

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

**PADRÃO DE RESPOSTAS AO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO  
DE QUALIDADE DE VIDA *WHOQOL-BREF* ATRAVÉS DO MÉTODO  
DA ENTREVISTA COGNITIVA**

TESE DE DOUTORADO

**JACQUES JOSÉ ZIMMERMANN**

Porto Alegre, agosto de 2018.

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

**PADRÃO DE RESPOSTAS AO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO  
DE QUALIDADE DE VIDA *WHOQOL-BREF* ATRAVÉS DO MÉTODO  
DA ENTREVISTA COGNITIVA**

**JACQUES JOSÉ ZIMMERMANN**

A apresentação desta Tese é exigência do Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Doutor.

**Orientador: Prof. Marcelo Pio de Almeida Fleck**

**Coorientadora: Prof<sup>a</sup> Maria Lucia Tiellet Nunes**

Porto Alegre, agosto de 2018.

CIP - Catalogação na Publicação

Zimmermann, Jacques José

Padrão de respostas ao instrumento de avaliação de qualidade de vida WHOQOL-bref através do método da entrevista cognitiva / Jacques José Zimmermann. -- 2018.

191 f.

Orientador: Marcelo Pio de Almeida Fleck.

Coorientador: Maria Lucia Tiellet Nunes.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, Porto Alegre, BR-RS, 2018.

1. Qualidade de vida. 2. Depressão. 3. Pesquisa qualitativa. 4. WHOQOL-bref. 5. Entrevista cognitiva. I. Fleck, Marcelo Pio de Almeida, orient. II. Tiellet Nunes, Maria Lucia, coorient. III. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

## AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, modelos, entre tantas outras coisas, da constante busca de conhecimentos e de vida acadêmica.

À minha família, Anna Joaquina e Pedro Luis, não só pelo estímulo, mas pelas horas que perdi do seu convívio.

Ao Grupo de pesquisa *Qualidep* e ao Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

A Donald L. Patrick e Gordon B. Parker pelas sugestões ao projeto.

Ao Grupo de Avaliação de Tecnologias em Saúde em Psiquiatria (GATS-P), especialmente aos colegas Ana Flávia Lima, Luciane Cruz, Mirian Cohen e Sandro Miguel.

Ao Programa de Pesquisa e Ensino em Transtornos de Humor do Hospital Psiquiátrico São Pedro (PROPESTH), onde realizei a coleta de dados.

À Vania Hirakata e Daniela Benzano pela ajuda no manejo do *Statistical Package for the Social Sciences*; à Rosária Geremia pelo auxílio na pesquisa bibliográfica.

À banca do meu exame geral de qualificação, Ives Cavalcanti Passos, Ana Margareth Bassols e Elisa Kern de Castro, pelos importantes aportes.

À banca examinadora da defesa de tese, Marco Antonio Knob Caldieraro, Clarissa Marcelli Trentini e Cesar Luis de Souza Brito, pelas valiosas contribuições.

À minha coorientadora Maria Lúcia Tiellet Nunes cujo brilhantismo e bom humor tornaram o percurso ainda mais prazeroso.

Finalmente, agradeço ao meu orientador, Marcelo Pio de Almeida Fleck, "*preux chevalier of Science, sans peur et sans reproche*<sup>1</sup>".

---

<sup>1</sup> Jones, Ernest (1926). Karl Abraham: 1877–1925. *International Journal of Psycho-Analysis*, 7: 155–181.

## RESUMO

**Introdução:** A depressão apresenta um impacto mais intenso na qualidade de vida do que outras graves doenças clínicas. Este estudo qualitativo teve como objetivo investigar o efeito do estado depressivo na forma de responder ao instrumento de avaliação da qualidade de vida da OMS (WHOQOL-Bref), comparando quais aspectos o indivíduo leva em consideração para responder aos itens relacionados à qualidade de vida quando deprimido e quando eutímico. **Resultados:** Utilizando o método da entrevista cognitiva, seis mulheres adultas foram entrevistadas antes de iniciar o tratamento para um episódio depressivo e foram novamente entrevistadas seis meses mais tarde, quando em remissão do episódio. O método de entrevista cognitiva de "pensar em voz alta" foi empregado. A aplicação do teste de Wilcoxon permitiu a distribuição dos 26 itens do WHOQOL-bref em três grupos: (a) itens com variação inequívoca entre depressão e eutímia ( $p < 0,05$ ), (b) itens com menor tendência à variação ( $p < 0,10$ ) e (c) itens sem variação entre os dois momentos de avaliação ( $p > 0,10$ ). Os sintomas depressivos foram associados a diferentes interpretações de alguns itens e da escala de respostas. **Discussão:** Os resultados foram discutidos de acordo com as seguintes categorias: (a) itens que se comportaram conforme o esperado; (b) itens com respostas imprevistas; (c) problemas gerais de compreensão; (d) problemas de compreensão influenciados pela depressão; e (e) comportamento estável do domínio ambiente na vigência da depressão. **Conclusão:** A qualidade de vida de pacientes deprimidos é influenciada pela depressão, mas a piora detectada também é determinada por peculiaridades na forma como indivíduos deprimidos fazem avaliações subjetivas. A depressão alterou o funcionamento do instrumento WHOQOL-bref interferindo não apenas na intensidade dos itens, mas também na compreensão de alguns deles. Na vigência do episódio depressivo ocorreram erros sistemáticos que desviaram a medida na mesma direção, podendo produzir um viés regular nos resultados do instrumento. Acreditamos que estudos qualitativos como o presente podem fornecer importante suporte para a interpretação de resultados quantitativos.

**Palavras-chave:** qualidade de vida; depressão; estudo qualitativo; whoqol-bref.

## ABSTRACT

**Background:** Depression has a stronger impact on quality of life than other severe clinical diseases. This is a qualitative study that aims to investigate the effect of depressive status on responses to items on the WHO quality of life assessment instrument (WHOQOL-Bref), comparing which aspects of the individual's life he or she takes into account in responding to the items related to quality of life when depressed and when euthymic. **Results:** Using the cognitive interview method, six adult women were interviewed prior to initiating treatment for a depressive episode and were then interviewed again six months later when in remission from the episode. The 'think aloud' method of cognitive interviewing was used. Application of the Wilcoxon test allowed distributing the WHOQOL-BREF's 26 items across three groups: (a) items with unequivocal variation between depression and euthymia ( $p < 0.05$ ), (b) items with a less marked trend toward variation ( $p < 0.10$ ) and (c) items with no variation between the two assessment time-points ( $p > 0.10$ ). Depressive symptoms were associated with different interpretations of some items and the response scale. **Discussion:** The results are discussed according to the following headings: (a) items that behaved as expected; (b) items that elicited unexpected responses; (c) problems in general comprehension; (d) problems with comprehension influenced by depression; and (e) stable behavior of the environment domain while in depression. **Conclusion:** The quality of life of depressed patients is influenced by depression, but the detected worsening of quality of life is also determined by peculiarities in how depressed individuals make subjective assessments. Depression affected WHOQOL-BREF functioning by interfering not only with the intensity of items but also with the comprehension of some of them. During a depressive episode, systematic errors occurred that deviated measurements toward the same direction, which might result in regular bias in the instrument's results. We believe that qualitative studies such as the present one may provide important support in the interpretation of quantitative results.

**Keywords:** quality of life; depression; qualitative study; whoqol-bref.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1 - Dados Demográficos .....</b>	<b>43</b>
<b>Tabela 2- Wilcoxon Signed Ranks Test.....</b>	<b>140</b>

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1 - Síntese 1: Como você avaliaria sua qualidade de vida? .....</b>	<b>45</b>
<b>Gráfico 2 - Síntese 2: Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde? .....</b>	<b>49</b>
<b>Gráfico 3 - SÍNTESE 3: Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa? .....</b>	<b>54</b>
<b>Gráfico 4 - Síntese 4: O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária? .....</b>	<b>58</b>
<b>Gráfico 5 - Síntese 5: O quanto você aproveita a vida?.....</b>	<b>62</b>
<b>Gráfico 6 - Síntese 6: Em que medida você acha que sua vida tem sentido? ...</b>	<b>65</b>
<b>Gráfico 7 - Síntese 7: O quanto você consegue se concentrar?.....</b>	<b>68</b>
<b>Gráfico 8 - Síntese 8: Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?.....</b>	<b>71</b>
<b>Gráfico 9 - Síntese 9: Quão saudável é o seu ambiente físico?.....</b>	<b>75</b>
<b>Gráfico 10 - Síntese 10: Você tem energia suficiente para o seu dia a dia? .....</b>	<b>79</b>
<b>Gráfico 11 - Síntese 11: Você é capaz de aceitar a sua aparência física? .....</b>	<b>83</b>
<b>Gráfico 12 - Síntese 12: Você tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades? Nada, muito pouco, médio, muito ou completamente? .....</b>	<b>87</b>
<b>Gráfico 13 - Síntese 13: Quão disponíveis para você estão as informações que você precisa no seu dia a dia? Nada, muito pouco, médio, muito ou completamente?.....</b>	<b>90</b>
<b>Gráfico 14 - Síntese 14: Em que medida você tem oportunidade de atividades de lazer? Nada, muito pouco, médio, muito ou completamente?.....</b>	<b>93</b>
<b>Gráfico 15 - Síntese 15: Quão bem você é capaz de se locomover? Muito ruim, ruim, nem ruim nem bom, bom ou muito bom? .....</b>	<b>97</b>
<b>Gráfico 16 - Síntese 16: Quão satisfeita você está com seu sono? Muito insatisfeita, insatisfeita, nem satisfeita nem insatisfeita, satisfeita ou muito satisfeita?.....</b>	<b>100</b>
<b>Gráfico 17 - Síntese 17: Quão satisfeita você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do dia a dia? Muito insatisfeita, insatisfeita, nem satisfeita nem insatisfeita, satisfeita ou muito satisfeita? .....</b>	<b>104</b>



<b>Gráfico 18 - Síntese 18: Quão satisfeita você está com a sua capacidade para o trabalho? Muito insatisfeita, insatisfeita, nem satisfeita nem insatisfeita, satisfeita ou muito satisfeita? .....</b>	<b>108</b>
<b>Gráfico 19 - Síntese 19: Quão satisfeita você está consigo mesma? Muito insatisfeita, insatisfeita, nem satisfeita nem insatisfeita, satisfeita ou muito satisfeita?.....</b>	<b>111</b>
<b>Gráfico 20 - Síntese 20: Quão satisfeita você está com as suas relações pessoais? Amigos, parentes, conhecidos e colegas. Muito insatisfeita, insatisfeita, nem satisfeita nem insatisfeita, satisfeita ou muito satisfeita?....</b>	<b>115</b>
<b>Gráfico 21 - Síntese 21: Quão satisfeita você está com sua vida sexual? Muito insatisfeita, insatisfeita, nem satisfeita nem insatisfeita, satisfeita ou muito satisfeita?.....</b>	<b>119</b>
<b>Gráfico 22 - Síntese 22: Quão satisfeita você está com o apoio que você recebe de seus amigos? Muito insatisfeita, insatisfeita, nem satisfeita nem insatisfeita, satisfeita ou muito satisfeita? .....</b>	<b>123</b>
<b>Gráfico 23 - Síntese 23: Quão satisfeita você está com as condições do local onde mora? Muito insatisfeita, insatisfeita, nem satisfeita nem insatisfeita, satisfeita ou muito satisfeita? .....</b>	<b>127</b>
<b>Gráfico 24 - Síntese 24: Quão satisfeita você está com o seu acesso aos serviços de saúde? Muito insatisfeita, insatisfeita, nem satisfeita nem insatisfeita, satisfeita ou muito satisfeita? .....</b>	<b>130</b>
<b>Gráfico 25 - Síntese 25: Quão satisfeita você está com o seu meio de transporte? Muito insatisfeita, insatisfeita, nem satisfeita nem insatisfeita, satisfeita ou muito satisfeita? .....</b>	<b>133</b>
<b>Gráfico 26 - Síntese 26: Com que frequência você tem sentimentos negativos como mau humor, desespero, ansiedade, depressão. Nunca, algumas vezes, frequentemente, muito frequentemente ou sempre?.....</b>	<b>136</b>

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>2. REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>14</b>
2.1 O DESENVOLVIMENTO DO PROJETO WHOQOL .....	14
2.1.1 Etapas do Projeto .....	15
2.1.2 Domínios e facetas do WHOQOL .....	15
2.1.3 Esboço e seleção de perguntas.....	16
2.1.4 Construção da escala de respostas.....	17
2.1.5 Inclusão de novos centros .....	18
2.1.6 A Versão em Português Brasileiro do WHOQOL-100.....	19
2.1.7 O WHOQOL-BREF .....	20
2.2 A ENTREVISTA COGNITIVA.....	22
2.2.1 Técnica de investigação verbal.....	23
2.2.2 Método de pensar em voz alta.....	25
2.2.3 Investigações com entrevista cognitiva.....	27
2.3 RELAÇÃO ENTRE QUALIDADE DE VIDA E DEPRESSÃO .....	29
<b>3. JUSTIFICATIVA DO PROJETO .....</b>	<b>31</b>
<b>4. QUESTÕES DE PESQUISA .....</b>	<b>34</b>
<b>5. MÉTODO.....</b>	<b>35</b>
5.1. OPÇÃO METODOLÓGICA.....	35
5.2 PARTICIPANTES.....	36
5.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO .....	36
5.3.1 Critérios gerais de inclusão.....	36
5.3.2 Critérios de exclusão .....	37
5.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS .....	37
5.5 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS .....	38
5.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS .....	40
<b>6. RESULTADOS.....</b>	<b>42</b>
6.1 SÍNTESES DO “PAINEL DE EXPERTS” .....	42
6.2 APLICAÇÃO DO WILCOXON SIGNED-RANK TEST .....	139
<b>7. ARTIGOS.....</b>	<b>142</b>

7.1 ARTIGO 1 - VARIAÇÃO NO PADRÃO DE RESPOSTAS A UM INSTRUMENTO DE QUALIDADE DE VIDA APÓS REMISSÃO DE EPISÓDIO DEPRESSIVO: UM ESTUDO QUALITATIVO.....	142
7.2 ARTIGO 2 - COMO UM PACIENTE DEPRIMIDO AVALIA A PRÓPRIA QUALIDADE DE VIDA? UM ESTUDO QUALITATIVO .....	160
<b>8. CONCLUSÃO .....</b>	<b>173</b>
<b>9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>180</b>
<b>10. ANEXOS .....</b>	<b>184</b>
10.1 APROVAÇÃO DO PROJETO PELA COMISSÃO CIENTÍFICA E COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE .....	184
10.2 APROVAÇÃO DO PROJETO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SÃO PEDRO .....	185
10.3 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (VERSÃO APROVADA PELO CEP GPPG/HCPA).....	186
10.4 INSTRUMENTO WHOQOL-BREF .....	187

## 1. INTRODUÇÃO

Desde a década de noventa do século passado verifica-se crescente interesse em avaliar a visão subjetiva do paciente em relação a diversos desfechos em saúde. Surgiram os chamados *patient report outcomes* (PROs), relatos do *status* de saúde provenientes diretamente do paciente, sem qualquer interpretação da resposta do mesmo por parte do médico ou de quem quer que fosse. A principal metodologia para estes estudos tem sido a abordagem quantitativa, isto é, a utilização de questionários estandardizados. Estes instrumentos se multiplicaram de forma geométrica com uma crescente sofisticação na sua elaboração, utilizando-se complexas metodologias transculturais para desenvolvimentos de itens (WHOQOL GROUP, 1995), além de uma crescente complexidade nas análises estatísticas para seleção de itens (da Rocha, 2013). Desta forma, muitos instrumentos puderam ser refinados em sua estrutura (WILLIS, 1999).

Cada vez mais tem sido exigência das agências reguladoras em saúde que no desenvolvimento de um novo instrumento que avalie PRO ocorra uma etapa inicial qualitativa. O *Food and Drug Administration* (FDA) recomenda que os itens e domínios a serem medidos por um novo instrumento sejam esboçados com base em revisões de literatura e opinião de *experts*, e que posteriormente sejam confrontados com entrevistas com pacientes, grupos focais e entrevistas cognitivas qualitativas que irão assegurar o entendimento e a integralidade dos conceitos compreendidos nos itens (U.S. FDA, 2009). Esta fase qualitativa é concluída com o grupo de investigadores tomando decisões que determinarão o início do desenvolvimento do instrumento e sua validação inicial em pequenos grupos de sujeitos. Transposta esta etapa, podem ocorrer os grandes estudos quantitativos e estudos multicêntricos de validação (FAYERS, 2008).

Costuma-se dar mais importância à etapa final do processo, quantitativa, mais trabalhosa, dispendiosa e, talvez em função disso, mais valorizada no momento de publicar.

A validação quantitativa de qualquer instrumento é um exercício necessário e essencial, que conduz ao aprimoramento do mesmo. No entanto, a literatura mostra que os métodos de validação quantitativa não são capazes de corrigir problemas

relativos à etapa inicial qualitativa e às decisões subjetivas de *design* do instrumento (FAYERS, 2008). Da mesma forma, se os instrumentos têm bom *design* inicial dificilmente o processo de validação resultará em grandes alterações.

O processo quantitativo nada esclarece em relação ao sentido que as perguntas e as alternativas de resposta apresentam para quem as responde. Os questionários estandardizados foram desenvolvidos para evitar os vieses que aparecem quando as perguntas são formuladas de diferentes formas, mas cabe ressaltar que a estandardização do texto não garante a automática padronização de sentido (MALLISON, 2002). Somente o trabalho qualitativo pode assegurar que está sendo medindo aquilo que se deseja medir, ao passo que os métodos quantitativos apenas confirmam que, independente do que estejamos medindo, estamos medindo bem (FAYERS, 2008). Assim, o presente estudo se propõe a verificar qualitativamente um instrumento já validado quantitativamente, o WHOQOL-BREF (FLECK *et al.*, 2000).

## **2. REVISÃO DA LITERATURA**

### **2.1 O DESENVOLVIMENTO DO PROJETO WHOQOL**

O crescente desenvolvimento tecnológico da Medicina trouxe como consequência negativa a sua progressiva desumanização. A preocupação com o conceito de “qualidade de vida” foi um movimento dentro das ciências humanas e biológicas no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida. A avaliação da qualidade de vida foi acrescida aos ensaios clínicos randomizados como a terceira dimensão a ser avaliada (BECH,1995), além da eficácia (modificação da doença pelo efeito da droga) e da segurança (reação adversa à drogas).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) desenvolveu o projeto WHOQOL a partir do seu compromisso com a promoção de uma abordagem holística em relação à saúde e aos cuidados com saúde e da necessidade de um instrumento para avaliar qualidade de vida que fosse genuinamente internacional. A possibilidade de uma medida de qualidade de vida internacional tornaria possível a condução de estudos colaborativos em diferentes ambientes culturais e a comparação dos resultados. A OMS considerou que traduzir medidas de qualidade de vida já existentes traria o risco de distorções advindas de constructos de qualidade de vida inapropriados, que podem ser válidos no meio onde foram desenvolvidas, mas não em outros, levando em consideração as variações culturais.

O projeto ocorreu de forma colaborativa em quinze centros que diferiam em relação ao nível de industrialização, disponibilidade de serviços de saúde e outros marcadores relevantes à medida de qualidade de vida como religião, papel desempenhado pela família, percepção do tempo, etc (WHOQOL GROUP, 1995).

### **2.1.1 Etapas do Projeto**

O trabalho do grupo WHOQOL ocorreu em etapas que serão descritas a seguir (WHOQOL GROUP, 1995). Iniciou com a clarificação conceitual para que se chegasse a uma definição de qualidade de vida. Embora não houvesse consenso quanto à definição de qualidade de vida, os pesquisadores demonstraram grande concordância em relação a algumas características do constructo. A primeira foi o reconhecimento de que qualidade de vida é um constructo subjetivo. A segunda área de consenso foi a natureza multidimensional da qualidade de vida, pelo menos nas seguintes dimensões: física, psicológica, e social. A terceira foi de que qualidade de vida inclui dimensões positivas (ex. satisfação) e negativas (ex. dor). O desenvolvimento destes conceitos conduziu a definição de qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL GROUP, 1995).

O reconhecimento da natureza multidimensional do construto refletiu-se na estrutura do instrumento, organizada em seis grandes domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio-ambiente e espiritualidade/religião/crenças pessoais. Em cada domínio, diversos subdomínios – ou facetas da qualidade de vida – sintetizam aquela esfera particular da qualidade de vida.

### **2.1.2 Domínios e facetas do WHOQOL**

A etapa seguinte foi qualitativa. Após os investigadores principais de cada centro e consultores haverem tentado determinar domínios e facetas da qualidade de vida, esboçando uma lista provisória, grupos focais com seis a oito indivíduos foram usados como forma de suscitar ideias sobre o tema em populações alvo: indivíduos saudáveis, doentes e profissionais de saúde. Este método foi importante no contexto do projeto porquanto o mesmo cronograma de entrevistas pode ser utilizado em diferentes culturas e em diferentes grupos de uma mesma cultura. Para assegurar estandardização entre os centros, os moderadores dos grupos focais

foram treinados pela OMS em Genebra. Os dados que emergiram desta primeira fase dos grupos focais confirmaram em grande parte a estrutura de domínios e facetas do rascunho elaborado e possibilitaram a depuração das definições de domínios e facetas. A seguir, novos grupos focais foram reunidos em cada um dos centros participantes.

Cada grupo focal era composto por seis a oito indivíduos demograficamente representativos da população alvo em termos de gênero, idade, escolaridade, nível sócio econômico e grupo étnico. Os participantes eram inicialmente instruídos e após discutiam faceta por faceta. Eram inquiridos sobre como cada faceta influenciava sua qualidade de vida e qual a melhor forma de indagar sobre a mesma. Sujeitos de três populações constituíram os grupos focais em cada centro: pessoas em contato com serviços de saúde (pacientes internados, ambulatoriais com doenças agudas e crônicas), pessoas da população geral (incluindo alguns cuidadores informais) e profissionais de saúde.

Pelo menos dois grupos focais foram conduzidos para cada uma das três populações descritas. Entretanto, quando os dados de qualquer dos grupos eram heterogêneos, grupos focais adicionais eram realizados até que os dados mostrassem um padrão e que novos grupos focais não acrescentassem novas informações. Esta segunda fase dos grupos focais endossou consideravelmente a estrutura proposta para o WHOQOL, ainda que em determinadas situações os dados tenham exigido revisões na estrutura de facetas e definições.

### **2.1.3 Esboço e seleção de perguntas**

As transcrições dos grupos focais continham sugestões valiosas para as perguntas do WHOQOL. Encerrado o trabalho dos grupos focais, foi convocado um painel de elaboração de perguntas em cada um dos centros, do qual participava o investigador principal, o moderador de grupos focais, além de pelo menos uma pessoa com habilidade e experiência em entrevistas. Ainda foi incluído um leigo para assegurar que as perguntas fossem concebidas em um linguajar compreensível e natural. O painel escolheu um máximo de seis perguntas para cada faceta.



As perguntas de todos os centros foram então agrupadas em um *pool* global de 1800 perguntas. A análise de conteúdo identificou diversas perguntas com equivalência semântica, reduzindo o tamanho do *pool*. Os julgamentos de equivalência semântica foram realizados em pequenos grupos, por concordância consensual, e subsequentemente foram revisados por todos os investigadores principais. Após revisão das perguntas restantes para verificar se satisfaziam os critérios para “perguntas WHOQOL”, o *pool* global ficou com 1000 itens. Então, o investigador principal de cada centro ordenou as perguntas de cada faceta de acordo com a indagação: “em que medida a pergunta fornece informações sobre a qualidade de vida em sua cultura?”. Dos ordenamentos combinados de todos os centros, 235 perguntas foram selecionadas para o piloto do instrumento WHOQOL.

No teste piloto o instrumento WHOQOL continha 235 perguntas dirigidas a 29 facetas da qualidade de vida. Foi aplicado em 250 usuários dos serviços de saúde e 50 indivíduos saudáveis em cada um dos 15 centros culturalmente distintos (total de 4500 sujeitos), visando a examinar a validade de constructo dos domínios e das facetas do instrumento, selecionar as melhores perguntas de cada faceta e estabelecer a consistência interna e a validade discriminante do instrumento.

No teste de campo o instrumento já estava com o seu formato definitivo, com 100 itens, produzindo escores em seis domínios e 24 facetas, além de quatro itens globais que investigam qualidade de vida global e saúde geral. O teste de campo objetivou verificar a sensibilidade à mudança, a confiabilidade teste-reteste e a validade de critério – especificamente em relação às validades convergente, discriminante e preditiva.

#### **2.1.4 Construção da escala de respostas**

Uma escala de respostas semântica de cinco pontos foi utilizada do começo ao fim do projeto. Foi adotada uma metodologia estandardizada para originar a escala de resposta em cada idioma. Embora os extremos como “sempre” e “nunca” sejam universais, os termos intermediários possuem nuances de significado que podem dar margem a ambiguidades, dificuldades de tradução, além de serem

sujeitos a variações culturais na sua interpretação. Para garantir equivalência entre os centros, foi utilizada uma metodologia que especificava os pontos âncora para cada um dos quatro tipos de escala de resposta: escala de intensidade (nada - extremamente), capacidade (nada - completamente), frequência (nunca - sempre) e avaliação (muito insatisfeito - muito satisfeito; muito ruim - muito bom). Para os pontos intermediários a busca seria por descritores que se encaixassem em uma escala métrica nos pontos 25%, 50% e 75% entre os pontos âncora.

Isto se fez pela seleção de 15 palavras com significados intermediários entre os dois pontos âncoras através de dicionários, literatura e instrumentos psicométricos anteriormente estabelecidos. Estes descritores eram colocados em uma escala visual-analógica de 100 mm aplicada a 20 indivíduos da população que procurava o serviço de saúde pela seleção das palavras que tivessem média entre 20-30 mm (25%), entre 45-55 mm (50%) e entre 70-80 mm (75%). Se mais de uma palavra ficasse com média entre as faixas acima, selecionava-se a de menor desvio padrão. Esta metodologia assegurou que as escalas de resposta não seriam simplesmente traduzidas de outro idioma, com os problemas inerentes a este procedimento. Além disso, garantiu alto grau de equivalência entre idiomas e equidistância entre os descritores das escalas.

### **2.1.5 Inclusão de novos centros**

Com o objetivo de promover a utilização do WHOQOL em número maior de países, além dos quinze iniciais, novos centros foram admitidos ao final do processo da elaboração do WHOQOL-100. A metodologia estabelecida pelo grupo WHOQOL para novas versões era composta dos seguintes passos:

**Tradução:** a tradução era feita por tradutor que compreendesse detalhadamente o instrumento. Esta tradução era revisada por um grupo bilíngue composto por entrevistadores, médicos e antropólogos. A seguir o instrumento era revisado por um grupo monolíngue representativo da população na qual o instrumento seria aplicado. O grupo bilíngue, então, incorporava as sugestões do grupo monolíngue. Terminada essa etapa era feita retrotradução por tradutor

independente, que era avaliada pelo grupo bilíngue, sendo que qualquer diferença significativa era revisada iterativamente.

**Preparação do teste piloto:** a versão do WHOQOL-100 foi discutida nos grupos focais do novo centro. Os grupos focais seguem o padrão do estudo original: compostos por seis a oito pessoas, representativas da população do centro em termos de sexo, idade, nível educacional, nível socioeconômico, estado civil e grupo étnico. Da mesma forma, três categorias foram estudadas, sendo realizados dois grupos focais para cada uma delas: usuários de serviços de saúde, pessoas da população geral (incluindo cuidadores informais) e profissionais da área da saúde.

Os grupos focais dos novos centros puderam propor questões adicionais para facetas já existentes, seguindo as recomendações dos critérios para o desenvolvimento de questões, que foram anexadas ao WHOQOL-100 como “questões adicionais nacionais”.

As escalas de resposta foram desenvolvidas no idioma do novo centro usando a mesma metodologia dos centros iniciais.

O piloto foi aplicado em 300 pessoas adultas, sendo que a metade dos sujeitos deveria ter menos de 45 anos, a metade deveria ser composta de homens, 250 vinculados a um serviço de saúde e 50 indivíduos da população. Visando obter uma amostra heterogênea, com diferentes níveis de qualidade de vida, foram incluídos pacientes com doenças crônicas severas, pacientes com doenças transitórias leves e pacientes com patologias que pouco alterariam a qualidade de vida. Cinquenta sujeitos cujo estado de saúde seria improvável de mudar substancialmente no decorrer das semanas seguintes foram retestados duas a quatro semanas após a primeira aplicação.

#### **2.1.6 A Versão em Português Brasileiro do WHOQOL-100**

Foi empregado o método preconizado pelo grupo WHOQOL. Os grupos focais sugeriram pequenas modificações na maneira de formular as perguntas, que foram incorporadas à versão final do instrumento depois de discutidas no segundo painel. Este painel decidiu manter as sugestões que fornecessem sinônimos mais simples e

de uso comum para facilitar o entendimento do maior número de pessoas possível. Um problema já ocorrido na tradução para outras línguas latinas ocorreu com as questões de avaliação (ex. “how satisfied...?” ou “How difficult...?”). A tradução mais correta (ex. “quão satisfeito...?” ou “quão difícil...?”) não é de uso corrente no Brasil, mas a discussão nos grupos focais mostrou que, mesmo os pacientes de nível educacional mais baixo, apesar de não usarem esta expressão no seu dia a dia conseguiam entendê-la perfeitamente como sendo semelhante a “quanto” (FLECK, 1999).

### **2.1.7 O WHOQOL-BREF**

A necessidade de instrumentos de pesquisa mais curtos, que demandassem menos tempo para o seu preenchimento, mas com características psicométricas satisfatórias, fez com que o grupo WHOQOL desenvolvesse uma versão abreviada do WHOQOL-100, o WHOQOL-BREF (FLECK, 2000). Este instrumento consta de 26 perguntas, sendo duas gerais de qualidade de vida e as demais 24 representam cada uma das 24 facetas que compõe o instrumento original. Desta forma, diferente do WHOQOL-100 onde cada faceta é avaliada a partir de quatro perguntas, no WHOQOL-BREF cada faceta é avaliada por uma única questão.

O critério de seleção das questões que comporiam o WHOQOL-BREF foi tanto psicométrico como conceitual. Do ponto de vista conceitual, foi definido pelo grupo WHOQOL que o caráter abrangente do WHOQOL-100 deveria ser preservado. Desta forma, cada uma das 24 facetas que compõem o WHOQOL-100 deveria estar representada por uma questão no WHOQOL-BREF. No nível psicométrico foi selecionada a questão mais altamente correlacionada com o escore total do WHOQOL-100, calculado pela média de todas as facetas. Depois desta etapa, os itens selecionados foram examinados por um painel de peritos para estabelecer se representavam conceitualmente cada domínio de onde as facetas provinham. Dos 24 itens selecionados pelo critério psicométrico, 6 foram substituídos por questões que definissem melhor a faceta correspondente. Três itens do domínio meio ambiente foram substituídos por serem muito relacionados com o domínio

psicológico. Outros três itens foram trocados por explicarem melhor a faceta em questão (FLECK *et al.*, 2000).

Foi realizada análise fatorial confirmatória para uma solução a quatro domínios. Desta forma, o WHOQOL-bref é composto por quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.

No teste de campo da versão em português do Brasil do WHOQOL-bref, utilizando amostra heterogênea de voluntários e pacientes ambulatoriais ou internados, o instrumento apresentou boa consistência interna, validade discriminante, validade concorrente, validade de conteúdo e confiabilidade teste-reteste (Fleck *et al.*, 2000).

A consistência interna do WHOQOL-bref, medida pelo coeficiente  $\alpha$  de Cronbach, foi boa para os 26 itens, para os 4 domínios ou para cada um dos domínios separadamente. Examinados individualmente, os domínios relações sociais e meio ambiente foram os que apresentam os menores valores do coeficiente de Cronbach.

Em relação à validade discriminante, os domínios físico e psicológico discriminaram de forma estatisticamente significativa pacientes de controles. O domínio meio ambiente apresentou teste de significância limítrofe e o domínio relações sociais não apresentou capacidade de discriminação entre pacientes e controles.

No que diz respeito à validade de critério, observou-se que, excetuando o domínio de relações sociais, que os outros três domínios fizeram parte do modelo utilizando regressão linear múltipla e explicaram 44% da variância. O domínio de relações sociais não contribuiu para o modelo que usou os itens gerais de qualidade devida como variável independente em amostra de pacientes com doenças de diferentes naturezas e severidades.

Os domínios apresentaram coeficientes de correlação significativos entre si e em relação ao BDI e BHS. A BDI apresentou maiores coeficientes de correlação com o domínio psicológico, reforçando a validade concorrente de os dois instrumentos.

Em relação à fidedignidade teste-reteste, não houve diferença significativa entre as médias da primeira medida comparada com a segunda. Todos os coeficientes de correlação das medidas do teste-reteste foram significativos com coeficientes superiores a 0,69.

Em relação ao WHOQOL-100, o domínio relações sociais apresentou validade discriminante na versão longa, mas não na versão breve.

## 2.2 A ENTREVISTA COGNITIVA<sup>2</sup>

O questionário auto respondido tornou-se predominante na segunda metade do século vinte, sendo utilizado em virtualmente toda a ciência social, além dos campos da saúde e da economia.

Uma preocupação básica de qualquer pesquisador diz respeito à exatidão da informação obtida quando perguntamos algo a um sujeito de uma amostra. Na avaliação de instrumentos de pesquisa, a entrevista cognitiva examina questões que podem impor dificuldades originadas no processamento cognitivo destes itens. O autor do instrumento pode ter a intenção de determinada interpretação com uma pergunta e descobrir que no momento em que os indivíduos são apresentados à questão adotam um entendimento alternativo que se mostra razoável, mas diferente do planejado. A entrevista cognitiva tem seu foco no questionário, visa avaliar a qualidade das respostas e ajuda a determinar se a pergunta gera a informação pretendida pelo autor (WILLIS, 1999).

Se a entrevista cognitiva apresenta os dados ou *insights* apropriados, é possível modificar o material para melhorar a sua clareza. Isto facilita as demandas do processo cognitivo dos respondedores e aumenta a chance de que responderão de maneira cuidadosa e fornecerão respostas acuradas.

O foco da entrevista cognitiva é o processo cognitivo que os sujeitos usam para responder questões de pesquisa, em particular a sua compreensão, evocação, decisão, julgamento e processo de resposta (WILLIS,, 1999). Portanto, o processo

---

<sup>2</sup> A presente revisão sobre entrevista cognitiva teve como base o livro de Gordon B. Willis "*Cognitive Interviewing: A Tool for Improving Questionnaire Design*" (Willis, 2005).

encoberto, normalmente oculto, assim como o manifesto, observável, são estudados. O objetivo mais comum, no entanto, é o de detectar uma ampla variedade de problemas em questionários de pesquisa.

Os entrevistadores devem ser treinados para conduzir este tipo de entrevista. O tamanho amostral é modesto, entre cinco e quinze indivíduos. A ideia de saturação, derivada da metodologia qualitativa, é aplicada nesta técnica. Desta forma, o investigador identifica grupos de pessoas relevantes para o estudo e conduz entrevistas com membros do grupo até que tais entrevistas não estejam produzindo novos *insights* (BEATTY E WILLIS, 2007).

A entrevista cognitiva é uma forma de testar instrumentos de pesquisa, mas não é um método de validação no sentido formal: é uma tentativa de produzir melhores perguntas – mais informação do que validação. Outro aspecto que deve ser ressaltado é que a entrevista cognitiva em si não resulta em questionários melhores, mas serve como uma inspeção das questões que identifica problemas potenciais. Resolver tais problemas exige posteriormente o trabalho de um *designer* de questionários experiente.

Pesquisadores que lançam mão das técnicas de entrevista cognitiva reconhecem que não poderão saber de forma integral o que ocorre na mente do respondente no momento em que ele responde a uma pergunta de pesquisa. O objetivo do entrevistador cognitivo é o de incitar o indivíduo a revelar informações que darão indícios do tipo de processo cognitivo descrito acima.

