6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hays, R. D.; Wells, K. B.; Sherbourne, C. D.; Rogers, W.; Spritzer, K. Functioning and well-being outcomes of patients with depression compared with chronic general medical illnesses. **Arch Gen Psychiatry**, v. 52, p. 11-19, 1995.
2. Murray, C. J.; Lopez, A. D. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. **Lancet**, v. 17, n. 349 (9063), p. 1436-1442, 1997.
3. Murray, C. J.; Lopez, A. D. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. **Lancet**, v. 24, n. 349 (9064), p. 1498-1504, 1997.
4. Kessler, R. C.; Berglund, P.; Demler, O.; Jin, R.; Koretz, D.; Merikangas, K. R.; Rush, A. J.; Walters, E. E.; Wang, P. S. National Comorbidity Survey Replication. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). **JAMA**, v. 18, n. 289 (23), p. 3095-3105, 2003.
5. Spitzer, R. L.; Kroenke, K.; Linzer, M.; Hahn, S. R.; Williams, J. B.; de Gruy, F. V. 3<sup>rd</sup>.; Brody, D.; Davies, M. Health-related quality of life in primary care patients with mental disorders. Results from the PRIME-MD 1000 Study. **JAMA**, v. 15, n. 274 (19), p. 1511-1517, 1995.
6. Stewart, W. F.; Ricci, J. A.; Chee, E.; Hahn, S. R.; Morganstein, D. Cost of lost productive work time among US workers with depression. **JAMA**, v. 289, n. 23, p. 3135-3144, 2003.
7. Luber, M. P.; Hollenberg, J. P.; Williams-Russo, P.; DiDomenico, T. N.; Meyers, B. S.; Alexopoulos, G. S.; Charlson, M. E. Diagnosis, treatment, comorbidity, and

- resource utilization of depressed patients in a general medical practice. **Int J Psychiatry Med**, v. 30, n. 1, p. 1-13, 2000.
8. Blazer, D. G. Mood disorders: epidemiology. In: Kaplan, H. I.; Sadock, B. J. *Comprehensive textbook of psychiatry*. 6<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Williams & Wilkins, 1995. v. 1. p. 1079-1088.
  9. Almeida-Filho, N.; Mari, J de J, Coutinho, E.; Franca, J. F.; Fernandes, J.; Andreoli, S. B.; Busnello, E. D. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. Methodological features and prevalence estimates. **Br J Psychiatry**, v. 171, p. 524-529, 1997.
  10. Villano, L. A. B. **Problemas psicológicos e morbidade psiquiátrica em serviços de saúde não-psiquiátricos: o ambulatório de clínica geral**. Tese de Mestrado pela Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, 1998.
  11. Fraguas, R. A. J.; Ferraz, T. C. T. Depressão no Hospital Geral: estudo de 136 casos. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 48, n. 3, p. 225-230, 2002.
  12. Andrade, L.; Walters, E. E.; Gentil, V.; Laurenti, R. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, v. 37, n. 7, p. 316-325, 2002.
  13. Fleck, M. P. A.; Lafer, B.; Sougey, E. B.; Del Porto, J. A.; Brasil, M. A.; Juruena, M. F. Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (versão integral). **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 25, n. 2, p. 114-122, 2003.

14. Wells, K. B.; Stewart, A.; Hays, R. D.; Burnam, M. A.; Rogers, W.; Daniels, M.; Berry, S.; Greenfield, S.; Ware, J. The functioning and well-being of depressed patients. Results from the Medical Outcomes Study. **JAMA**, v. 18, n. 262 (7), p. 914-919, 1989.
15. Judd, L. L.; Paulus, M. P.; Wells, K. B.; Rapaport, M. H. Socioeconomic burden of subsyndromal depressive symptoms and major depression in a sample of the general population. **Am. J. Psychiatry**, v. 153, n. 11, p. 1411-1417, 1996.
16. Cuijpers, P.; de Graaf, R.; Van Dorsselaer, S. Minor depression: risk profiles, functional disability, health care use and risk of developing major depression. **J Affect Disord**, v. 79, n. 1-3, p. 71-79, 2004.
17. Goldney, R. D.; Fisher, L. J.; Dal Grande, E.; Taylor, A. W. Subsyndromal depression: prevalence, use of health services and quality of life in an Australian population. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, v. 39, n. 4, p. 293-298, 2004.
18. Sartorius, N.; Ustün, T. B.; Costa e Silva, J. A.; Goldberg, D.; Lecrubier, Y.; Ormel, J.; Von Korff, M.; Wittchen, H.U. An international study of psychological problems in primary care. Preliminary report from the World Health Organization Collaborative Project on 'Psychological Problems in General Health Care'. **Arch Gen Psychiatry**, v. 50, n. 10, p. 819-824, 1993.
19. Wells, K. B.; Manning Jr., W. G.; Valdez, R. B. The effects of insurance generosity on the psychological distress and psychological well-being of a general population. **Arch Gen Psychiatry**, v. 46, n. 4, p. 315-320, 1989.

20. Wells, K. B.; Golding, J. M.; Burnam, M. A. Psychiatric disorder in a sample of the general population with and without chronic medical conditions. **Am J Psychiatry**, v. 145, n. 8, p. 976-981, 1988.
21. Greenberg, P. E.; Stiglin, L. E.; Finkelstein, S. N.; Berndt, E. R. The economic burden of depression in 1990. **J Clin Psychiatry**, v. 54, n. 11, p. 405-418, 1993.
22. Weich, S.; Morgan, L.; King, M.; Nazareth, I. Attitudes to depression and its treatment in primary care. **Psychol Med**, v. 37, n. 9, p. 1239-1248, 2007.
23. McQuaid, J. R.; Stein, M. B.; Laffaye, C.; McCahill, M. E. Depression in a primary care clinic: the prevalence and impact of an unrecognized disorder. **J Affect Disord.**, v. 55, n. 1, p. 1-10, 1999.
24. Johnson, J.; Weissman, M. M.; Klerman, G. L. Service utilization and social morbidity associated with depressive symptoms in the community. **JAMA**, v. 18, n. 267 (11), p. 1478-14783, 1992.
25. Kessler, R. C.; Foster, C. L.; Saunders, W. B.; Stang, P. E. Social consequences of psychiatric disorders, I: Educational attainment. **Am J Psychiatry**, v. 152, n. 7, p. 1026-1032, 1995.
26. Thompson, C.; Ostler, K.; Peveler, R. C.; Baker, N.; Kinmonth, A. L. Dimensional perspective on the recognition of depressive symptoms in primary care: The Hampshire Depression Project 3. **Br J Psychiatry**, v. 179, p. 317-323, 2001.
27. Docherty, J. P. Barriers to the diagnosis of depression in primary care. **J Clin Psychiatry**, v. 58, suppl 1, p. 5-10, 1997.

28. Bech, P.; Lucas, R.; Amir, M.; Bushnell, D.; Martin, M.; Buesching, D. LIDO Group. Association between clinically depressed subgroups, type of treatment and patient retention in the LIDO study. **Psychol Med**, v. 33, n. 6, p. 1051-1059, 2003.
29. Viinamäki, H.; Tanskanen, A.; Honkalampi, K.; Koivumaa-Honkanen, H.; Antikainen, R.; Haatainen, K.; Hintikka, J. Recovery from depression: a two-year follow-up study of general population subjects. **Int J Soc Psychiatry**, v. 52, n. 1, p. 19-28, 2006.
30. Simon, G. E.; Fleck, M.; Lucas, R.; Bushnell, D. M. LIDO Group. Prevalence and predictors of depression treatment in an international primary care study. **Am J Psychiatry**, v. 161, n. 9, p. 1626-1634, 2004.
31. Kisely, S.; Linden, M.; Bellantuono, C.; Simon, G.; Jones, J. Why are patients prescribed psychotropic drugs by general practitioners? Results of an international study. **Psychol Med**, v. 30, n. 5, p. 1217-1225, 2000.
32. Young, A. S.; Klap, R.; Sherbourne, C. D.; Wells, K. B. The quality of care for depressive and anxiety disorders in the United States. **Arch Gen Psychiatry**, v. 58, n. 1, p. 55-61, 2001.
33. Simon, G. E.; Goldberg, D.; Tiemens, B. G.; Ustun, T. B. Outcomes of recognized and unrecognized depression in an international primary care study. **Gen Hosp Psychiatry**, v. 21, n. 2, p. 97-105, 1999.
34. Kisely, S.; Linden, M.; Bellantuono, C.; Simon, G.; Jones, J. Why are patients prescribed psychotropic drugs by general practitioners? Results of an international study. **Psychol Med**, v. 30, n. 5, p. 1217-1225, 2000.
35. Hepner, K. A.; Rowe, M.; Rost, K.; Hickey, S. C.; Sherbourne, C. D.; Ford, D. E.; Meredith, L. S.; Rubenstein, L. V. The effect of adherence to practice guidelines on depression outcomes. **Ann Intern Med**, v. 4, n. 147(5), p. 320-329, 2007.