### **2.2.1 Técnica de investigação verbal**

Na técnica de investigação verbal, o entrevistador inicialmente faz a pergunta de pesquisa e o sujeito a responde. A seguir o entrevistador pergunta por outras informações relevantes específicas à pergunta ou à resposta apresentada. Em geral, o entrevistador esquadrinha a resposta, aprofundando a base para a mesma. Estas perguntas podem investigar compreensão/interpretação, confiança no julgamento, memória, verificações gerais e específicas (WILLIS, 1999).

A investigação verbal pode ser concomitante ou retrospectiva. Na forma retrospectiva, o sujeito responde às perguntas da investigação depois do preenchimento do instrumento ter sido concluído em uma parte separada da entrevista conhecida como *debriefing session*. A técnica de investigação retrospectiva foi desenvolvida para lidar com o problema da artificialidade (ver abaixo). No entanto, existe a possibilidade de que o sujeito não lembre mais no que estava pensando no momento do preenchimento e que “invente” uma explicação. Ainda assim, a investigação verbal retrospectiva se mostra muito útil em algumas situações, como examinar a capacidade do sujeito de preencher questionários auto-aplicáveis sem ajuda, especialmente se existirem instruções sequenciais (WILLIS, 1999).

Independente de a investigação verbal ser concomitante ou retrospectiva, há duas categorias de perguntas de investigação: redigidas e espontâneas. As primeiras são desenvolvidas antes das entrevistas e passíveis de serem utilizadas por uma série de entrevistadores. Conferem um caráter estandardizado às entrevistas, o que é particularmente útil quando os entrevistadores são pouco experientes. As espontâneas são desenvolvidas a critério do entrevistador durante a entrevista.

Apesar de a investigação espontânea poder aparentar menor “rigor científico”, ela se mostra muito vantajosa em relação à redigida. Observa-se que as formas de investigação mais produtivas e interessantes frequentemente ocorrem no curso dessas entrevistas como um produto da relação particular que se desenvolve entre o entrevistador, o sujeito e o questionário de pesquisa (WILLIS, 1999). Uma das hipóteses básicas subjacentes ao método de entrevista cognitiva é a de que os resultados não podem ser previstos antes da entrevista.

A técnica de investigação verbal tem duas vantagens (WILLIS, 1999). A primeira é o controle da entrevista, uma vez que a investigação faz com que o sujeito seja guiado pelo entrevistador, evitando discussões irrelevantes e pouco produtivas. A segunda é que não é necessário treinar o sujeito, pois há facilidade para induzi-lo a responder perguntas da investigação, já que não diferem muito das perguntas do questionário de pesquisa ao qual ele já estava respondendo. Muitas vezes o sujeito naturalmente passa a oferecer pensamentos espontâneos e críticas, lembrando o



procedimento de pensar em voz alta (vide abaixo). É importante já chamar a atenção para o fato de que em muitas circunstâncias há dificuldade em distinguir os dois procedimentos, como será discutido adiante.

As desvantagens das técnicas investigação verbal também são duas: artificialidade e o potencial de vieses (WILLIS, 1999). Há críticas à validade das técnicas de investigação verbal pois as interjeições do entrevistador podem produzir uma situação que não é análoga à entrevista de pesquisa, na qual o entrevistador apenas administra perguntas que o entrevistado responde. Consideram-se estas críticas pouco relevantes em virtude do propósito da entrevista cognitiva ser diferente do propósito da entrevista de campo: uma analisa perguntas, outra coleta dados. A segunda desvantagem é de que o uso da técnica pode levar o respondente a um tipo de resposta particular, o que pode ser minimizado pela seleção cuidadosa de técnicas de investigação verbal não diretivas, que minimizam o viés.

### **2.2.2 Método de pensar em voz alta**

O termo “pensar em voz alta” descreve um tipo de atividade bem específica, na qual o sujeito é instruído explicitamente a pensar em voz alta enquanto responde às perguntas de pesquisa (WILLIS, 1999). O entrevistador lê cada questão e grava o processo que o sujeito usa para chegar a resposta. O entrevistador faz poucas intervenções, exceto “*me diga no que está pensando*” quando o sujeito faz uma pausa. Cabe salientar que este tipo de intervenção do entrevistador, dependendo da frequência, pode ser considerada investigação verbal. Desta forma, o procedimento de pensar em voz alta pode ser considerado uma forma especializada de investigação verbal e a distinção entre as duas técnicas, conforme salientado antes, pode ser difícil.

O sujeito pode ser treinado para o procedimento de pensar em voz alta. O treino consiste de uma pequena prática no início da entrevista, quando o entrevistado faz um exercício de visualizar o lugar onde vive, contando o número de janelas deste lugar, falando sobre o que está vendo e pensando a respeito.

As vantagens da técnica de pensar em voz alta são três (WILLIS, 1999). Em primeiro lugar não se requer treinamento extenso do entrevistador já que predominantemente lê perguntas de pesquisa. A segunda é que o viés atribuído ao entrevistador é mínimo, justamente por contribuir pouco, apenas lendo as perguntas e ocasionalmente perguntando no que o sujeito está pensando, de forma que faz poucas intervenções para enviesar as respostas do sujeito. A terceira vantagem é o formato aberto, pois sendo a verbalização do sujeito minimamente orientada ela pode fornecer informações imprevistas, o que faz com que esta técnica seja especialmente valiosa quando o sujeito é extrovertido, articulado e tem experiência significativa nos tópicos cobertos pelas perguntas de pesquisa.

Uma vantagem adicional assinalada por Hak (HAK *et al.*, 2008) é que no método de pensar em voz alta os dados são coletados durante o processo de resposta e por isto teriam certa pureza que as respostas da investigação verbal fornecidas em momento posterior ao preenchimento do instrumento não teriam. Beatty e Willis (2007), no entanto, ponderam que também se pode questionar o quanto pensar em voz alta será um reflexo literal do processo de pensamento e concluem que mais provavelmente estejamos tratando de reconstruções deste processo que, no entanto, tem grande probabilidade de refletir o processo real.

As desvantagens desta técnica são cinco (WILLIS, 1999). A primeira é a necessidade de treinamento do sujeito, já que pensar em voz alta não é uma atividade usual para algumas pessoas. Na verdade o processo seria o de repetir o que já fazemos o tempo todo com nossos diálogos internos, mas solicita-se ao sujeito que o faça em voz alta. A segunda é a resistência do sujeito. Algumas pessoas não respondem ao treinamento, tendendo simplesmente a responder às perguntas que são feitas sem elaboração adicional. Pode-se concluir que o treinamento não torna o sujeito proficiente na atividade de pensar em voz alta. A terceira desvantagem desta técnica é que o ônus recai sobre o sujeito, não sobre o entrevistador, o que não chega a ser propriamente uma desvantagem. A quarta é a possibilidade do sujeito de se desgarrar da tarefa, podendo perambular fora dos trilhos ou gastar muito tempo em uma pergunta examinando áreas irrelevantes, de forma que o entrevistador luta para trazê-lo de volta. A última desvantagem seria o viés do sujeito no processo de informar. A natureza da técnica de pensar em voz alta força o sujeito a pensar, sendo o esforço mental usado para processar as perguntas

consideravelmente maior do que o de simplesmente responder às perguntas do questionário. O esforço de justificar cada resposta é muito diferente de apenas dar uma resposta do tipo “sim”, “não” ou “eu concordo”. Desta forma é possível que as atividades associadas com pensar em voz alta possam sobrecarregar ou contaminar o processo cognitivo utilizado para responder à pergunta. Esta questão está aberta ao debate, uma vez que ainda não existem estudos que permitam averiguar quantitativamente o processamento de informação tipicamente envolvido na entrevista de pesquisa usual e na entrevista cognitiva.

Willis (2005) conclui que, na prática, os métodos de pensar em voz alta e investigação verbal são naturalmente complementares, e propõe uma “trégua” que permita aos investigadores o uso dos dois métodos. O peso relativo que vai ser colocado em cada um dos procedimentos deve ser guiado por fatores específicos relevantes a cada investigação.

### **2.2.3 Investigações com entrevista cognitiva**

Os dados que emergem da aplicação da técnica de entrevista cognitiva podem variar muito em termos da sua profundidade, de acordo com o objetivo a ser atingido. Iniciam com simples identificação de alguma dificuldade para responder a uma pergunta determinada por algum equívoco. Passam por explicações de como os sujeitos interpretam o sentido das perguntas ou ainda elaborações relativas à como constroem suas respostas. E podem ter por finalidade chegar ao âmago de complexas questões de pesquisa, quando buscam encontrar qualquer realidade que ilumine uma situação, estado ou condição de um sujeito em determinado momento, que alicerçam as suas respostas (BEATTY and WILLIS, 2007).

Há uma linha de pesquisadores de entrevista cognitiva que defende uma alta standardização de procedimentos durante a entrevista, sustentando que o entrevistador deve ser mais um coletor de dados do que propriamente um investigador. Consideram que o investigador deve determinar as questões de pesquisa e encerrar seu trabalho antes da coleta de dados.

Uma posição alternativa defende que os entrevistadores devem ser investigadores, tomando decisões relativas ao conteúdo e escopo durante a coleta de dados, o que faz com que as entrevistas possam ter um caráter exploratório. Isto permite que estejam mais em harmonia com o objetivo de produzir ideias sobre problemas potenciais e não o de apenas verificar a sua extensão.

Partidário desta ideia, Willis (2007) compara o entrevistador cognitivo com um detetive, que confia – pelo menos parcialmente – na improvisação para procurar pistas sobre problemas nos questionários. Outra analogia utilizada por este mesmo autor compara o entrevistador cognitivo com o entrevistador clínico, já que ambos poderão se deixar guiar pela intuição, experiência e flexibilidade. Esta postura favorece a liberdade para explorar questões que emergem da interação com os participantes, tendo a vantagem de permitir que o entrevistador examine questões que poderiam não aparecer em entrevistas de investigação verbal com perguntas rigorosamente programadas. Presta-se a investigações nas quais há dificuldade de antecipar os possíveis problemas. Willis assinala (2007) que, em oposição à sistematização de perguntas, a técnica mais livre requer confiança na capacidade do entrevistador para perceber problemas potenciais e para escolher a forma de investigá-los. Obviamente o uso de tal técnica requer entrevistadores mais experientes, não meros coletores, tornando as pesquisas mais dispendiosas.

Observa-se que as entrevistas cognitivas mais eficientes são uma combinação de investigação redigida e espontânea. A flexibilidade do procedimento é considerada como um dos atrativos do método de entrevista cognitiva.

A entrevista cognitiva dá origem a um resultado qualitativo: uma tendência dominante que emerge das entrevistas ou uma “descoberta”, que pode ocorrer mesmo em apenas uma única entrevista. O método qualitativo, ao utilizar pequenas amostras, confia no julgamento clínico do entrevistador em determinar as implicações das descobertas da entrevista. Da mesma forma, o pesquisador pode concluir que uma entrevista particular foi idiossincrásica e deve ser descartada.

## 2.3 RELAÇÃO ENTRE QUALIDADE DE VIDA E DEPRESSÃO

A depressão é um dos transtornos mentais mais comuns entre os adultos, podendo a sua prevalência ao longo da vida ser de até 20% em toda a população (HASIN, 2018). Ocasiona uma importante carga social devido ao alto uso dos serviços de saúde e perda de desempenho do trabalho. Com a disponibilidade dos instrumentos de medida de qualidade de vida, estes passaram a ser ferramentas utilizadas na avaliação da percepção subjetiva do efeito que esta enfermidade produz na qualidade de vida do sujeito. A presença de sintomas depressivos impacta todas as dimensões da qualidade de vida (Lima 2009), o que era previsível em função, por exemplo, do modelo cognitivo de Beck (BECK, 1979). Neste, há uma tríade cognitiva que consiste (a) na visão negativa de si mesmo, na qual a pessoa tende a ver-se como inadequada ou inapta, (b) na visão negativa do mundo, incluindo relações, trabalho e atividades, e (c) na visão negativa do futuro, o que parece estar cognitivamente vinculado ao grau de desesperança.

Foi verificada uma importante associação negativa entre depressão e qualidade de vida, maior do que a associação de outras doenças médicas crônicas com qualidade de vida (BONICATTO, 2001). Por exemplo, pacientes com depressão maior experimentam qualidade de vida significativamente pior quando comparados com indivíduos portadores de doenças físicas extremamente debilitantes, como doença renal crônica em estágio final (BERLIM 2006).

Do ponto de vista teórico, a possibilidade de superposição nas medidas de depressão e qualidade de vida podem ocorrer em três diferentes níveis (BERLIM e FLECK, 2007):

1. Conceitual: no qual depressão e qualidade de vida seriam representações do mesmo fenômeno e, portanto, medidas tautológicas. Bem estar e satisfação podem ser entendidos como constructos antagônicos à depressão. Quando alguém se diz deprimido está comunicando de forma implícita que não se sente bem e não está satisfeito.

2. Mediador: no qual o estado depressivo poderia levar a uma percepção distorcida (negativa) dos domínios que compõe qualidade de vida. Espera-se que uma pessoa deprimida faça uma apreciação dos diferentes domínios de sua vida de forma negativa e que, depois de melhorar, a mesma realidade objetiva vá ser avaliada de forma diferente – mais positiva. Desta forma, a depressão ensejaria uma

influência negativa na percepção da qualidade de vida, o que poderia superestimar a relação entre ambas.

3. Métrico: mesmo que sejam constructos hipoteticamente diferentes, alguns itens são comuns aos dois tipos de medida o que poderia ocasionar a ocorrência de correlações redundantes ou espúrias entre essas medidas, apenas por sobreposição de itens.

Conforme exposto anteriormente, os pesquisadores do grupo WHOQOL consideraram qualidade de vida como sendo um constructo subjetivo (WHOQOL GROUP, 1995). Uma vez que na depressão o “órgão” doente é a mente, é natural que a percepção e/ou o processamento destas percepções (cognição) possam estar alterados nestes sujeitos. A hipótese da variável mediadora reforça a possibilidade de que os sintomas depressivos comprometam o modo como estes pacientes avaliam sua qualidade de vida, fazendo uma apreciação dos diferentes domínios de sua vida de forma negativa. Com o esbatimento dos sintomas depressivos, a mesma realidade objetiva seria avaliada de forma mais positiva.

### 3. JUSTIFICATIVA DO PROJETO

Há grande interesse em investigar o processo cognitivo empregado pelos sujeitos de pesquisa para ler, compreender e interpretar perguntas e para produzir respostas a questionários estandardizados (WILLIS, 2005). A avaliação de qualidade de vida apresenta complexidade ainda maior, porquanto exige dos sujeitos o entendimento de perguntas complexas, que lidam com conceitos abstratos (MacColl, 2006).

O melhor entendimento dos processos cognitivos envolvidos pode ajudar a compreender resultados difíceis de explicar na aplicação de instrumentos auto respondidos. Um exemplo são as estranhas combinações entre o estado de saúde verificado objetivamente e a avaliação subjetiva de qualidade de vida, que na literatura são designadas “sub-relato de problemas” (BREETVELT e VAN DAM, 1991).

Westerman *et al.*, (2008), intrigados com o paradoxo da diferença considerável da avaliação da qualidade de vida quando feita por clínicos e pelos próprios pacientes oncológicos, tentaram entender estes desfechos contraditórios através de estudo longitudinal, no qual pacientes respondiam e interpretavam em voz alta as perguntas do EORTC-QLQ-C30, ao longo do tempo. Avaliaram a qualidade de vida de vinte e três pacientes portadores de câncer de pulmão de pequenas células através de duas a quatro entrevistas durante as quais o sujeito respondia os instrumentos pensando em voz alta.

Efetivamente os escores dos instrumentos mostraram boa qualidade de vida global, essencialmente sem limitações, mas o acompanhamento longitudinal destes pacientes fazia com que os pesquisadores percebessem que tais escores não refletiam exatamente o que ocorria no transcurso da doença. O procedimento de pensar em voz alta enquanto respondiam ao questionário permitiu observar como os pacientes interpretavam e respondiam às perguntas e como foram modificando a forma de responder ao longo do tempo. O que se percebeu foi que os pacientes não lidavam com as perguntas da forma como os pesquisadores haviam previsto: o processo de avaliação foi mudando nestes sujeitos em função da vivência da nova realidade. A mudança ocorreu por alterações nos referenciais, no processo de seleção e escolha das experiências usadas para avaliar problemas e limitações e nos padrões de comparação usados para pontuar as respostas. Assim foi possível

entender como os níveis de funcionamento físico e a qualidade de vida se mantinham nos escores dos instrumentos simultaneamente com a deterioração das condições de saúde física dos mesmos.

Mallinson (2002) entrevistou 56 idosos que procuravam atendimento fisioterápico. As entrevistas ocorreram em duas ocasiões, antes de iniciar atendimento e seis meses após. Os sujeitos tinham idades que variavam entre 65 e 89 anos e em média seis problemas de saúde. As entrevistas utilizaram o *Short-Form 36 Health Status Questionnaire* (SF-36), foram gravadas e posteriormente transcritas. A pesquisadora conclui que o processo de validação do SF-36 falhou em identificar problemas importantes, e conclama pesquisadores a canalizar esforços no sentido de desenvolver protocolos que testem qualitativamente os instrumentos de aferição de saúde existentes.

O objetivo deste projeto é o de explorar, através de investigação qualitativa de entrevistas cognitivas, de que forma os itens do WHOQOL-BREF são respondidos. Além disso, visa a estudar o efeito do estado depressivo na forma de responder aos itens, comparando que aspectos de sua vida o sujeito leva em consideração para responder ao item relativo à qualidade da mesma quando está deprimido e quando está eufórico.

A entrevista cognitiva se mostra o método apropriado para este estudo por atender para o processo cognitivo que os sujeitos usam para responder itens de instrumentos de pesquisa. A investigação da compreensão, evocação, decisão, julgamento e o processo de resposta é uma forma de investigar não só o processo manifesto, mas também o processo subjacente, normalmente oculto. O uso do “pensar em voz alta” busca *insights* relativos ao processo do pensamento. Apesar das técnicas de entrevista cognitiva não propiciarem acesso integral ao que ocorre na mente do sujeito no momento em que ele responde a uma pergunta de pesquisa, talvez sejam o mais próximo que se pode chegar.

Mallinson (2002) afirma que estas técnicas de entrevista mimetizam, embora de maneira mais formal e ampliada, o processo de conversação natural, quando os ouvintes sondam o sentido desejado por quem fala, assim como os que falam verificam se o ouvinte entendeu da forma almejada. Estas técnicas interativas para clarificar o sentido e evitar equívocos surgem naturalmente em todos nós, sem que



sejam percebidas. O fluxo natural da conversa permite reparar mal-entendidos e estabelecer consonância, de forma que a comunicação possa prosseguir.

Dentre os métodos de entrevista cognitiva, a técnica de pensar em voz alta (WILLIS,1999), no qual o sujeito é instruído explicitamente a pensar em voz alta enquanto responde às perguntas de pesquisa, mostrou-se adequada para o projeto em questão. Neste processo, o entrevistador lê cada questão para o sujeito e grava o processo que o sujeito usa para responder à pergunta, gravação esta que será submetida à análise qualitativa.

Esta forma de coleta de dados, investigação em voz alta, tem como vantagem o fato do viés atribuído ao entrevistador ser mínimo, justamente por interferir pouco, apenas lendo as perguntas e ocasionalmente perguntando no que o sujeito está pensando.

Além disso, o formato do método é aberto, sendo a verbalização do sujeito minimamente orientada, o que possibilita o surgimento de informações imprevistas valiosas.

#### 4. QUESTÕES DE PESQUISA

O que leva uma pessoa a responder aos itens do WHOQOL-BREF da forma como faz?

Que aspectos da sua vida o sujeito leva em consideração para responder ao item relativo à qualidade da mesma? No que ele pensa quando o item é proposto? De que forma raciocina para encaminhar a resposta? O sujeito responde ao item da forma como foi concebido na escolha de domínios e facetas surgidos nos grupos focais do projeto WHOQOL?

Também será examinada a complexa relação entre depressão e qualidade de vida. A qualidade de vida de um paciente deprimido é impactada de forma marcada pela depressão ou a piora observada pode ser motivada pelas peculiaridades na forma do deprimido fazer avaliações subjetivas?

## 5. MÉTODO

### 5.1. OPÇÃO METODOLÓGICA

A escolha metodológica deve estar baseada na natureza do problema a ser estudado, devendo ser definida posteriormente à delimitação do problema. A pesquisa qualitativa segue sendo vista com ceticismo pela comunidade médica, acusada de sua natureza subjetiva e da ausência de evidências. Um segundo problema repousa no fato de os médicos terem dificuldade para aplicar estratégias elaboradas por cientistas sociais (MALTERUD, 2001).

Métodos de pesquisa qualitativa envolvem coleta, organização, e interpretação sistemáticas de material textual derivado de conversas ou observação. São usados para explorar os significados dos fenômenos sociais da forma como são experimentados pelos próprios indivíduos no seu contexto natural (MALTERUD, 2001). Outro objetivo possível dos estudos qualitativos é o de interpretar: pode-se investigar de que forma variáveis consideradas objetivas fazem sentido para os sujeitos. Idealmente os métodos devem ser transparentes, permitindo ao leitor julgar a validade e a medida na qual os resultados se aplicam a outras situações, sendo a generalização da pesquisa qualitativa mais conceitual do que numérica (GREEN e BRITTEN, 1998).

Minayo (1992) define entrevista como a técnica em que o investigador se apresenta ao investigado e formula perguntas com o objetivo da obtenção de dados que interessam à investigação. A entrevista permite acesso a informações de caráter subjetivo, ou seja, ideias, crenças, maneiras de pensar, opiniões, sentimentos, comportamento presente ou futuro, razões conscientes ou inconscientes de determinadas crenças, sentimentos, maneiras de agir ou comportamentos. O sujeito como ator social revela dados que são modelos culturais interiorizados; mas este mesmo ator experimenta e conhece o fato social de forma peculiar, sendo, portanto, necessária a seleção de diversas entrevistas a fim de que se possa compor um quadro global.

## **5.2 PARTICIPANTES**

Como o método qualitativo a ser empregado permite um número limitado de sujeitos de pesquisa, optou-se por examinar um grupo homogêneo de pessoas, de forma a tentar controlar outras variáveis intervenientes. O grupo escolhido para este estudo foi o dos pacientes prototípicos do ambulatório do Programa de Transtornos do Humor do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (PROTHUM): mulheres deprimidas adultas.

Foram realizadas duas entrevistas piloto como um pré-teste para verificar a adequação do formato das entrevistas. Não houve necessidade de modificar o método.

Após alguns meses, percebeu-se que as pacientes do PROTHUM não eram adequadas para este estudo em virtude da cronicidade dos quadros encontrados e da presença importante de comorbidades, que diminuía a probabilidade de remissão completa do quadro psicopatológico em seis meses. Desta forma, a coleta de dados foi realizada no ambulatório do Programa de Ensino e Pesquisa em Transtornos de Humor (PROPESTH) do Hospital Psiquiátrico São Pedro, depois de aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa daquele hospital.

Foram entrevistadas sete pacientes encaminhadas ao PROPESTH em quadro clínico agudo de depressão, definida como escore no Inventário de Depressão de Beck (BDI) acima de dezenove pontos (CUNHA, 2001). Seis destas pacientes foram novamente entrevistadas seis meses após, quando se esperava que estivessem eutímicas. Nestas, o escore do BDI necessitava ser menor do que dez pontos.

## **5.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO**

### **5.3.1 Critérios gerais de inclusão**

- a. Sexo: feminino.
- b. Faixa etária: adulta (18-64 anos).
- a. Capacidade para se expressar e narrar experiências.
- b. Escore no BDI acima de dezenove pontos.

c. Disponibilidade de participar de uma segunda entrevista seis meses após a primeira.

### **5.3.2 Critérios de exclusão:**

a. Pacientes do PROPESTH no momento da triagem: BDI totalizando menos do que dezenove pontos.

b. Pacientes do PROPESTH após seis meses de tratamento: BDI totalizando mais do que dez pontos.

c. Em se tratando de uma amostra de conveniência, existe a possibilidade de descartar alguma entrevista particular idiossincrásica.

## **5.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS**

Inicialmente cabe ressaltar que o ingresso no atendimento do ambulatório PROPESTH incluía a aplicação de dois instrumentos de rastreamento de transtornos do humor (PHQ-9 e HCL), do *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI) além de entrevista psiquiátrica executada por psiquiatra com experiência clínica para confirmar o diagnóstico de depressão unipolar.

As pacientes que preencheram os critérios de inclusão no estudo no dia da triagem para início de tratamento naquele ambulatório (quadro depressivo unipolar agudo e, se possível, bom prognóstico no que diz respeito à resposta terapêutica), foram procuradas no próprio ambulatório pelo pesquisador principal. Pacientes com transtorno bipolar ou comorbidades psiquiátricas ou clínicas foram excluídas do estudo. Havendo concordância verbal, foi agendada a primeira entrevista.

As entrevistas ocorreram em sala de atendimento do ambulatório PROPESTH, de forma a garantir a privacidade das participantes. No momento da entrevista, tendo a participante preliminarmente concordado em fazer parte da investigação, foi apresentado e discutido o consentimento livre e esclarecido. Nos casos em que houve concordância, foi assinado o consentimento e preenchido o BDI (auto aplicado). Após, foi iniciada a entrevista cognitiva com o WHOQOL-BREF.

Foi utilizada a técnica de pensar em voz alta. O entrevistador leu um por um os itens do WHOQOL-BREF e as entrevistadas foram instruídas explicitamente a pensar em voz alta enquanto respondiam a cada item, um por vez. Como se

considera os procedimentos de pensar em voz alta e investigação verbal duas técnicas complementares pôde-se lançar mão da investigação verbal espontânea concomitante sempre que o pesquisador julgou necessário o seu uso para que as entrevistas mantivessem seu caráter exploratório.

As entrevistas foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas na íntegra. A segunda entrevista foi agendada por telefone e repetida seis meses mais tarde, com a expectativa de que o quadro depressivo tivesse se esbatido, para que pudessem se verificar as diferenças na forma de avaliar a própria qualidade de vida na vigência e na ausência de quadro depressivo.

## **5.5 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS**

No projeto original, os dados obtidos a partir das transcrições seriam examinados com base no método de Análise de Conteúdo (Bardin, 1995) como forma de organizar o material produzido nas entrevistas, transformando o material bruto em categorias temáticas que seriam analisadas. A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas para a análise das comunicações através de procedimentos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens (Bardin, 1995). É um método que permite a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção das mensagens e caracteriza-se pela utilização exaustiva da descrição analítica do conteúdo das mensagens e consequente interpretação inferencial. A análise de conteúdo se desenvolve em etapas sucessivas, compreendendo três fases: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados. Por tratar-se de um método afeito ao estudo de motivações, opiniões, atitudes, valores, crenças e tendências, serviria perfeitamente às necessidades da questão da presente pesquisa.

Ocorre que a tentativa de análise pelo método de Bardin (1995) mostrou-se inviável depois de algumas tentativas. O excessivo volume de dados originados das transcrições literais das doze entrevistas não permitiu a análise da forma preconizada por Bardin. Desta forma, partiu-se para a realização de resumos que permitissem manejar a totalidade do material produzido nas entrevistas.

Inicialmente foi feito um resumo, uma síntese das respostas fornecidas por cada uma das seis entrevistadas a cada um dos itens do WHOQOL-BREF nos dois momentos distintos, na primeira e segunda entrevista. Depois, foi feita uma sinopse de cada item do WHOQOL-BREF contendo as doze respostas de todas as entrevistadas em ambas as entrevistas. Esta sinopse permitiu a visualização das doze respostas a cada item do instrumento em um mesmo momento.

A seguir, será transcrito um exemplo de resumo da entrevistada número cinco, primeira entrevista, item um do WHOQOL-BREF:

01. Como você avaliaria a sua qualidade de vida? Muito ruim, ruim, nem ruim nem boa, boa ou muito boa?

*P: Qualidade de vida?*

E: Como você avaliaria a sua qualidade de vida?

*P: (silêncio) Sei lá, nem ruim nem boa?*

E: Vou repetir: muito ruim, ruim, nem ruim nem boa, boa ou muito boa?

*P: Neste momento... Sei lá, não vejo qualidade nenhuma na minha vida, mas enfim... Sei lá...*

E: O que tu pensaste quando respondes como tu avalias a tua qualidade de vida? No que tu pensaste pra responder, Maria?

*P: Eu penso... Imagino assim qualidade de vida é o ânimo, é o “up de todo o dia”, assim. Não sei, é ter uma coisa que se interessar, talvez, diariamente. Então...*

E: Quer dizer que nem bom nem ruim é uma coisa que não... Que está indiferente?

*P: “Tanto se me dá, quanto se me deu”...*

E: É certa indiferença, então?

*P: É uma grande indiferença.*

Resumo: Avaliou a sua qualidade de vida como nem ruim nem boa, em virtude da indiferença ocasionada pelo episódio depressivo, como se a resposta fosse pior do que muito ruim. Explicou que não “via” qualidade nenhuma na sua vida, que imagina qualidade de vida como um ânimo, “algo que levanta” (um “up”), algo que desperta interesse. Questionada quanto à indiferença da sua resposta, confirma a mesma como “uma grande indiferença”, “tanto se me da, quanto se me deu”.

Após a elaboração dos resumos por parte do pesquisador principal, realizamos então quatro reuniões que denominamos “Painel de Debates”. Neste, os três experts, pesquisador principal, orientador e coorientadora, recebiam as sínteses elaboradas pelo pesquisador principal dos seis ou sete itens que seriam examinados na reunião seguinte com quatro dias de antecedência para que pudessem tomar contato com o material. Nas reuniões, a síntese de cada item foi discutida na ordem cronológica que aparecem no WHOQOL-BREF.

As sinopses permitiram o exame das seis respostas à primeira entrevista, na vigência do episódio depressivo, e a seguir as seis respostas à segunda entrevista, em eutimia. Foi discutida a variação na escala de resposta “no sentido vertical”, entre cada um dos indivíduos na vigência e após o episódio depressivo. Os itens também foram examinados “no sentido horizontal”, comparando as seis respostas durante o episódio depressivo e após o mesmo. Finalmente, foi examinado o possível impacto da depressão não apenas na variação do escore, mas também na forma de compreender ao item em cada uma das duas situações.

## **5.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS**

Foi apresentado o consentimento informado aos potenciais sujeitos de pesquisa antes do início da participação dos mesmos (anexo 10.3). Desta forma, as participantes sabiam de antemão o que aconteceria durante a pesquisa e o destino dos dados que fornecessem. Podiam encerrar sua participação a qualquer momento e, se isto ocorresse, os dados colhidos até aquele momento seriam destruídos.

Foi respeitado o sigilo da identidade das entrevistadas e de quem possa ter sido citado no material. Os nomes próprios que pudessem identificar as



entrevistadas ou qualquer outra pessoa foram alterados já na transcrição dos arquivos de áudio.

O projeto foi submetido aos Comitês de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e do Hospital Psiquiátrico São Pedro (anexos 10.1 e 10.2). Aprovado pela Comissão Científica e Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre em 01/04/2011 (projeto 100578) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa Hospital Psiquiátrico São Pedro pela resolução número 11025 de 09/09/2011.

## **6. RESULTADOS**

Todas as sete pacientes convidadas preencheram os critérios de inclusão. Duas abandonaram o tratamento no ambulatório. Destas, uma não pôde ser encontrada, mas a outra foi localizada após o período de seis meses, havia sido tratada em outro serviço com esbatimento dos sintomas depressivos e respondeu à segunda entrevista. O tratamento utilizado foi o mesmo para todas as entrevistadas, inibidores seletivos da recaptção de serotonina, uma vez que apresentavam depressão unipolar sem comorbidades. Assim, seis entrevistadas experimentaram remissão do episódio depressivo e foram incluídos no estudo, totalizando doze entrevistas. Os dados demográficos são apresentados na tabela 1. As entrevistas duraram aproximadamente trinta minutos durante o episódio depressivo e uma hora quando em eutimia. A possibilidade de descartar alguma entrevista idiossincrásica não ocorreu nesta amostra.

### **6.1 SÍNTESES DO “PAINEL DE EXPERTS”**

O WHOQOL-BREF é um instrumento genérico de qualidade de vida muito impactado pela depressão. Objetivamos examinar as limitações do instrumento, verificando o quanto um “estado” pode interferir de forma peculiar na forma de responder ao item.

O objetivo do projeto foi o de dar subsídios para compreender nuances do funcionamento do instrumento WHOQOL-BREF e a forma com que a depressão impacta esta medida de qualidade de vida.

Nossa hipótese era de que a depressão não impactasse de forma igual a todos os itens do instrumento, de forma que poderíamos identificar os itens mais impactados pelo episódio depressivo. No Painel de Experts procuramos verificar se efetivamente os itens mais impactados pelo episódio depressivo foram os mais relacionados à depressão do ponto de vista conceitual.

## BREVE DESCRIÇÃO DAS ENTREVISTADAS

**Tabela 1 - Dados Demográficos**

Entrevistada	Idade	Estado civil	Ocupação	BDI (T1)	BDI (T2)
1	37	solteira	técnica radiologia	33	4
2	45	casada	costureira	28	8
3	44	Viúva	faxineira	28	9
4	25	solteira	estudante	23	1
5	48	casada	cozinheira	38	7
6	55	divorciada	comerciária	31	8

1. Técnica em radiologia de um hospital público, 37 anos, solteira, encaminhada por um psiquiatra que havia sido preceptor do ambulatório. O quadro depressivo seguiu-se à separação conjugal ocorrida oito meses antes; não tinha filhos. Não seguiu o tratamento no ambulatório, mas aceitou comparecer para fazer a segunda entrevista seis meses mais tarde; estava fazendo tratamento em consultório privado. Retardou em duas semanas o comparecimento à segunda entrevista em função do pós-operatório de uma cirurgia plástica abdominal.

2. Costureira, 45 anos, com o seu trabalho provisionava toda a renda familiar; em fase de expansão de negócios, na segunda entrevista estava envolvida com a montagem de um pequeno ateliê, dando um salto para gerir uma pequena confecção em cidade da região metropolitana. No segundo casamento, tendo dois filhos mais velhos do primeiro e um do segundo. O marido trabalha sob o seu comando, o que a faz senti-lo como “mais um dependente”.

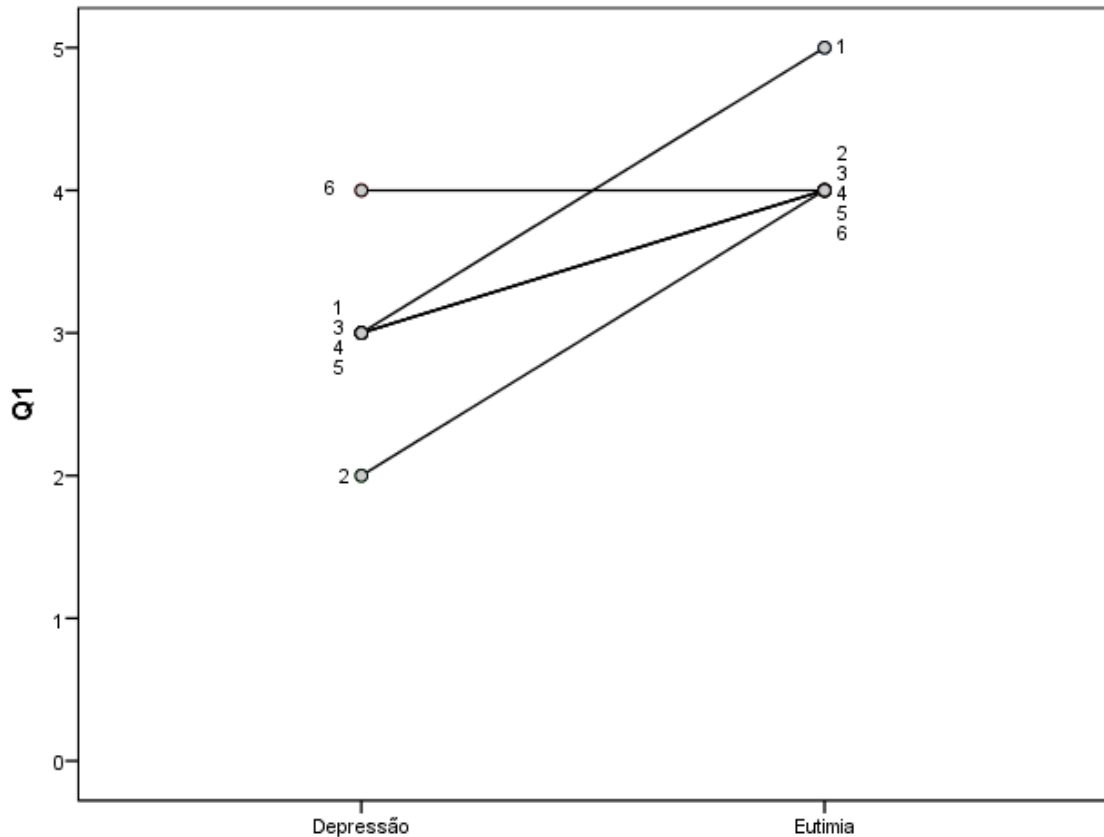
3. Faxineira, 44 anos, viúva há 13, duas filhas. Relata antigos problemas no casamento, antes de enviuvar, de uma relação conturbada com o marido. Seguramente a paciente mais crônica, procrastinou a procura de ajuda, já apresentando dificuldade para modificar aspectos da sua vida a partir apenas do tratamento medicamentoso.