36. Meyer, C.; Rumpf, H. J.; Hapke, U.; John, U. Impact of psychiatric disorders in the general population: satisfaction with life and the influence of comorbidity and disorder duration. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, v. 39, n. 6, p. 435-441, 2004.
37. Wells, K. B.; Sherbourne, C. D. Functioning and utility for current health of patients with depression or chronic medical conditions in managed, primary care practices. **Arch Gen Psychiatry**, v. 56, n. 10, p. 897-904, 1999.
38. Ravindran, A. V.; Matheson, K.; Griffiths, J.; Merali, Z.; Anisman, H. Stress, coping, uplifts, and quality of life in subtypes of depression: a conceptual frame and emerging data. **J Affect Disord**, v. 71, n. 1-3, p. 121-130, 2002.
39. Kessler, R. C.; Walters, E. E.; Forthofer, M. S. The social consequences of psychiatric disorders, III: probability of marital stability. **Am J Psychiatry**, v. 155, n. 8, p. 1092-1096, 1998.
40. Bonicatto, S. C.; Dew, M. A.; Zaratiegui, R.; Lorenzo, L.; Pecina, P. Adult outpatients with depression: worse quality of life than in other chronic medical diseases in Argentina. **Soc Sci Med**, v. 52, n. 6, p. 911-919, 2001.
41. McCall, W. V.; Cohen, W.; Reboussin, B.; Lawton, P. Effects of mood and age on quality of life in depressed inpatients. **Affect Disord**, v. 55, n. 2-3, p. 107-114, 1999.
42. Kessler, R. C.; Berglund, P. A.; Foster, C. L.; Saunders, W. B.; Stang, P.E.; Walters, E. E. Social consequences of psychiatric disorders, II: Teenage parenthood. **Am J Psychiatry**, v. 154, n. 10, p. 1405-1411, 1997.
43. Kessler, R. C.; Walters, E. E.; Forthofer, M. S. The social consequences of psychiatric disorders, III: probability of marital stability. **Am J Psychiatry**, v. 155, n. 8, p. 1092-1096, 1998.

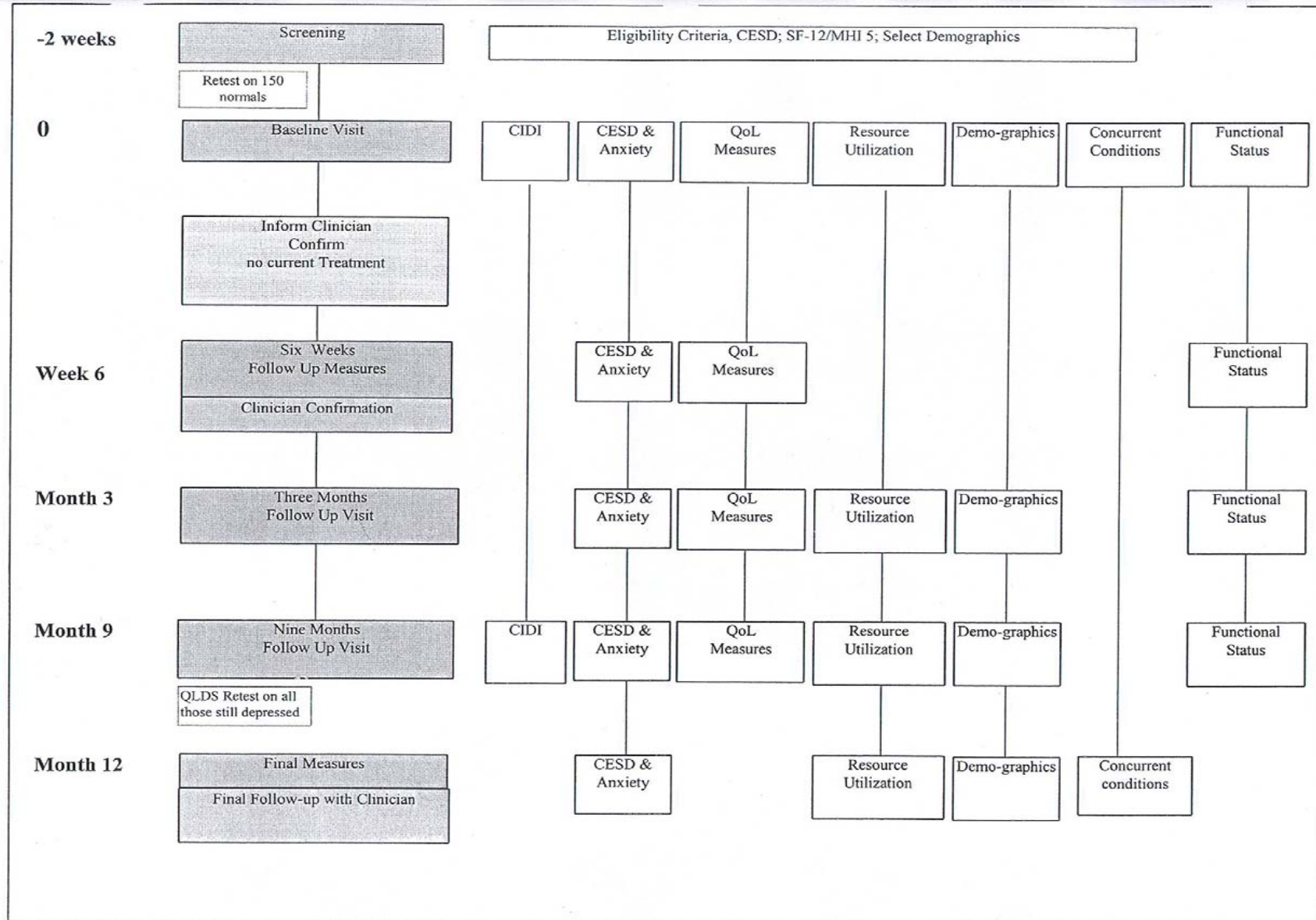
44. Guyatt, G.; Feeny, D.; Patrick, L. Measuring health related quality of life. **Annals of Internal Medicine**, v. 118, p. 622-629, 1993.
45. Berlim, M. T.; Fleck, M. P. A. Quality of life and major depression: current findings and future perspectives. In: Ritsner, M. S.; Awad, G. (ed.). *Quality of life impairment in schizophrenia, mood and anxiety disorders: new perspectives on research and treatment*. Berlim: Springer, 2007. p. 241-252.
46. Katsching, H. How useful is the concept of quality of life in Psychiatry? In: Katsching, H.; Freeman, H.; Sartorius, N. (ed.). **Quality of life in mental disorders**. England: John Wiley and Sons Ltd., 1997. p. 3-16.
47. Katsching, H.; Angermeyer, M. C. Quality of life in depression. In: Katsching, H.; Freeman, H.; Sartorius, N. (ed.). **Quality of life in mental disorders**. England: John Wiley and Sons Ltd., 1997. p. 137-147.
48. Aigner, M.; Forster-Streffleur, S.; Prause, W.; Freidl, M.; Weiss, M.; Bach, M. What does the WHOQOL-Bref measure? Measurement overlap between quality of life and depressive symptomatology in chronic somatoform pain disorder. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, v. 41, n. 1, p. 81-86, 2006.
49. Rapaport, M. K.; Clary, C.; Fayard, R.; Endicort, J. Quality of life impairment in depressive and anxiety disorders. **Am J Psychiatry**, v. 162, p. 1171-1178, 2005.
50. Kuehner, C.; Bueger, C. Determinants of subjective quality of life in depressed patients: the role of self-esteem, response styles, and social support. **J Affect Disor**, v. 86, n. 2-3, p. 205-213, 2005.
51. Papakostas, G. I.; Petersen, T.; Mahal, Y.; Mischoulon, D.; Nierenberg, A. A.; Fava, M. Quality of life assessments in major depressive disorder: a review of the literature. **Gen Hosp Psychiatry**, v. 26, n. 1, p. 13-17, 2004.
52. O'Leary, D.; Costello, F.; Gormley, N.; Webb, M. Remission onset and relapse in

- depression. An 18-month prospective study of course for 100 first admission patients. **J Affect Disord**, v. 57, n. 1-3, p. 159-171, 2000.
53. Ezquiaga, E.; Garcia-Lopez, A.; de Dios, C.; Leiva, A.; Bravo, M.; Montejo, J. Clinical and psychosocial factors associated with the outcome of unipolar major depression: a one year prospective study. **J Affect Disord**, v. 79, n. 1-3, p. 63-70, 2004.
54. Goldberg, J. F.; Harrow, M. Consistency of remission and outcome in bipolar and unipolar mood disorders: a 10-year prospective follow-up. **J Affect Disord**, v. 81, n. 2, p. 123-131, 2004.
55. Bagby, R. M.; Ryder, A.G.; Cristi, C. Psychosocial and clinical predictors of response to pharmacotherapy for depression. **J Psychiatry Neurosci**, v. 27, n. 4, p. 250-257, 2002.
56. Barnett-Meyers, B. S.; Sirey, J. A.; Bruce, M.; Hamilton, M.; Raue, P.; Friedman, S. J.; Rickey, C.; Kakuma, T.; Carroll, M. K.; Kiosses, D.; Alexopoulos, G. Predictors of early recovery from major depression among persons admitted to community-based clinics: an observational study. **Arch Gen Psychiatry**, v. 59, n. 8, p. 729-735, 2002.
57. Fava, G. A.; Ruini, C.; Belaise, C. The concept of recovery in major depression. **Psychol Med**, v. 37, n. 3, p. 307-317, 2007.



# **ANEXOS**

## INTRUMENTOS UTILIZADOS EM CADA ENTREVISTA



### CONSENTIMENTO INFORMADO - LIDO

Estamos solicitando a sua participação em um projeto de pesquisa que está sendo realizado em diversos países (Austrália, Brasil, Espanha, Estados Unidos, Holanda, Israel e Rússia) e que tem como objetivo investigar a relação entre saúde física e emocional e o efeito que isto pode causar na sua vida. Gostaríamos de contar com a sua colaboração para responder alguns questionários. Este estudo será realizado através de entrevistas estruturadas, onde queremos fazer-lhe perguntas sobre diferentes aspectos da sua vida (sua saúde física, sua vida emocional, sua relação com amigos e familiares e seu meio-ambiente). Além destes dados, gostaríamos de ter informações sobre onde você mora, e como podemos localizá-lo no futuro para novas entrevistas.

Neste estudo você será acompanhado ao longo de 12 meses. Durante este período você receberá visitas na sua casa (ou no local que você indicar para encontrá-lo), após 6 semanas desta primeira entrevista, 3 meses, 9 meses e aos 12 meses. Antes das visitas, você será contatado por carta e se possível por telefone para marcar a data provável da nova entrevista. Ao final de cada visita você receberá uma vale refeição no valor de R\$ 3,00 como forma de compensação pelo tempo que você gastou, cooperando com a pesquisa. A sua colaboração é muito importante, uma vez que através destas informações poderemos conhecer um pouco mais sobre as características de saúde física e emocional das pessoas.

Gostaríamos de deixar claro que esta pesquisa é independente de seu tratamento e em nada influenciará caso você não estiver de acordo em participar ou abandonar o estudo nas fases posteriores. Asseguramos que todas as informações prestadas por você são sigilosas e serão utilizadas somente para esta pesquisa. A divulgação das informações será anônima e em conjunto com as respostas de um grupo de 225 pessoas. Devemos salientar que o seu médico terá acesso a essas informações e isto pode auxiliá-lo na compreensão de seu caso.

Se você tiver alguma pergunta a fazer antes de decidir, sinta-se a vontade para fazê-la.

Caso você queira informações mais detalhadas sobre o estudo, o pesquisador responsável é o Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck que pode ser contatado de 2ª a 6ª feiras pelo telefone : 316-84-13, das 8:00 Hs às 17:00Hs,.

### CONSENTIMENTO

Eu concordo em fornecer informações através de entrevistas sobre aspectos de minha vida para o projeto de pesquisa acima mencionado. O entrevistador me explicou o caráter voluntário das entrevistas, o direito de negar o meu consentimento a qualquer momento, e o direito ao tratamento confidencial das informações que eu fornecer. Minhas dúvidas foram esclarecidas.

Eu compreendi que me será dada uma cópia assinada deste consentimento informado. Eu li (ou foi lido para mim) e compreendi este documento, e concordo em participar deste estudo.

Data: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/1998

Nome do entrevistado: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome do responsável: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome do entrevistador: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

## WHOQOL-BREF

BASELINE—WHOQOL

SITE ID		PATIENT ID					

### SUA QUALIDADE DE VIDA, SAÚDE E OUTRAS ÁREAS DE SUA VIDA

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

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**.

Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

Você recebe dos outros o apoio de que necessita?

- 1 NADA
- 2 MUITO
- 3 MÉDIO
- 4 MUITO
- 5 COMPLETAMENTE

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nesta últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo. Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio. Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

---

1. Como você avaliaria sua qualidade de vida?

- 1 MUITO RUIM
- 2 RUIM
- 3 NEM RUIM NEM BOA
- 4 BOA
- 5 MUITO

2. Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?

- 1 MUITO INSATISFEITO
- 2 INSATISFEITO
- 3 NEM SATISFEITO NEM INSATISFEITO
- 4 SATISFEITO
- 5 MUITO

		—				
SITE ID			PATIENT ID			

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

3. Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?

- 1 NADA
- 2 MUITO POUCO
- 3 MAIS OU
- 4 BASTANTE
- 5 EXTREMAMENTE

4. O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?

- 1 NADA
- 2 MUITO POUCO
- 3 MAIS OU
- 4 BASTANTE
- 5 EXTREMAMENTE

5. O quanto você aproveita a vida?

- 1 NADA
- 2 MUITO POUCO
- 3 MAIS OU
- 4 BASTANTE
- 5 EXTREMAMENTE

6. Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?

- 1 NADA
- 2 MUITO POUCO
- 3 MAIS OU
- 4 BASTANTE
- 5 EXTREMAMENTE

7. O quanto você consegue se concentrar?

- 1 NADA
- 2 MUITO POUCO
- 3 MAIS OU
- 4 BASTANTE
- 5 EXTREMAMENTE

8. Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?

- 1 NADA
- 2 MUITO POUCO
- 3 MAIS OU
- 4 BASTANTE
- 5 EXTREMAMENTE

BASELINE—WHOQOL

SITE ID		PATIENT ID		

9. Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?

- 1 NADA
- 2 MUITO POUCO
- 3 MAIS OU
- 4 BASTANTE
- 5 EXTREMAMENTE

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

10. Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?

- 1 NADA
- 2 MUITO POUCO
- 3 MÉDIO
- 4 MUITO
- 5 COMPLETAMENTE

11. Você é capaz de aceitar sua aparência física?

- 1 NADA
- 2 MUITO POUCO
- 3 MÉDIO
- 4 MUITO
- 5 COMPLETAMENTE

12. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?

- 1 NADA
- 2 MUITO POUCO
- 3 MÉDIO
- 4 MUITO
- 5 COMPLETAMENTE

13. Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?

- 1 NADA
- 2 MUITO POUCO
- 3 MÉDIO
- 4 MUITO
- 5 COMPLETAMENTE

14. Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?

- 1 NADA
- 2 MUITO POUCO
- 3 MÉDIO
- 4 MUITO
- 5 COMPLETAMENTE

SITE ID		PATIENT ID			

15. Quão bem você é capaz de se locomover?

- 1 MUITO
- 2 RUIM
- 3 NEM RUIM
- 4 BOM
- 5 MUITO

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

16. Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?

- 1 MUITO INSATISFEITO
- 2 INSATISFEITO
- 3 NEM SATISFEITO NEM INSATISFEITO
- 4 SATISFEITO
- 5 MUITO SATISFEITO

17. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?

- 1 MUITO INSATISFEITO
- 2 INSATISFEITO
- 3 NEM SATISFEITO NEM INSATISFEITO
- 4 SATISFEITO
- 5 MUITO SATISFEITO

18. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?

- 1 MUITO INSATISFEITO
- 2 INSATISFEITO
- 3 NEM SATISFEITO NEM INSATISFEITO
- 4 SATISFEITO
- 5 MUITO SATISFEITO

19. Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?

- 1 MUITO INSATISFEITO
- 2 INSATISFEITO
- 3 NEM SATISFEITO NEM INSATISFEITO
- 4 SATISFEITO
- 5 MUITO SATISFEITO

20. Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?

- 1 MUITO INSATISFEITO
- 2 INSATISFEITO
- 3 NEM SATISFEITO NEM INSATISFEITO
- 4 SATISFEITO
- 5 MUITO SATISFEITO

BASELINE—WHOQOL

SITE ID		PATIENT ID			

21. Quanto satisfeito(a) você está com sua vida sexual?
- 1 MUITO INSATISFEITO
  - 2 INSATISFEITO
  - 3 NEM SATISFEITO NEM INSATISFEITO
  - 4 SATISFEITO
  - 5 MUITO SATISFEITO
22. Quanto satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?
- 1 MUITO INSATISFEITO
  - 2 INSATISFEITO
  - 3 NEM SATISFEITO NEM INSATISFEITO
  - 4 SATISFEITO
  - 5 MUITO SATISFEITO
23. Quanto satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?
- 1 MUITO INSATISFEITO
  - 2 INSATISFEITO
  - 3 NEM SATISFEITO NEM INSATISFEITO
  - 4 SATISFEITO
  - 5 MUITO SATISFEITO
24. Quanto satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?
- 1 MUITO INSATISFEITO
  - 2 INSATISFEITO
  - 3 NEM SATISFEITO NEM INSATISFEITO
  - 4 SATISFEITO
  - 5 MUITO SATISFEITO
25. Quanto satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?
- 1 MUITO INSATISFEITO
  - 2 INSATISFEITO
  - 3 NEM SATISFEITO NEM INSATISFEITO
  - 4 SATISFEITO
  - 5 MUITO SATISFEITO

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

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



## CES-D

BASELINE—CESD

SITE ID		PATIENT ID					

Abaixo há uma lista de sentimentos e comportamentos. Por favor, assinale a frequência com que lhe ocorreram na última semana.