4. Estudante do último semestre de moda em Universidade privada, curso mantido com bolsa do PROUNI, 25 anos. Terminara o segundo grau sete anos antes, trabalhando em festas infantis e eventos, sem vínculo de emprego. A mais jovem, solteira, com vivências de uma adolescência protraída.

5. Cozinheira, 48 anos, casada, com dois filhos, na primeira entrevista estava desempregada há três meses. Na segunda já havia sido contratada por um restaurante. Bem sucedida na profissão, tinha maior renda familiar, o que proporcionava satisfação pessoal, aumentando a sua autoestima.

6. Comerciária, 55 anos, divorciada há sete, três filhos adultos. Na primeira entrevista ainda era funcionária antiga do hipermercado; na segunda entrevista, a melhora do quadro depressivo havia permitido que, dois meses antes, tivesse ido trabalhar em um emprego melhor, em uma farmácia dentro do hipermercado. Contraditoriamente, o novo desafio despertou angústia.

**Gráfico 1 - Síntese 1: Como você avaliaria sua qualidade de vida?**



### **PRIMEIRA ENTREVISTA:**

1. Em relação à sua qualidade de vida, avaliou a mesma como nem boa nem ruim; lacônica, definiu-se como estando inerte, “não tem gosto, nem de ruim, nem de bom”. Explicou que os sintomas depressivos não lhe permitiam “enxergar” qualidade de vida.

2. Avaliou a sua qualidade de vida como ruim, associando a mesma a sintomas de depressão, como “não me sinto bem dentro da minha casa”, “não tenho prazer”, “ânimo para executar minhas tarefas”, “tenho chorado muito, ficado muito emotiva”.

3. Em relação à sua qualidade de vida, avaliou a mesma como nem ruim nem boa. Explicou que era assim que se sentia; havia momentos ruins e outros “mais ou

menos”, que amenizavam o seu mal-estar. No entanto, momentos bons, como antes, não havia mais.

4. Associa a sua qualidade de vida, nem ruim nem boa, à atividade física e à sua alimentação, a primeira insuficiente e a segunda inadequada. Questionada, voltou a falar em atividade física e, agora, no seu relacionamento com outras pessoas, que considera estar ainda pior do que a atividade física. Explica que se sente sozinha, pois briga e tem desavenças com as pessoas, de forma que se afastou das mesmas e passou a contar exclusivamente com a sua família. Agrega que seis meses antes tinha mais prazer em fazer atividades e estar com pessoas.

5. Avaliou a sua qualidade de vida como nem ruim nem boa, em virtude da indiferença ocasionada pelo episódio depressivo, como se fosse pior do que muito ruim. Explicou que não “via” qualidade nenhuma na sua vida, que imagina qualidade de vida como o ânimo, algo que levanta, um “up”, algo que desperta interesse. Questionada quanto à indiferença da sua resposta, confirma a mesma como uma grande indiferença: “tanto se me da, quanto se me deu”.

6. Avaliou a sua qualidade de vida como boa. Ajuíza que para responder ao item, pensou na sua moradia, mora bem; se alimenta bem. Agrega que tem oportunidade de “sair” (lazer) – embora não faça uso desta oportunidade.

Uma resposta ruim, quatro nem ruim nem boa e uma boa.

Todas as entrevistadas, à exceção da paciente 6, referem que o quadro depressivo interfere na qualidade de vida. Ocorre uma clara alteração na forma como o sujeito percebe as coisas. A paciente 6 se deteve em aspectos “objetivos” da realidade, como “a casa é boa”, permanecia sendo confortável apesar do estado depressivo.

Quatro das seis entrevistadas avaliaram na primeira entrevista, na vigência de graves sintomas depressivos, a sua qualidade de vida como nem ruim nem boa; interessante especulação: parece que nem ruim nem bom pode ser considerado pior do que muito ruim ou ruim, pois denota indiferença. Nesta conjuntura, nem ruim nem bom deixa de representar a metade do caminho da escala lickert para ter outra conotação, de indiferença. É interessante pensar que, como se trata do primeiro

item, talvez o respondedor ainda não tenha compreendido a lógica do funcionamento de cinco categorias ordinais da escala lickert. [Mas ocorreu novamente com a entrevistada 5 no item 16.]

## **SEGUNDA ENTREVISTA:**

1. Avaliou a sua qualidade de vida como muito boa. Explica que pensou em aquisições (conquistas) para responder a pergunta: a casa, o carro, o emprego. Questionada, volta a falar do conforto do ambiente da sua casa.

2. Na segunda entrevista avaliou a sua qualidade de vida como boa, e associou a sua melhora à capacidade de sobrevivência (ligada à função de provedora): “conseguindo trabalhar”, tendo êxito no trabalho e alcançando o seu objetivo de sustentar a família.

3. Avaliou a sua qualidade de vida como boa; explicou que não estava ótima, estava mais ou menos. Questionada, informa que para que ficasse ótima desejaria ter mais prazer nas coisas que faz no dia a dia.

4. Avaliou a sua qualidade de vida como boa, explicando que conceitua a mesma como um conjunto. Diz que está bem, melhorou emocionalmente, do ponto de vista físico, a sua alimentação e atividades de lazer. [boa compreensão do conceito, incluindo a ideia de domínios].

5. Avaliou como boa a sua qualidade de vida, pois estava conseguindo resolver os seus problemas; em função do tratamento havia conseguido um bom emprego, de forma que algumas coisas haviam melhorado, principalmente a relação dela consigo mesma. [compreensão do conceito, incluindo a ideia de domínios].

6. Avaliou a sua qualidade de vida como boa. Explica que vivia de forma bem tranquila, havia melhorado substancialmente na sua preocupação com os filhos; antes necessitava monitorá-los, saber se estavam bem. Hoje pode ficar bem sem saber onde estão, “se estivessem mal, ligariam”. Esclarece que somente uma filha ainda reside com ela. Questionada, informa que a sua preocupação prejudicava a sua qualidade de vida, pois não dormia enquanto não chegassem e ficava antecipando tragédias, como assaltos e acidentes. Agrega que está trabalhando em

um lugar melhor, outra loja no mesmo shopping, mas de onde avista a rua. Fica claro que antes preferia não enxergar a rua, preferia não ter ciência de um temporal, mas agora isto não a perturba. Extinguiu-se a necessidade fóbica de não enxergar tormentas.

Cinco respostas boa, e uma muito boa.

Pode-se pensar que este primeiro item do instrumento, global, genérico de qualidade de vida, não funcione tão bem em um paciente deprimido.

Cinco das seis entrevistadas avaliaram a sua qualidade de vida como boa na segunda entrevista; apenas uma avaliou como muito boa. Examinando as respostas, temos a impressão de que o instrumento não captou a importante melhora apresentada na segunda entrevista. A avaliação anterior, basal, foi superavaliada em quatro entrevistadas pela resposta nem ruim nem boa, o que provocou, como consequência, uma subavaliação da melhora obtida com o tratamento.

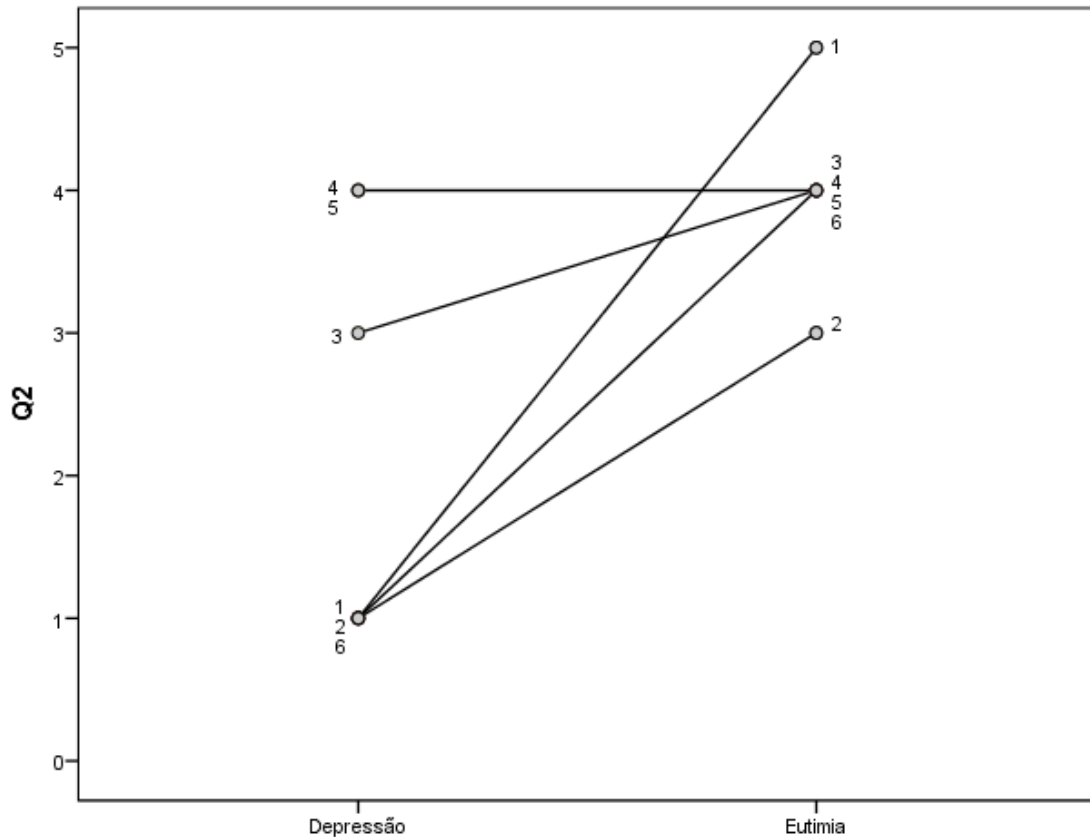
No segundo encontro as entrevistadas não usaram como comparativo a situação vivenciada no episódio depressivo, simplesmente fazem a avaliação reconhecendo coisas que não conseguiam perceber na vigência do episódio depressivo. A melhora da depressão permite perceber coisas simples do dia-a-dia, que passam a ter uma valência maior quando se esbatem os sintomas depressivos, como bens materiais, aquisições, conquistas e capacidade para o trabalho.

A paciente 6 mudou o critério de avaliação na segunda entrevista; na primeira utilizou um critério “objetivo”, de realidade, como se estivesse avaliando apenas “padrão de vida”; na segunda entrevista, depois de melhorar, menciona o problema emocional do período da primeira entrevista, comparando com o seu estado atual e podendo perceber o quanto havia melhorado, mostrando estar, passado o episódio depressivo, mais reflexiva.

Outro aspecto importante é que na segunda entrevista aparece uma diversidade de respostas pela melhora dos sintomas depressivos; como se estes homogeneizassem a amostra.



**Gráfico 2 - Síntese 2: Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?**



### **Primeira entrevista**

1. Em relação à sua saúde, avaliou estar muito insatisfeita com a mesma, mas respondeu com uma cisão: com a sua saúde física estava muito satisfeita. Questionada, explicou que cuidava da própria saúde física com bons resultados, mas o seu adoecimento não estava permitindo que seguisse tomando os cuidados. Indagada, confirmou a sua avaliação global (muito insatisfeita).

2. Considera-se muito insatisfeita com a sua saúde mental. Explica, “meu psicológico não está deixando eu executar as minhas tarefas de obrigação”, “o meu psicológico está me atrapalhando demais”, “me deixa desanimada demais”. Vê a sua sobrevivência ameaçada em função da queda dos rendimentos financeiros ocasionada por sintomas depressivos. Tem clareza quando à etiologia “psicológica” do seu problema de saúde.

3. Em relação à satisfação com a sua saúde, avaliou a mesma como nem satisfeita nem insatisfeita. Explica que depois dos 40 anos passou a apresentar “probleminhas de saúde” que a preocupam e que vão piorando. Questionada, fala da sua depressão e de problemas de estômago, digestivos.

4. Divide a sua saúde em física, com a qual está satisfeita, uma vez que passou por recente revisão, e a emocional, que a faz sentir-se mal, pois é “negativa” e não consegue modificar isto, o que a atrapalha em tudo. Responde ao item como satisfeita, fazendo uma média entre os dois aspectos. Explica que “pensa negativo”, não acredita nela mesma, o que a impede de levar tarefas a cabo. Questiona: de que adianta ter uma boa saúde física se não sente vontade de fazer exercícios físicos, estudar ou sair de casa?

5. Em relação à satisfação com a sua saúde, avaliou a mesma como estando satisfeita. Explicou que não apresentava nenhum tipo de dor ou limitação física, deixando claramente excluída a avaliação da sua saúde mental.

6. Avaliou estar muito insatisfeita com a sua saúde. Queixou-se de uma fascite plantar que ocasionava dores nos pés. Associava a sua tristeza à dor nos pés, iniciada seis meses antes. Indagada quanto ao início dos sintomas depressivos, considera que os mesmos teriam iniciado seis anos antes.

Três informaram estar muito insatisfeitas, uma nem satisfeita nem insatisfeita e duas satisfeitas.

No momento de avaliar a satisfação com a saúde, os sujeitos dividem a mesma em física e mental, com variadas possibilidades:

1. Satisfeita com a saúde física, mas ponderando que os problemas de saúde mental a estavam impedindo de seguir cuidando da saúde física. Semelhante a 4.

2. Fala da insatisfação com a saúde mental, não faz referência à física, que não apresenta problemas. Oposta à 5.

3. Não tem discernimento, mistura depressão com problemas digestivos, de estômago. Semelhante à 6.

4. Satisfeita com a física, insatisfeita com a mental, faz uma média para responder; mas pondera que a emocional contamina a física: “de que adiante ter uma boa saúde física se não sente vontade de fazer exercícios físicos, estudar ou sair de casa?” Semelhante à 1.

5. Satisfeita com a saúde física, excluiu a avaliação da sua saúde mental, afastando do seu raciocínio (negando) a grave depressão. Oposta à 2.

6. Não tem discernimento, amalgama depressão com problemas ortopédicos, como se fossem os agentes etiológicos da depressão. Semelhante à 3. Comorbidade.

Todas acabam se defrontando com o que se pondera quando se fala em saúde: as que avaliaram a saúde mental tem uma percepção mais acurada da situação, percebendo que não estavam bem; apenas as que avaliaram somente a saúde física, excluindo a saúde mental, puderam se dizer satisfeitas.

Parece haver um comportamento dicotômico: ou tem consciência clara ou negam a doença.

Levaram em consideração a funcionalidade, estar funcional é estar bem.

Há outra discussão que diz respeito a este item, se a depressão está incluída nesta avaliação ou se saúde refere-se apenas a saúde física; seguramente uma doença que não envolva emoções será avaliada como comprometendo a saúde, mas quando se trata de depressão há a possibilidade de que a mesma fique excluída da saúde geral.

Esta exclusão também pode ser explicada por um mecanismo de defesa, a negação da doença.

## **SEGUNDA ENTREVISTA**

1. Avaliou estar muito satisfeita com a sua saúde. Agregou que procurava se cuidar, se alimentar bem, procurar atendimentos médicos quando necessitava; dá a entender que obtém bons resultados com o seu esforço (usa a palavra respaldo), o que a deixa satisfeita.

2. Na segunda entrevista avaliou nem satisfeita e nem insatisfeita em relação à sua saúde física; estava melhor, mas queixava-se de náuseas e dores no corpo nas duas últimas semanas; tinha discernimento quanto ao problema, agora, ser físico e não mais emocional.

3. Avaliou estar satisfeita, explicando que havia melhorado muito desde o nosso último encontro. Interrogada, explica que sofria muito com dores, muita dor de estômago, mas as mesmas eram emocionais (“sistema nervoso”) e melhoraram com o tratamento para a depressão; o tratamento da depressão resolveu os seus sintomas somáticos.

4. Aferiu estar satisfeita com a sua saúde, não avaliando melhor em função de ocasionalmente apresentar dores de cabeça ou “incômodo no estômago”.

5. Avaliou estar satisfeita, salientando que está bem melhor do que antes. Novamente faz uma comparação com doenças clínicas, explicando que pensou em doenças degenerativas de difícil tratamento, como osteoporose, como percebendo que não padecia de problemas sem solução. Mostra-se otimista com o problema da obesidade, pois fará reeducação alimentar. Sentia-se satisfeita, “entrando num caminho bom”.

6. Explica que até três dias antes responderia satisfeita, pois fizera uma grande revisão clínica dois meses antes sem que qualquer alteração fosse constatada e a sua fascite plantar estava curada. Ocorre que havia aparecido um abcesso que incomodava e causava dor, mas não avaliou a sua saúde na vigência do abcesso: avaliou-a “três dias antes”, captando toda a melhora que obtivera.

Na segunda entrevista houve melhora substancial em relação à primeira: apenas as duas entrevistadas que responderam satisfeita na primeira entrevista mantiveram e não melhoraram a sua avaliação. Trata-se de item muito influenciado por problemas transitórios de saúde, agudos, ocorridos nas duas últimas semanas, o que poderia comprometer a avaliação da melhora em relação à entrevista inicial.

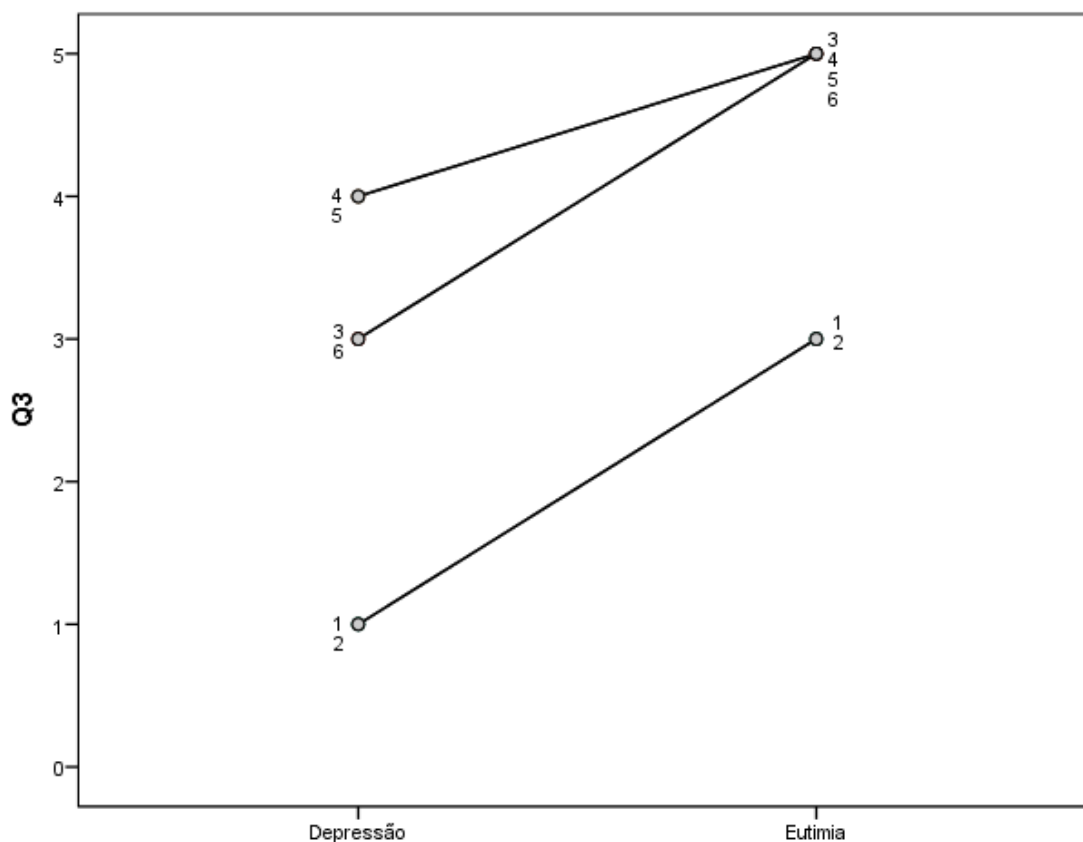
Possivelmente o esbatimento dos sintomas depressivos faz com que fiquem mais salientes questões ligadas à saúde física.

A entrevistada de número 2 apresenta novos sintomas físicos não mencionados anteriormente, que podem ser agudos ou transitórios. Qualquer comorbidade física, mesmo que transitória, pode contaminar a interpretação do item, e a melhora da depressão pode não aparecer nestas circunstâncias. De forma diversa, a entrevistada 6 estava com um abcesso naquele dia, mas não considerou os sintomas do mesmo para responder.

Finalmente, uma última observação diz respeito às entrevistadas não ponderarem o grave quadro depressivo de alguns meses antes como comparativo para responder. Recordamos da definição de saúde como “o silêncio dos órgãos”, algo que não está incomodando não é lembrado. Freud citou a frase “*a alma inteira encontra-se recolhida na estreita cavidade do molar*”, citando Wilhelm Busch (1832–1908) sobre o poeta que sofre de dor de dente.

A personalidade das entrevistadas aparece com mais clareza na segunda entrevista. A depressão homogeneiza as entrevistadas, ficam todas muito parecidas na vigência dos sintomas depressivos.

**Gráfico 3 - SÍNTESE 3: Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?**



### **PRIMEIRA ENTREVISTA**

1. Em relação à dor física impedi-la de fazer o que precisava, apresentou dificuldade de compreensão, como se estivesse pouco atenta. Respondeu extremamente, explicando que os sintomas depressivos a obrigavam a fazer um esforço muito maior. Confrontada, respondeu que não era a dor física que a atrapalhava, e respondeu nada.

2. Apesar de reconhecer que não apresenta dor física, fala em hipersônia e desânimo extremo para justificar a sua resposta extremamente, talvez sob o efeito do estímulo do item anterior. Quando confrontada em relação à dor ser física, diz que sente dores no corpo e nas articulações; o entrevistador considera que o item anterior pode ter contaminado esta resposta.

3. Em relação a sua dor física impedir de fazer o que precisava, avaliou que mais ou menos, pois em algumas ocasiões não conseguia sair para o trabalho, necessitando permanecer em casa. Questionada em relação às dores que a impediam de sair de casa, teve dificuldade de explicar, falando de forma vaga de um problema digestivo – de estômago – e da depressão; explicou, finalmente, que com qualquer dor piorava o seu receio de sair de casa em função da depressão, o que a atrapalhava bastante.

4. Respondeu muito pouco, pois apesar de eventualmente apresentar dores na cabeça, no estomago ou nas costas, as mesmas não a impediam de fazer o que precisava. Questionada, informa que a dor no estomago é antiga, já foi investigada e considerada emocional; todas pioraram nos últimos meses.

5. Em relação à dor física impedir de fazer o que precisa, respondeu muito pouco, agregando que não tinha dor física.

6. Avaliou que a sua dor física a impedia mais ou menos de fazer o que precisava. Explica que pensou no seu trabalho, que conseguia dar conta do mesmo, embora precisasse interrompê-lo para fazer sessões de fisioterapia em função da fasceite plantar.

As duas primeiras investigadas, mesmo não padecendo de qualquer dor física responderam extremamente, provavelmente contaminadas pelo estímulo dos primeiros dois itens do questionário. A terceira respondeu mais ou menos, apesar de não apresentar uma situação clara de dor; manteve a resposta quando confrontada.

Pode ser também que a própria depressão incapacite as entrevistadas para esta discriminação, do que é dor física e sofrimento emocional. Os sintomas de depressão podem ser “*sentidos*” ou interpretados como dor física? É mais simples traduzir o sofrimento emocional como um padecimento físico?

A quarta e quinta investigadas informaram apresentar muito pouca dor. A investigada de número seis efetivamente sofria de dor física.

## SEGUNDA ENTREVISTA

1. Avaliou como mais ou menos, pois havia feito uma cirurgia plástica um mês antes, de forma que se tratava de uma limitação temporária.

2. Avaliou como mais ou menos, e fala em uma maior dificuldade para cumprir as suas tarefas de trabalho, novamente em função de dores no corpo.

3. Respondeu que não impedia nada, pois não tinha dor física naquele momento.

4. Respondeu que nada, que não padecia de dores que a impedissem de fazer qualquer coisa. Questionada quanto a sentir dores no passado, afirmou ter sentido apenas dor de cabeça.

5. Respondeu que nada; desta vez agregou que tinha um problema crônico de coluna e uma dor no pé causada por sobrepeso; mas as dores não a impediam de trabalhar e fazer as tarefas domésticas.

6. Na segunda entrevista novamente levou em conta a capacidade laborativa, avaliou como nada, embora sentisse dores, considerando que ninguém percebia a sua dor em função do abcesso. Descreve que a dor a incomoda, mas não a preocupa, pois sabe tratar-se de um problema que não é grave.

Verificou-se uma mudança importante em relação à entrevista inicial. As duas primeiras entrevistadas, que haviam respondido extremamente na primeira entrevista, responderam mais ou menos na segunda. As quatro últimas responderam nada, apesar de apresentarem problemas, mostrando que compreenderam bem o item, pois a dor física não as impedia de fazer o que precisavam.

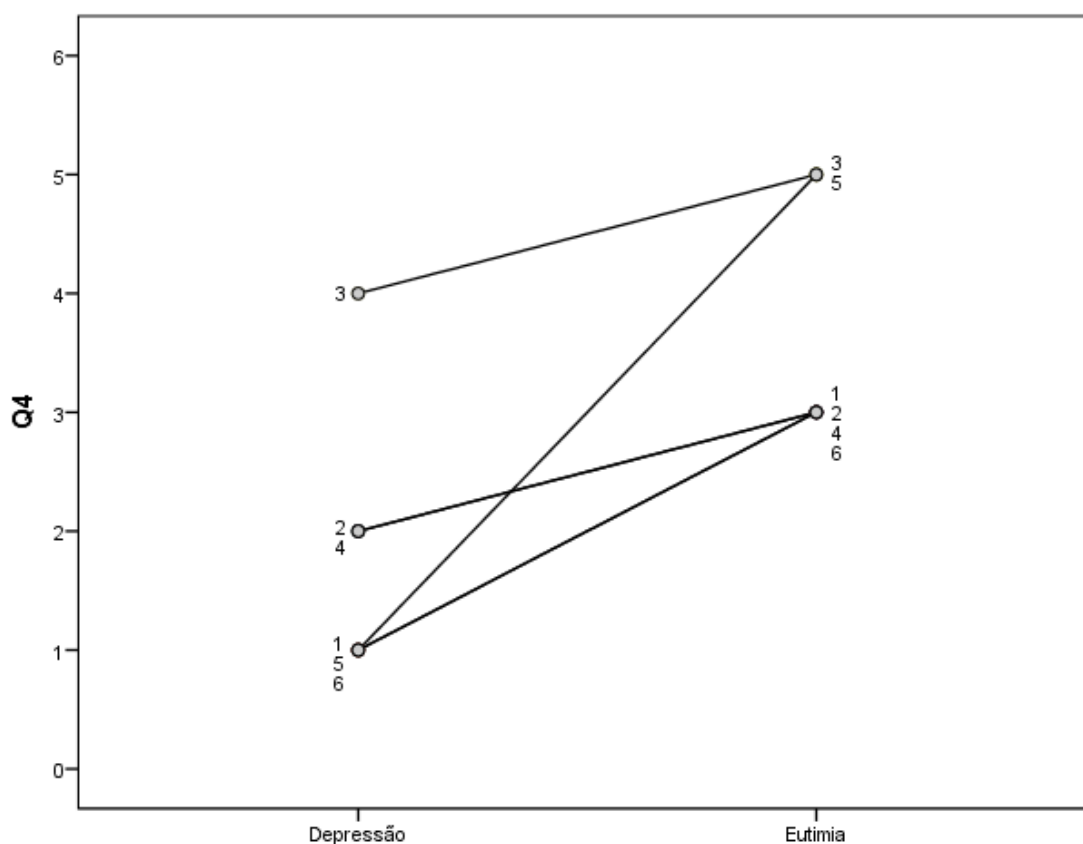
Na segunda entrevista não ocorre mais a homogeneização da primeira e as entrevistadas conseguem discriminar o sofrimento físico do emocional e ponderar para responder o item.

A entrevistada de número 2 apresenta um desempenho estranho.



Nos três primeiros itens, dificuldades ocasionadas pela depressão para discriminar entre físico/mental determinaram dificuldades para responder aos itens. A falta de discernimento complica o funcionamento dos itens.

**Gráfico 4 - Síntese 4: O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?**



### **PRIMEIRA ENTREVISTA**

1. Em relação a precisar de algum tratamento médico para levar a vida diária, respondeu extremamente, considerando o “tratamento mental”, agregando que tentara resolver o problema sozinha e não conseguira; questionada, fala apenas na falta de ânimo e silencia.

2. Respondeu bastante, mostrando uma clara percepção da origem emocional da sua doença. Afirma que tomou a primeira dose de antidepressivo e sentiu-se aliviada no primeiro dia, o que revela sensação de acolhimento e de uma boa expectativa em relação ao tratamento.

3. Em relação ao quanto precisava de algum tratamento médico para levar a sua vida diária, respondeu que muito pouco. Explicou que se comparou com outras pessoas e percebeu que não era doente a ponto de estar sempre em médicos.

4. Respondeu que precisava bastante de tratamento médico para levar a sua vida. Questionada, não responde claramente, mas obviamente se referia ao tratamento que iria iniciar para o seu episódio depressivo.

5. Em relação a quanto precisava de algum tratamento médico para levar a sua vida diária, respondeu extremamente, referindo-se tratamento para a depressão que ainda não havia iniciado, o que denota uma grande expectativa em relação ao mesmo; confirmou não fazer outros tratamentos médicos.

6. Em relação a precisar de algum tratamento médico para levar sua vida diária, avaliou o item como extremamente na primeira entrevista. Explicou que se sentia doente, com dores nas costas, dores de cabeça, nos pés, queimação nos pés. Sua filha já agendara consulta com um especialista em pés. Questionada, informa que o que mais a incomodava era as dores nos pés, parecendo não perceber o quanto padecia de sintomas depressivos.

A investigada de número 3 apresenta uma clara negação da situação que vivenciava; apesar de estar iniciando tratamento em um ambulatório em função de patologia grave, comparou-se com outras pessoas e julgou não ser doente a ponto de “estar sempre em médicos”. A de número 6, apesar de ter avaliado como extremamente, atribuiu sua doença a problemas não emocionais, mas somáticos, que seriam a causa do seu sofrimento (deslocamento).

As demais seguiram um mesmo padrão de considerar que precisavam muito de um tratamento médico que sequer havia iniciado, considerando que os fármacos antidepressivos podem levar semanas para iniciar o seu efeito terapêutico; isto denota uma grande expectativa positiva em relação ao tratamento.

Quando responderam ao item 2, “quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?”, houve uma clara cisão entre saúde física e mental. No entanto, quando se investiga “tratamento médico” a saúde mental não pode ser excluída do raciocínio que encaminha a resposta. As entrevistadas estavam em um ambulatório especializado para realizar um tratamento médico; ainda assim, duas dela (3 e 6)

negaram o grave problema de saúde e a necessidade de tratamento do episódio depressivo.

## **SEGUNDA ENTREVISTA**

1. Ponderou que ainda precisava de psicoterapia, pensou em “muito pouco”, pois a sua vida não dependia do tratamento, mas respondeu mais ou menos; explicou que o tratamento psicoterápico era demorado, os resultados não eram imediatos, exigia continuidade, pretendia prosseguir com o mesmo. Questionada, fala em autoconhecimento: entender os motivos de tomar determinadas decisões fazer determinadas coisas e não fazer outras.

2. Respondeu mais ou menos, mas revelou receio com a proximidade do término do atendimento e encaminhamento para a rede pública, “me sinto mais segura de estar sendo medicada, orientada”.

3. Iniciou ponderando que o único tratamento médico que realizava era com o uso de antidepressivo; questionada, respondeu nada, negando a necessidade que apresentava de tratar da depressão. Confrontada em relação ao quanto precisava deste tratamento médico, mudou para muito pouco, mas logo solicitou que eu lesse novamente o item; no entanto, confirmou a resposta. Questionada em relação a não realizar tratamento psiquiátrico, afirmou que poderia voltar a se sentir como antes, “voltar à estaca zero”; altera, então a resposta para bastante.

4. Respondeu mais ou menos; quando confrontada, explica que em alguns momentos, apesar de não estar mais deprimida, sente-se “para baixo”, e tem vontade de conversar com o psiquiatra; de forma paradoxal, muda a sua resposta para muito pouco.

5. Inicialmente respondeu nada, negando a necessidade do tratamento da depressão. Confrontada, fez a ressalva do tratamento da depressão. Mas seguiu negando esta necessidade, afirmando não padecer de doenças degenerativas “tu fica na dependência de médico, se não estiver tomando remédio, não está bem... Então, eu não preciso de médico...” Novamente confrontada, seguiu falando como se o tratamento da depressão não fosse um tratamento médico.

6. Respondeu mais ou menos, mas logo reconheceu que precisava do tratamento da depressão para poder viver tranquila e falou nos fármacos sertralina e diazepam.

Passado um semestre do início do tratamento, parece haver uma tendência à negação de reconhecer a importância do tratamento da depressão nas melhora que obtiveram. Ou uma tendência, no mesmo sentido, de não avaliar o tratamento da depressão como “tratamento médico”. Duas responderam nada e quatro mais ou menos.

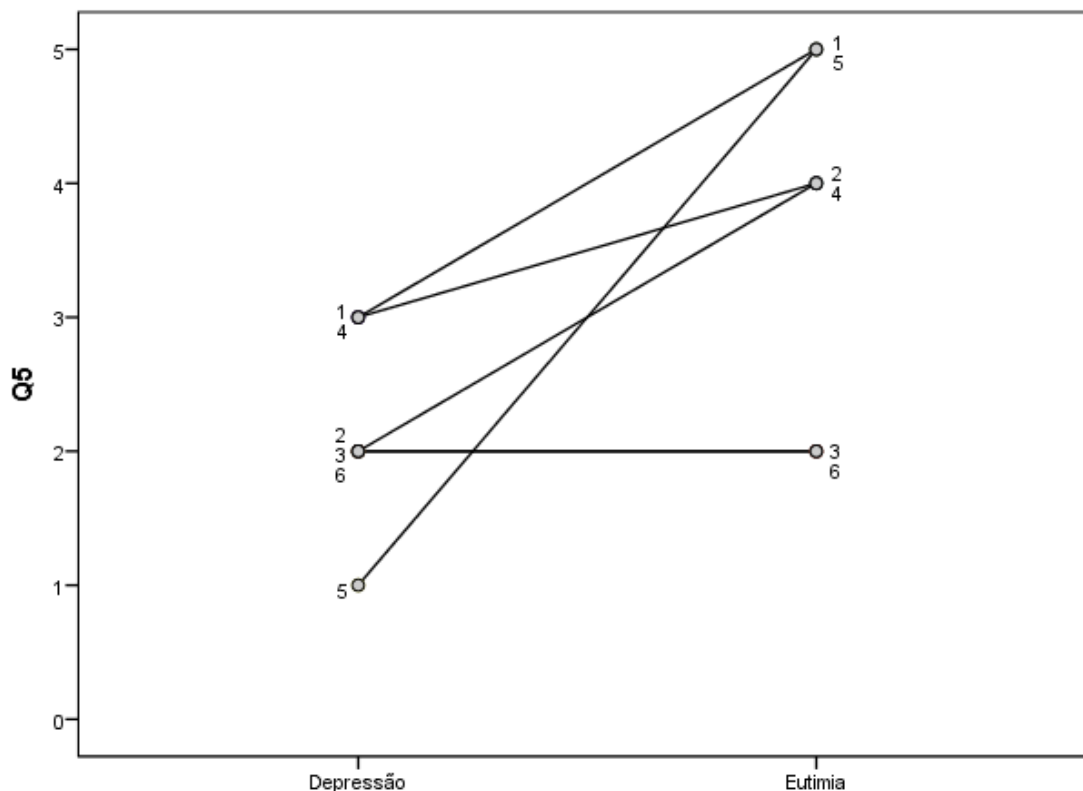
Todas as seis estavam fazendo consultas a cada duas semanas e recebendo antidepressivos. O fato de estarem assintomáticas dificulta que as entrevistadas levem em consideração que isto também se deve ao tratamento médico que receberam. Como se não atribuíssem a melhora a manutenção do tratamento medicamentoso.