*Por favor, coloque um [x] na opção que melhor representa sua resposta para cada questão.*

	Raramente ou nunca (menos que 1 dia)	Poucas vezes (1 - 2 dias)	Às vezes (3 - 4 dias)	Muitas vezes ou sempre (5 - 7 dias)
1. Eu me chateei por coisas que normalmente não me chateavam.				
2. Não tive vontade de comer; estava sem apetite.				
3. Sinto que não consegui me livrar da tristeza mesmo com a ajuda da minha família ou dos meus amigos.				
4. Eu me senti tão bem quanto as outras pessoas.				
5. Eu tive problemas para manter a concentração (prestar a atenção) no que estava fazendo.				
6. Eu me senti deprimido.				
7. Sinto que tudo que eu fiz foi muito custoso.				
8. Eu me senti com esperança em relação ao futuro.				
9. Eu pensei que minha vida tem sido um fracasso.				
10. Eu me senti com medo.				
11. Meu sono esteve agitado.				
12. Eu estive feliz.				
13. Eu conversei menos que o meu normal.				
14. Eu me senti sozinho.				
15. As pessoas não foram amigáveis.				
16. Eu me diverti.				
17. Eu tive crises de choro.				
18. Eu me senti triste.				
19. Eu senti que as pessoas não gostam de mim.				
20. Eu me senti desanimado.				

## SCL-90 ANSIEDADE

BASELINE— SCL-90

SITE ID		PATIENT ID			

Segue abaixo uma lista de problemas e queixas que as pessoas algumas vezes apresentam. Pedimos que leia cada um deles com atenção. Após fazê-lo, marque os espaços à direita que melhor descrevem o quanto o problema o incomodou ou perturbou durante a semana passada inclusive hoje.

Marque com [x] no quadrado que melhor representa a sua resposta a cada pergunta.

	Nem um pouco	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1. Nervosismo					
2. Tremedeira					
3. Apavorado subitamente sem nenhum motivo					
4. Medo					
5. Coração batendo forte ou disparando					
6. Tensão ou agitação					
7. Ataques de terror ou pânico					
8. Agitação tão grande que não consegue ficar parado					
9. Impressão de que as coisas não familiares são estranhas ou irreais					
10. Sentimento de estar sendo forçado a fazer as coisas					

Marque com [x] no quadrado que melhor representa a sua resposta a cada pergunta.

	Nem um pouco	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
11. Medo em espaços vazios ou nas ruas					
12. Medo de sair de casa sozinho					
13. Medo de viajar de ônibus, metrô ou trem					
14. Ter que evitar certas coisas, lugares ou atividades porque elas o amedrontam					
15. Não se sentir bem em lugares com muitas pessoas como lojas ou cinema					
16. Nervosismo quando fica sozinho					
17. Medo de desmaiar em público					

## QLDS

BASELINE — QLDS

		—				
SITE ID			PATIENT ID			

Por favor, pense em como você se sente NO MOMENTO. Leia as frases abaixo. Para cada frase existem 2 opções. Marque na sua opção.

SE VOCÊ NÃO TEM CERTEZA, MARQUE NA OPÇÃO MAIS PRÓXIMA DE COMO VOCÊ SE SENTE NO MOMENTO.

Por favor confira se você não deixou alguma frase sem resposta.

	Marque na sua opção	
1. Eu só estou deixando o tempo passar.	SIM	NÃO
2. Eu tenho esperança em relação ao futuro.	SIM	NÃO
3. Para mim é difícil conversar.	SIM	NÃO
4. Eu gosto de saber o que está acontecendo no mundo.	SIM	NÃO
5. Eu sinto que estou desperdiçando a minha vida.	SIM	NÃO
6. Eu sinto que não tenho controle da minha vida.	VERDADEIRO	FALSO
7. Eu não tenho vontade de sair de casa.	VERDADEIRO	FALSO
8. Eu gosto das coisas (atividades, atitudes) que faço.	SIM	NÃO
9. Eu perdi o gosto pela vida.	SIM	NÃO
10. Eu sinto que não tenho nada a oferecer para ninguém.	VERDADEIRO	FALSO
11. Eu me afasto das pessoas que eu gosto.	SIM	NÃO
12. Eu cuido bem de mim.	SIM	NÃO
13. Eu sou capaz de pensar em relação ao futuro.	SIM	NÃO
14. Eu só quero desaparecer.	SIM	NÃO
15. Eu tenho muitas expectativas (planos, desejos).	SIM	NÃO
16. Eu não sei mais o que é aproveitar a vida.	SIM	NÃO

BASELINE — QLDS

SITE ID		PATIENT ID			

SE VOCÊ NÃO TEM CERTEZA, MARQUE NA OPÇÃO MAIS PRÓXIMA DE COMO VOCÊ SE SENTE NO MOMENTO.

	Marque na sua opção	
	VERDADEIRO	FALSO
17. Eu não tenho ânimo para meus amigos.	SIM	NÃO
18. Eu consigo fazer facilmente as tarefas do dia-a-dia.	SIM	NÃO
19. Eu me afasto das pessoas.	SIM	NÃO
20. Tenho dificuldades em tomar até pequenas decisões.	SIM	NÃO
21. Eu me sinto como um peso para os outros.	SIM	NÃO
22. A maior parte do tempo eu fico sentado, sem fazer nada.	SIM	NÃO
23. Eu não consigo encarar (enfrentar) as pessoas.	VERDADEIRO	FALSO
24. Eu me fecho para tudo.	SIM	NÃO
25. Eu não estou cuidando da minha aparência.	VERDADEIRO	FALSO
26. Eu consigo ver o lado bom das coisas.	SIM	NÃO
27. Eu não consigo assimilar (entender, captar) o que me dizem.	VERDADEIRO	FALSO
28. Eu sinto que deixo os outros desapontados.	SIM	NÃO
29. Cada novo dia me apavora.	SIM	NÃO
30. Eu gosto do que como.	SIM	NÃO
31. Quando eu posso, eu evito as pessoas.	SIM	NÃO
32. Eu não tenho vontade de atender a porta ou o telefone.	VERDADEIRO	FALSO
33. Minha vida não tem sentido.	VERDADEIRO	FALSO
34. Eu sou capaz de lidar (enfrentar, suportar) com os problemas do dia-a-dia.	SIM	NÃO

## SF-12/MHI5

BASELINE—SF12-MIH5

SITE ID		PATIENT ID			

## PESQUISA EM SAÚDE

**Instruções:** Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária.

Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor, tente responder o melhor que puder.

1. Em geral, você diria que sua saúde é: *(circule uma)*

- 1 EXCELENTE
- 2 MUITO BOA
- 3 BOA
- 4 RUIM
- 5 MUITO RUIM

Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. **Devido a sua saúde**, você tem dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

	(circule um número em cada linha)		
	Sim. Dificulta muito	Sim. Dificulta um pouco	Não. Não dificulta de modo algum
2. <b>Atividades moderadas</b> , tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa	1	2	3
3. Subir <b>vários</b> lances de escada.	1	2	3

Durante as **últimas quatro semanas**, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, **como consequência de sua saúde física?**

	(circule uma em cada linha)	
	SIM	NÃO
4. Realizou <b>menos tarefas</b> do que você gostaria?	SIM	NÃO
5. Esteve <b>limitado</b> no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	SIM	NÃO

Durante as **últimas quatro semanas**, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso)?

	(circule uma em cada linha)	
	SIM	NÃO
6. Realizou <b>menos tarefas</b> do que você gostaria?	SIM	NÃO
7. Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto <b>cuidado</b> como geralmente faz?	SIM	NÃO

BASELINE—SF12-MIH5

SITE ID		PATIENT ID			

8. Durante as **últimas 4 semanas**, quanto a **dor** interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho, fora de casa e dentro de casa)? *(circule uma)*

- 1 DE MANEIRA ALGUMA
- 2 UM POUCO
- 3 MODERADAMENTE
- 4 BASTANTE
- 5 EXTREMAMENTE

Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as **últimas 4 semanas**. Para cada questão, por favor, dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente.