Apesar de no início do tratamento apresentarem uma expectativa positiva em relação ao mesmo, após o sucesso terapêutico não houve um reconhecimento do tratamento médico como tendo sido o agente da melhora ocorrida.

Efetivamente alguns pacientes abandonam o tratamento profilático depois de atingida a melhora clínica, como um tratamento com antibiótico, no qual após alguns dias o sujeito esquece-se de tomar a dose diária ou abandona o tratamento. Os órgãos voltam a ficar silenciosos!

O preconceito de doença mental pode contribuir para a negação da mesma.

**Gráfico 5 - Síntese 5: O quanto você aproveita a vida?**



### **PRIMEIRA ENTREVISTA**

1. Em relação ao quanto aproveita a vida, avaliou como mais ou menos, pois apesar de não ter desejo de sair de casa, a sua família a incentivava a fazê-lo; se dependesse dela, não aproveitaria nada, ficaria somente na sua casa. Questionada, informa que os seus familiares não a deixavam sozinha, tentava se envolver com eles, mas logo retornava ao estado anterior.

2. Associou aproveitar muito pouco a vida aos sintomas depressivos, “não sinto vontade de sair de casa, de caminhar, de ir ao cinema, de ter contato com outras pessoas, não tenho prazer de estar em sociedade, com outras pessoas”.

3. Em relação ao quanto aproveitava a vida, respondeu muito pouco. Explicou que não tinha “muito que aproveitar”. Questionada, pergunta se eu falo em sair, se divertir; explica que perdeu o interesse nestas coisas, sair e se divertir. Acha que só teve estes interesses na sua juventude.

4. Responde que aproveita a vida mais ou menos; contextualiza que naquele momento estava aproveitando a vida menos do que antes, em função do episódio depressivo. Conta que até viajou para a praia, mas foi como se tivesse ficado em casa; sua irmã chamou a sua atenção: “tu não te animas”. Agrega que não tem aspirações, não se sente feliz.

5. Em relação ao quanto aproveitava a vida, respondeu que nada. Explica que não há nada que a seduza, diz que ultimamente está “vegetando”, “andando sozinha”. Questionada, diz que aproveitar a vida seria poder “trabalhar com gosto”; ainda sente-se bem cozinhando (estava desempregada, fazendo entrevistas).

6. Respondeu que aproveitava muito pouco a vida. Explicou que não tinha vontade de sair, mas também não tinha desejo de ficar em casa; somente saía para trabalhar, o que era bom, pois via gente e luz. Questionada, confirmou apresentar um grande desânimo.

Neste item há um padrão bastante homogêneo de respostas, ligados ao desânimo apresentado por todas as entrevistadas. Todas informaram ter dificuldade de aproveitar a vida, em maior ou menor grau, em função do desânimo.

Trata-se de um item que se “encaixa” bem para este tipo de paciente: elas compreendem o item e manifestam dificuldade para aproveitar a vida em virtude do episódio depressivo. Talvez seja um item mais fácil de responder quando o sujeito está deprimido, pois não há necessidade de fazer grandes ponderações: não conseguem aproveitar a vida. É um item que não apresenta imprecisões para estas mulheres, que o compreendem sem dificuldade.

Relatam um esforço para fazer atividades e “se animar”, estimuladas por amigos e familiares.

## **SEGUNDA ENTREVISTA**

1. Avaliou extremamente, afirmou procurar aproveitar tudo e estar com “sede de viver”, como se estivesse acordando e recuperando o tempo perdido, com o desejo de experimentar coisas novas, “provar coisas que eu não provei, fazer coisas que eu não me permitia”. Solicitada, não deu um exemplo.

2. Avaliou bastante associando “aproveitar a vida” ao trabalho, “eu me satisfaço muito com o meu lado profissional”, “me traz tranquilidade para tudo”. Está conseguindo trabalhar, o que traz tranquilidade e “conforto pessoal”.

3. Respondeu novamente muito pouco, disse que aproveitava a vida ficando em casa, com as suas filhas, pois não gostava de sair. Questionada em relação a aproveitar bastante a vida da forma que lhe parecia melhor – permanecendo em casa com as filhas, não entendeu a minha assertiva, respondeu que tinha vontade de viajar. Penso que a resposta foi pior do que a avaliação dela.

4. Avaliou como bastante, ponderando que, dentro das suas condições financeiras, aproveita o máximo.

5. Avaliou extremamente, associando aproveitar a vida ao seu trabalho. Questionada, responde ser só o que faz, mas que lhe proporciona muita satisfação. Explica que é cozinheira e que começara a trabalhar em um local onde podia “soltar a sua imaginação”, de forma que estava muito entusiasmada.

6. Novamente respondeu que aproveitava muito pouco a vida. Explicou que somente trabalhava e cuidava da mãe cadeirante, de forma que não ia a outros lugares. Mas logo agregou que não se sentia mal por cuidar da mãe, e que o trabalho constituía importante fonte de satisfação.

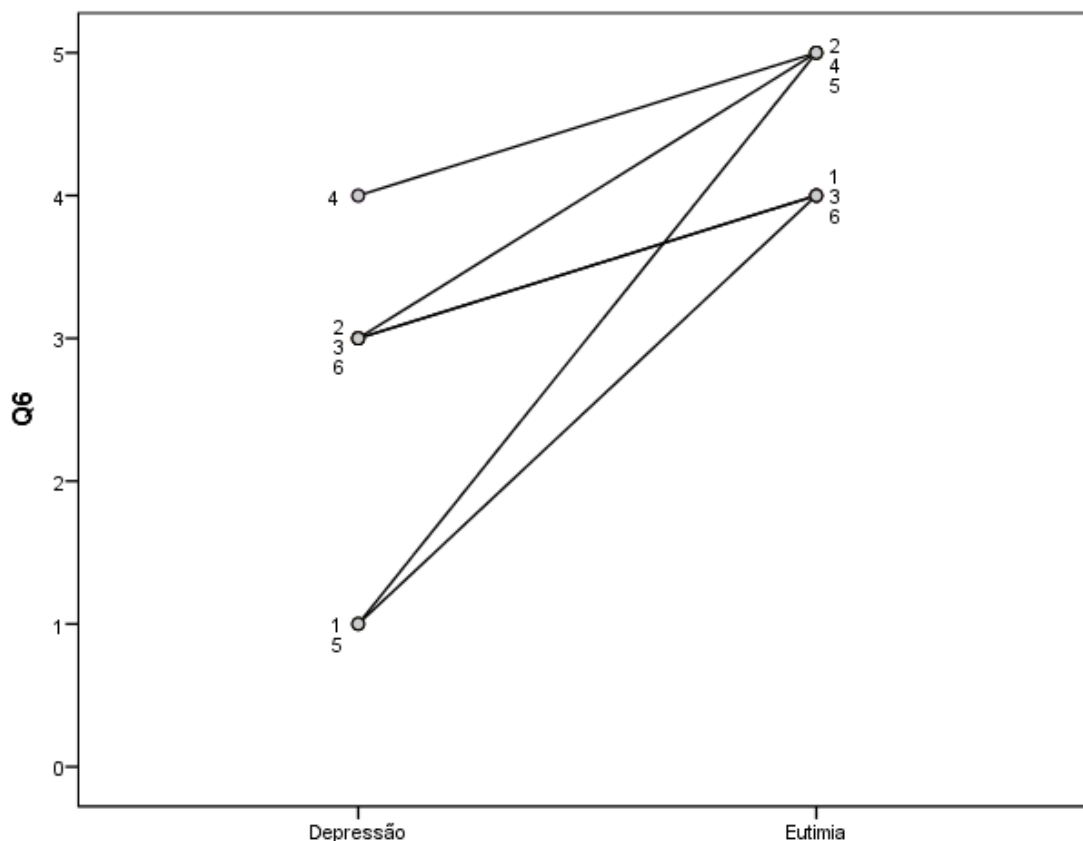
Há uma melhora importante, mas heterogênea. Quando se esbatem os sintomas depressivos, ocorre uma maior variabilidade no significado de “aproveitar a vida”, situação diversa do ocorrido na primeira entrevista.

As pacientes 3 e 6, que responderam muito pouco, utilizaram padrões econômicos elevados para avaliar a própria vida, como se aproveitá-la estivesse ligado a fazer programas inacessíveis.

Calman (1984) definiu qualidade de vida como o “*hiato entre expectativas e realizações*”, de forma que as expectativas influenciarão a avaliação do quanto aproveitam a vida.



**Gráfico 6 - Síntese 6: Em que medida você acha que sua vida tem sentido?**



### **PRIMEIRA ENTREVISTA**

1. Em relação à medida que a vida tinha sentido, na primeira entrevista avaliou que nada; chorou e explicou que não via sentido na mesma, que era como já tivesse feito tudo o que tinha para fazer, não havia mais nada mais à frente.

2. Na primeira entrevista responde mais ou menos, chora e liga o sentido da vida ao filho mais moço, que ainda precisava dela, “precisa ter uma boa alimentação, precisa ter estudo”. Novamente aparece a ideia de ela sentir-se responsável pela família.

3. Em relação à sua vida fazer sentido, na primeira entrevista respondeu mais ou menos. Teve dificuldade de explicar a sua resposta. Disse que naquele momento a vida fazia sentido em função das suas filhas, que lhe davam força para seguir em frente; considerou que sem elas talvez não estivesse viva, sente-se muito frágil.

4. Na primeira entrevista respondeu que a sua vida fazia bastante sentido; explica que se estamos aqui, não é para ficar “brincando”, mas para viver e ajudar outras pessoas.

5. Em relação à vida ter sentido, na primeira entrevista respondeu que a sua vida não tinha sentido. Respondeu ao item como nada e agregou “não tem nada!”. Questionada, informou que seus filhos já estavam criados, não precisavam mais dela; mas logo ponderou que ainda moravam com ela. Interrompe o raciocínio, exausta, diz que não sabe explicar, e declara: “é só um buraco!”.

6. Na primeira entrevista respondeu ao item “em que medida a própria vida tinha sentido” como mais ou menos. Explicou que naquele momento o sentido da sua vida resumia-se aos filhos, era o que restava de bom na sua vida. Indagada, relata possuir três filhos, um adotivo que fazia meses que não via; outra mais próxima, que morava com ela, em relação a qual se sentia culpada por estar doente e fazer com que a filha procurasse se isolar para se preservar, permanecendo no seu quarto, estudando; finalmente a “filha maravilhosa”, estudiosa, bem sucedida profissionalmente, mas que a preocupava, pois considerava que ela também padecia de depressão.

Apenas a entrevistada de número 4 informou que a sua vida fazia bastante sentido, como se esta avaliação não estivesse contaminada pelos sintomas depressivos. O coping religioso do Espiritismo kardecista claramente neutralizou o impacto do episódio depressivo. Na segunda entrevista, a entrevistada de número 4 respondeu extremamente, fornecendo uma explicação espiritualista.

Em relação às demais entrevistadas, as respostas nada e mais ou menos mostram um importante comprometimento ocasionado pelo episódio depressivo; quatro delas relacionaram o sentido da vida à prole.

## **SEGUNDA ENTREVISTA**

1. Na segunda entrevista, avaliou como bastante. Explicou de forma confusa que havia coisas que não dependiam dela; questionada, falou de expectativas que não se cumprem e de como isto a fazia pensar no sentido da vida. Instada a dar um

exemplo, falou de colegas que a decepcionaram e depois do seu valor e da contribuição para quem está ao seu redor.

2. Na segunda entrevista aparece a sua satisfação com a melhora obtida: respondeu extremamente e afirmou ser “uma benção” estar viva e ter a oportunidade não apenas de viver, mas de obter realizações.

3. Na segunda entrevista respondeu bastante; pensou que a sua vida tem sentido, entretanto não tem tido prazer. Afirma que a vida é importante, apesar dos contratempos e da depressão ter tirado todo o prazer do dia a dia.

4. Na segunda entrevista responde extremamente; explica que é espírita, que acredita que a pessoa reencarna por alguma razão.

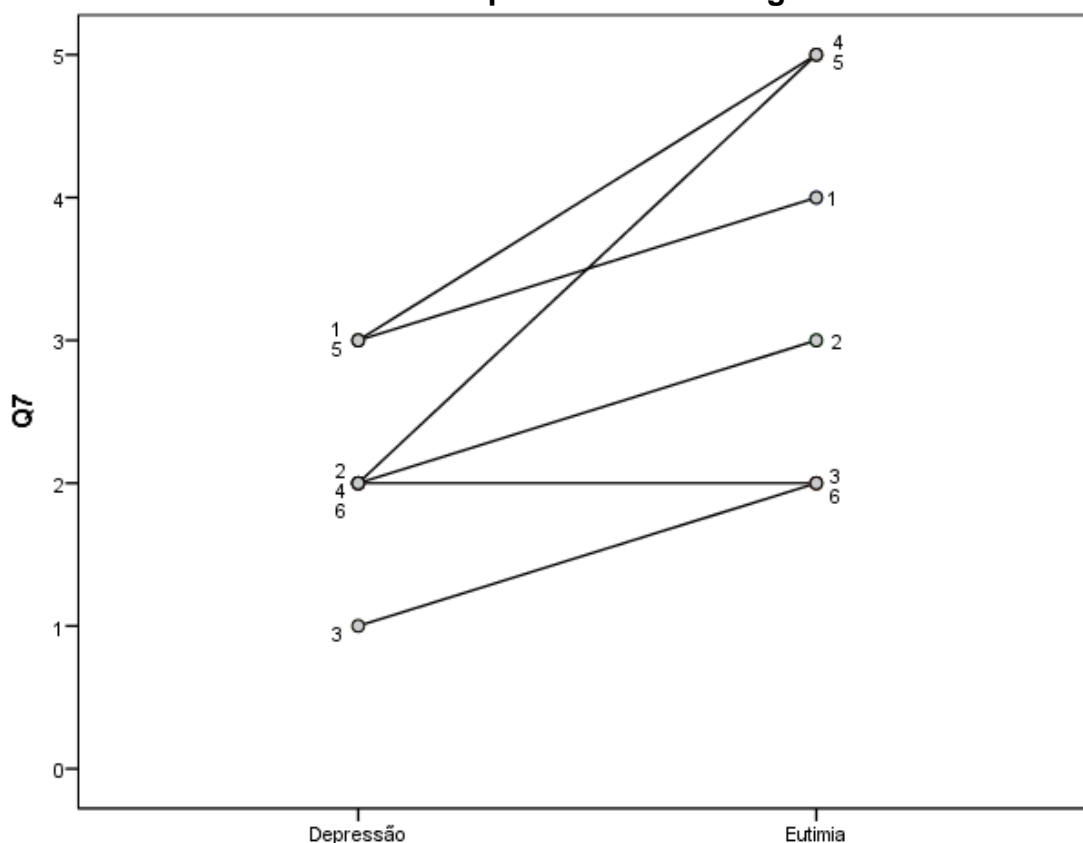
5. Na segunda entrevista, queixa-se da complexidade dos itens, pondera que é “muito necessária” (importante) para algumas pessoas, de forma que responde extremamente. Explica que fazer sentido, para ela, é a ideia de fazer falta para alguém.

6. Na segunda entrevista, embora vacilante, respondeu bastante. Explicou que tinha filhos felizes, saudáveis (que não utilizavam drogas e não fumavam), que estudavam e trabalhavam. Agregou que o parâmetro da sua satisfação era o bem estar dos seus filhos.

Filhos e religião aparecem como fator protetor na primeira entrevista e como motivo de satisfação na segunda.

Foi um item que não impôs dificuldades para a resposta, com um comportamento bastante homogêneo. O “papel social” da pessoa pode facilitar esta avaliação, da vida ter sentido para o sujeito.

**Gráfico 7 - Síntese 7: O quanto você consegue se concentrar?**



### **PRIMEIRA ENTREVISTA**

1. Em relação ao quanto conseguia se concentrar, na primeira entrevista avaliou como mais ou menos. Explicou que pegava um livro para ler, mas desistia, olhava a televisão, mas não prestava atenção, ouvia rádio, mas “não estava ouvindo”. Afirmou estar “intolerante”, explicou que era como se estivesse esperando alguma coisa com estas atividades, mas não encontrava o que desejava, ficava decepcionada, perdia o interesse.

2. Na primeira entrevista responde muito pouco, ligando a sua dificuldade para se concentrar ao trabalho, especificamente à ansiedade, “fico inquieta”, “não tenho paciência de ficar parada”.

3. Em relação ao quanto conseguia se concentrar, na primeira entrevista respondeu nada. Considera um problema antigo, desde a época do colégio, na infância.

4. Na primeira entrevista respondeu que conseguia se concentrar pouco, tinha bastante dificuldade de concentração. Logo corrige a resposta para muito pouco. Explica que não conseguia se concentrar em tarefas ou prestar atenção por muito tempo, pois passava a pensar em outras coisas ou outros estímulos lhe chamavam a atenção.

5. Em relação à capacidade de concentração, na primeira entrevista respondeu mais ou menos. Explica que tem apresentado dificuldade de elaborar receitas tendo necessidade de consultar a mesma no notebook diversas vezes – como o computador da sua casa fica na sala faz “quinhentas viagens” até terminar a tarefa, quando não copia em um papel; mesmo assistindo a um filme, ao final do mesmo já não recorda do início, não entendendo os comentários de familiares.

6. Na primeira entrevista respondeu que conseguia se concentrar muito pouco. Instada a dar um exemplo, informou que necessitava ler duas ou três vezes a mesma página do livro para entender. E que era difícil mesmo ficar sentada concentrada na entrevista.

Na primeira entrevista os escores foram baixos: uma respondeu nada, três muito pouco, e duas mais ou menos.

## **SEGUNDA ENTREVISTA**

1. Na segunda entrevista, respondeu bastante, brincou que estava em um “período zen”, pois estava de férias e só fazia o que desejava fazer, fixando o pensamento no que estava fazendo. Questionada, informa que pensou na leitura de livros.

2. Na segunda entrevista respondeu mais ou menos, se encontrava plenamente produtiva, mas queixava-se de uma característica de não conseguir ficar parada, de fazer diversas atividades simultaneamente.

3. Na segunda entrevista exclamou que este era o seu problema, respondeu muito pouco. Voltou a dizer que se tratava de problema antigo, da época do colégio, da infância. Questionada, teve dificuldade para explicar como este problema se

manifestava neste momento. Falou de dificuldade para ler, pois começa a pensar em outras coisas, ou em dificuldade de gravar informações na memória.

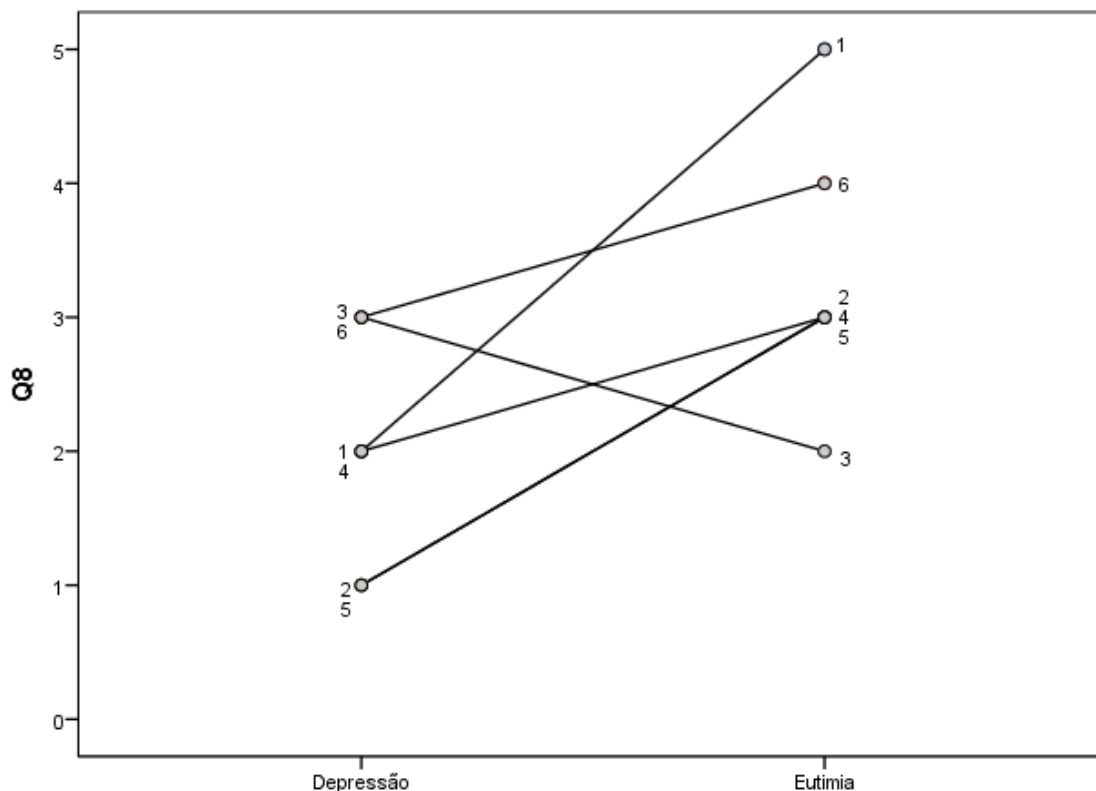
4. Na segunda entrevista inicia relatando que melhorou muito a capacidade de concentração. Responde bastante e logo muda para extremamente. Informa estar pensando na feitura do seu trabalho de conclusão de curso, ao qual se dedicou nos dois últimos meses, e na sua extraordinária capacidade de concentração. Reflete que talvez antes não tivesse “vontade” de estudar e de terminar as tarefas; as iniciava, mas não terminava, pois desanimava antes disso.

5. Na segunda entrevista respondeu prontamente extremamente, associando o item a sua capacidade para o trabalho. Não apresentava nenhuma dificuldade de concentração.

6. Na segunda entrevista, respondeu da mesma forma, muito pouco. Explica que pensou no seu novo trabalho em uma drogaria, onde necessita guardar os nomes dos medicamentos, além de genéricos e similares. Em alguns momentos esquece-se do nome do medicamento quando vai buscá-lo. Importante ressaltar que se trata da mesma pontuação, mas diante de situações diferentes. Questionada quanto ao tempo de ocorrência deste problema, teve dificuldade de responder; disse que passou muito anos deprimida, seis anos sem tratamento, mas que melhorou. Não havia apresentado este tipo de dificuldade anteriormente. Pergunto se está realizando uma atividade nova e ela confirma que sim, nunca havia trabalhado em farmácia, há muito movimento, se atrapalha um pouco. Mas sente-se apoiada pelos colegas, que a ajudam.

A capacidade de concentração está relacionada à demanda. A melhora do episódio depressivo fez com que procurassem atividades mais complexas, que exigirem maior concentração, de forma que estamos avaliando as entrevistadas frente a situações de vida bastante diversas na primeira e na segunda entrevista.

**Gráfico 8 - Síntese 8: Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?**



### **PRIMEIRA ENTREVISTA**

1. Em relação à quão segura se sentia na sua vida diária, na primeira entrevista respondeu que muito pouco; explicou que sentia medo: medo de estar só, medo de ser assaltada; questionada, informou que era um sentimento recente.

2. Relacionou segurança à renda familiar, que dependia dela, e esclareceu que pensava em “segurança financeira”. Na primeira entrevista, respondeu nada, uma vez que toda a renda familiar dependia dela. Questionada quanto à segurança pública informou sentir-se “segura, amparada”, declarando que considerava a cidade segura. Compreendeu o item, de forma inadequada, com o sentido de “autoconfiança”.

3. Em relação à segurança na vida diária, na primeira entrevista entendeu corretamente ao item, “em relação à segurança pessoal”, e respondeu mais ou menos, pois se sentia insegura em alguns momentos, dentro de casa, ocasiões em

que sentia um “medo fora do comum”. Questionada, informou ter receio da entrada de um assaltante que pudesse fazer mal para as suas filhas.

4. Entende o item como autoconfiança, responde muito pouco, uma vez que nem no trabalho, nem nos estudos e nem nos seus relacionamentos sentia-se confiante. Questionada quanto à segurança, responde que mais ou menos, explicando que tem receio de andar sozinha. Compreendeu o item de forma inadequada, com o sentido de “autoconfiança”.

5. Em relação à segurança na sua vida diária, na primeira entrevista respondeu ao item nada, mas entendeu o mesmo como autoconfiança, “não consigo nem tomar decisão”. Questionada em relação à segurança pública, informou sentir pavor, acordando de madrugada por medo ter a casa assaltada, de forma que a resposta estaria adequada. Compreendeu o item de forma inadequada, com o sentido de “autoconfiança”.

6. Questionada em relação à segurança, responde que se sente mais ou menos segura. Explica que sofrera um assalto naquela semana, mas sem grandes perdas.

As entrevistas foram realizadas até o ano de 2014, antes da piora importante de problemas de segurança pública na cidade de porto alegre.

É importante ressaltar que este item já foi modificado na versão do WHOQOL para o português brasileiro para “o quanto você se sente em segurança na sua vida diária” para evitar problemas de entendimento decorrentes do fato de que em português não há palavras que distingam “auto segurança” e “segurança externa” (como *secure* e *safe*). Ocorreu, de fato, um entendimento não previsto, talvez mesmo em função dos itens anteriores do instrumento: o sujeito vem respondendo perguntas sobre assuntos íntimos e naturalmente imagina que o item investigue autoconfiança. Apenas três entrevistadas, 1, 3 e 6, entenderam o item da forma como foi planejado.



## SEGUNDA ENTREVISTA

1. Na segunda entrevista respondeu, pensando em autoconfiança, sentir-se extremamente segura e explicou que depois da psicoterapia tinha a sensação de que estava “habitando” em si mesma, que não sabia onde havia andado antes. Questionada quanto à segurança pública, informou não se sentir muito segura, procurava não pensar nisso, pois “tudo pode acontecer em qualquer lugar, a qualquer momento”; não se sentia segura. Compreendeu o item, de forma inadequada, com o sentido de “autoconfiança”.

2. Na segunda entrevista respondeu mais ou menos, explicou que a renda familiar dependia dela, mas queixou-se do marido, dependente dela. Questionada quanto à segurança pública disse que considerava a cidade segura. Compreendeu o item, de forma inadequada, com o sentido de “autoconfiança”.

3. Na segunda entrevista respondeu bastante, mas de forma equivocada, pois planejou informar bastante insegura. Então respondeu muito pouco, pior do que na primeira entrevista. Explicou que se sentia pouco segura, com receio de sair para a rua. Tinha receio em relação às filhas que necessitavam sair de casa, uma para a escola, outra para o trabalho. Agrega que se sente segura, protegida, vivendo cercada de familiares, tios e primos que moram na vizinhança. Não saberia viver entre estranhos. Há uma melhora não captada pelo instrumento: deixa de ter medo em casa para sentir apenas na rua.

4. Na segunda entrevista, novamente entende o item segurança como autoconfiança, e responde mais ou menos, explicando que não estava confiante nas suas escolhas nem no seu futuro. Questionada quanto à segurança, responde novamente mais ou menos, pelo receio da violência urbana. Compreendeu o item, de forma inadequada, com o sentido de “autoconfiança”.

5. Na segunda entrevista respondeu mais ou menos, mas entendeu o item como autoconfiança, “eu penso, assim, na insegurança que eu tenho em cada prato que eu sirvo”. Novamente questionada em relação à segurança pública, informou que alteraria a resposta para muito pouco, sente medo quando usa transporte coletivo, já foi assaltada, “a gente tem sorte quando consegue chegar em casa”. Compreendeu o item, de forma inadequada, com o sentido de “autoconfiança”.

6. Na segunda entrevista, respondeu bastante, mesmo ponderando que poderia ser muito. Explica que volta do trabalho para casa muito tarde, caminhando, e entra em casa sozinha. Conta que antes necessitava examinar toda a casa quando chegava, pesquisando inclusive dentro dos guarda-roupas para ver se não havia algum assaltante. Hoje não pensa mais nisso, entra no escuro, com toda a tranquilidade. Recorda que cada vez que o vento balançava uma janela necessitava verificar, o que também não ocorre mais.

O item não é estável ao longo do tempo. A entrevistada de número 1, por exemplo, respondeu na primeira entrevista pensando em segurança pública e seis meses depois pensando em autoconfiança; esta entrevistada parecia estar sob o impacto da melhora produzida pelo tratamento, entendendo o item de forma diferente.

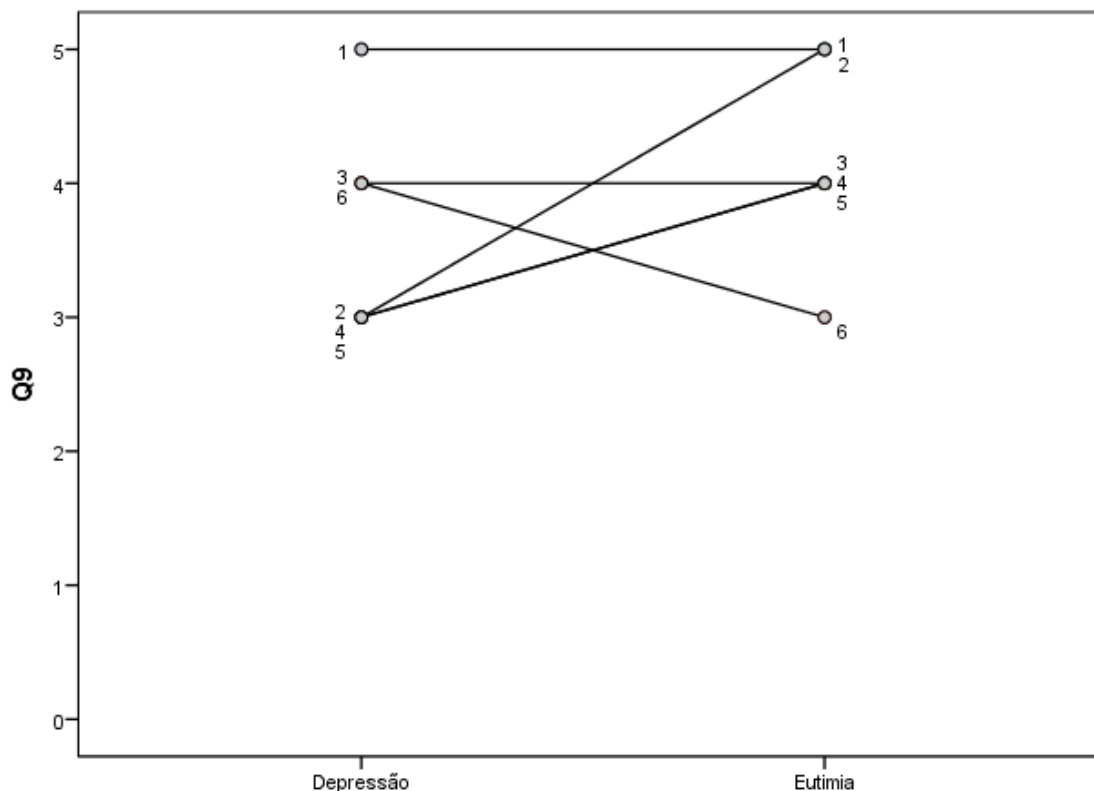
Cabe salientar que, independente do entendimento adotado para este item, houve uma melhora entre a primeira e a segunda entrevista. Talvez através de mecanismos diferentes: pode-se pensar que a diminuição da ansiedade tanto pelo arrefecimento dos sintomas depressivos quanto pelo efeito direto dos fármacos, faz com que os perigos externos sejam sentidos de forma próxima da realidade.

A entrevistada de número 2 apresentou um estranho comportamento *outlier*, não se preocupando com a segurança pública nem na vigência dos sintomas depressivos nem quando eutímica.

É um item cujo exame é complicado. O item mal compreendido como autoconfiança teria um funcionamento mais estável, melhorando após o esbatimento dos sintomas depressivos. Não por acaso, em análises de componentes principais já pontuou no domínio psicológico.

Teoricamente o item propriamente dito seria dependente do meio ambiente que, apesar de impactado pela percepção do indivíduo, deveria ser relativamente estável. Obviamente a depressão pode piorar a percepção da situação externa da segurança pública, mas ela sendo muito problemática cria-se um “efeito chão”: a segurança é mal avaliada na primeira entrevista e pode não se alterar muito na vigência de eutímia.

**Gráfico 9 - Síntese 9: Quão saudável é o seu ambiente físico?**



### **PRIMEIRA ENTREVISTA**

1. Em relação à quão saudável era o seu ambiente físico, na primeira entrevista avaliou o mesmo como extremamente saudável; explicou que morava sozinha, mas havia os passarinhos (como se fizessem companhia), sua casa era limpa e arejada. Quando assinalei que respondera pensando na sua casa, informou que o trabalho era diferente, extremamente estressante, fatigante, exigente.

2. Na primeira entrevista mostrou-se inicialmente confusa, como se não estivesse concentrada, “*tem coisas legais, é um ambiente bom*”, respondeu mais ou menos. E não se esforçou para entendê-lo, como se tivesse coisas mais importantes para pensar do que refletir sobre o ambiente físico.

3. Em relação à quão saudável é o ambiente físico, na primeira entrevista respondeu bastante, pois o seu ambiente era bom, bastante saudável. Explica que

mora em um lugar tranquilo, afastado da cidade, sem barulho, com menos poluição do que o centro.

4. Respondeu que o ambiente físico é mais ou menos saudável. Explica que o lugar onde mora é aprazível, tranquilo, silencioso; mas na cidade o clima era pior e havia poluição. Conta que o ambiente físico do local onde mora é tranquilo, melhor do que o interno da sua casa, calmo e com muitas praças. Em casa o ambiente é mais conturbado.

5. Em relação à quão saudável era o seu ambiente físico, respondeu mais ou menos, agregando que naquela ocasião ambiente físico saudável para ela era “estar quieta no quarto”, sem barulho. Questionada, responde que, para ela, o silêncio era muito saudável.

6. Questionada em relação ao seu ambiente físico, demorou a responder, parecendo desatenta. Respondeu que era bastante saudável. Explica que pensou no seu ambiente de trabalho, onde se sente segura, “se o mundo acabar espero estar lá dentro”. Gosta do ambiente, do “clima”, de não ver o que se passa na rua, de ver pessoas felizes fazendo compras. Confirma que se sente protegida lá. Questionada em relação à própria casa, apenas queixa-se de ficar muito sozinha.

Uma extremamente, duas bastante, e três mais ou menos.

Mesmo em um episódio depressivo grave, o ambiente físico mostrou-se pouco impactado pela doença nas pacientes 1 e 3. A primeira associou ambiente físico com o lar, não levando em conta o ambiente de trabalho. Isto faz pensar em um item estável, pouco impactado por sintomas depressivos.