Em relação as últimas 4 semanas...	(circule um número para cada linha)					
	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
9. Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	0
10. Quanto tempo você tem sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	0
11. Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	0
12. Quanto tempo você tem sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	0
13. Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	0
14. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	0

15. Durante as **últimas 4 semanas**, quanto do seu tempo a sua **saúde física ou problemas emocionais** interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)? *(circule uma)*

- 1 TODO O TEMPO
- 2 A MAIOR PARTE DO TEMPO
- 3 ALGUMA PARTE DO TEMPO
- 4 UMA PEQUENA PARTE DO TEMPO
- 5 NENHUMA PARTE DO TEMPO

## CONDIÇÕES CONCORRENTES

BASELINE — CONCURRENT CONDITIONS

SITE ID		PATIENT ID			

1. Você sabe se tem alguma das seguintes doenças ou problemas?

	Circule a sua resposta	
Alergias (febre alérgica, sinusite crônica e outras) .....	Não	Sim
Braço ou perna amputada .....	Não	Sim
Angina .....	Não	Sim
Artrite .....	Não	Sim
Asma ou outros problemas pulmonares graves, como bronquite crônica, enfisema .....	Não	Sim
Problemas de coluna (incluindo disco ou espinha dorsal) .....	Não	Sim
Câncer diagnosticado nos últimos três anos (exceto câncer de pele) .....	Não	Sim
Inflamação crônica do intestino, enterite, colite .....	Não	Sim
Depressão .....	Não	Sim
Nervosismo .....	Não	Sim
Dor de cabeça ou enxaqueca .....	Não	Sim
Ataque cardíaco, enfarte do miocárdio (EM) ou coronário .....	Não	Sim
Insuficiência cardíaca ou coração dilatado .....	Não	Sim
Pressão arterial alta ou hipertensão .....	Não	Sim
Hiperglicemia ou diabetes .....	Não	Sim
Doença renal .....	Não	Sim
Paralisias maiores ou problemas nevrálgicos (incluindo derrame, esclerose múltipla, distrofia muscular) .....	Não	Sim
Problemas de tiróide .....	Não	Sim
Problemas de audição (mesmo com aparelho de audição) .....	Não	Sim
Problemas de visão (mesmo com óculos ou lentes de contato) .....	Não	Sim
Úlcera (duodenal, gástrica, ou péptica) .....	Não	Sim
Usando marca-passo cardíaco .....	Não	Sim
Algum outro problema importante (especifique) .....	Não	Sim
(Específico do país) .....	Não	Sim
(Específico do país) .....	Não	Sim

BASELINE—CONCURRENT CONDITIONS

---

--	--	--	--	--

SITE ID                      PATIENT ID

2. Com que frequência consome bebidas alcoólicas?
- 1 NUNCA
  - 2 UMA VEZ POR MÊS OU MENOS
  - 3 DUAS A QUATRO VEZES POR MÊS
  - 4 DUAS A TRÊS VEZES POR SEMANA
  - 5 QUATRO VEZES OU MAIS POR SEMANA
3. Quantos copos de bebidas alcoólicas consome nos dias em que bebe?
- 1 1 OU 2
  - 2 3 OU 4
  - 3 5 OU 6
  - 4 7 A 9
  - 5 10 OU MAIS
4. Com que frequência bebe seis ou mais copos na mesma ocasião?
- 1 NUNCA
  - 2 MENOS DE UMA VEZ POR MÊS
  - 3 UMA VEZ POR MÊS
  - 4 UMA VEZ POR SEMANA
  - 5 TODOS OS DIAS OU QUASE



## DADOS DEMOGRÁFICOS

— DEMOGRAPHICS

SITE ID		PATIENT ID			

### Mais Algumas Perguntas Sobre Você

1. Qual é o seu estado civil atual? *Circule o número de sua resposta.*
  - 1 CASADO(A) OU VIVENDO COMO CASADO(A)
  - 2 VIÚVO(A)
  - 3 SEPARADO(A)
  - 4 DIVORCIADO(A)
  - 5 NUNCA ME CASEI
  
2. Qual é a situação de sua vida atual? *Circule o número de sua resposta.*
  - 1 VIVO SOSINHO(A)
  - 2 VIVO SOMENTE COM ESPOSO(A)/COMPANHEIRO(A)
  - 3 VIVO COM ESPOSO(A)/COMPANHEIRO(A) E FILHOS
  - 4 VIVO COM OUTRO(S) PARENTE(S)
  - 5 VIVO COM OUTRA(S) PESSOA(S) QUE NÃO É (SÃO) PARENTE(S)
  - 6 OUTROS, ESPECIFIQUE \_\_\_\_\_
  
3. Qual foi a última série ou ano letivo que concluiu? *Circule o número de sua resposta.*

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20+
ESCOLA PRIMÁRIA									ESCOLA SECUNDÁRIA			FACULDADE <i>Circule 14 para escola profissional</i>			ESCOLA DE PÓS-GRADUAÇÃO OU PROFISSIONAL					
  
4. Indique o tipo de acomodação habitacional que melhor descreve a sua. *Circule o número de sua resposta.*
  - 1 APARTAMENTO, CONDOMÍNIO OU CASA OCUPADA PELO PROPRIETÁRIO?
  - 2 APARTAMENTO, CONDOMÍNIO OU CASA ALUGADA PARTICULARMENTE?
  - 3 APARTAMENTO, CONDOMÍNIO OU CASA ALUGADA DE UM ÓRGÃO PÚBLICO
  - 4 OUTRO TIPO DE ACOMODAÇÃO (DESCREVA: \_\_\_\_\_)
  
5. Indique a situação de emprego que melhor descreve a sua. *Circule o número de sua resposta.*
  - 1 REMUNERADO OU AUTÔNOMO
  - 2 EMPREGO VOLUNTÁRIO (SEM REMUNIERAÇÃO FINANCEIRA)
  - 3 EMPREGO PROTEGIDO OU SUBSIDIADO
  - 4 DESEMPREGADO
  - 5 ESTUDANTE
  - 6 DONA DE CASA/MARIDO EM CASA
  - 7 APOSENTADO

— DEMOGRAPHICS

SITE ID		PATIENT ID			

6. Se desempregado, por quantas semanas ficou sem trabalhar durante os últimos três meses? \_\_\_\_\_ *Número de semanas*
7. Se empregado, por favor, indique o estado ocupacional que melhor lhe descreve. *Circule o número de sua resposta.*
- 1 GERENTE/ADMINISTRADOR
  - 2 PROFISSIONAL (SAÚDE, ENSINO, JURÍDICO ETC....)
  - 3 PROFISSIONAL ASSISTENTE (TÉCNICO/VOCACIONAL)
  - 4 ESCRIVENTE/SECRETÁRIO
  - 5 SERVIÇOS/VENDAS
  - 6 TRABALHADOR ESPECIALIZADO (CONSTRUÇÃO, ELETRICIDADE ETC....)
  - 7 TRABALHADOR SEM ESPECIALIZAÇÃO (OPERÁRIO DE FÁBRICA)
  - 8 FORÇAS ARMADAS (TEMPO INTEGRAL)
8. Nos últimos 3 meses, quanto dias se ausentou do trabalho? \_\_\_\_\_ *Número de dias*
9. Indique a principal fonte de renda que melhor descreva a sua. *Circule o número de sua resposta.*
- 1 SALÁRIO
  - 2 BENEFÍCIOS DO ESTADO
  - 3 PENSÃO
  - 4 SUSTENTADO PELA FAMÍLIA (ISTO É, CÔNJUGE)
  - 5 OUTROS: \_\_\_\_\_
10. Qual é a sua renda pessoal total de todas as fontes? Se possível diga a renda bruta sem abater os impostos e as deduções. \_\_\_\_\_ *Renda pessoal total*
- Circule a sua resposta.*
- |               |          |         |       |
|---------------|----------|---------|-------|
| Essa renda é: | SEM ANAL | MEN SAL | ANUAL |
| Essa renda é: | BRUTA    | LÍQUIDA |       |
11. Nos últimos 3 meses, você recebeu aconselhamento ou medicamento para o tratamento de depressão? \_\_\_\_\_ *Circule a sua resposta.* Sim Não
12. Você acha que vai se mudar da área onde mora nos próximos doze meses? \_\_\_\_\_ *Circule a sua resposta.* Sim Não



***Muito obrigado por ter concluído esta pesquisa. Verifique tudo uma outra vez para ver se esqueceu alguma coisa, e entregue-a ao entrevistador.***

## CIDI

BASELINE INTERVIEW

INTERVIEW DATE

DD	MM	YY
----	----	----

SITE ID	PATIENT ID
---------	------------

## SEÇÃO E

			I ÚLTIMOS 12 MESES		II ÚLTIMO MÊS			
<p>CODIFIQUE E1 - E24 NA COLUNA I</p> <p>PARA CADA SINTOMA DE E1 A E20 E DE E22 A E24 CODIFICADO COMO 5, REPETIR O QUE ESTÁ ENTRE COLCHETES PRECEDIDO POR "No último mês". CODIFICAR A RESPOSTA NA COLUNA 2.</p>								
			NÃO		SIM			
DEP10B1 DP4A1	E1	<p>Agora eu vou lhe perguntar sobre <u>períodos em que você estava sentindo-se triste, vazio(a) ou deprimido(a)</u>. Nos últimos 12 meses, [você teve duas semanas ou mais quando quase todo o dia você se sentia triste, vazio(a), deprimido(a) a maior parte do dia]?</p> <p>MD: _____ OUTROS: _____</p>	PRB: 1	3	4	5	1	5
DEP10B2 DP4A2 DEP10S1	E2	<p>Nos últimos 12 meses, [você teve duas semanas ou mais em que <u>perdeu o interesse na maioria das coisas</u> como trabalho, hobbies, e outras coisas que anteriormente gostava de fazer?]</p> <p>MD: _____ OUTROS: _____</p>	PRB: 1	3	4	5	1	5
SE E1 E E2 CODIFICAREM 1 SALTE P/ E34.								
<b>PERDA DE ENERGIA</b>			I ÚLTIMOS 12 MESES		II ÚLTIMO MÊS		III PIOR EPISÓDIO SX	
			NÃO		SIM		NÃO	
							SIM	
DEP10B3 DP4A6	E3	<p>Nos últimos 12 meses, durante um período de duas semanas ou mais onde você sentia-se (triste, vazio(a) ou deprimido(a)/com perda do interesse nas coisas), [você <u>sentia-se cansado ou sem energia</u> todo o tempo, todos o dias, mesmo que não tivesse trabalhado muito pesado?]</p>	1			5	1	5
							1	
							5	

BASELINE INTERVIEW

SITE ID		PATIENT ID					

MUDANÇA NO APETITE			I ÚLTIMOS 12 MESES		II ÚLTIMO MÊS		III PIOR EPISÓDIO SX	
			NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM
DEP10C7 DP4A3 DEP10S6	E4	Em relação a outros problemas você teve nos períodos em que você (se sentia deprimido(a)/ perda de interesse/sentia-se cansado(a) todo o tempo), por duas semanas ou mais. [Você tinha menos apetite que o usual, quase todos os dias?	1	5	1	5	1	5
DEP10C7 DP4A3 ML4B5	E5	Durante um desses períodos [ você <u>perdeu peso</u> sem querer pelo menos um quilo por semana durante várias semanas?  SE E5 CODIFICADO 1, SALTE P/ E6	1	5	1	5	1	5
DEP10S7	A.	Quantos quilos você perdeu?	KG ___/___		KG ___/___		KG ___/___	
DEP10C7 DP4A3	E6	Durante um desses períodos, [você teve um <u>aumento no apetite mais do que o usual</u> para você quase todos dias por duas semanas ou mais?] CODIFIQUE 1 APENAS SE POR GRAVIDEZ	1	5	1	5	1	5
DEP10C7 DP4A3	E7	Durante um daqueles períodos, [o seu apetite aumentou tanto que você ganhou peso - tanto como 1 quilo por semana, por várias semanas?] CODIFIQUE 1 SE APENAS RECUPEROU O PESO PERDIDO.  SE E7 CODIFICAR 1, SALTE P E8.	1	5	1	5	1	5
DP4A3	A.	Quantos quilos você aumentou?	KG ___/___		KG ___/___		KG ___/___	

BASELINE INTERVIEW

SITE ID		PATIENT ID					

PROBLEMAS DE SONO			I ÚLTIMOS 12 MESES		II ÚLTIMO MÊS		III PIOR EPISÓDIO SX	
			NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM
DEP10C6 DP4A4	E8	Quando você (estava sentindo-se deprimido(a)/ tinha perda do interesse/falta de energia), [você tinha <u>problemas para dormir</u> quase todas as noites por duas semanas ou mais - ou problemas para pegar no sono, acordando no meio da noite, ou acordando muito cedo? ]  SE NÃO FOR CODIFICADO, SALTE P/E9.	1	5	1	5	1	5
DEP10S3	A.	[Você <u>acordava no mínimo duas horas</u> <u>antes do que queria</u> todas as manhãs durante ao menos 2 semanas?]	1	5	1	5	1	5
DEP10C6 DP4A4	E9	Nos últimos 12 meses, durante o período em que você (sentia-se deprimido(a)/perda do interesse/falta de energia) [você estava <u>dormindo</u> <u>demais</u> quase todos os dias? ]	1	5	1	5	1	5
<b>LENTIDÃO/AGITAÇÃO</b>								
DEP10C5 DP4E	E10	Nos últimos 12 meses, durante um daqueles períodos [você <u>falava ou se movimentava</u> mais <u>lentamente</u> do que o normal, todos os dias por no mínimo duas semanas? ]  SE CODIFICADO 1, SALTE P/ E11.	1	5	1	5	1	5
DEP10S5 DP4A5	A.	[Alguém mais notou que estava falando ou movimentando-se lentamente? ]	1	5	1	5	1	5
DEP10C5	E11	Durante um daqueles períodos, [você <u>tinha que</u> <u>ficar se movimentando todo tempo</u> , isto é, não conseguiu ficar quieto, andava de uma lado para outro ou não conseguia manter as mãos quietas enquanto sentado(a)? ]  SE CODIFICADO 1, SALTE P/E12	1	5	1	5	1	5
DEP10S5 DP4A5	A.	[Alguém mais notou que estava se movimentado todo o tempo? ]	1	5	1	5	1	5

BASELINE INTERVIEW

SITE ID		PATIENT ID			

SEM VALOR/CULPA			I ÚLTIMOS 12 MESES		II ÚLTIMO MÊS		III PIOR EPISÓDIO SX	
			NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM
DEP10C2 DP4A7 DP4E	E12	Nos últimos 12 meses, durante um daqueles períodos [você se sentia <u>sem valor</u> quase todos os dias? ]	1	5	1	5	1	5
	A.	[Sentia-se culpado? ]	1	5	1	5	1	5
		SE E12 E E12A CODIFICAREM 1, SALTE P/ E13.						
	B.	[Havia alguma razão especial para se sentir (sem valor/culpado)? ]	1	5	1	5	1	5
		COL. I APENAS: REGISTRE EXEMPLO: _____						
		_____						
		SE E12B CODIFICADO 1, SALTE P/ E13.						
		COL. II APENAS: REGISTRE EXEMPLO _____						
		_____						
		_____						
DP4A7	C.	R ESTAVA SENTINDO-SE SEM VALOR/ CULPADO APENAS POR QUE ESTÁ ENFRAQUECIDO PELA DEPRESSÃO?	SIM..... 1 NÃO ..... 5		SIM..... 1 NÃO..... 5		SIM..... 1 NÃO..... 5	
<b>PERDA DE CONFIANÇA</b>								
DEP10C1	E13	Nos últimos 12 meses, durante um daqueles períodos [sentia que era inferior ou <u>não tão bom quanto as outras pessoas?</u> ]	1	5	1	5	1	5
DEP10C1	E14	[Você tinha tão <u>pouca confiança em si próprio</u> que nem tentaria dar opinião sobre qualquer assunto? ]	1	5	1	5	1	5

BASELINE INTERVIEW

SITE ID		PATIENT ID					

PROBLEMAS PARA PENSAR			I ÚLTIMOS 12 MESES		II ÚLTIMO MÊS		III PIOR EPISÓDIO SX	
			NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM
DEP10C4 DP4A8	E15	Nos últimos 12 meses, durante um daqueles períodos [ você tinha muito mais <u>dificuldade para se concentrar</u> do que é normal para você? ]	1	5	1	5	1	5
	A.	[Estava <u>incapaz de ler</u> coisas que geralmente interessam a você ou <u>assistir televisão</u> ou filmes que habitualmente gosta porque não conseguia prestar atenção?]	1	5	1	5	1	5
DEP10C4 DP4A8	E16	[Seus <u>pensamentos vinham muito mais lentos do que o habitual</u> ou pareciam confusos? ]	1	5	1	5	1	5
DEP10C4 DP4A8	E17	[Estava <u>incapaz de decidir</u> sobre coisas que normalmente não teria trabalho para decidir? ]	1	5	1	5	1	5
<b>PENSAMENTOS DE MORTE</b>								
DEP10C3 DP4A9	E18	Nos últimos 12 meses, durante um daqueles períodos [você <u>pensava muito sobre morte?</u> ]	1	5	1	5	1	5
DEP10C3 DP4A9 DP4E	E19	Nos últimos 12 meses, [sentia-se tão por baixo que pensou em <u>cometer suicídio?</u> ]	1	5	1	5	1	5
		SE CODIFICADO 1, SALTE P/ E21.						
DP4A9 DEP10C3	A.	[Você chegou a fazer um plano de como faria? ]	1	5	1	5	1	5
DEP10C3 DP4A9	E20	Nos últimos 12 meses, [você <u>tentou suicídio?</u> ]	1	5	1	5	1	5
	E21A	PARA A COLUNA 1 - SOME O NÚMERO DE 5s EM E1, E2, MAIS O NÚMERO DE CASELAS COM NO MÍNIMO UM 5. O NÚMERO TOTAL É DE 4 OU MAIS?	NÃO..... 1	SIM..... 5				
		SE NÃO, SALTE P/ E34.						