A entrevistada 5 mostra um sintoma da doença impactando o ambiente físico: ambiente físico saudável para ela passara a ser “estar quieta no quarto sem barulho”. Alguns deprimidos queixam-se de hiperacusia, informam que o som parece mais alto produzindo desconforto, necessitam de silêncio.

As pacientes 2 e 6 mostraram-se pouco dispostas a pensar em ambiente físico.

## SEGUNDA ENTREVISTA

1. Na segunda entrevista, respondeu da mesma forma, extremamente saudável, e novamente agregou “a passarada cantando, não tem preço”. Explica que pensou nos pássaros gorjeando quando acorda, o que a faz sentir o ambiente físico como sendo saudável no local onde mora.

2. Na segunda entrevista respondeu prontamente, considerando o ambiente extremamente saudável, por residir em uma casa silenciosa e confortável, agregando que ela acomodou o ambiente físico às suas necessidades, para que pudesse sentir-se bem.

3. Na segunda entrevista, repete que mora em um lugar saudável e responde novamente bastante. Agregou que morava em um lugar bom, tranquilo, sem problemas com drogas. Gostava muito do local onde residia.

4. Na segunda entrevista responde bastante, fala novamente do local onde mora, calmo, silencioso e repleto de praças. Questionada quanto a outros ambientes, não volta a relatar problemas em casa; informa que apenas nas festas que frequenta o ambiente físico não era saudável, em função do barulho, pessoas fumando, etc.

5. Na segunda entrevista respondeu bastante, tendo dificuldade para explicar o motivo da escolha. Explica que quando está criando, solicita silêncio no ambiente de trabalho e em casa, pois não gosta de barulho.

6. Na segunda entrevista piorou o escore para mais ou menos. Explica que mora em uma rua movimentada, com muito pó, muito barulho, de forma que “lacrava” as janelas. Descreve o trabalho como muito estressante, com muita agitação, o que confirmaria a ideia de que o ambiente de trabalho é mais ou menos saudável (mas não estaria avaliando ambiente físico).

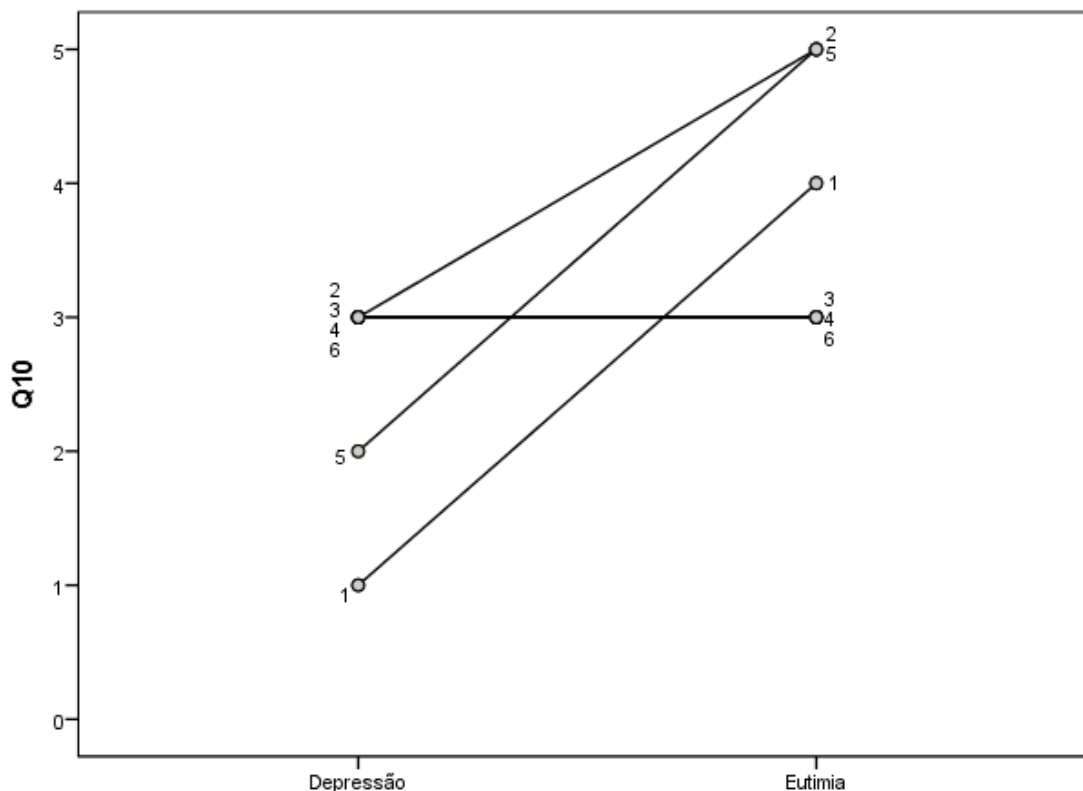
Este item de meio ambiente, assim como o 08, se comportam de forma menos previsível, mais heterogênea, nestas pacientes deprimidas: algumas consultam aspectos internos para responder, outras pensam de forma mais objetiva. No entanto, na média, as pacientes melhoraram na segunda entrevista, mas também houve piora.

A piora do escore da paciente 06 deve-se ao fato de na primeira entrevista ter avaliado o ambiente físico do local de trabalho e na segunda o da própria casa, mesmo que o trabalho e a casa fiquem na mesma rua, a pouca distância. Ocorre que quando estava doente, escolheu o local onde se sentia melhor: no trabalho. Ela difere das demais que se sentiam melhor em casa durante o episódio depressivo. É importante ressaltar que a pessoa escolhe o ambiente que vai avaliar. Neste caso todas escolheram avaliar o local onde se sentiam melhor.

Outro aspecto importante da entrevistada 6 foi que, com a melhora do quadro depressivo, havia mudado de emprego, enfrentando novos desafios e exigências, que atuaram como uma nova variável externa que ocasionava preocupação.

A insinuação de que qualidade de vida e depressão seriam dois constructos que expressam a mesma ideia de formas diferentes (tautologia) não se confirma: alguns deprimidos conseguem discriminar de forma bastante clara vivências internas de situações objetivas do ambiente.

**Gráfico 10 - Síntese 10: Você tem energia suficiente para o seu dia a dia?**



### **PRIMEIRA ENTREVISTA**

1. Em relação a ter energia suficiente para o seu dia a dia, na primeira entrevista avaliou como nada; explicou que antes fazia mil coisas ao mesmo tempo, mas agora fazer uma única tarefa demanda muito esforço. Solicitada a dar um exemplo, fala em lavar a louça, fica pensando que necessita lavá-la, que não pode abandonar a tarefa; antes, “fazia tudo ao mesmo tempo”, sem que isto constituísse dificuldade.

2. Na primeira entrevista, considerou a sua energia médio, explicando que conseguia executar as suas tarefas de trabalho, mas a custa de um esforço muito maior, “com sacrifício”. Salienta o caráter de obrigação do seu trabalho, que deveria ser feito de qualquer modo.

3. Em relação a ter energia suficiente para o dia a dia, na primeira entrevista respondeu médio, agregando que tinha pouca “energia física”, pois o desânimo

tirava-lhe a energia para fazer as coisas. Em alguns dias estava um pouco melhor, mas mesmo sem ânimo precisava cumprir a sua rotina de trabalho, “é muito custoso”.

4. Indagada quanto à energia suficiente para o seu dia-a-dia, respondeu MÉDIO; sentia-se sem muita energia, cansada. Cansava até para ir até o armazém próximo de casa. Cansava quando tentava estudar, de maneira que evitava “chegar perto dos livros”. Sentia-se cansada para sair com amigas, necessitava fazer um esforço.

5. Em relação a ter energia suficiente para o seu dia a dia, na primeira entrevista respondeu que muito pouco. Explica que pensou em tudo, em higiene pessoal, cuidar da casa, cozinha, roupas; faltava-lhe energia.

6. Na primeira entrevista informou ter energia suficiente para o seu dia a dia de forma médio. Explicou que estava com insônia, de forma que dormia durante o dia. Sentia sono e desânimo, também se sentindo culpada por ficar descansando, por não prepara comida para a filha. Questionada, informou que mesmo quando não estava com sono sentia-se sem energia.

Houve um comportamento homogêneo: “esforço, sacrifício, desânimo, custoso, falta energia”. Trata-se de um dos sintomas nucleares da depressão.

Um importante aspecto da forma de responder diz respeito ao fato de que, apesar de informarem estar sem energia, quatro entrevistadas responderam médio, e não nada ou muito pouco. Talvez tenham feito uma avaliação, pensando que ainda conseguiam fazer as tarefas, apesar de estas exigirem um esforço muito maior. No entanto, energia não se relaciona com o que ainda conseguem realizar, algo como “o quanto consegue executar as suas tarefas”, mas ter energia suficiente para o dia a dia. Desta forma, esta ponderação teria feito com que respondessem de forma inadequada. Muitos deprimidos relatam que conseguem fazer as tarefas de trabalho de forma que os colegas não percebem o esforço exigido para desempenhar tarefas corriqueiras.

## **SEGUNDA ENTREVISTA**



1. Na segunda entrevista, respondeu muito, e agregou que somente não respondia completamente, pois às vezes sentia-se cansada. Ponderou que talvez tivesse alguma deficiência vitamínica, ou talvez a idade fizesse faltar um pouco de vigor.

2. Na segunda entrevista respondeu prontamente completamente, agregando que não lhe faltava energia, que disposição não era problema. Recorda do período em que esteve deprimida e informa ideação suicida ligada a sentimentos de inutilidade. E de como melhorou com o tratamento, de como passou a ver tudo com outros olhos, de como, diferente do que percebera, mesmo o filho mais velho, de 28 anos, ainda precisa muito dela.

3. Na segunda entrevista respondeu da mesma forma, médio, pois às vezes ainda sentia-se sem energia para trabalhar; agrega que sentia desânimo, mas não deixava de cumprir com a obrigação. Solicitada a comparar com a entrevista anterior, considera que a sua energia “aumentou um pouquinho”.

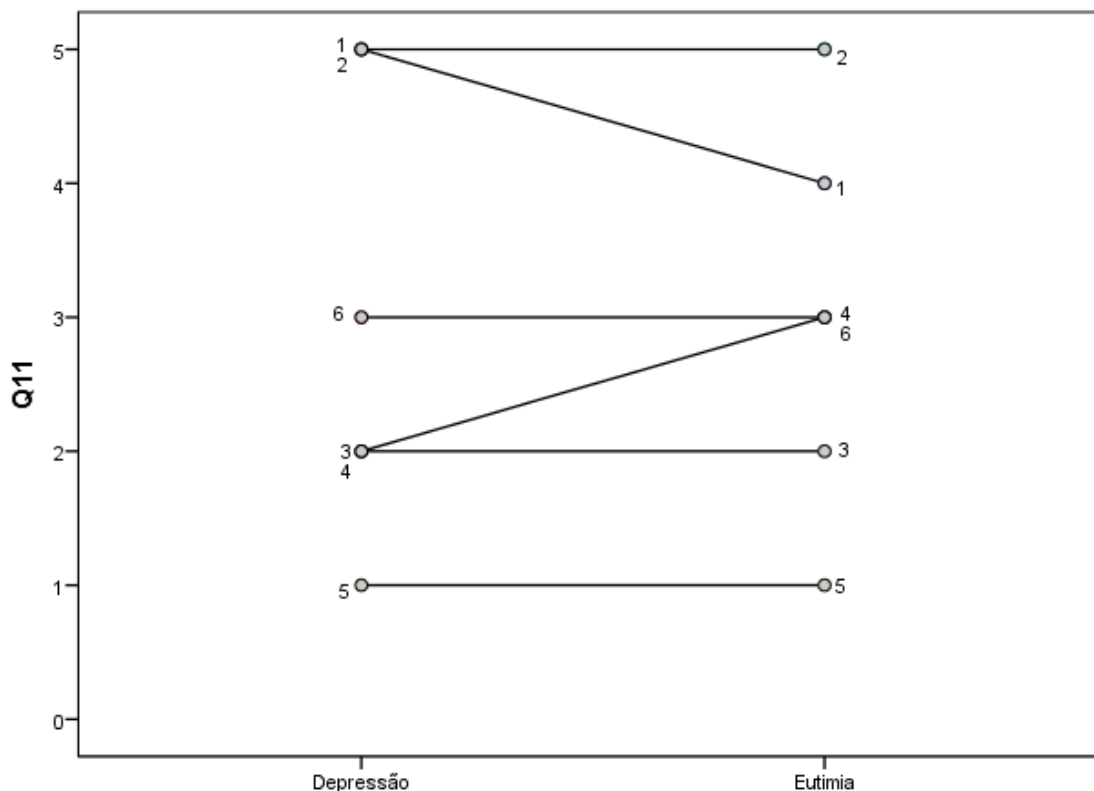
4. Na segunda entrevista também respondeu médio, explicando que em alguns dias tinha energia para fazer “milhões de coisas”, mas em outros fazia pouco. Questionada, pondera que melhorou que antes não conseguia limpar a casa ou sair, estava bastante desanimada. Diz estar conseguindo fazer mais atividades, com mais ânimo para trabalhar. Exemplifica que não se importa de lavar a louça, coisa que não gostava de fazer.

5. Na segunda entrevista respondeu completamente, uma vez que era fácil desempenhar todas as suas funções, não lhe faltando energia e nem vontade para tal.

6. Na segunda entrevista respondeu da mesma maneira, ter energia suficiente para o seu dia a dia de forma média; parecia desatenta, solicitou que repetisse a pergunta. Explicou que fazia tudo que precisava fazer, apesar da preocupação de fazer errado. Agora atenta, ponderou que responder muito seria um exagero, até mesmo por já estar com 55 anos. Mas brincou que dispunha de mais energia do que os seus filhos. O item não captou mudança ocorrida.

Três entrevistadas não mudaram a avaliação da primeira entrevista. A entrevistada 3 informa que melhorou pouco. A entrevistada 4 informa claramente que está com mais energia, mas manteve a mesma resposta. A entrevistada 6 estava impactada por uma nova situação, a mudança de atividade laborativa. Talvez as cinco possibilidades da escala Likert não tenham sensibilidade para captar uma pequena modificação.

**Gráfico 11 - Síntese 11: Você é capaz de aceitar a sua aparência física?**



### **PRIMEIRA ENTREVISTA**

1. Em relação a aceitar a sua aparência física, na primeira entrevista avaliou como completamente. Agregou que não se achava feia, mas bonita; estava em um momento no qual não conseguia “ver a vida” (de forma positiva), mas isto não comprometia a sua aparência.

2. Na primeira entrevista informou aceitar completamente a sua aparência física; sentia-se “uma pessoa normal”, satisfeita com a própria aparência.

3. Em relação a ser capaz de aceitar a aparência física, na primeira entrevista respondeu que muito pouco. Explica que em função dos problemas emocionais que enfrentou nos últimos anos envelheceu precocemente, o que comprometeu a sua aparência física. Questionada, informa que foram problemas no casamento e a depressão; agrega que as pessoas ficam impressionadas com o seu envelhecimento.

4. Na primeira entrevista informou aceitar muito pouco a sua aparência física: não se achava bonita, não gostava de si mesma quando se comparava com outras pessoas. Questionada, informou ser muito crítica, procurando constantemente mudar a sua aparência, cabelo, maquiagem, roupas; chegava a mudar de roupa dez vezes no mesmo dia, sem sentir-se satisfeita. Fazia dieta, por sentir-se gorda. Era clara a sua insatisfação com a própria aparência.

5. Em relação a aceitar a sua aparência física, respondeu nada na primeira entrevista, pois tudo a incomodava. Explica que, à exceção do nariz, tudo a incomodava; queixa-se de ter engordado nos últimos meses, trocou a cor dos cabelos, mas já não está mais gostando, e agrega que respondeu ao item prontamente, pois odiava a si mesma.

6. Em relação a aceitar a aparência física, na primeira entrevista respondeu que médio, esclarecendo que andava desleixada, mas bastava se arrumar para que se sentisse melhor. Questionada, confirmou que não tinha ânimo para se arrumar.

ML ressalta uma questão feminina, o fato de que aparência física é mais cobrada das mulheres.

Duas entrevistadas surpreendentemente responderam completamente, duas muito pouco, uma médio, a outra nada.

## **SEGUNDA ENTREVISTA**

1. Na segunda entrevista respondeu muito, pior do que na primeira, agregando que tentava melhorar a mesma. Explicou que fizera recentemente uma mamoplastia, aumentando o volume das mamas para melhorar a aparência. Agrega que sempre se pode melhorar, que a aparência não a incomodava, mas, brincando, disse que entendia que devia manter-se alerta.

2. Na segunda entrevista manteve a sua avaliação, completamente, e acrescentou que de forma ativa procurava fazer coisas que a fizessem se sentir mais satisfeita com a própria aparência. Logo recorda que durante o episódio depressivo não tinha tanta preocupação com a aparência, e presta uma informação que omitira

na outra entrevista: que sequer tinha vontade de tomar banho, estava indiferente. Diz que não se sentia parte de um grupo (condomínio), estava isolada, “de fora”, “a gente se retira”.

3. Na segunda entrevista, respondeu novamente muito pouco; desta vez explica que poderia estar melhor se tivesse mais ânimo, se fosse mais alegre, mais feliz, se tivesse vontade de se arrumar. Explica que com o desânimo perde a vontade de se arrumar. Concorde que a aparência física é consequência do seu desânimo. A segunda justificativa é menos fatalista e mais realista.

4. Na segunda entrevista respondeu médio, que aceitava a sua aparência. Mas seguia crítica com a própria aparência, sentindo-se gorda, achando-se feia, se comparando com outras pessoas. Questionada, informou estar bem menos preocupada ou envolvida em fazer dieta.

5. Na segunda entrevista respondeu novamente nada, explicando que não se aceitava, se odiava; fala da sua forma física, que vai tentar mais uma dieta. Conta que em uma loja viu uma pessoa que a desagradou pelo excesso de peso, mas reparou que se tratava de um espelho.

6. Na segunda entrevista respondeu da mesma forma, médio. Explicou que tinha muita vontade de fazer abdominoplastia, pois tinha o abdome em avental. Era a única coisa que efetivamente a incomodava, de forma que planejava “juntar dinheiro” para fazer a cirurgia.

A entrevistada 1 fez uma cirurgia plástica após cinco meses de tratamento para a depressão, e não na vigência do episódio depressivo, o que denota uma decisão que não parece ter sido fundamentada em expectativas irreais. O seu escore piorou na segunda entrevista possivelmente em função de um pós-operatório doloroso e limitante.

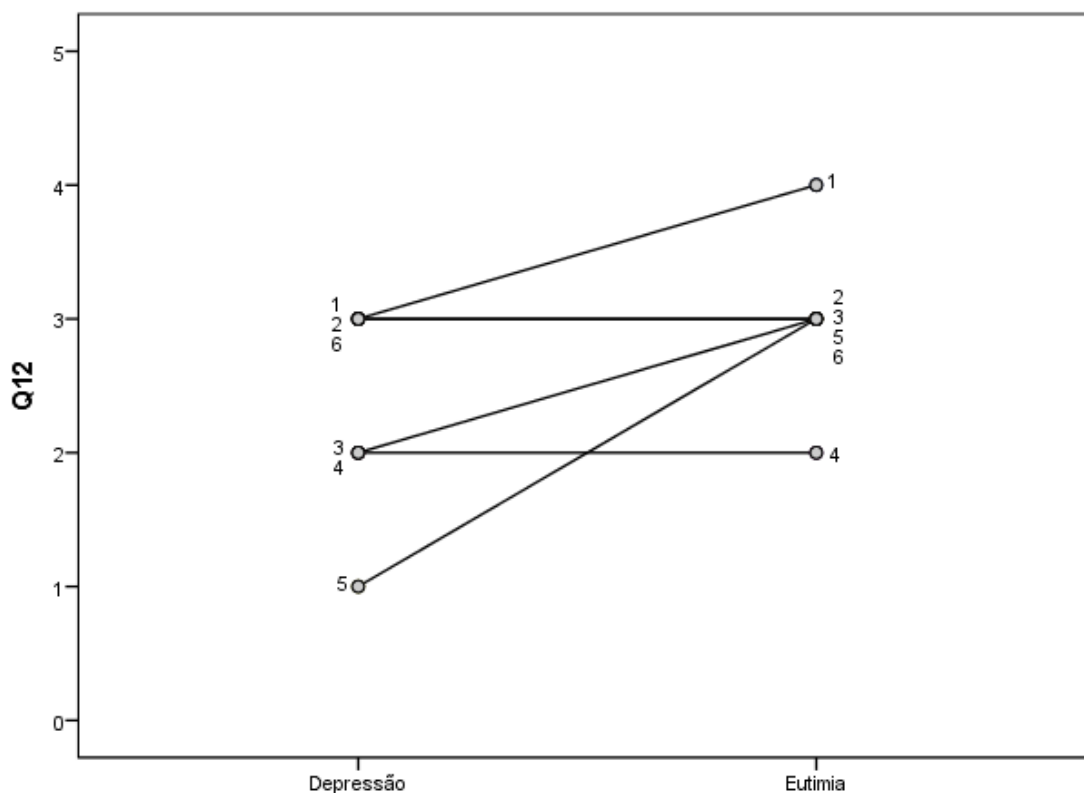
Esta entrevistada (1) piorou, a 4 apresentou uma melhora discreta e as outras quatro responderam da mesma forma.

Parece que a aparência física mantém certa independência do episódio depressivo: a visão ruim da entrevistada 5 não se modificou em nada com a melhora do quadro depressivo. Trata-se de um item que não varia necessariamente com o

episódio depressivo. O fato de estarem deprimidas não fez com que as entrevistadas considerassem a ruim a própria aparência nem melhorou esta avaliação com o esbatimento dos sintomas.

Duas das seis mencionaram cirurgia plástica, o que denota um aspecto muito próprio da nossa cultura, de uma forma de aprimorar aparência física.

**Gráfico 12 - Síntese 12: Você tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades? Nada, muito pouco, médio, muito ou completamente?**



### **PRIMEIRA ENTREVISTA**

1. Em relação a ter dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades, na primeira entrevista avaliou como médio, agregando que o trabalho proporcionava o essencial, “mas não muito além”; questionada, explica que “além” seria alguma extravagância, fazer coisas sem pensar como pagá-las.

2. Na primeira entrevista respondeu médio, esclarecendo que tinha dinheiro apenas para necessidades básicas, não podendo adquirir supérfluos, como bolsas e sapatos da moda.

3. Em relação a ter dinheiro suficiente para satisfazer as necessidades, respondeu muito pouco; explica que o seu salário supre o básico, mas não o que desejaria: “fazer mais” especialmente pelas filhas, mas também por si própria. Questionada, informa que o dinheiro é suficiente para as suas necessidades, “não

falta nada”, apenas gostaria de fazer coisas que as suas condições não permitem, como ajudar a filha que casou ou terminar a construção da sua casa.

4. Na primeira entrevista informou ter muito pouco dinheiro para satisfazer as suas necessidades, pois desejaria viajar e fazer cursos. Não conseguia fazer tudo o que deseja: objetivos e prazeres. Questionada, explicou que antes trabalhava com recreação, recepção e eventos de moda, mas na atual fase fica triste e não faz nada, somente pede dinheiro emprestado.

5. Em relação a ter dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades, respondeu nada na primeira entrevista, agregando que estava desempregada e precisando pedir tudo para o seu marido. Questionada, informa que sempre trabalhou e era a detentora da maior renda da família.

6. Em relação a dinheiro suficiente para satisfazer as necessidades, na primeira entrevista respondeu médio, tinha dinheiro suficiente dentro das suas condições. Podia pagar todas as suas contas sem preocupação.

Na primeira entrevista uma respondeu nada, duas muito pouco e três médio.

## **SEGUNDA ENTREVISTA**

1. Na segunda entrevista, respondeu muito, explicando que conseguia alcançar os objetivos que desejava poupando e tendo paciência para atingi-los.

2. Na segunda entrevista respondeu da mesma forma, médio, mas explicou que a família tinha apenas um automóvel e desejava ter um apenas para ela; otimista, disse que tinha certeza de que conseguiria.

3. Na segunda entrevista respondeu médio, explicando que consegue suprir as suas necessidades com o que ganha, de forma que acha que está bem. Questionada, agrega que desejaria ter mais coisas, mais conforto, mas não passa necessidade.

4. Na segunda entrevista respondeu da mesma forma, muito pouco, mas agregou que conseguia fazer muito com o pouco dinheiro que possuía e que



confiava que melhoraria a sua situação no futuro. Explica que com pouco dinheiro necessitava planejar e abrir mão de algumas coisas. Afirma ter dinheiro para as suas necessidades, mas diz: “a gente sempre quer uma coisa melhor, né?”.

5. Na segunda entrevista respondeu médio, explicando que estava “muito bem empregada”, podendo suprir as necessidades da casa. Questionada na razão de ter escolhido a resposta médio, respondeu que não era completamente, mas estava ótimo, pois havia iniciado no emprego há pouco tempo, com a perspectiva de um aumento salarial em seis meses.

6. Na segunda entrevista respondeu da mesma forma, médio. Justificou que tinha dinheiro para viver uma “vida normal”, mas se tivesse mais dinheiro já teria feito a cirurgia plástica e também gostaria também de viajar.

A entrevistada 3 faz uma avaliação mais dura na primeira entrevista, considerou ter o essencial como muito pouco e não médio.

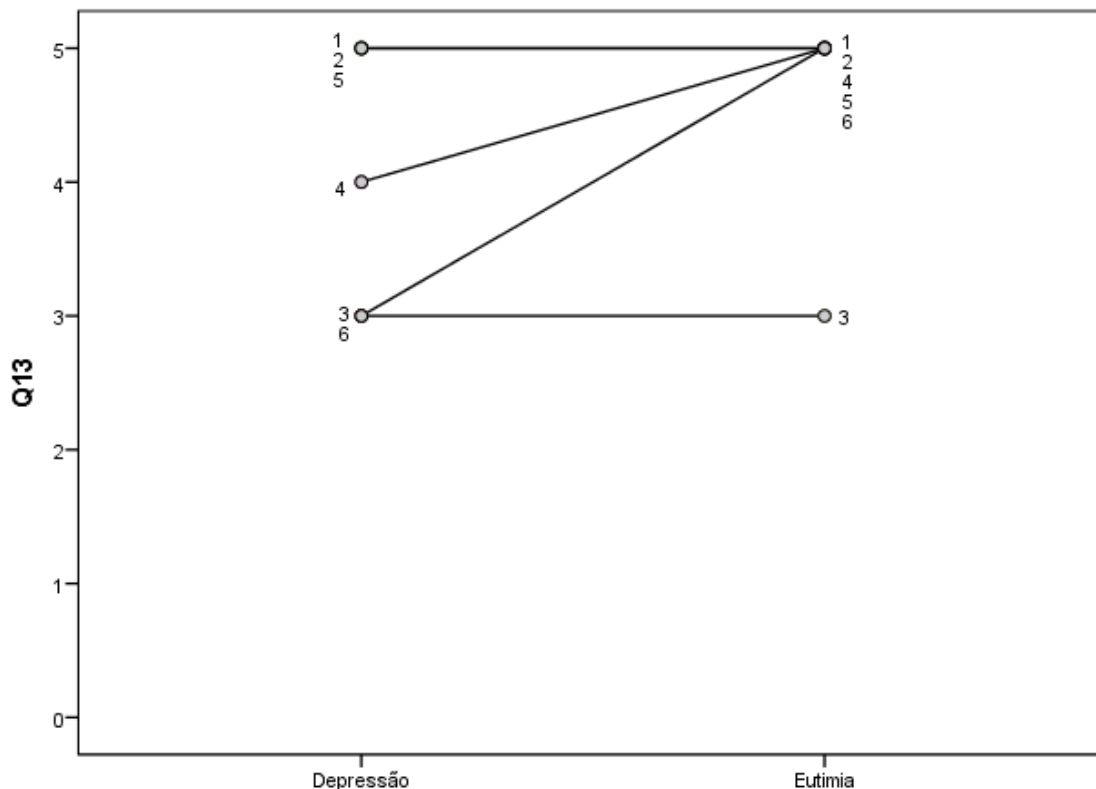
Na primeira entrevista a entrevistada 5 estava desempregada e a 4, que trabalhava como autônoma, não conseguia trabalhar. Os sintomas depressivos as impediam de trabalhar. É um problema objetivo que influencia este item.

As entrevistadas 2 e 4 e 6 apresentaram importante melhora que, no entanto, não foi captada por este item. A melhora pode não ter sido suficiente para mudar a avaliação da escala lickert.

Na de número 6, parece que a melhora do quadro depressivo a torna mais conectada com a realidade, e conseqüentemente um pouco mais exigente.

Trata-se de um item cuja tendência é a avaliação mais baseada em critérios objetivos do que emocionais. Desta forma a sua avaliação apresenta certa estabilidade. É possível imaginar que os itens de meio ambiente não sejam tão influenciados por quadros de depressão não psicótica. Note-se que são pacientes com depressão não melancólica, não há ideias delirantes de ruína.

**Gráfico 13 - Síntese 13: Quão disponíveis para você estão as informações que você precisa no seu dia a dia? Nada, muito pouco, médio, muito ou completamente?**



### **PRIMEIRA ENTREVISTA**

1. Em relação à disponibilidade de informações que precisava no seu dia a dia, na primeira entrevista respondeu que estavam completamente disponíveis; explicou que tinha acesso à televisão, internet, jornal e rádio, e que usava todos estes canais.

2. Na primeira entrevista já respondeu que as informações que precisava estavam completamente disponíveis, tendo pensado em notícias, televisão, internet.

3. Em relação à disponibilidade de informações que precisa no dia a dia, na primeira entrevista teve dificuldade de entender o item. Disse que dispunha das informações, noticiário, saber o que acontece para poder estar prevenida e cuidar das filhas, TV e rádio; conclui que está sempre “por dentro”, mas responde médio.

4. Na primeira entrevista respondeu que as informações que precisava no seu dia-a-dia estavam muito disponíveis. Não parecia muito atenta, tendo o entrevistador insistido na pergunta; mas falou em previsão do tempo e internet.

5. Em relação às informações que precisa no seu dia a dia, na primeira entrevista respondeu completamente, explicando que pensou na internet, no computador, uma vez que televisão utiliza apenas para ver filmes.

6. Em relação às informações que precisa no seu dia a dia, na primeira entrevista respondeu médio. Explicou que pensara no seu trabalho, onde passa a maior parte do tempo, em como lhe faltavam informações, mas fala como se houvesse uma desorganização na empresa.

## **SEGUNDA ENTREVISTA**

1. Na segunda entrevista, respondeu da mesma forma, completamente disponíveis, agregando que se sentia até “atropelada” por tanta informação; voltou a falar em internet, TV, rádio e jornal.

2. Na segunda entrevista respondeu da mesma forma, completamente disponíveis, falando de telefone, televisão, internet, jornais e revistas.

3. Na segunda entrevista, novamente teve dificuldade para entender o item e respondeu novamente médio. Questionada, voltou a falar que assiste as notícias na televisão pela manhã, de forma que fica inteirada dos acontecimentos, como alguma greve.

4. Na segunda entrevista respondeu prontamente que completamente, falando que “participava de tudo” em função da internet, televisão, rádio, livros e jornais.

5. Na segunda entrevista respondeu da mesma forma, completamente, explicando que tudo está na internet.

6. Na segunda entrevista, respondeu completamente. Novamente pensou no seu novo trabalho, mas em como os colegas eram solidários, ajudando-a na

complexidade da nova atividade. Questionada, informa que também poderia pensar em televisão, internet, que as informações estão disponíveis.

Três das entrevistadas, 1, 2 e 5, já responderam completamente na vigência do episódio depressivo, o que faz pensar que não seja um item muito impactado pela depressão.

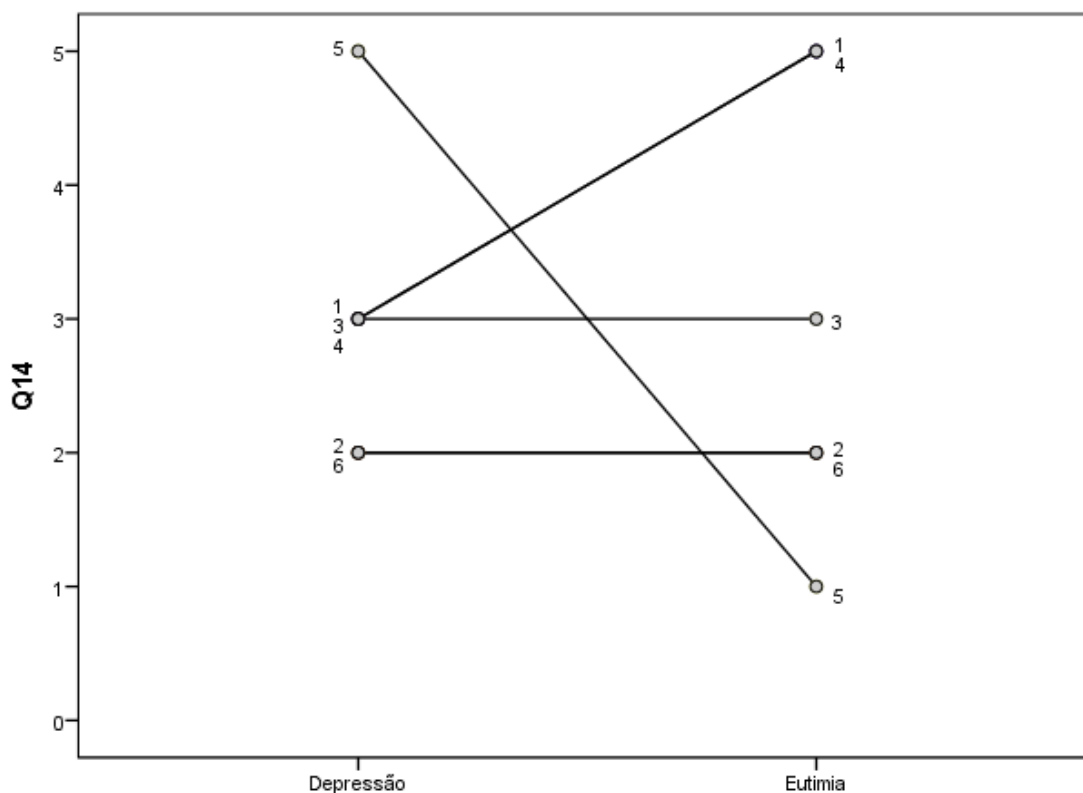
A 3 permaneceu com a mesma avaliação, mas a sua resposta destoava das demais. Examinando a sua resposta com cuidado percebe-se que ela responde o quanto ela está informada, e não o quanto as informações estão disponíveis, de forma que não responde de maneira adequada.

As entrevistadas 4 e 6 melhoraram na segunda entrevista, foram as únicas que tiveram avaliações impactadas pelo episódio depressivo.

Na discussão deste item, é feita uma ponderação de que os itens deste instrumento foram desenvolvidos no início da década de 1990, há mais de vinte anos, mas hoje, com o advento da internet, dificilmente alguém consideraria que não tem acesso a informação. Hoje se fala em excesso de informações.

Trata-se de um item que pode ser respondido de forma mais objetiva, e em função disso parece ser menos influenciado pelo episódio depressivo.

**Gráfico 14 - Síntese 14: Em que medida você tem oportunidade de atividades de lazer? Nada, muito pouco, médio, muito ou completamente?**



### **PRIMEIRA ENTREVISTA**

1. Em relação a oportunidades de atividade de lazer, na primeira entrevista respondeu médio, explicando que se tratava de uma relação de tempo, dinheiro e vontade. Questionada, articula que respondeu pensando em viajar, o que não estava conseguindo fazer, pois envolveria planejamento e dinheiro.

2. Na primeira entrevista disse ter muito poucas oportunidades de atividades de lazer, pois trabalhava “de segunda a segunda”, de forma que nas suas folgas preferia descansar.

3. Em relação a oportunidades de atividade de lazer, pergunta se é “lazer na rua” e responde médio. Explica que o seu lazer ocorre em casa, com as filhas, nos finais de semana. O que lhe dá prazer é estar junto delas em casa. Não costumam sair em função de dificuldades econômicas.

4. Na primeira entrevista, respondeu médio em relação à oportunidade de atividades de lazer. Explicou que dependia de algum convite, pois não saía sozinha. Pondera que considera lazer fazer alguma coisa que goste de fazer, o que não tem ocorrido no último ano. Questionada, diz que antes gostava de sair, ir a praças, shoppings, viagens, compras, festas, barzinho, não gostava de ficar em casa; agora tudo mudou: gosta de ficar em casa.

5. Em relação à oportunidade de atividades de lazer, na primeira entrevista respondeu completamente, mas agregou que, apesar de ter oportunidades, não usufruía as mesmas. Explica que pensou em caminhar, adorava caminhar, mas não se exercita mais.

6. Em relação a oportunidades de atividade de lazer, na primeira entrevista respondeu muito pouco, agregando que não tinha o que fazer e que não fazia nada sozinha. Questionada, informa ter pensado em sair de casa, dançar, beber chope, coisas que tinha deixado de fazer. Questionada quanto à oportunidade, afirmou não ter nem ânimo nem oportunidade, pois passou a sair apenas com os filhos e depois da sua separação conjugal perdeu o contato com os antigos amigos, “perdi contato com o mundo”.

Na primeira entrevista três entrevistadas responderam muito pouco, duas médio e apenas uma completamente.

## **SEGUNDA ENTREVISTA**

1. Na segunda entrevista respondeu completamente, pois os amigos a convidavam para sair, quando desejava saía, fazia o que apetecia. Não lhe faltavam oportunidades.

2. Na segunda entrevista respondeu da mesma forma, muito poucas oportunidades de atividades de lazer, mas explicou que estava muito envolvida na inauguração da sua loja, de forma que utilizava para descansar o tempo que sobrava. Percebe que gosta de ficar em casa nos seus períodos de folga, e volta a queixar-se do marido, pois gostaria de ter mais preservada a sua individualidade.

3. Na segunda entrevista novamente responde médio, mas logo fica em dúvida se não é muito pouco. Responde que faz as atividades da sua casa e senta para tomar um chimarrão. Questionada, informa efetivamente não ter tido oportunidades de outras atividades de lazer.

4. Na segunda entrevista respondeu completamente. Satisfeita, conta que amigos oportunizam programas que ela não poderia fazer, emprestando dinheiro ou pagando o programa. Questionada, expõe que muitas vezes vai à casa de uma amiga, o que já considera sair de casa e fazer um programa, mesmo que não tenha dinheiro para ir a festas.

5. Na segunda entrevista, respondeu nada; explicou que não tinha tempo para nada que não fosse o seu trabalho, pois folgava em apenas um dia da semana que aproveitava para cuidar da casa.

6. Na segunda entrevista respondeu da mesma forma, muito pouco. Explicou que não conseguia fazer programas sozinha, sequer ir a um parque. Volta a dizer que com a separação conjugal também perdeu os amigos. Pondera que viveu acompanhada por 30 anos, quando houve a separação os filhos saíram de casa, sentiu-se muito sozinha, afastou-se dos amigos – que eram comuns ao marido. Relata uma tentativa de ir à feira do livro que a entristeceu por recordar de quando ia com os filhos pequenos e decidiu não mais sair.

A melhora do quadro depressivo não apresentou uma correlação “linear” com oportunidades de atividades de lazer. Pode ser um item mais relacionado à personalidade ou estilo de vida.

Três entrevistadas, número 2, 3 e 6, mantiveram a mesma resposta, apesar de a 2 parecer estar melhor e a 3 pior.

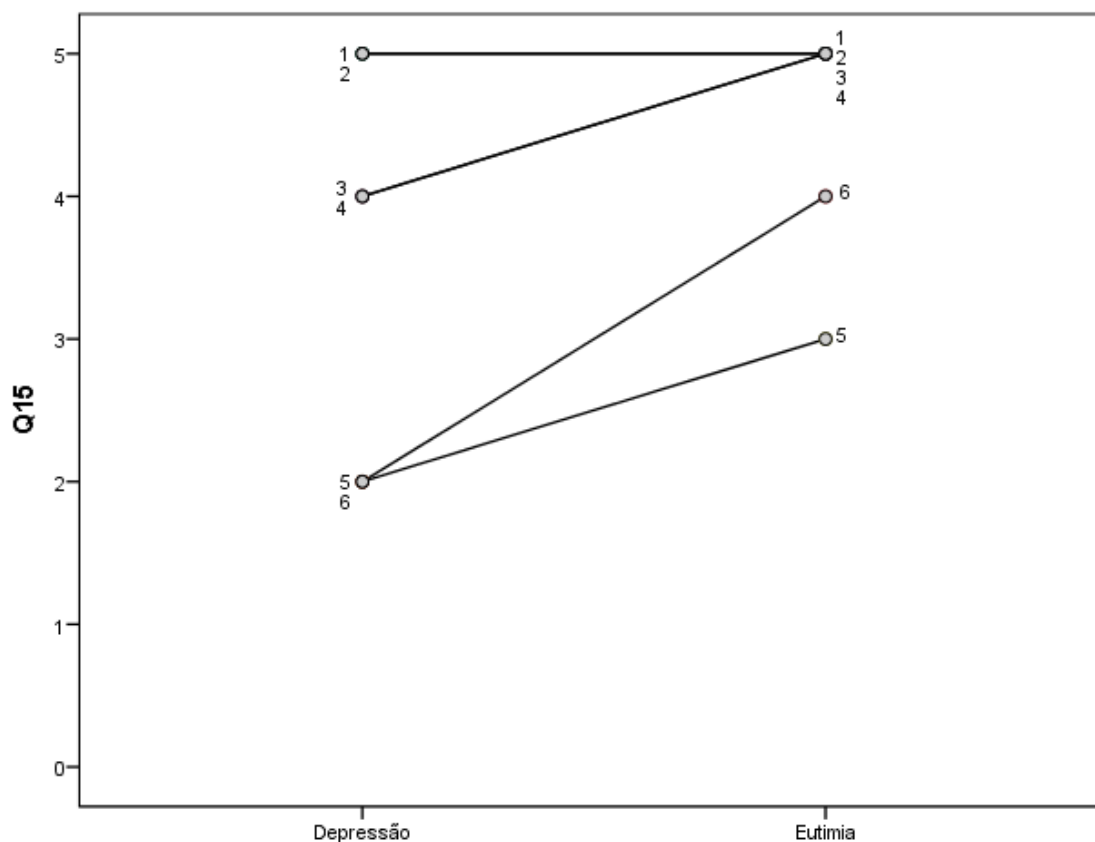
A entrevistada 1 na segunda entrevista pensou em atividades mais simples e factíveis no momento de fazer a sua avaliação, o que explica a importante melhora. A entrevistada 4 apresenta melhora significativa da sua avaliação com o esbatimento dos sintomas depressivos.

Paradoxalmente a entrevistada 5 apresentou piora importante da sua avaliação: na primeira entrevista estava doente, não trabalhava e parecia ter muitas

oportunidades que desperdiçava; na segunda, julgou que não possuía mais qualquer oportunidade de atividades de lazer em função do trabalho absorvente. Trata-se de uma situação onde o item não tem o funcionamento esperado! A entrevistada tinha oportunidades – que não aproveitava em função dos sintomas, pois estava desempregada; a melhora do quadro e o retorno à atividade laborativa fizeram com que passasse a ter menos oportunidade de atividades de lazer. A melhora do quadro sintomático produziu, de forma indireta, redução das oportunidades de atividades de lazer.



**Gráfico 15 - Síntese 15: Quão bem você é capaz de se locomover? Muito ruim, ruim, nem ruim nem bom, bom ou muito bom?**



### **PRIMEIRA ENTREVISTA**

1. Em relação à capacidade de se locomover, na primeira entrevista avaliou a mesma como muito boa. Questionada, informa ter pensado no seu automóvel (transporte), e não na sua capacidade física.

2. Na primeira entrevista informou ser capaz de se locomover muito bem, respondeu muito boa, pois dirigia ou poderia ir de ônibus a qualquer lugar, não apresentando qualquer dificuldade de locomoção (transporte).

3. Em relação à capacidade de se locomover, na primeira entrevista avalia a mesma como boa. Não apresentava qualquer dificuldade para se locomover, saía de casa, tomava o ônibus e ia para o trabalho, sem qualquer limitação.

4. Na primeira entrevista avaliou a sua capacidade de se locomover como boa; riu da singeleza do item.

5. Em relação à quão bem era capaz de se locomover, na primeira entrevista, informou ser ruim. Interpretou que preferia permanecer sentada, dormindo. Questionada, informou não haver impedimento físico, mas não ter vontade de se locomover.

6. Em relação à capacidade de se locomover, na primeira entrevista respondeu que a mesma estava ruim. Lembrou que duas semanas antes fora a um parque com as duas filhas e que sentia dificuldade para caminhar acompanhando o ritmo das mesmas, pois sentia dor. Pondera que se não tivesse dor, talvez tivesse mais disposição para sair.

## **SEGUNDA ENTREVISTA**

1. Na segunda entrevista novamente avaliou a mesma como muito boa, pensando, da mesma forma na liberdade de movimentos proporcionada pelo automóvel (transporte).

2. Na segunda entrevista respondeu da mesma forma, muito boa, pois dirigia automóvel (transporte) podendo deslocar-se rapidamente.

3. Na segunda entrevista, avaliou a sua capacidade como muito boa, explicando que não tinha qualquer dificuldade para caminhar, caminhava bastante.

4. Na segunda entrevista, avaliou a sua capacidade de se locomover como muito boa, podia caminhar e pegar ônibus sem qualquer dificuldade.

5. Na segunda entrevista respondeu nem bom nem ruim, pois em função do aumento de peso sentia dores nos pés que dificultavam a sua locomoção.

6. Na segunda entrevista, avaliou como boa, apesar de que antes se locomovia de forma mais rápida do que hoje. Mas salienta que retorna caminhando muito rápido do trabalho para casa todas as noites, pois sai do trabalho tarde.

A entrevistadas 1 e 2, as únicas que possuíam automóvel, indagadas quanto a capacidade de se locomover nitidamente responderam avaliando o meio de transporte, outro item investigado pelo instrumento WHOQOL-BREF (avaliar posteriormente). Não pensaram na própria na capacidade física de locomoção; a pergunta, efetivamente é bastante aberta. Em função disso, ao contrário das demais (2, 3, 4 e 5), não apresentaram melhora.

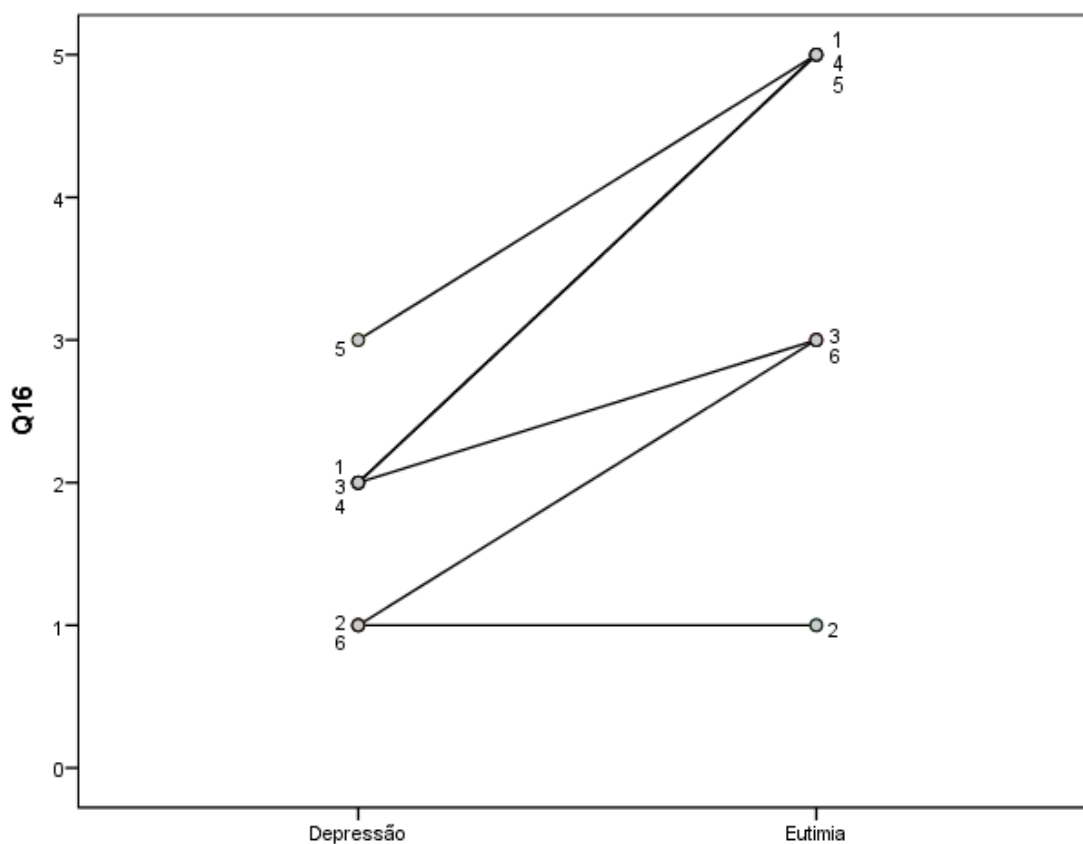
A depressão interfere em aspectos psicomotores, sendo que estes aspectos se mostram significantes na avaliação da depressão: as entrevistadas 3, 4 e 5 e 6 apresentaram melhora da avaliação na segunda entrevista.

A entrevistada 5 avaliou como ruim a capacidade de se locomover de forma equivocada: em função do seu desânimo preferia não se locomover; respondeu avaliando a sua volição, mas também se pode pensar que não se tratou de um equívoco, mas de uma função alterada pelo quadro depressivo. A entrevistada 6 confunde a dor para caminhar com a falta de disposição para passear.

A entrevistada 4 riu da singeleza do item pelo fato do mesmo não impor qualquer dificuldade para ser respondido, como se estranhasse a simplicidade do mesmo quando comparado com os anteriores:

E: “Ah, bom! Capaz de locomover... Caminhando? (risos)”

**Gráfico 16 - Síntese 16 - Quão satisfeita você está com seu sono? Muito insatisfeita, insatisfeita, nem satisfeita nem insatisfeita, satisfeita ou muito satisfeita?**



### **PRIMEIRA ENTREVISTA**

1. Em relação à satisfação com o sono, na primeira entrevista avaliou como estando insatisfeita, pois inicialmente não conseguia dormir e agora estava dormindo demais. Questionada, informou ter hipersônia naquele momento, mas mesmo dormindo bem sentia sono durante o dia.

2. Na primeira entrevista informou estar muito insatisfeita com o seu sono. Informou o sintoma depressivo de acordar durante a noite e de sentir-se cansada pela manhã, não tendo um sono reparador; queixou-se da qualidade do sono e de pesadelos.

3. Em relação à satisfação com o sono, na primeira entrevista avaliou estar insatisfeita; explicou que não dormia mais como antes, não tinha o sono pesado, acordava com facilidade e apresentava dificuldade de voltar a dormir.

4. Na primeira entrevista avaliou estar insatisfeita com o seu sono, pois apresentava dificuldade para dormir nos últimos dias. Em outros dias acordava no meio da noite. Explica que apresenta dificuldade para iniciar o sono, que acordava durante a noite e pela manhã tinha dificuldade para levantar. Informa que até então sempre tivera muito sono, jamais insônia.

5. Em relação à satisfação com o seu sono, na primeira entrevista respondeu nem satisfeita nem insatisfeita, agregando que em alguns dias dormia demais, em outros muito pouco, de forma que se mostrava indiferente a isso – até mesmo por não estar trabalhando. Não achava ruim a hipersônia, incomodava-a a insônia.

6. Em relação à satisfação com o sono, na primeira entrevista informou estar muito insatisfeita, queixava-se de ter insônia inicial e de acordar diversas vezes durante a noite. O uso de medicação fez com que seguisse dormindo mal, mas passasse a manhã dormitando, postergando a hora de sair da cama, pois somente trabalha às 16h.

## **SEGUNDA ENTREVISTA**

1. Na segunda entrevista, estava muito satisfeita com o seu sono. Explicou que antes deitava e pensava “mil coisas” antes de dormir, que os seus pensamentos despertavam outros, e agora simplesmente deitava e dormia. Questionada, informa que antes de iniciar o tratamento estava muito ansiosa, que o seu sono melhorou mesmo sem a ajuda de medicação, pois já havia deixado de usar benzodiazepínicos.

2. Na segunda entrevista respondeu da mesma forma, muito insatisfeita, queixando-se do sono como um problema crônico, considerando o mesmo “atribulado”, acordando diversas vezes durante a noite e tendo pesadelos.

3. Na segunda entrevista avaliou como nem satisfeita nem insatisfeita; explicou que melhorara com o remédio, mas parcialmente. Antes não dormia, o

coração acelerava; agora o remédio a fazia dormir (descreve como algo artificial). Questionada, informa que para estar satisfeita precisaria dormir a noite inteira, sem acordar, mas acorda para ir ao banheiro.

4. Na segunda entrevista respondeu prontamente muito satisfeita, pois o seu sono regulara completamente. Conta que passou algum tempo dormindo apenas quatro horas por noite, sem sono, rolando na cama; em outros dias não conseguia acordar. Mas agora tudo tinha voltado ao normal, dormia sete horas e acordava recuperada.

5. Na segunda entrevista informou estar muito satisfeita; questionada, informou que estava dormindo bem, seu sono estava ótimo. Apresentou insônia no início do tratamento.

6. Na segunda entrevista, informou não estar nem satisfeita nem insatisfeita, pois seguia dormindo tarde e acordando tarde. Seguia indo dormir às três horas da madrugada, pois não conseguia desligar logo que chegava em casa, à meia noite; em compensação acordava pelas dez e não mais a uma da tarde.

Era esperado que este item fosse correlacionado com o quadro depressivo, tendendo a variar com a incidência de sintomas depressivos, na medida em que o sono é um critério diagnóstico do Transtorno Depressivo Maior no DSM-V: *4. Insônia ou hipersônia quase todos os dias.*

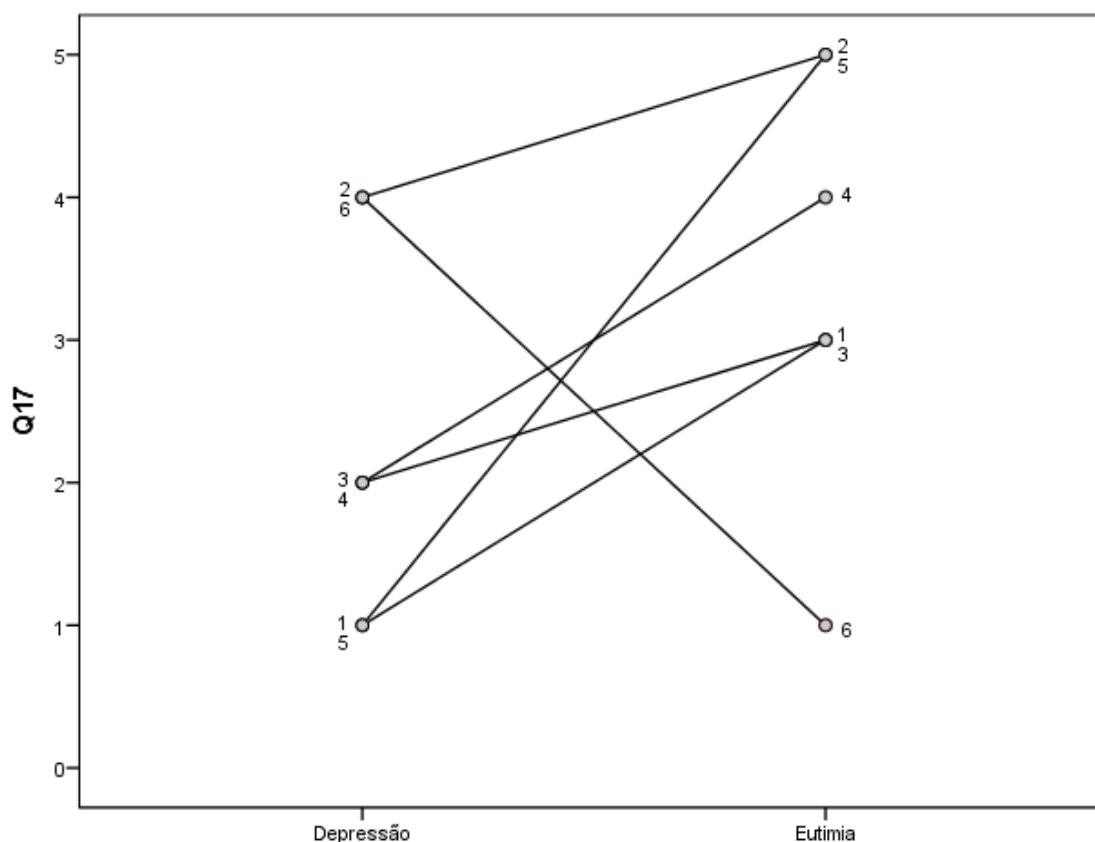
Três entrevistadas, 1, 4, 5 apresentaram importante melhora em relação à satisfação com o sono. Duas entrevistadas, 3 e 6, apresentaram melhora parcial e apenas a entrevistada 2 manteve a sua resposta inalterada.

Outro ponto a ressaltar é que a avaliação da entrevistada 5 na primeira entrevista, na vigência de sintomas depressivos, nem ruim nem boa, que novamente (assim com no item 1) denota indiferença: nem ruim nem bom deixa de representar a metade do caminho da escala lickert para ter a conotação de indiferença. Neste caso, a entrevistada chegou a manifestar que preferia ter hipersônia, como se fosse ficar afastada das suas preocupações.

Como examinado no item 9, a acusação de que qualidade de vida e depressão seriam dois constructos que expressam a mesma ideia de formas

diferentes (tautologia métrica) será mais verdadeira em um item como a avaliação do sono: tanto instrumentos de qualidade de vida como de medida de depressão avaliam o sono, que dificilmente não estará alterado em um episódio depressivo.

**Gráfico 17 - Síntese 17: Quão satisfeita você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do dia a dia? Muito insatisfeita, insatisfeita, nem satisfeita nem insatisfeita, satisfeita ou muito satisfeita?**



### **PRIMEIRA ENTREVISTA**

1. Em relação à satisfação com a capacidade de desempenhar as atividades do dia a dia, na primeira entrevista avaliou estar muito insatisfeita. Lacônica, explicou que as atividades do dia a dia lhe exigiam muito esforço, maior do que antes.

2. Na primeira entrevista mostrou-se satisfeita com a sua capacidade de desempenhar atividades do dia-a-dia, conseguindo cumprir com as suas obrigações; agrega que poderia até ter respondido muito satisfeita, pois quando terminava a tarefa de trabalho sentia uma enorme satisfação de ter conseguido vencer as dificuldades.

3. Em relação à satisfação com a capacidade de desempenhar as tarefas do dia a dia, na primeira entrevista avaliou estar insatisfeita. Explica que há momentos



em que não tem vontade de fazer nada, “parece um peso”, executar tarefas se torna “um sacrifício”; em outros dias está melhor. Questionada, diz que “atividades do dia a dia” lhe fizeram pensar na sua vida em casa e no trabalho.

4. Na primeira entrevista estava insatisfeita com a sua capacidade para desempenhar atividades do dia a dia, pois lhe faltava vontade e ânimo, que a impediam de fazer as coisas. Exemplifica que não conseguia arrumar a casa, ir à academia ou procurar emprego – o que poderia fazer até pela internet.

5. Em relação à capacidade para desempenhar as atividades do dia a dia, informou estar muito insatisfeita na primeira entrevista. Agregou: “não rende”, “não consigo”, “canso demais sem ter chegado à metade do que eu tenho para fazer”. Salientou que estava assim em relação às tarefas domésticas, onde não havia sequer obrigação. Antes fazia tarefas domésticas e de trabalho; como está sem vontade, faz somente o essencial.

6. Em relação à capacidade de desempenhar as atividades do dia a dia, na primeira entrevista informou estar satisfeita. Informa que pensou no seu trabalho, em como consegue desempenhar bem as suas funções em um lugar onde se sentia bem. Questionada, confirmou que recebe elogios e que o trabalho constituía uma fonte de satisfação.

Dois entrevistadas avaliaram muito insatisfeita, duas insatisfeita e duas satisfeita na primeira entrevista.

## **SEGUNDA ENTREVISTA**

1. Na segunda entrevista respondeu não estar nem satisfeita nem insatisfeita, apenas em função do pós-operatório da sua cirurgia plástica, pois ainda estava com restrições físicas, evitando excessos de atividade física.

2. Na segunda entrevista respondeu que estava muito satisfeita por conseguir desempenhar todas as tarefas do seu dia-a-dia, inclusive inaugurar a nova loja-ateliê.

3. Na segunda entrevista, respondeu nem satisfeita nem insatisfeita; iniciou dizendo que desempenha as tarefas, mas em alguns dias padece de desânimo; nestas ocasiões precisa “empurrar” para cumpri-las. Considera que perdeu o pique para trabalhar, talvez em função da idade.

4. Na segunda entrevista, estava satisfeita, pois avaliou que desejava fazer ainda mais, tinha capacidade para fazer mais. Questionada, informou que desejava seguir estudando e trabalhar simultaneamente.

5. Na segunda entrevista avaliou estar muito satisfeita. Pensou no seu trabalho, onde estava satisfeita e disposta. Não lhe faltava capacidade.

6. Na segunda entrevista estava muito insatisfeita, pois estava há dois meses em uma nova atividade laborativa na drogaria e considerava-se menos preparada do que os outros colegas, precisando constantemente solicitar ajuda, o que a fazia se sentir mal.

Uma muito insatisfeita, duas nem satisfeita nem insatisfeita, uma satisfeita e duas muito satisfeita.

Era esperado que este item fosse correlacionado com o quadro depressivo, da mesma forma que o 16, na medida em que a Escala de Hamilton avalia a capacidade de desempenhar atividades (7. TRABALHO E ATIVIDADES).

De uma maneira geral, ocorreu importante melhora da “capacidade de desempenhar as atividades do dia a dia” na segunda entrevista, como nas entrevistadas 4 e 5.

A entrevistada 3 melhorou pouco; ainda queixava-se de desânimo.

A entrevistada 1 melhorou menos do que o esperado em função de uma situação momentânea de um pós-operatório cirúrgico que ocasionava restrições físicas.

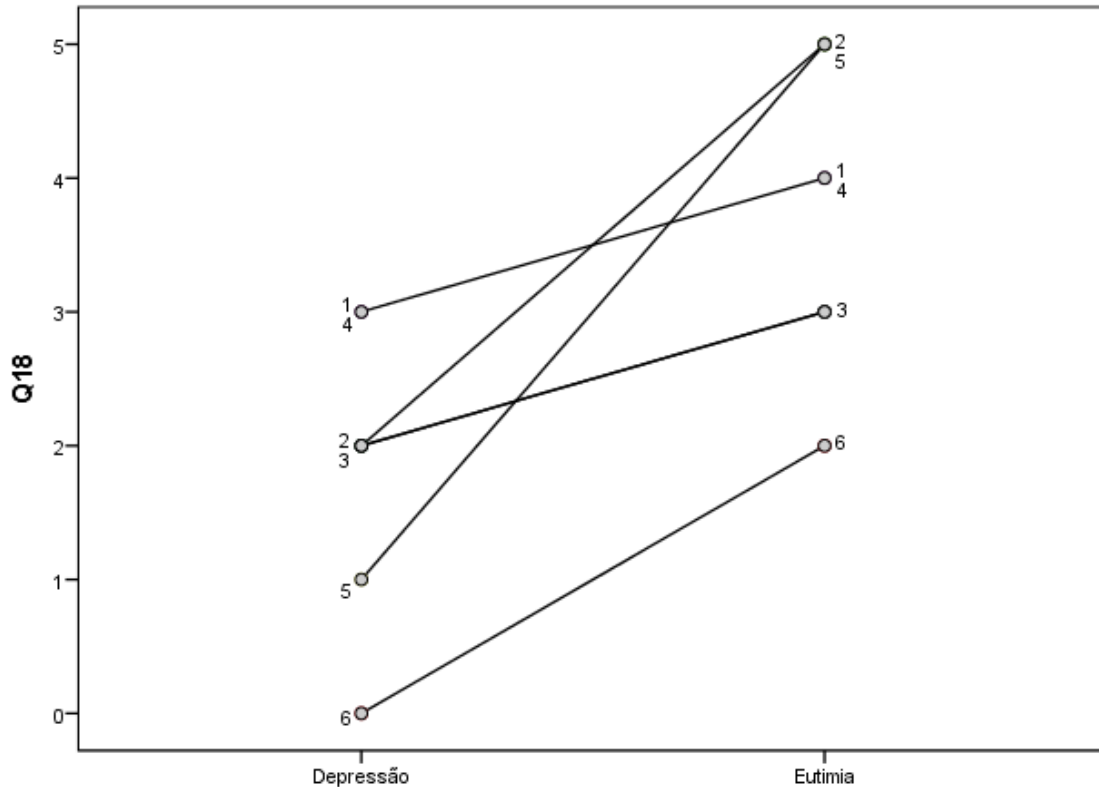
Duas entrevistadas apresentaram respostas dissonantes, 2 e 6.

A entrevistada 2 também melhorou menos do que o esperado, como a 1, mas por outra razão; na primeira entrevista respondeu satisfeita, pontuando alto uma vez

que completar tarefas a fazia sentir satisfação por conseguir vencer as dificuldades impostas pelos sintomas depressivos.

A única entrevistada que “piorou” com o tratamento foi a de número 6. Ocorreu que durante o episódio depressivo o antigo emprego constituía talvez a única fonte de satisfações; passada a crise, a melhora havia proporcionado que tivesse procurado um emprego melhor, mas o novo trabalho era desafiador e estava sendo fonte de preocupações e dúvidas.

**Gráfico 18 - Síntese 18: Quão satisfeita você está com a sua capacidade para o trabalho? Muito insatisfeita, insatisfeita, nem satisfeita nem insatisfeita, satisfeita ou muito satisfeita?**



### **PRIMEIRA ENTREVISTA**

1. Em relação a sua capacidade para o trabalho, na primeira entrevista avaliou estar insatisfeita, agregando que mesmo assim conseguia fazer o que necessitava, porém com grande esforço. Questionada, informou que sair da cama já constituía um grande esforço, da mesma forma que vestir-se e arrumar-se; preferiria permanecer deitada na cama.

2. Na primeira entrevista mostrou-se insatisfeita com a sua capacidade para o trabalho, por saber que tinha mais capacidade do que a que exibia naquele momento: “eu sei que sou capaz de mais”.

3. Em relação a sua capacidade para o trabalho, na primeira entrevista avaliou estar insatisfeita. Diz que já foi mais capaz, mas que está cada vez mais desanimada.

4. Na primeira entrevista avaliou não estar nem satisfeita nem insatisfeita com a sua capacidade para o trabalho; percebia que a mesma havia diminuído, sentia-se cansada e sem disposição.

5. Em relação a sua capacidade para o trabalho, informou estar muito insatisfeita na primeira entrevista; fala das entrevistas para seleção de emprego: sabe que o problema está nela; “escolhe demais”, põe defeitos e termina desistindo das oportunidades de trabalho. Questionada, concorda que talvez tenha receio da sua capacidade para exercer o cargo, assegura que não é preguiça.

6. Missing na primeira entrevista.

Uma muito insatisfeita, três insatisfeitas e uma nem satisfeita nem insatisfeita.

## **SEGUNDA ENTREVISTA**

1. Na segunda entrevista respondeu nem satisfeita nem insatisfeita, ponderando que desejaria estar recuperada, “a mil”, mas as limitações físicas do pós-operatório a faziam questionar a sua capacidade para o trabalho ainda não testada.

2. Na segunda entrevista estava muito satisfeita em função dos progressos profissionais que vinha alcançando.

3. Na segunda entrevista, avaliou estar nem satisfeita nem insatisfeita. Explica que faz as tarefas, mas sente desânimo, parece que não conseguirá, mas faz um esforço e consegue. Questionada, informa que faz um esforço maior para manter a capacidade de trabalho.

4. Na segunda entrevista, apesar de não estar trabalhando muito, sentia-se satisfeita com a sua capacidade. Associa capacidade para o trabalho a estar bem fisicamente e emocionalmente, “se estás triste, não consegues ter o mesmo rendimento”.

5. Na segunda entrevista avaliou estar muito satisfeita, explica que pensou na sua função, na sua criatividade, no seu entusiasmo para inovar. Concorde com o entrevistador que o seu trabalho é uma fonte de satisfação.

6. Na segunda entrevista, em relação à satisfação com a capacidade para o trabalho, afirmou estar insatisfeita, em função da baixa qualidade do seu trabalho. Questionada, pondera que progrediu desde que começou, mas sente-se mais lenta do que os demais, gostaria de aumentar a sua produtividade.

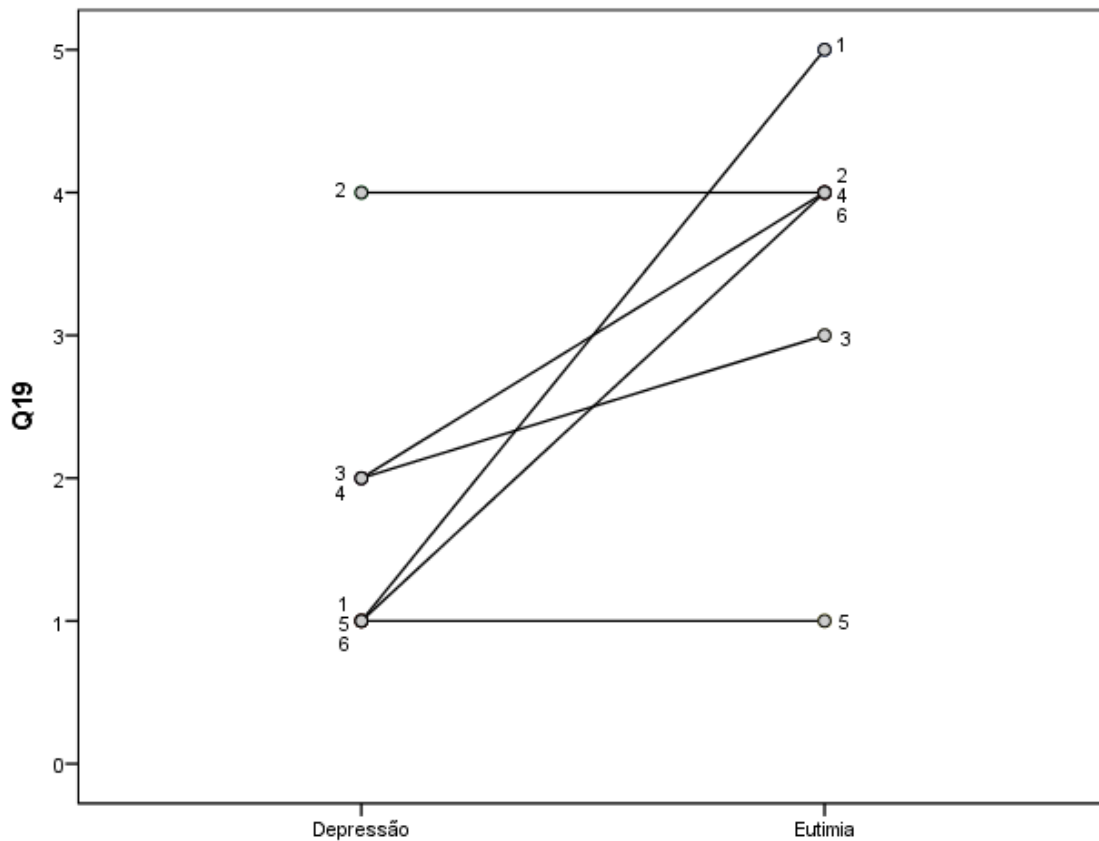
Trata-se de um item muito relacionado a sintomas depressivos. Todas as entrevistadas melhoraram na segunda entrevista, excetuando a 6, que não foi examinada na primeira (*missing*). Mesmo assim, pode-se imaginar que teria piorado na segunda entrevista, pois passado o episódio depressivo, a melhora do quadro havia permitido a procura de um emprego melhor, mas o novo trabalho estava sendo fonte de questionamento das suas capacidades.