BASELINE INTERVIEW

SITE ID				PATIENT ID			

			I ÚLTIMOS 12 MESES		II ÚLTIMO MÊS		III PIOR EPISÓDIO SX		
			NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	
DEP10S4	E22	Nos últimos 12 meses, durante um período de duas semanas no qual (sentia-se deprimido(a)/perda de interesse/ perda de energia) [quase todos dias, você sentia-se <u>particularmente pior quando acordava</u> , mas sentia-se melhor no final do dia? ]	1	5	1	5	1	5	
DEP10S8	E23	Nos últimos 12 meses, durante um daqueles períodos [seu <u>interesse por sexo estava muito menor do que o habitual?</u> ]	1	5	1	5	1	5	
DEP10S2	E24	[Você <u>perdeu a capacidade de sentir prazer quando coisas boas aconteciam com você</u> , como vencer alguma coisa ou ser elogiado ou cumprimentado?	1	5	1	5	1	5	
							VÁ PARA E34		
DEP10A DP4E DP4D	E25	Nos últimos 12 meses, durante qualquer período de (sentir-se triste, vazio(a), ou deprimido(a)/perda de interesse), você contou a um médico sobre os seus sentimentos ou sobre os problemas que estava tendo no tempo que (LISTAR SX CODIFICADOS 5 EM E3-E20)? CONTINUE INVESTIGANDO.  MD: _____ OUTROS: _____  SE NÃO FOR CODIFICADO PRB 5, SALTE P/ E34.	PRB:		2	3	4	5	
DP4A DP4E DEP10A	E26	Nos últimos 12 meses, qual foi o período mais longo que você teve assim?  SE TODOS OS 12 MESES CODIFIQUE 52. (MESES X 4 = # SEMANAS.)  SE 0 A 13 DIAS CODIFIQUE 01  SE CODIFICADO 01 SALTE P/ E34.  A. Nos últimos 12 meses, houve algum período de duas semanas ou mais que seriamente interferiu com a sua habilidade em lidar com seu emprego, cuidar da sua casa ou família, ou de cuidar de si próprio?						___/___ SEMANAS	
					NÃO .....	1			
					SIM .....	5			
DP4ON DEP10ON DP4RE DEP10RE	E27	INIC/ULT VEZ: Quando foi a (primeira/última) vez que teve um período de duas semanas ou mais onde você (sentiu-se triste, vazio(a), ou deprimido(a)/perda de interesse/perda de energia) e também teve algum destes problemas, como (SX CODIFICADO 5 EM E4-E20 NA COLUNA 1)?	INIC:	1	2	3	4	5	6
			IDADE INIC:					/	
			ULT VEZ:	1	2	3	4	5	6
			IDADE ULT VEZ					/	



SITE ID		PATIENT ID				

E28 REMOVIDO

DEP10RG1 MDR4A	E29	<p>Nos últimos 12 meses, quantos períodos diferentes você teve que durou duas semanas ou mais que se sentiu (deprimido(a)/perda de interesse nas coisas/perda de energia) e tinha algum dos problemas que conversamos?</p> <p>SE CODIFICADO 01, SALTE P/ E30.</p> <p>A. Entre (Qualquer um) desses períodos de (depressão/perda de interesse nas coisas/perda de energia) você se sentia bem por alguns meses?</p> <p>B. Entre seus períodos de depressão, você era capaz de trabalhar ou ter prazer em estar com outras pessoas, como era antes de adoecer?</p> <p>C. Nos últimos 12 meses, este tempo em que se sentia bem e tinha prazer em estar com outras pessoas durou no mínimo dois meses?</p> <p>D. Nos últimos 12 meses, quantos períodos separados de (depressão/perda de interesse nas coisas/perda de energia) você teve, se você contar apenas períodos onde se sentiu bem por no mínimo 2 meses entre eles?</p>	<p style="text-align: right;">_/_</p> <p>#EPISÓDIOS</p> <p>NÃO .....(SALTE P/ E30)..... 1</p> <p>BEM NOS INTERVALOS..... 5</p> <p>NÃO .....(SALTE P/ E30)..... 1</p> <p>SIM..... 5</p> <p>NÃO .....(SALTE P/ E30)..... 1</p> <p>SIM..... 5</p> <p style="text-align: right;">_/_</p> <p>#EPISÓDIOS COM 2 MESES DE INTERVALO</p>
DP4E	E30	<p>Nos últimos 12 meses, este (período/qualquer um destes períodos) de (depressão/perda de interesse) ocorreu logo após que alguém muito próximo de você morreu?</p> <p>SE ESPONTANEAMENTE REFERE QUE COMEÇOU MAIS DE 2 MESES APÓS A MORTE, MARQUE 1 E SALTE TO B.</p> <p>A. Nos últimos 12 meses, teve um período de (depressão/perda de interesse) junto com estes outros problemas (LISTE 3 SX CODIFICADO 5 DE E3-E20 NA COLUNA 1) em períodos que não foram logo após a morte de alguém querido?</p> <p>B. SE DO SEXO MASCULINO OU SEM CRIANÇA OU IDADE = 50 OU MAIS, SALTE P/ E31. (Este/ estes) período(s) começou (aram) no mês em que teve um parto?</p>	<p>NÃO ..... (SALTE P/ B)..... 1</p> <p>SIM..... 5</p> <p>NÃO, SOMENTE APÓS A MORTE .....(SALTE P/ E31)..... 1</p> <p>SIM, OUTRAS VEZES ..... 5</p> <p>NÃO ..... 1</p> <p>SIM..... 5</p>

BASELINE INTERVIEW

SITE ID		PATIENT ID				

E31 R TEVE 2 OU MAIS EPISÓDIOS DE DEPRESSÃO EM PRÍODOS SEPARADOS (E29D CODIFICADO 2 OU MAIS)? NÃO.....(SALTE P/ E34) ..... 1  
SIM..... 5

E31A NA COLUNA II - E1 OU E2 FORAM CODIFICADOS 5? SE NÃO, SALTE P/ E32. NÃO..... 1  
SIM ..... 5

E31B NA COLUNA II - SOME O NÚMERO DE 5s EM E1, E2, MAIS O NÚMERO DE CASELAS COM AO MENOS UM 5. O TOTAL É DE 5 OU MAIS? SE SIM, SALTE P/ E34 NÃO..... 1  
SIM ..... 5

E32 Agora eu gostaria de saber sobre o tempo em que você, nos últimos 12 meses, (estava se sentindo deprimido(a)/perda de interesse/perda de energia) por no mínimo duas semanas e tinha o maior número de outros problemas ao mesmo tempo, como os que nos já conversamos. Em que mês foi? (SE O PIOR MÊS FOI O ÚLTIMO MÊS, SALTE P/ E34. SE NÃO CONSEGUE ESCOLHER: Então escolher um período ruim de duas semanas.) /  
MÊS

E33 Agora estarei perguntando sobre os problemas que você teve durante o período de duas semanas, no último (NOMEAR O MÊS) quando você tinha o maior número destes problemas ao mesmo tempo.  
Naquele tempo, você estava sentindo triste ou deprimido?  
A. Você perdeu o interesse em quase tudo?  
NÃO ..... 1  
SIM..... 5  
NÃO ..... 1  
SIM..... 5

(RETORNE P/ E3, COL. III. LEIA CADA QUESTÃO CODIFICADA 5 NA COL. I, INICIE EM [. CODIFIQUE NA COL. III.

BASELINE INTERVIEW

SITE ID		PATIENT ID				

DY4A	E34	Alguma vez passou dois anos ou mais na sua vida em que se sentiu deprimido ou triste quase todos os dias, mesmo que algumas vezes se sentisse bem?		NÃO ..... (SALTE P/ FIM) ..... 1 SIM..... 5
DYS10A DY4C	A.	Algum período como este já durou 2 anos sem interrupção de 2 meses, mesmo que algumas vezes se sentisse bem?		
		SE NÃO, CODIFIQUE PRB 1, E SALTE P/ FIM.		
		Durante um período de 2 anos ou mais sentindo-se <u>deprimido(a) ou triste</u> , você contou a um médico sobre estes sentimentos? CONTINUE INVESTIGANDO.	PRB: 1    2    3    4    5	
		MD: _____ OUTROS: _____		
	B.	Algum destes períodos longos sentindo-se <u>deprimido(a) ou triste</u> continuaram ao longo dos último 12 meses?		NÃO ..... (SALTE P/ FIM) ..... 1 SIM..... 5
	C.	Em que mês terminou? SE AINDA ATIVO, CODIFIQUE 00.		/ / MÊS
			NÃO	SIM
	E35	(Entre 1 ano atrás e este último (MÊS)/ SE E34C CODIFICADO 00: Durante estes últimos 12 meses) você tinha <u>problemas para dormir</u> - como problemas para iniciar o sono, acordar no meio da noite, ou acordar cedo demais?	1	5
	E36	Durante este período, você frequentemente <u>dormia demais</u> ?	1	5
	E37	(Entre 1 ano atrás e este último (MÊS)/ SE E34C CODIFICADO 00: Durante estes últimos 12 meses) você com frequência tinha <u>muito pouco apetite para comer</u> ?	1	5
DYS10C2 DY4B2	E38	Durante este período, você frequentemente <u>comia muito mais do que o normal para você</u> ?	1	5
DY4B2	E39	Durante este período, você perdeu energia ou sentia-se cansado(a) a maioria do dia, mesmo que você não tenha trabalhado muito?	1	5