Houve importante melhora nas entrevistadas 2 e 5; e melhora mais discreta na entrevistada 3, 4 e 1; a entrevistada 1 melhorou menos do que o esperado novamente em função de uma situação momentânea de um pós-operatório cirúrgico que ocasionava restrições físicas que a faziam questionar a sua capacidade para o trabalho.

A entrevistada 4 conseguiu fazer uma abstração na primeira entrevista: avaliou não estar nem satisfeita nem insatisfeita com a sua capacidade, uma vez que não estava trabalhando naquele momento. As entrevistadas 4 e 5 estavam desempregadas.

Sabe-se que a depressão provoca um maior prejuízo no desempenho laboral do que outras doenças, como a artrite reumatoide, asma, lombalgias, cefaleias, hipertensão, artrites e alergias (Adler, 2006). No estudo *American Productivity Audit Survey*, 48% da perda de produtividade (calculada em horas) ocorreu devido à depressão – em média uma perda de produtividade superior a oito horas por semana (Stewart, 2003). No estudo realizado com servidores públicos em Porto Alegre, os transtornos depressivos corresponderam a quase 60% das causas de absenteísmo por transtornos mentais (Fonseca 2011).

**Gráfico 19 - Síntese 19: Quão satisfeita você está consigo mesma? Muito insatisfeita, insatisfeita, nem satisfeita nem insatisfeita, satisfeita ou muito satisfeita?**



### **PRIMEIRA ENTREVISTA**

1. Em relação à satisfação consigo mesma, na primeira entrevista avaliou estar muito insatisfeita, falando de “falta de felicidade” e (falta) de “ver o futuro com bons olhos”.

2. Na primeira entrevista mostrou-se satisfeita consigo mesma, considerando-se uma pessoa forte, que se contentava por persistir lutando, apesar dos sintomas depressivos, e sustentando a sua família.

3. Em relação a estar satisfeita consigo mesma, avaliou estar insatisfeita na primeira entrevista. Disse que poderia estar melhor, mas de uns tempos para cá tem sentido muita insatisfação, nada a satisfaz ou proporciona algum tipo de satisfação.

4. Na primeira entrevista, sentia-se insatisfeita consigo mesma; sentia-se muito crítica, achando que nada estava bom, não aceitando as coisas do jeito que eram, nem a si própria. Questionada, informou que nos últimos tempos estava ainda mais insatisfeita, não gostando nem de se olhar no espelho; parecia que as coisas que fazia não eram boas como poderiam ser.

5. Em relação à satisfação consigo mesma, na primeira entrevista respondeu prontamente que estava muito insatisfeita, “estou virada numa ameba”; indagada, concordou que se comparava com o seu bom funcionamento anterior.

6. Em relação à satisfação consigo mesma, na primeira entrevista afirmou estar muito insatisfeita, uma vez que desejava ser mais alegre, estar mais feliz, ser mais participativa com a família. Passa a contar que a sua mãe é cadeirante e dependente, o pai tem um quadro demencial, que fica mais deprimida na casa de ambos.

Três entrevistadas estavam muito insatisfeitas, duas insatisfeitas e apenas uma estava satisfeita na primeira entrevista.

## **SEGUNDA ENTREVISTA**

1. Na segunda entrevista, avaliou estar muito satisfeita; explicou que as suas decisões tinham passado a ser “conscientes”, que estava menos preocupada com os julgamentos das outras pessoas. Explica que o seu afastamento do trabalho despertou ressentimentos, pois os colegas ficaram sobrecarregados, mas afirmou estar pensando nela e na sua recuperação.

2. Na segunda entrevista respondeu da mesma forma, satisfeita, explicando que por mais que algumas vezes enfrentasse dificuldades conseguia resolvê-las, o que a fazia sentir-se capaz, satisfeita consigo mesma.



3. Na segunda entrevista, avaliou estar nem satisfeita nem insatisfeita. Novamente explica que poderia estar melhor, atribuindo a problemas do passado o seu estado atual de insatisfação. Questionada, informa que gostaria de ter mais prazer nas coisas.

4. Na segunda entrevista, sentia-se satisfeita consigo mesma, comparando com o seu estado anterior ao tratamento. Dá a entender que ainda não estava totalmente satisfeita, mas sentia-se bem, “normal”. Explica que os problemas já não a incomodavam tanto, sentia-se bem do ponto de vista físico e os pensamentos estavam “positivos”. Estava bem com amigos, com a família e não havia mais brigas.

5. Na segunda entrevista respondeu da mesma forma, muito insatisfeita, mas de forma vacilante, logo associando a sua avaliação à obesidade; questionada, confirma que há uma grande diferença entre sua satisfação com o trabalho e consigo mesma e que se pudesse perder peso estaria satisfeita consigo mesma: “hoje eu não tenho prazer nenhum em mim”.

6. Na segunda entrevista respondeu prontamente que estava satisfeita, pois havia melhorado substancialmente a sua saúde mental, estava conseguindo se alimentar melhor e emagrecer.

A entrevistada 3 melhorou pouco.

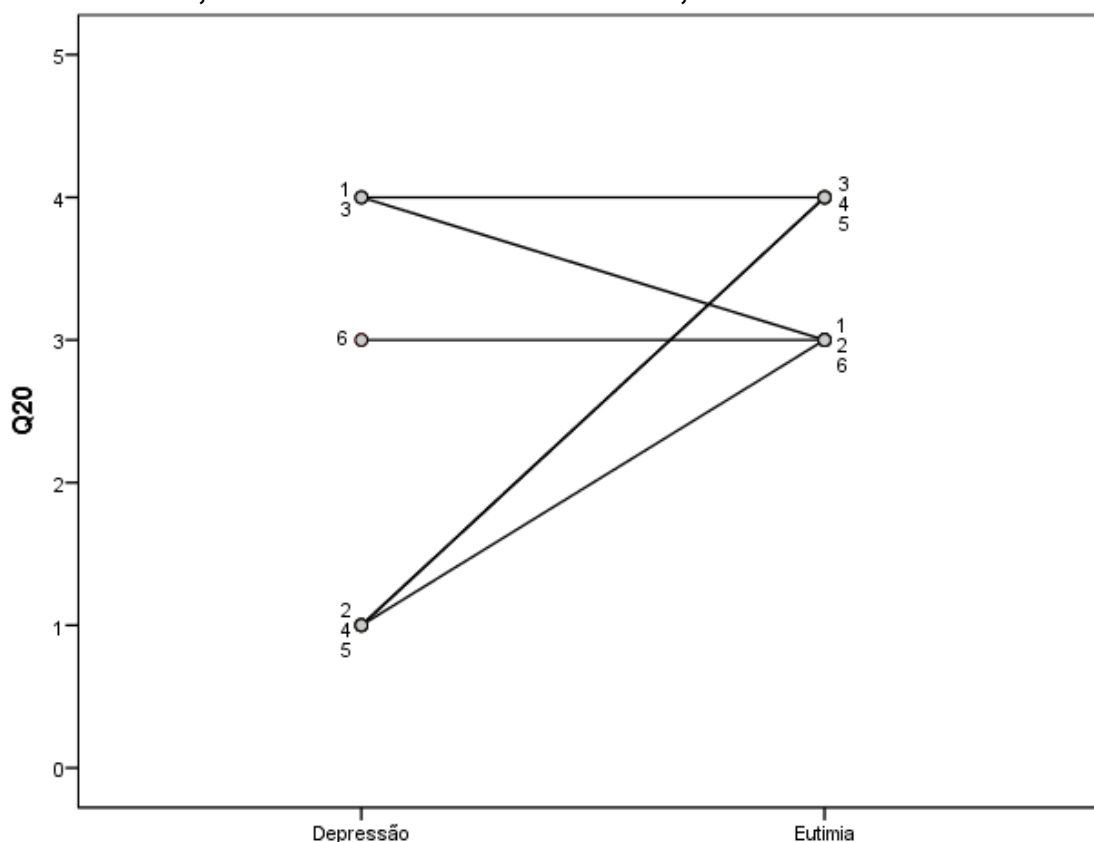
A entrevistada 2 não apresentou melhora em função de na primeira entrevista avaliar-se satisfeita consigo mesma por considerar-se uma pessoa forte que lutava e persistia sustentando a sua família apesar dos sintomas depressivos. A entrevistada 5 também não apresentou melhora na segunda entrevista, apesar da justificativa ser diferente: na segunda entrevista estava conseguindo obter satisfação com o seu trabalho, no entanto concentrou a sua avaliação na sua dificuldade de perder peso, o que fez a avaliação permanecer inalterada.

Melhora importante nas entrevistadas 1 (justificando a sua melhora através do autoconhecimento e de estar pensando nas suas necessidades), 4 e 6. A entrevistada 6 na primeira entrevista relacionou a sua insatisfação às graves enfermidades dos pais, que ocasionavam ou justificariam a sua tristeza; entretanto,

na segunda entrevista não levou em consideração esta situação no momento de escolher a sua resposta.

A pergunta que investiga “*satisfação consigo mesmo*”, é “aberta”, podendo ser respondida levando em consideração uma infinidade de avaliações subjetivas – pois é um item que não está ligado a qualquer aspecto objetivo, como, por exemplo, “ter dinheiro suficiente”. Um item que apresenta algum aspecto objetivo também será respondido com a subjetividade, mas dará menos margem para a esta, sendo a resposta mais ancorada na realidade objetiva. Então este tipo de item funciona como um teste projetivo, no qual a indivíduo, ao procurar organizar uma informação ambígua, sem um significado claro, projeta aspectos de sua própria personalidade.

**Gráfico 20 - Síntese 20: Quão satisfeita você está com as suas relações pessoais? Amigos, parentes, conhecidos e colegas. Muito insatisfeita, insatisfeita, nem satisfeita nem insatisfeita, satisfeita ou muito satisfeita?**



### **PRIMEIRA ENTREVISTA**

1. No que diz respeito à satisfação com relações pessoais, na primeira entrevista avaliou estar satisfeita, agregando que podia contar com amigos chegados. Lacônica, disse que tais amigos a amparavam, mas não se relacionava com eles em função dos seus sintomas.

2. Na primeira entrevista mostrou-se muito insatisfeita com suas relações pessoais; informou que não conseguia se aproximar das pessoas, o que fazia com que não pudesse contar com o apoio das mesmas.

3. Em relação a sua satisfação com as relações pessoais, avaliou as estar satisfeita na primeira entrevista. Explicou que tinha boas relações de amizade com pessoas no local onde mora, tanto familiares quanto amigos.

4. Na primeira entrevista, em relação às suas relações pessoais, avaliou estar muito insatisfeita. Explica que somente a sua família a “aturava”, pois estava em um momento difícil, reconhecia que era difícil lidar com ela; quanto à outras relações com amigos, havia rompido as mesmas em função de brigas. Questionada, informa que nem com parentes se relacionava mais; acha que sempre foi assim, mesmo quando confrontada com a ideia de que para romper relações necessitava tê-las construído anteriormente.

5. No que diz respeito a relações pessoais, na primeira entrevista respondeu que estava muito insatisfeita. Explica que se afastou das pessoas. Conta que a mãe idosa mora na frente da sua casa e que comunicou ao irmão, que mora em outra cidade, que não poderia mais cuidar dela, pois a atordoava; então as pessoas se afastaram dela. Afirma que ninguém sabe o que se passa com ela (depressão).

6. Em relação às relações pessoais, na primeira entrevista avaliou estar nem satisfeita nem insatisfeita. Afirma não estar se relacionando com ninguém, exceto no trabalho. Ainda assim queixava-se do baixo nível dos colegas de trabalho; não eram amigos, apenas colegas.

Três entrevistadas estavam muito insatisfeitas, uma nem satisfeita nem insatisfeita e duas satisfeitas.

## **SEGUNDA ENTREVISTA**

1. Na segunda entrevista, respondeu nem satisfeita nem insatisfeita, esclarecendo que isto se devia ao seu processo de autoconhecimento. Questionada, explica que errava por “não prestar atenção no outro”; solicitada a dar um exemplo (uma vez que eu não a entendia), fala do seu casamento: questiona-se o que poderia ter feito para melhorar o relacionamento, de como ainda pode melhorar a sua forma de ser.

2. Na segunda entrevista não estava nem satisfeita nem insatisfeita, pois afirmava não poder contar com ninguém; queixou-se de pessoas que “só querem usufruir”, mas não ajudavam quando precisava. Questionada, informou referir-se ao marido, filha e genro.

3. Na segunda entrevista, novamente avaliou estar satisfeita, uma vez que se relacionava bem com todos; questionada, informou ter pensado no pessoal que a rodeia, familiares e vizinhos, com quem mantinha relação de amizade.

4. Na segunda entrevista estava satisfeita com as suas relações pessoais, queixando-se apenas de ter pouco tempo para as pessoas. Afirmou estar “de bem” com todos e que procurava transigir e “se acertar” com as pessoas quando surgiam adversidades, o que a deixava satisfeita. Questionada quanto à falta de tempo, explica que se afastou de alguns amigos em função de serem muitos (!), mas está voltando.

5. Na segunda entrevista diz que não tem amigos, mas que está satisfeita, pois o relacionamento com colegas é bom e também com familiares. Questionada, informa ter se sentido apoiada apenas pelo marido e filhos quando esteve doente, mas não por outros parentes.

6. Na segunda entrevista respondeu da mesma forma, nem satisfeita nem insatisfeita. Voltou a afirmar que não tinha amigos. Associa que estava muito decepcionada e traída pela irmã que viajou para a Europa sem avisar e a deixou sozinha cuidando dos pais.

Trata-se de um item que oferece muitas possibilidades de avaliação: amigos, parentes, conhecidos e colegas, dando margem a diversas possibilidades de ajuizamento.

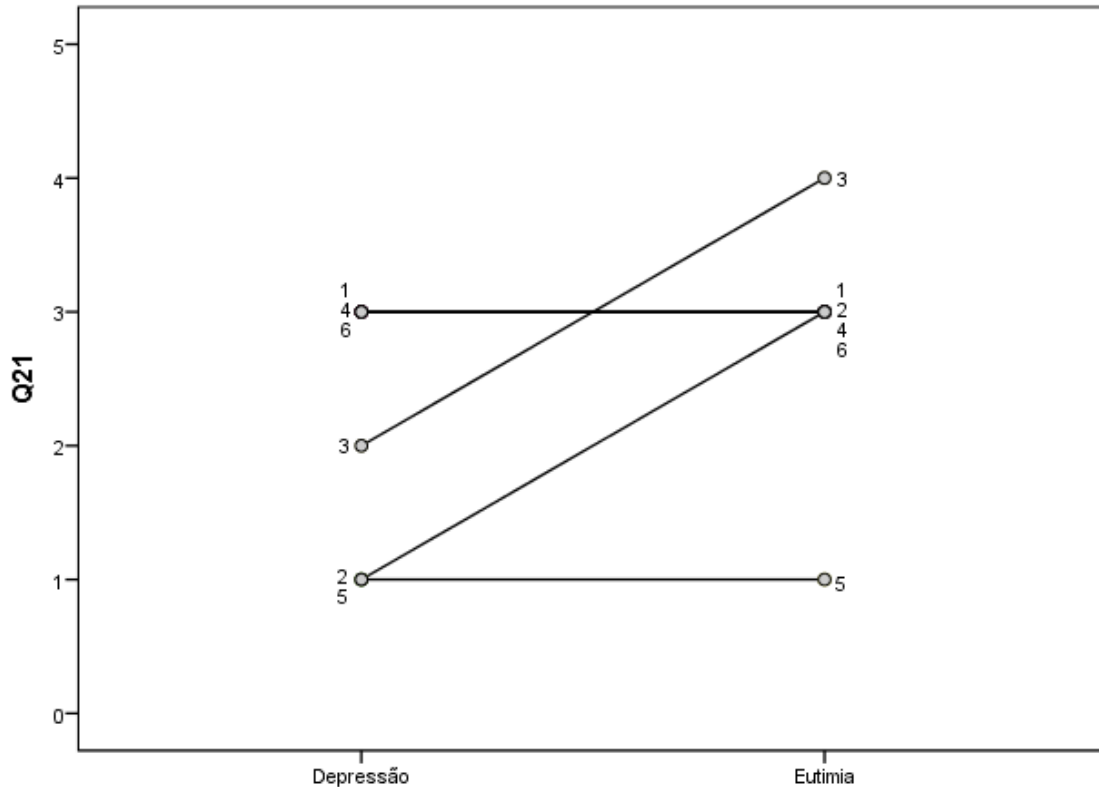
Na entrevistada 1 ocorreu uma piora da avaliação. Pontuou alto na primeira entrevista, levando em consideração uma disponibilidade virtual, considerava que possuía uma boa rede de apoio. A explicação na segunda entrevista pretende ser intelectual, mas é vaga. Possivelmente estava em conflito com colegas de trabalho, que reprovaram o seu afastamento para fazer cirurgia plástica, o que os sobrecarregou. A variável que explica a piora na segunda entrevista não é a depressão: a melhora do quadro depressivo ocasionou o desejo de fazer a cirurgia plástica, mas o afastamento não planejado do trabalho foi considerado pelos colegas uma futilidade, de forma que se sentiram prejudicados. Não há dúvida de que já estava melhor do quadro depressivo.

As entrevistadas 3 e 6 mantiveram inalterada a avaliação. É importante ressaltar que a entrevistada 3, mais crônica, avaliou ter boas relações de amizade com familiares e amigos desde a primeira entrevista. Desta forma, o episódio depressivo não influenciou a avaliação das relações pessoais nestas entrevistadas.

Houve discreta melhora na entrevistada 2, que reconheceu a sua responsabilidade nas dificuldades na primeira entrevista, mas estava mais paranoide na segunda, irritada com familiares.

Melhora importante nas entrevistadas 4 e 5.

**Gráfico 21 - Síntese 21: Quão satisfeita você está com sua vida sexual? Muito insatisfeita, insatisfeita, nem satisfeita nem insatisfeita, satisfeita ou muito satisfeita?**



### PRIMEIRA ENTREVISTA

1. Em relação à satisfação com a sua vida sexual, na primeira entrevista avaliou não estar nem satisfeita nem insatisfeita, agregando “está parado”, “não tem nada acontecendo”. Questionada, informa que desde a sua separação não tivera outro relacionamento.

2. Na primeira entrevista mostrou-se muito insatisfeita com a sua vida sexual, pois não apresentava desejo sexual e almejava que o seu marido também não tivesse desejo.

3. Em relação à satisfação com a vida sexual, na primeira entrevista disse que não tivera nenhuma relação desde a morte do marido e respondeu insatisfeita. Questionada, explicou que não tivera interesse, perdera o interesse em função dos

problemas do casamento. Explica que o marido a agredia verbalmente, a tinha magoado muito, de forma que fora perdendo o interesse sexual, o interesse por ele. Diz que foi esfriando até não mais sentir necessidade de ter vida sexual, o que considera que a tenha prejudicado emocionalmente.

4. Na primeira entrevista avaliou não estar nem satisfeita nem insatisfeita com a sua vida sexual, em função de estar sozinha. Questionada quanto a já haver estado mais satisfeita, responde que sim, mas como nunca namorou, ficou pouco tempo com companheiros, nunca esteve plenamente satisfeita.

5. Em relação a sua vida sexual, na primeira entrevista avaliou estar muito insatisfeita; afirmou estar “totalmente assexuada”, sem “estímulo nenhum, vontade nenhuma”. Questionada informou estar assim desde que aumentara de peso no ano anterior.

6. Em relação à vida sexual, na primeira entrevista avaliou estar nem satisfeita nem insatisfeita. Informa que não teve vida sexual desde que se separou do marido, não sente desejo. Não recorda de quando foi a separação, diz que tem uma dificuldade, acha que foram seis anos antes.

Dois muito insatisfeitas, uma insatisfeita, três nem satisfeitas nem insatisfeitas.

## **SEGUNDA ENTREVISTA**

1. Na segunda entrevista respondeu da mesma forma, não estar nem satisfeita nem insatisfeita, uma vez que não tinha namorado e nada acontecia; mas riu muito da pergunta, deixando claro que tinha boas expectativas e que isto não constituía um problema.

2. Na segunda entrevista não estava nem satisfeita nem insatisfeita, sentia-se desinteressada. Explica que a dupla relação que mantinha com o marido, de esposa e colega de trabalho, ocasionava dificuldades; brigas no trabalho produziam reflexos na vida afetiva do casal. Ficou decepcionada com o marido que a chamou de preguiçosa.



3. Na segunda entrevista, novamente iniciou dizendo que não teria como responder, pois estava sozinha e não tinha interesse, “tá bom assim”, de forma que se considerava satisfeita. Questionada, informou que tivera interesse em ter outra pessoa apenas quando as filhas eram pequenas, mas não depois que cresceram.

4. Na segunda entrevista respondeu da mesma forma, nem satisfeita nem insatisfeita, por não ter namorado nem marido. Questionada, informou que até um mês antes estava com namorado, mas não havia ficado chateada. Não estava propriamente namorando, mas “ficando”, e explica que hoje em dia as pessoas não querem muito envolvimento, o que é um problema universal.

5. Na segunda entrevista avaliou estar da mesma forma, muito insatisfeita, pois não tinha vida sexual e tentou encerrar o assunto, pois “voltamos ao problema do tamanho”. Esclarece que o seu marido discorda da sua avaliação, mas arremata: “Deus me livre! Sem chance!”.

6. Na segunda entrevista respondeu novamente nem satisfeita nem insatisfeita. Voltou a dizer que perdera completamente o interesse, não pensava em conhecer alguém nem em voltar a ter relações sexuais; havia “bloqueado” e não sentia falta. Questionada, voltou a dizer que estava separada há seis anos, que fora casada por trinta anos, que o marido não fora o seu primeiro namorado, mas o primeiro com quem ela tivera relações sexuais, de forma que fora o único homem que “conhecera”. E não apresentava vontade de conhecer outros homens. Animada, brinca que talvez depois da abdominoplastia.

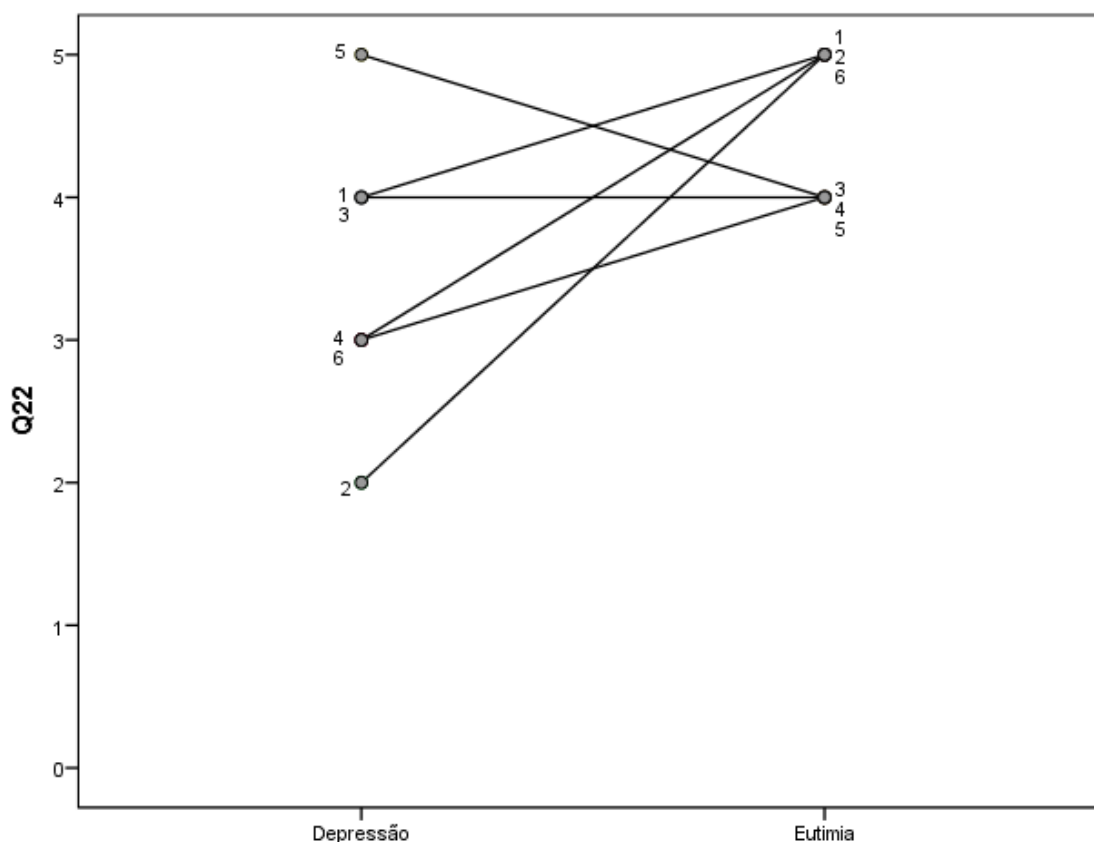
Inalterado em quatro entrevistadas, 1, 4, 5 e 6. Nas entrevistadas 1 e 6 houve mudança detectada pelo entrevistador, mas não captada pelo item. Ambas brincaram e falaram de forma leve sobre a satisfação com sua vida sexual na segunda entrevista.

Melhora discreta na entrevistada 2.

Melhora importante na entrevistada 3, não da situação objetiva, mas da avaliação. É importante ressaltar que “*satisfação com sua vida sexual*” não pressupõe atividade sexual, exatamente como ocorre com esta entrevistada. Possivelmente a melhora se deva ao esbatimento dos sintomas depressivos.

Na discussão, ML chama a atenção para o fato de que os processos de avaliação da satisfação com sua vida sexual de todas as entrevistadas levaram em consideração uma situação que incluiu a presença de um companheiro. Não há menção a outros tipos de satisfação sexual, o que talvez não fosse esperado em virtude da pouca familiaridade com o entrevistador.

**Gráfico 22 - Síntese 22: Quão satisfeita você está com o apoio que você recebe de seus amigos? Muito insatisfeita, insatisfeita, nem satisfeita nem insatisfeita, satisfeita ou muito satisfeita?**



### **PRIMEIRA ENTREVISTA**

1. Em relação ao apoio que recebe de amigos, na primeira entrevista avaliou estar satisfeita, pois, quando procurava, encontrava apoio.

2. Na primeira entrevista mostrou-se insatisfeita com o apoio de amigos, disse que não tinha amigos, que não permitia mais que as pessoas se aproximassem dela.

3. Em relação à satisfação com o apoio que recebe dos amigos, na primeira entrevista afirmou estar satisfeita; explica que procurava não mostrar que estava doente, mantinha isto como um assunto privado, mas alguns amigos percebiam e a procuravam, demonstravam interesse dando algum apoio.

4. Em relação ao apoio que recebe dos amigos, na primeira entrevista avaliou que não estava nem satisfeita nem insatisfeita, pois pensava que podia contar mais

com os mesmos, mas considera que recebeu apenas “*uma palavrinha*”, pouco apoio dos amigos.

5. Em relação ao apoio que recebe dos amigos, na primeira entrevista avaliou estar muito satisfeita exatamente pelo fato de ninguém saber que estava padecendo de um episódio depressivo, odiava ser o centro das atenções, preferia estar sozinha.

6. Em relação ao apoio que recebe dos amigos, na primeira entrevista avaliou estar nem satisfeita nem insatisfeita, uma vez que não tinha amigos nem vida social.

Uma muito satisfeita, duas satisfeitas, duas nem satisfeita nem insatisfeita e uma insatisfeita.

## **SEGUNDA ENTREVISTA**

1. Na segunda entrevista respondeu estar muito satisfeita, pois no período terrível que passou encontrara pessoas maravilhosas.

2. Na segunda entrevista respondeu de forma oposta, mostrou-se muito satisfeita em função de uma única relação de amizade construída com a sua sogra.

3. Na segunda entrevista, afirmou novamente estar satisfeita; explica que pensou nos familiares, que moram perto dela e sempre dão muito apoio. Questionada, diz que os amigos são estes familiares, primos, tios; amigos apenas, afirmou não ter.

4. Na segunda entrevista, descreve a mesma situação sob uma ótica totalmente diferente. Estava satisfeita com o apoio dos amigos; agora afirma que quando precisou de “alguma palavra, de algum apoio, de algum conselho, eles me deram”. Procurou e recebeu apoio dos amigos, por isso sente-se satisfeita. Alguns não puderam ajudar, outros ajudaram.

5. Na segunda entrevista, depois de algumas ponderações de que não tinha amigos, respondeu satisfeita, levando em consideração os novos colegas de trabalho, que lhe davam apoio. Questionada se eram amigos, responde que sim, sem muita convicção.

6. Na segunda entrevista avaliou estar muito satisfeita; logo esclarece que havia pensado nos seus colegas de trabalho, que, com uma única exceção – de colega que já havia sido demitida, a apoiavam na nova atividade.

Trata-se de um item com respostas mais curtas. De forma previsível, houve melhora na avaliação do item nas entrevistadas 1 e 4 e melhora acentuada nas entrevistadas 2 e 6.

A entrevistada 4 mostra a diferença de “estado” ocasionada pelo quadro depressivo.

A avaliação permaneceu inalterada na entrevistada 3.

Piora da avaliação na entrevistada 5 por uma razão não prevista: na primeira entrevista avaliou estar muito satisfeita, mas pelo fato de não ter amigos, de ninguém ter ciência que estava padecendo de um episódio depressivo, pois abominava ser o centro das atenções, preferindo estar sozinha. A lógica do seu raciocínio é que estava muito satisfeita por não precisar partilhar o seu sofrimento, muito satisfeita por não “*ser obrigada*” a receber um apoio indesejado. Ela estava satisfeita, apesar de não encontrar objetivamente apoio, pois não o desejava. Na segunda entrevista, muda a sua ótica: estava satisfeita, pois considerou positivo o apoio dos colegas de trabalho. Neste caso, o item não capta a melhora do quadro depressivo, pois possivelmente o isolacionismo e a irritabilidade determinaram um raciocínio diferente. Interpretou o item de outra forma, percebendo “apoio” como algo indesejado, talvez sentindo como uma situação vergonhosa a exposição do seu sofrimento.

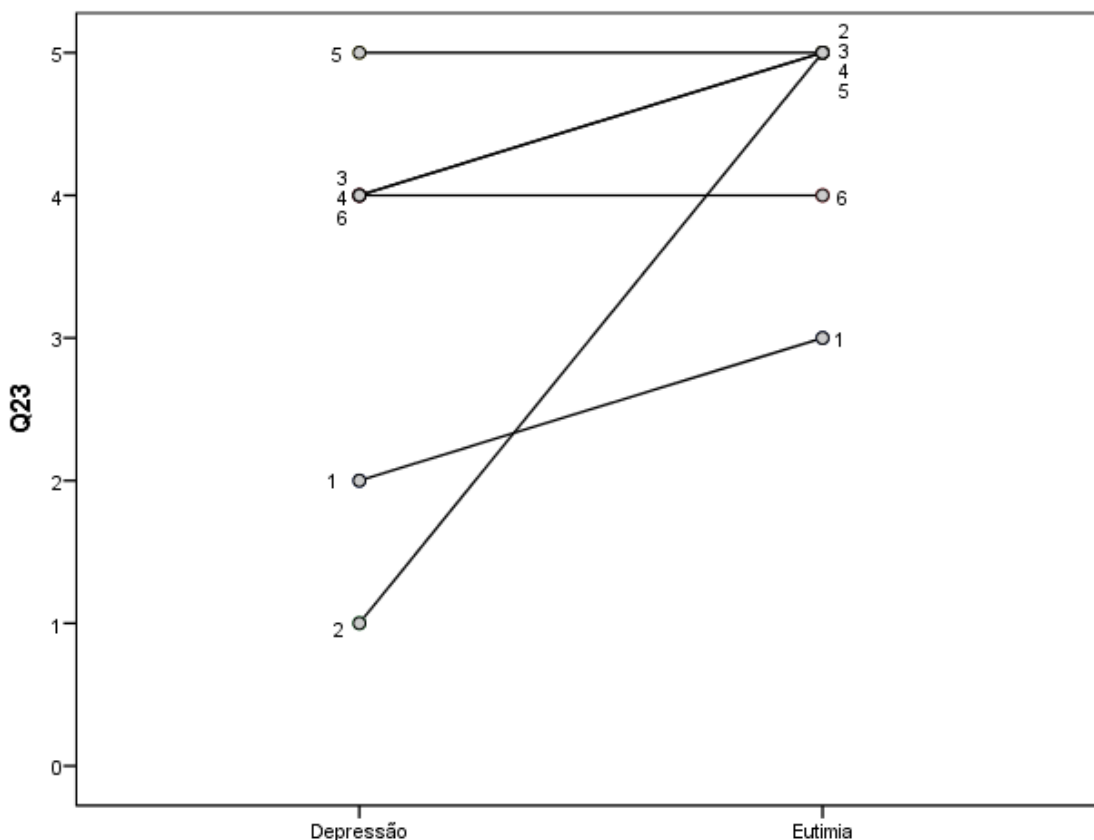
Esta situação ilustra o funcionamento do WHOQOL-BREF em um paciente deprimido, pois interfere não apenas na intensidade do item, mas também na compreensão do mesmo: a escala de respostas, nestes casos, está avaliando aspectos diferentes dos previstos pelo grupo que desenvolveu o instrumento. É um tipo de resposta que contradiz a intuição comum. Neste caso, a entrevistada piorou o seu escore neste item na segunda entrevista, apesar de ter melhorado a sua percepção do apoio social, e a escala apresentou um desempenho paradoxal.

*“... é porque ninguém sabe o que eu tenho. Entende? E eu me sinto satisfeita assim, eu não gosto de ser foco de atenção, odeio*

*isso, a minha mãe adora, então eu acho que é isso”, “Sou muito diferente, então eu estou satisfeita porque assim a vida segue e ninguém nota o que está acontecendo”.*

O sujeito deprimido entende alguns itens dentro de uma ótica ocasionada pelos sintomas da doença, como não desejar apoio social, interpretá-lo como algo invasivo, que produz irritação.

**Gráfico 23 - Síntese 23: Quão satisfeita você está com as condições do local onde mora? Muito insatisfeita, insatisfeita, nem satisfeita nem insatisfeita, satisfeita ou muito satisfeita?**



### **PRIMEIRA ENTREVISTA**

1. Em relação às condições do local onde mora, na primeira entrevista respondeu estar insatisfeita, cindindo a resposta: dentro de casa muito satisfeita, mas considerava o local onde morava muito ruim, em função da violência, com a presença de traficantes e execuções que estavam tornando-se banais.

2. Na primeira entrevista mostrou-se muito insatisfeita com as condições do local onde morava, queixando-se dos vizinhos que a criticavam por não participar das confraternizações em função de ser muito ocupada, além de discriminarem o seu filho de dez anos pelo mesmo motivo; tinha o desejo de se mudar, e estava tomando providencias para fazê-lo.

3. Em relação às condições do local onde mora, avaliou estar satisfeita, explicando que existe um valor sentimental, trata-se do local onde se criou, propriedade da mãe, gosta muito de lá.

4. Em relação às condições do local onde mora, na primeira entrevista avaliou que estava satisfeita com as mesmas. Explicou que se tratava de uma casa com pátio em local bonito, tranquilo, com praças, perto de tudo.

5. Em relação às condições do local onde mora, na primeira entrevista avaliou estar muito satisfeita, afirmou ter “uma boa casinha”, em um lugar bom, tranquilo, seguro, não pagava aluguel. Sentia orgulho da sua casa.

6. Em relação às condições do local onde mora, na primeira entrevista avaliou estar satisfeita. Explica que mora em uma casa grande, boa, confortável, tem tudo o que necessita.

## **SEGUNDA ENTREVISTA**

1. Na segunda entrevista avaliou estar nem satisfeita nem insatisfeita, agregando que “dentro do seu cercadinho” considerava tudo maravilhoso, mas do lado de fora considerava que os vizinhos poderiam melhorar muita coisa.