BASELINE INTERVIEW

SITE ID		PATIENT ID			

			NÃO	SIM
DYS10C3 DY4B4	E40	(Entre 1 ano atrás e este último (MÊS)/ SE E34C CODIFICADO 00: Durante estes últimos 12 meses), você frequentemente sentia que você <u>não era tão bom quanto as outras pessoas?</u>	1	5
DYS10C3 DY4B4	E41	Durante este período, você tinha tão <u>pouca confiança em si próprio</u> que nem tentaria dar opinião sobre qualquer assunto?	1	5
DYS10C4 DY4B5	E42	Durante este período, teve muito mais <u>dificuldade para se concentrar</u> do que é o normal para você?	1	5
DY4B5	E43	(Entre 1 ano atrás e este último (MÊS)/ SE E34C CODIFICADO 00: Durante estes últimos 12 meses), teve <u>dificuldades de decidir sobre coisas</u> que normalmente não teria trabalho para decidir?	1	5
DYS10C5	E44	Durante este período, você <u>frequentemente chorava?</u>	1	5
DYS10C7 DY4B6	E45	Durante este período, você sempre se <u>sentia sem esperanças</u> - achando que as coisas não iriam melhorar?	1	5
DYS10C8	E46	Durante este período, você geralmente <u>sentia</u> que <u>não conseguia lidar com</u> a vida cotidiana e com suas responsabilidades?	1	5
DYS10C9	E47	Durante este período, você <u>sentiu</u> que <u>sua vida sempre foi ruim</u> e que <u>não iria ficar melhor?</u>	1	5
DYS10C10	E48	(Entre 1 ano atrás e este último (MÊS)/ SE E34C CODIFICADO 00: Durante estes últimos 12 meses), você se sentiu <u>não mais desejado para passar o tempo com seus amigos ou parentes?</u>	1	5
DYS10C11	E49	Durante este período, você estava <u>menos falante</u> que o <u>normal</u> para você?	1	5

BASELINE INTERVIEW

SITE ID		PATIENT ID			

			NÃO	SIM
DYS10C6	E50	Durante este período, você <u>perdeu interesse em quase todas coisas</u> como trabalho e hobbies ou coisas que normalmente gostava de fazer para se divertir?	1	5
DYS10C6	E51	Durante este período, o seu <u>interesse em sexo estava muito menor que o habitual?</u>	1	5

SE NENHUM 5 CODIFICADO EM E35-E51;  
CODIFIQUE E52 PRB 1 E SALTE PARA O FIM.

DY4G	E52	Você conversou com um médico sobre os <u>problemas</u> que estava tendo <u>durante este período</u> - problemas como (SX CODIFICADO 5 EM E35-E51)?	PRB:	1	2	3	4	5
------	-----	--	------	---	---	---	---	---

CONTINUE INVESTIGANDO.

MD: \_\_\_\_\_ OUTROS: \_\_\_\_\_  
 SE CODIFICADO 5, MAS O ENTREVISTADO VOLUNTARIAMENTE REFERE ALGUNS PROBLEMAS LIGADOS SOMENTE A DOENÇAS FÍSICAS, LISTE ESTES PROBLEMAS.

SE CODIFICADO 5, MAS O ENTREVISTADO VOLUNTARIAMENTE REFERE ALGUNS PROBLEMAS LIGADOS SOMENTE PARA MEDICAÇÃO, DROGAS OU ALCOOL, LISTAR ESTES PROBLEMAS.

DY4ON DYS10ON	E53	INIC: Quando o seu primeiro período de dois anos ou mais iniciou em que se sentia triste e tinha algum desses problemas como (SX CODIFICADO 5 EM E35-E51 E NENHUM ATRIBUIDO SOMENTE A DOENÇAS FÍSICAS OU MEDICAÇÕES, DROGAS OU ALCOOL)?	IDADE INIC: ____ / ____
------------------	-----	---	-------------------------

## UTILIZAÇÃO DE RECURSOS

USE OF HEALTH CARE SERVICES

Uso de Serviços de Saúde

SITE ID

Agora vou perguntar sobre suas consultas em posto de saúde e em ambulatório durante os últimos 3 meses (inclusive a que tiver tido hoje).

Durante os últimos três meses, você consultou algum dos seguintes profissionais de saúde?	(Circule) Não Sim	Quantas consultas fez durante os últimos três meses ?	Geralmente, onde foram as consultas? <i>1 = ambulatório do hospital 2 = posto de saúde 3 = emergência 4 = clínica/consultório particular 5 = em casa</i>	Em média, quanto tempo durou cada consulta? <i>Tempo em minutos</i>
1. Médico do posto de saúde	0 1	Nº de consultas		Nº de minutos
2. Outros profissionais de saúde (como enfermeiro, assistente social, agente de saúde ou terapeuta ocupacional)	0 1	Nº de consultas		Nº de minutos
3. Psiquiatra	0 1	Nº de consultas		Nº de minutos
4. Psicólogo	0 1	Nº de consultas		Nº de minutos
5. Outros profissionais de saúde mental	0 1	Nº de consultas		Nº de minutos
6. Outros médicos especialistas ou dentista	0 1	Nº de consultas		Nº de minutos
7. Terapias alternativas (como, homeopatia, terapia floral)	0 1	Nº de consultas		Nº de minutos
8. Outros (serviços diagnósticos) <i>especifique</i>	0 1	Nº de consultas		Nº de minutos

USE OF HEALTH CARE SERVICES

--	--

SITE ID

--	--	--	--

A seguir perguntarei sobre os serviços diários ou atividades de tratamento diárias que tiver usado nos últimos três meses?

Durante os últimos três meses, você usou algum dos Seguintes serviços?	(Circule) Não Sim	Quantas vezes usou esses serviços durante os últimos três meses?	Em média, quanto tempo usou cada um desses serviços?
9. Hospital-dia para tratamento de <u>saúde física</u> (como diálise ou AIDS)	0 1	Nº de vezes	Nº de horas
10. Hospital-dia para tratamento de <u>saúde mental</u> (por exemplo, terapia ocupacional ou terapia de grupo)	0 1	Nº de vezes	Nº de horas
11. Tratamento de <u>saúde mental</u> diário em programa de base comunitária (por exemplo, grupos de apoio e programas religiosos, umbanda Alcoólicos Anônimos)	0 1	Nº de vezes	Nº de horas
12. Outros (como Centro Vida, ou outros grupos de apoio)	0 1	Nº de vezes	Nº de horas

USE OF HEALTH CARE SERVICES

--	--	--	--	--	--

Na parte seguinte, vou perguntar sobre suas internações em hospital.

Durante os últimos três meses, você usou algum dos seguintes tipos de serviço de internação?	(Circle) Não Sim	Quantas vezes foi internado nos últimos três meses?	Ao todo, quanto tempo passou nesse tipo de clínica?
13 Enfermaria de hospital psiquiátrico	0 1	Nº de internações	Nº de dias
14 Enfermaria psiquiátrica de hospital geral	0 1	Nº de internações	Nº de dias
15 Enfermaria médica de hospital geral	0 1	Nº de internações	Nº de dias
16 Enfermaria de emergência de clínica psiquiátrica	0 1	Nº de internações	Nº de dias
17 Enfermaria de emergência de clínica geral	0 1	Nº de internações	Nº de dias
18 Outros (como Hospital de Pronto Socorro, Clínicas psiquiátricas privadas) <i>especifique</i>	0 1	Nº de internações	Nº de dias

19 Agora gostaria que me dissesse quais são os medicamentos receitados que você tem tomado durante os últimos três meses? [Entrevistador: Peça para ver os frascos de remédio.] [TODOS os medicamentos]

Nome do medicamento	Potência da dose (mg.)	Número de comprimidos por dose	Frequência da dose	Há quantas semanas tem tomado esses medicamentos nos últimos três meses?
a				Nº de semanas
b				Nº de semanas
c				Nº de semanas
d				Nº de semanas
e				Nº de semanas
f				Nº de semanas
g				Nº de semanas
h				Nº de semanas

Veja se o seu tratamento ou o uso dos serviços é afetado por algum dos seguintes fatores.

*Circle uma resposta para cada pergunta*

- |   |     |     |
|---|-----|-----|
| 20. O lugar onde tem que ir para se tratar é muito distante ou difícil de chegar?               | Sim | Não |
| 21. A procura de tratamento pode comprometer as minhas oportunidades de trabalho.               | Sim | Não |
| 22. Você tem condições de pagar o que lhe é cobrado pelo tratamento/remédios?                   | Sim | Não |
| 23. Você se sentiria constrangido de pedir tratamento ou de frequentar um centro de tratamento? | Sim | Não |
| 24. Sua família e/ou seus amigos o desanimam de alguma forma de procurar ou obter tratamento?   | Sim | Não |
| 25. Os medicamentos o deixam indisposto algumas vezes (efeitos colaterais)?                     | Sim | Não |
| 26. Há outras razões para não usar os serviços de tratamento? (especifique)                     | Sim | Não |



## ESTRESSORES DE VIDA

### Key Life Events

#### INSTRUCTIONS:

Please respond to the following questions by circling either “Yes” or “No” after each question.

**In the past nine months** (*since you enrolled in the LIDO Study*):

- |   |     |    |
|---|-----|----|
| 1. Have you experienced a serious illness or injury? .....  | Yes | No |
| 2. Have you experienced some kind of assault? .....   | Yes | No |
| 3. Has a serious illness, injury or assault happened to a close friend<br>or relative of yours? ..... | Yes | No |
| 4. Has either of your parents died?.....  | Yes | No |
| 5. Has your child or your partner died?.....  | Yes | No |
| 6. Have you had serious difficulties with your marriage, or gotten divorced? .....                    | Yes | No |
| 7. Have you lost your job or become unemployed?.....  | Yes | No |
| 8. Have you had new or additional serious financial problems?.....                                    | Yes | No |
| 9. Have you had problems with the police or other legal problems?.....                                | Yes | No |
| 10. Have you moved your home within the past 9 months? .....  | Yes | No |