2. Na segunda entrevista respondeu de forma oposta, mostrou-se muito satisfeita, explicando que se tratava de um condomínio fechado, de um local protegido que contava com tudo o que ela necessitava.

3. Na segunda entrevista, avaliou estar muito satisfeita, explicando que “faltavam algumas coisinhas” e novamente relatando que reside no mesmo local desde os cinco anos de idade.

4. Na segunda entrevista avaliou como muito satisfeita, pois a casa era muito boa e gostava tanto da região que pretendia seguir morando na mesma no dia em que saísse de casa. Explica que respondeu desta forma, pois há bom transporte, proximidade do shopping center, comércio e hospitais. Diz que não é uma casa linda, mas gosta muito da casa da família.



5. Na segunda entrevista, novamente avaliou estar muito satisfeita. Volta a falar em segurança, tranquilidade e bons vizinhos.

6. Na segunda entrevista respondeu da mesma forma, satisfeita, uma vez que o apartamento em que vive é amplo, arejado e bem localizado. No entanto, como mora no segundo andar e tem a mãe cadeirante, pretende morar em um apartamento térreo para poder conviver mais com ela.

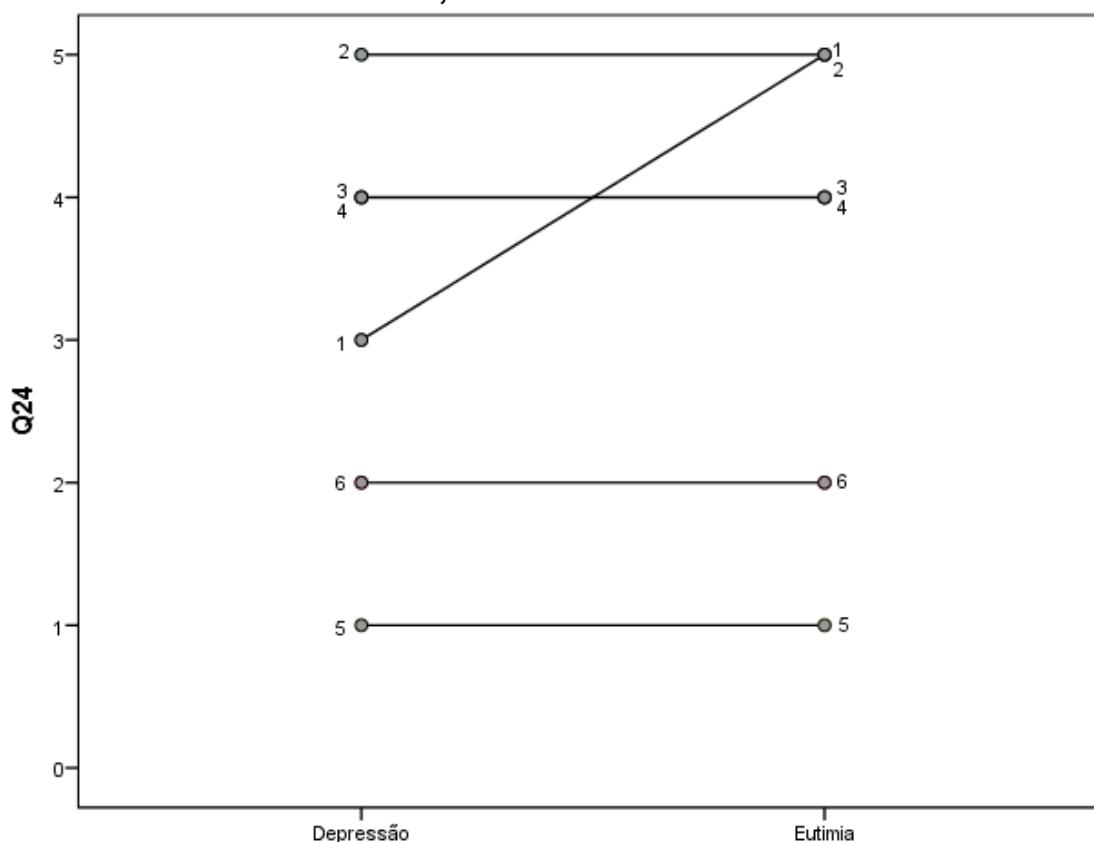
Trata-se de um item cuja avaliação foi influenciada pelos sintomas depressivos em quatro entrevistadas, mas pouco influenciado. Melhora nas entrevistadas 1, 3, 4 e melhora acentuada apenas na entrevistada 2, que parecia estar paranoide com os vizinhos na primeira entrevista.

Permaneceu inalterado nas entrevistadas 5 e 6, que já haviam avaliado no limite superior ou próximo dele na primeira entrevista.

As entrevistadas fizeram avaliações objetivas das condições do local onde residiam, como se o estado depressivo não contaminasse esta avaliação.

A entrevistada 1 em ambas as entrevistas dividiu a avaliação na própria casa e nas arredores, avaliando em dois níveis. Ocorreu uma pequena melhora, pois na primeira entrevista pode ter priorizado o que estava fora da casa e na segunda talvez tenha dado mais atenção à própria casa, ao que estava melhor. É interessante pensar que ela não parece ter mudado a sua avaliação dos problemas da violência, mas deu mais peso ao aspecto positivo, “dentro do seu cercadinho”.

**Gráfico 24 - Síntese 24: Quão satisfeita você está com o seu acesso aos serviços de saúde? Muito insatisfeita, insatisfeita, nem satisfeita nem insatisfeita, satisfeita ou muito satisfeita?**



### **PRIMEIRA ENTREVISTA**

1. Em relação ao acesso aos serviços de saúde, avaliou estar nem satisfeita nem insatisfeita, agregando que nem sempre que procurava tinha acesso ao serviço. Procurou atendimento no hospital onde trabalhava, mas, após dois meses sem conseguir dormir, ainda teria que aguardar pelo atendimento.

2. Na primeira entrevista mostrou-se muito satisfeita com o acesso aos serviços de saúde, informando ter sido muito bem atendida no posto de saúde e encaminhada para este serviço.

3. Em relação ao acesso aos serviços de saúde, na primeira entrevista avaliou estar satisfeita. Comparou a sua unidade com outros postos onde há

carência de médicos. Questionada, informou ter acesso aos atendimentos que necessitava e que a qualidade dos médicos era boa.

4. Quanto ao acesso aos serviços de saúde, na primeira entrevista avaliou que estava satisfeita com o mesmo, pois nas poucas vezes em que necessitou, conseguiu médico ou mesmo especialista, mesmo que com alguma demora.

5. Em relação ao acesso aos serviços de saúde, na primeira entrevista avaliou estar muito insatisfeita, pois ninguém estava satisfeito, havia necessitado passar a noite em uma fila para conseguir uma consulta médica pelo serviço público de saúde.

6. Em relação ao acesso a serviços de saúde, afirmou na primeira entrevista que estava insatisfeita até conhecer este ambulatório de pesquisa, pois levou dois anos para conseguir consulta com ortopedista, foi atendida em pé, e somente iniciou a fisioterapia três meses depois.

Uma muito satisfeita, duas satisfeitas, uma nem satisfeita nem insatisfeita, uma insatisfeita e uma muito insatisfeita.

## **SEGUNDA ENTREVISTA**

1. Na segunda entrevista avaliou estar muito satisfeita, apesar de precisar pagar pelos serviços; afirma que se dependesse do sus não estaria satisfeita, mesmo sendo funcionária do sistema.

2. Na segunda entrevista respondeu da mesma forma, muito satisfeita, mas justificou que o seu filho mais moço nasceu na rede pública e onze anos depois ainda conservava o mesmo pediatra; logo recordou do encaminhamento a este serviço, o que permitiu a sua importante melhora.

3. Na segunda entrevista novamente avaliou estar satisfeita; explicando que o posto de saúde é bom, é bem atendida. Novamente comparou a sua unidade com outros postos com carência de médicos. A única dificuldade é para marcar consulta com especialistas.

4. Na segunda entrevista respondeu da mesma forma, satisfeita; há pouco tempo consultou com ginecologista e dentista.

5. Na segunda entrevista avaliou novamente estar muito insatisfeita, como todos os brasileiros, pois o sistema público não conseguia atender nem tratar. Questionada, informou ter necessitado de consultar em função de uma dor no pé e do receio de que fosse uma trombose, mas não conseguiu.

6. Na segunda entrevista respondeu novamente insatisfeita em relação ao atendimento que recebe no posto de saúde. Mostrava-se constrangida uma vez que se sentiu acolhida e bem tratada no ambulatório de pesquisa, em relação ao qual se sentia muito satisfeita.

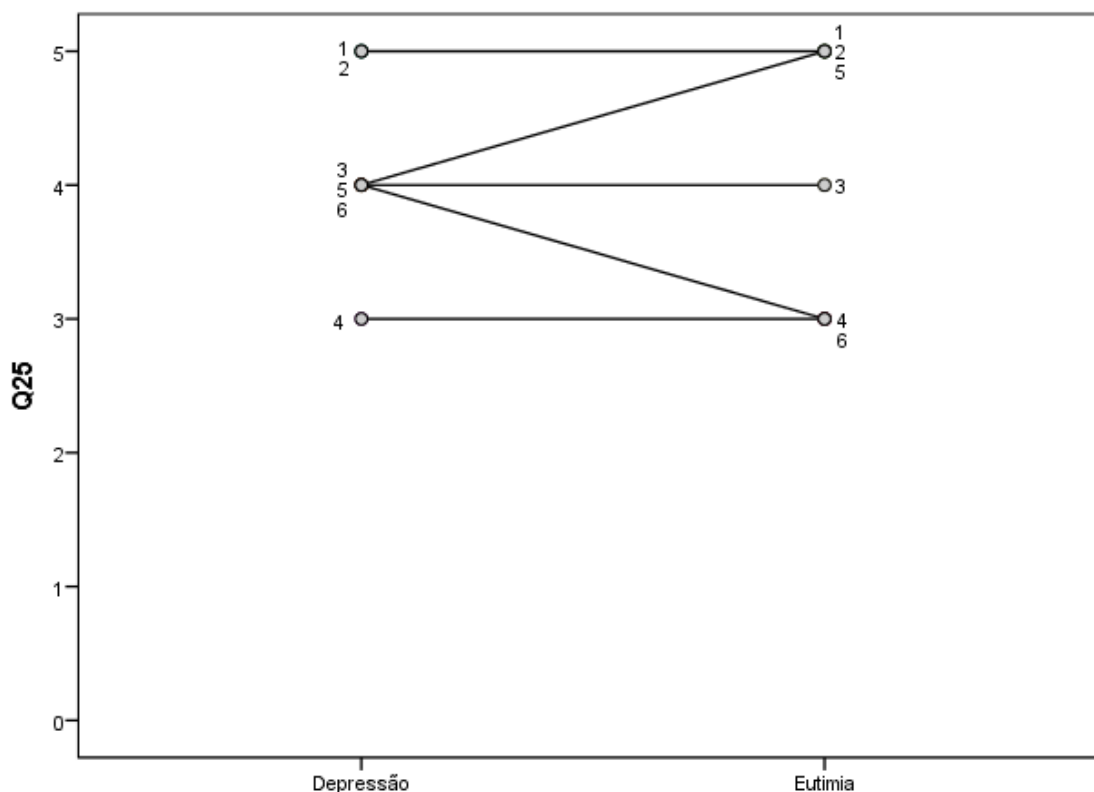
Foi um item que preocupou o entrevistador antes da realização das entrevistas em função da possibilidade da ocorrência de um viés de resposta pelo fenômeno da “*desejabilidade social*”, a tendência de distorção de auto-relatos para uma direção mais favorável, negando, assim, traços e comportamentos socialmente indesejáveis (FURNHAM, 1986). Neste caso, o de criticar o sistema do qual o entrevistador poderia ser um representante.

Este item apresentou grande estabilidade, tendo sido pouco influenciado pela depressão. Inalterado em cinco entrevistadas, 2, 3, 4, 5 e 6. Os serviços foram bem avaliados já na primeira entrevista pelas entrevistadas 2, 3 e 4 e mal avaliados pelas entrevistadas 5 e 6.

A entrevistada 3 comparou o sistema público com outras unidades mais precárias do mesmo sistema.

Ocorreu melhora apenas na entrevistada 1, que mudou na segunda entrevista o objeto da sua avaliação: deixou de avaliar o sistema público e avaliou o privado. Mas efetivamente buscou atendimento neste outro sistema, tendo abandonado o atendimento no ambulatório de pesquisa.

**Gráfico 25 - Síntese 25 - Quão satisfeita você está com o seu meio de transporte? Muito insatisfeita, insatisfeita, nem satisfeita nem insatisfeita, satisfeita ou muito satisfeita?**



### **PRIMEIRA ENTREVISTA**

1. Em relação ao meio de transporte, na primeira entrevista avaliou estar muito satisfeita, pensando no seu automóvel. Mostra-se animada pela primeira vez na entrevista, orgulhosa do seu automóvel, o que claramente avalia como uma conquista. Diz que o carro lhe dá liberdade e conforto.

2. Na primeira entrevista mostrou-se muito satisfeita com o meio de transporte, pois contava com automóvel e o serviço de transporte pluvial da sua cidade para a capital.

3. Em relação à satisfação com o meio de transporte, na primeira entrevista avaliou a mesmo como estando satisfeita. Explicou que o local onde morava era bem servido de linhas de ônibus, com uma linha passando na sua rua.

4. Em relação ao meio de transporte, na primeira entrevista respondeu que nem satisfeita nem insatisfeita. Ponderou que os ônibus eram sujos, apertados e demorados. As lotações um pouco melhores, mas mais caras, e não possuía automóvel.

5. Em relação ao meio de transporte, na primeira entrevista respondeu que estava satisfeita, pois tinham automóvel e o seu marido poderia levá-la onde precisasse.

6. Em relação ao meio de transporte, na primeira entrevista avaliou que se sentia satisfeita, pois a rua que morava era servida por uma infinidade de linhas de ônibus (importante ressaltar que isto ocorreu durante uma greve de transporte público na cidade).

Duas muito satisfeitas, três satisfeitas e uma nem satisfeita nem insatisfeita.

## **SEGUNDA ENTREVISTA**

1. Na segunda entrevista, ela me perguntou se eu me lembrava da resposta de seis meses antes; obviamente eu lembrava, pois era um ponto fora da curva. Respondi que havia sido muito satisfeita o que a fez rir muito, dizendo que permanecia assim.

2. Na segunda entrevista respondeu da mesma forma, muito satisfeita, e justificou que tinha carro próprio, mas que se dependesse de ônibus estaria satisfeita da mesma forma, pois eram eficientes.

3. Na segunda entrevista avaliou novamente como estando satisfeita, pois havia uma linha de ônibus que a atendia que funcionava bem.

4. Na segunda entrevista respondeu da mesma forma, nem satisfeita nem insatisfeita, acrescentando que os ônibus além de sujos, apertados e demorados, contam com cobradores e motoristas mal-educados.

5. Na segunda entrevista respondeu que estava muito satisfeita, pois poderia utilizar o automóvel do marido ou o sistema de ônibus que estava bastante pontual, “*perfeito*”.

6. Na segunda entrevista avaliou como nem satisfeita nem insatisfeita, uma vez que usava pouco o serviço de ônibus, apenas uma vez por semana para visita à sua mãe.

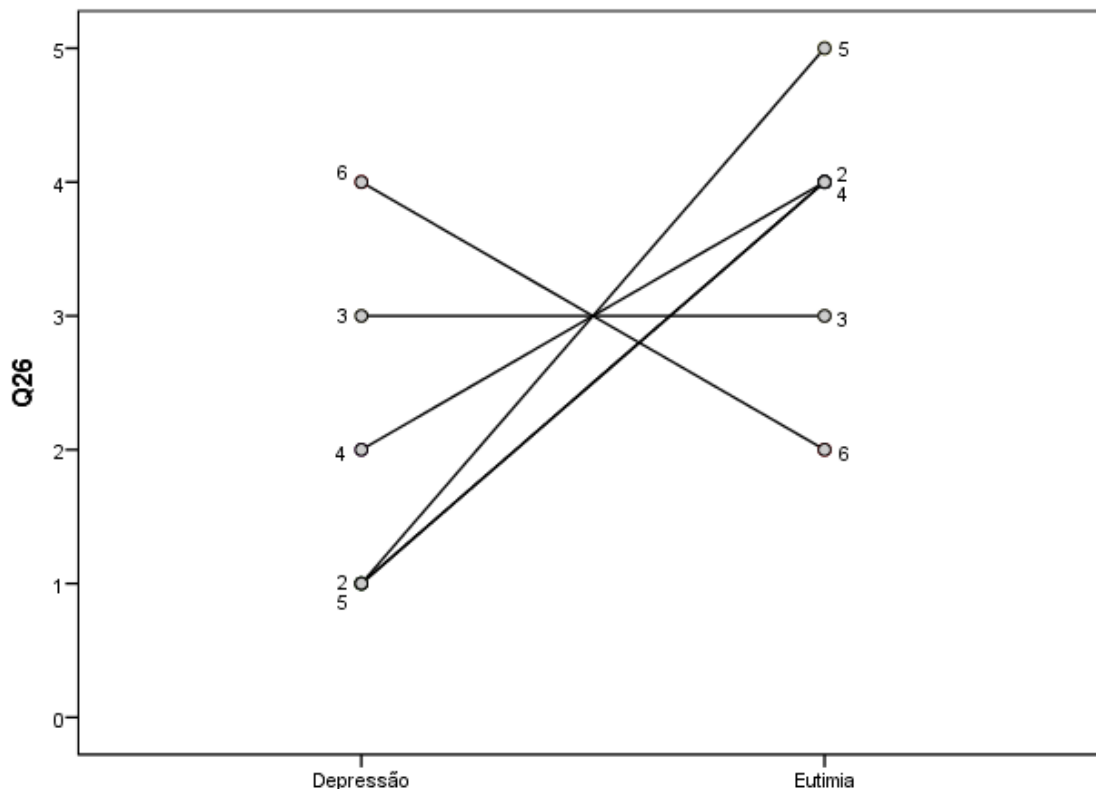
A avaliação da satisfação com o meio de transporte permaneceu inalterada nas quatro primeiras entrevistadas, tanto avaliações positivas quanto a negativa da entrevistada 4. Houve pouca variação, um item pouco relacionado à depressão.

A entrevistada 5 foi a única que melhorou a sua avaliação, já favorável na primeira entrevista.

A entrevistada 6 piorou a sua avaliação favorável da primeira entrevista. Ponderou na segunda que não utilizava o serviço – da mesma forma que seis meses antes, de forma que a resposta nem satisfeita nem insatisfeita. Utilizou o ponto central da escala Lickert como “neutro”.

Na entrevistada 1, chamou a atenção na primeira entrevista como este aspecto da sua vida ficara poupado dos sintomas depressivos. Foi um momento no qual sorriu – orgulhosa da sua conquista. Talvez pensando na liberdade adquirida pela compra do automóvel.

**Gráfico 26 - Síntese 26: Com que frequência você tem sentimentos negativos como mau humor, desespero, ansiedade, depressão. Nunca, algumas vezes, frequentemente, muito frequentemente ou sempre?**



### PRIMEIRA ENTREVISTA

1. Em relação a sentimentos negativos, na primeira entrevista respondeu que sempre sentia, agregando que desde que acordava já estava chorando, todos os dias. Tentava fazer atividades para se distrair, mas os pensamentos ruins retornavam.

2. Na primeira entrevista informou sempre apresentar sentimentos negativos, padecendo dos quatro descritos naquele item. Explica que chora com facilidade, apresenta irritabilidade, reclama de tudo; diz que nem ela não suportava o seu jeito.

3. Em relação à frequência com que experimentava sentimentos negativos, na primeira entrevista respondeu frequentemente, explicando que sentia muita angustia há muito tempo, anos.



4. Quanto à frequência de sentimentos negativos, na primeira entrevista respondeu que ocorriam muito frequentemente. Agrega que era muito difícil estar sorrindo, feliz ou brincando. Considera que os sentimentos negativos acompanham o seu pensamento e não consegue mudar.

5. Em relação a sentimentos negativos, na primeira entrevista respondeu que os apresentava todo o dia, sempre, dia e noite. Há meses estava assim, sem alívio.

6. Em relação à frequência com que experimentou sentimentos negativos, na primeira entrevista respondeu algumas vezes, explicou que se sentia uma pessoa negativa, exemplificou que a sua filha não conversava muito com ela, ficava estudando; mas desconfiava que a mesma “ficava na Internet”, então se sentia “uma pessoa muito ruim, chata”, para que a filha preferisse conversar com o gato.

Três responderam sempre, uma muito frequentemente, uma frequentemente, e uma algumas vezes.

## **SEGUNDA ENTREVISTA**

1. Na segunda entrevista, respondeu algumas vezes, explicando que às vezes apresentava uma recaída, ocasiões em que fica queixosa. Conta que está apaixonada, e que as coisas não dependem somente dela nem são como ela desejaria; diz que o namoro “não aconteceu”.

2. Na segunda entrevista respondeu que algumas vezes sentia mau humor, mas logo esclarece que não se tratava de irritação fora do normal, que considera a mesma natural.

3. Na segunda entrevista, demorou a responder, e novamente respondeu frequentemente; explicou que por vezes sentia muita raiva, em função de coisas que não dão certo, além de ansiedade.

4. Na segunda entrevista respondeu que algumas vezes tinha sentimentos negativos. Associou os mesmos à presença de ansiedade, ocasiões em que come sem estar com fome. Considera que fica ansiosa quando pensa no futuro, em trabalhar, ter dinheiro e poder ajudar sua mãe.

5. Na segunda entrevista respondeu que estava bem, que isto não acontecia mais; questionada, respondeu nunca. Estava tranquila, tinha paciência, pensava antes de dizer as coisas. Não apresentava mais sentimentos negativos. Questionada, informa que antes tudo era negativo, que evitava enfrentar as situações, pois não tinha condições de solucioná-las.

6. Na segunda entrevista respondeu frequentemente, em função da ansiedade diária que passou a sentir antes de ir para o novo trabalho, com receio de cometer erros. Considerava que estava demorando muito para aprender tudo. Salaria que não apresenta mais depressão.

Este item pergunta especificamente sobre depressão.

Ocorreu melhora importante nas entrevistadas 1, 2, 4, 5 (nesta última, avaliações extremas).

Inalterado na entrevistada 3, com um quadro mais crônico. Piora da avaliação na entrevistada 6, apesar de explicitar que não apresentava mais um quadro depressivo, mas de ansiedade ligada ao novo emprego – uma variável de confusão.

## 6.2 APLICAÇÃO DO WILCOXON SIGNED-RANK TEST

Métodos não paramétricos utilizam “postos” e não os valores reais das variáveis dependentes. Ou seja, as observações são classificadas do menor para o maior, à menor observação é atribuído o posto de número 1 e à maior observação é atribuída uma classificação igual ao número de observações que são ranqueadas. Testes não paramétricos são frequentemente escolhidos em amostras muito pequenas, por exemplo, tamanhos amostrais inferiores a 10 (GUEORGUIEVA, 2018).

O teste de Wilcoxon ou “Teste de Postos Sinalizados de Wilcoxon” é o equivalente não paramétrico a um teste-t pareado e, como tal, é o teste não paramétrico mais simples que pode ser utilizado para dados de medidas repetidas. É usado para comparar dois conjuntos de pontuações provenientes dos mesmos participantes quando desejamos investigar qualquer alteração nas pontuações de um ponto de tempo para outro. O teste envolve o cálculo das diferenças absolutas entre observações emparelhadas (observações no mesmo indivíduo) e os sinais dessas diferenças (positivas ou negativas). São calculados os valores numéricos da diferença entre cada par, sendo possíveis três categorias: aumento, diminuição ou igualdade. Uma vez calculadas todas as diferenças entre os valores obtidos para cada par de dados, essas diferenças são ordenadas pelo seu valor absoluto, sem considerar o sinal, substituindo-se então os valores originais pelo posto que ocupam na escala ordenada. O teste da hipótese de igualdade entre os grupos é baseado na soma dos postos das diferenças negativas e positivas (GUEORGUIEVA, 2018).

Teste não paramétrico de Wilcoxon permitiu determinar a posição relativa da variação de cada item do WHOQOL-bref antes e depois do tratamento para a depressão nesta pequena amostra de pacientes. Desta forma, os itens que apresentaram maior variação nos dois tempos seriam os que teriam maior probabilidade de apresentar diferenças relevantes nos aspectos qualitativos estudados.

Obviamente não foi o objetivo deste estudo utilizar o teste de Wilcoxon para avaliar resposta ao tratamento, mas o de identificar os itens mais sensíveis à mudança e, portanto com maior probabilidade de apresentar características qualitativas relevantes.

A aplicação do teste de Wilcoxon mostrou (tabela 2):

- A. Significância estatística ( $p < 0.05$ ) nos itens: 1/3/4/6/7/16/18
- B. Tendência ( $p < 0.10$ ) nos itens: 2/5/8/15/23
- C. Ausência de significância nos demais.

**Tabela 2- Wilcoxon Signed Ranks Test**

	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
Q1_A Q1 - Q1	-2.070 <sup>a</sup>	.038
Q2_A Q2 - Q2	-1.826 <sup>a</sup>	.068
Q3_A Q3 - Q3	-2.271 <sup>b</sup>	.023
Q4_A Q4 - Q4	-2.232 <sup>b</sup>	.026
Q5_A Q5 - Q5	-1.841 <sup>a</sup>	.066
Q6_A Q6 - Q6	-2.226 <sup>a</sup>	.026
Q7_A Q7 - Q7	-2.060 <sup>a</sup>	.039
Q8_A Q8 - Q8	-1.807 <sup>a</sup>	.071
Q9_A Q9 - Q9	-1.134 <sup>a</sup>	.257
Q10_A Q10 - Q10	-1.633 <sup>a</sup>	.102
Q11_A Q11 - Q11	.000 <sup>c</sup>	1.000
Q12_A Q12 - Q12	-1.633 <sup>a</sup>	.102
Q13_A Q13 - Q13	-1.342 <sup>a</sup>	.180
Q14_A Q14 - Q14	.000 <sup>c</sup>	1.000
Q15_A Q15 - Q15	-1.890 <sup>a</sup>	.059
Q16_A Q16 - Q16	-2.041 <sup>a</sup>	.041
Q17_A Q17 - Q17	-1.160 <sup>a</sup>	.246
Q18_A Q18 - Q18	-2.226 <sup>a</sup>	.026
Q19_A Q19 - Q19	-1.826 <sup>a</sup>	.068
Q20_A Q20 - Q20	-1.473 <sup>a</sup>	.141
Q21_A Q21 - Q21	-1.414 <sup>a</sup>	.157
Q22_A Q22 - Q22	-1.511 <sup>a</sup>	.131
Q23_A Q23 - Q23	-1.890 <sup>a</sup>	.059
Q24_A Q24 - Q24	-1.000 <sup>a</sup>	.317

Q25_A Q25 - Q25	.000 <sup>c</sup>	1.000
Q26_A Q26 - Q26	-1.633 <sup>b</sup>	.102

---

## 7. ARTIGOS

### 7.1 ARTIGO 1 - VARIAÇÃO NO PADRÃO DE RESPOSTAS A UM INSTRUMENTO DE QUALIDADE DE VIDA APÓS REMISSÃO DE EPISÓDIO DEPRESSIVO: UM ESTUDO QUALITATIVO

Submetido para publicação ao QUALITY OF LIFE RESEARCH em abril de 2018; recusado no dia 17/07/2018. Novamente submetido ao HEALTH AND QUALITY OF LIFE OUTCOMES no dia 29/07/2018; aguardando avaliação.

#### Introdução

Uma das justificativas para o desenvolvimento de questionários estandardizados é o de controlar os vieses decorrentes da variabilidade da forma de investigar de diferentes avaliadores. No entanto, padronizar a forma de perguntar (do avaliador) não garante a padronização da forma de entender (do respondedor). O autor de um instrumento pode ter uma determinada intenção quando formula um item, mas os respondedores podem ter um entendimento alternativo que pode ser razoável, porém diferente do planejado.

Dentre os fatores que podem interferir no entendimento de itens de um questionário estão os sintomas depressivos. Com o desenvolvimento de medidas de qualidade de vida, logo se percebeu que a depressão impactava a qualidade de vida de forma surpreendentemente mais vigorosa do que outras graves doenças clínicas. A depressão maior está associada à redução significativa da qualidade de vida que pode superar a encontrada, por exemplo, em indivíduos que sofrem de doença renal crônica em estágio final (BERLIM *et al.*, 2006). Estes achados levaram à recomendação de controlar estatisticamente para depressão quando os escores de qualidade de vida são medidos (Chang *et al.*, 2015). Da mesma forma, a literatura descreve importante melhora das medidas de qualidade de vida durante diversas fases do tratamento da depressão (PAPAKOSTAS *et al.*, 2004).

Do ponto de vista teórico, Berlim e Fleck (2007) destacaram a possibilidade de superposição nas medidas de depressão e qualidade de vida, que poderiam ocorrer em três diferentes níveis: (1) conceitual: depressão e qualidade de vida representando o mesmo fenômeno; (2) mediador: o estado afetivo do sujeito levaria a uma percepção distorcida da realidade; e (3) métrico: mesmo sendo constructos diferentes, alguns itens são comuns aos dois tipos de medida. A variável mediadora reforça a possibilidade de que os sintomas depressivos comprometam o modo como estes pacientes avaliam sua qualidade de vida, fazendo uma apreciação dos diferentes domínios de sua vida de forma negativa e com a melhora dos sintomas depressivos a mesma realidade objetiva será avaliada de forma mais positiva.

## **Objetivos**

O objetivo deste estudo foi o de explorar, através de uma investigação qualitativa, como o sujeito responde a cada item de um instrumento de qualidade de vida na vigência da depressão e após atingir a eutímia. Para isto foram utilizados os domínios e facetas surgidos nos grupos focais do projeto WHOQOL (WHOQOL GROUP, 1995) e o efeito do estado depressivo na forma de responder aos itens. Foram comparados quais aspectos o sujeito leva em consideração para responder a um item do questionário quando está deprimido e quando está eutímico.

## **Metodologia:**

Foram recrutadas seis pacientes adultas do sexo feminino no momento em que faziam triagem para iniciar tratamento de episódio depressivo unipolar em um ambulatório de pesquisa do sistema público de saúde que atende população de baixa renda. Foram excluídos os sujeitos que apresentassem comorbidades clínicas e psiquiátricas. O critério de inclusão era o Beck Depression Inventory (BDI) (Cunha, 2001) ter escore superior a vinte pontos, assegurando o diagnóstico de quadro depressivo pelo menos moderado. Foram novamente entrevistadas seis meses mais tarde, quando se esperava que estivessem em remissão do episódio depressivo, com o escore do BDI inferior a dez pontos, atestando a remissão do quadro. O tratamento realizado no intervalo de seis meses foi exclusivamente medicamentoso.

Foi utilizado o método qualitativo de entrevistas cognitivas (WILLIS, 2005), no qual o entrevistador lia os itens do WHOQOL-bref e a entrevistada os respondia “pensando em voz alta”, informando o seu processo de pensamento para escolher a resposta para cada um dos itens do instrumento. As entrevistas, que duraram entre trinta e sessenta minutos, foram gravadas e transcritas na sua íntegra.

## **Análise qualitativa**

De forma a manejar a enorme quantidade de dados originados das transcrições literais destas doze entrevistas, cujo volume não permitiria a análise da forma preconizada por Bardin (1995), um dos pesquisadores fez um resumo do funcionamento de cada item do WHOQOL-bref, onde constavam as respostas de cada uma das seis entrevistadas nos dois momentos distintos. A partir destes resumos, os três pesquisadores reuniram-se em um “painel de experts”, realizado em quatro reuniões de aproximadamente duas horas cada, no qual as respostas aos itens do WHOQOL-bref foram examinadas em profundidade. A discussão também foi gravada e a transcrição da mesma originou o material que será discutido a seguir.

## **Resultados**

O teste de Wilcoxon, um método não paramétrico para comparação de duas amostras pareadas, foi utilizado para investigar alterações nos escores do

WHOQOL-bref de um tempo para outro, depressão e eutimia. Os resultados serão apresentados agrupando os itens que apresentaram (a) variação inequívoca entre as fases de depressão e eutimia ( $p < 0,05$ ), (b) tendência a variar embora de forma menos marcada ( $p < 0,10$ ) e (c) itens que não apresentaram variação entre os dois momentos ( $p > 0,10$ ).

**a) Itens com variação estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ): 1, 3, 4, 6, 7, 16 e 18**

### **Qualidade de vida global. 1. Como você avaliaria sua qualidade de vida?**

Na primeira entrevista, cinco das seis entrevistadas referiram que o quadro depressivo comprometia a qualidade de vida. Ocorreu uma clara alteração na forma como percebiam acontecimentos do dia-a-dia. Uma entrevistada respondeu “ruim”, quatro “nem ruim nem boa” e uma “boa”.

Na segunda entrevista, além de importante melhora nas avaliações (cinco respostas “boa”, e uma “muito boa”), houve uma diversidade maior de respostas em função da melhora dos sintomas depressivos.

Apenas uma entrevistada evocou a situação vivenciada durante episódio depressivo como comparativo da situação de eutimia da segunda entrevista. As demais, na segunda entrevista, apenas fizeram a avaliação reconhecendo aspectos que não conseguiam perceber na vigência dos sintomas depressivos. Esta mesma entrevistada classificou a sua qualidade de vida como “boa” em ambas as entrevistas: na primeira deteve-se em aspectos objetivos da realidade, mas manteve a mesma resposta na vigência de eutimia porque mudou o critério de avaliação utilizado. Ao invés do critério anterior, de realidade, comparou a situação de eutimia com os problemas emocionais enfrentados na vigência do episódio depressivo.

Quatro das seis entrevistadas avaliaram a sua qualidade de vida como “nem ruim nem boa” na primeira entrevista. Esta resposta foi considerada pelas respondentes pior do que “ruim” ou “muito ruim”, uma vez que denotava indiferença. Na vigência de sintomas depressivos a opção, “nem ruim nem bom” deixou de representar o ponto neutro da escala Lickert bipolar para ter uma conotação de apatia.

### **Domínio Físico, Dor e desconforto. 3. Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?**

Duas entrevistadas, mesmo não padecendo de qualquer dor física, responderam “extremamente” ao item na primeira entrevista. Uma terceira respondeu “mais ou menos”, mesmo sem apresentar uma situação clara de dor física e tendo sido informada pela sua médica clínica de que os seus sintomas



somáticos eram ocasionados pelo quadro depressivo. Duas investigadas informaram apresentar muito pouca dor e a última efetivamente sofria de dor física.

Na segunda entrevista, as duas entrevistadas que haviam respondido extremamente na primeira entrevista responderam mais ou menos; uma delas estava em um período de pós-operatório e a outra alegou dores no corpo. As quatro outras responderam “nada”, apesar de eventualmente apresentarem dor, pois a dor física não as impedia de fazer o que precisavam.

#### **Domínio Físico, dependência de medicação ou de tratamentos. 4. O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?**

Na primeira entrevista, quatro entrevistadas consideraram que precisavam muito do tratamento médico para a depressão que, naquele momento, sequer havia iniciado, denotando uma grande expectativa positiva em relação ao mesmo. Uma investigada, apesar de ter avaliado “extremamente”, atribuiu os seus sintomas a problemas clínicos. Outra se comparou com outras pessoas e julgou não ser doente, uma vez que não precisava consultar muitos médicos.

No momento da segunda entrevista, as entrevistadas seguiam consultando a cada duas semanas e recebendo fármacos antidepressivos. Houve, no entanto, uma tendência a não considerar a importância do tratamento da depressão na expressiva melhora que haviam obtido. Duas responderam “nada” e quatro “mais ou menos”.

#### **Domínio Psicológico, espiritualidade, religião e crenças pessoais. 6. Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?**

Cinco das seis entrevistadas responderam “nada” ou “mais ou menos” na primeira entrevista, manifestando importante comprometimento ocasionado pelo episódio depressivo. Apenas uma entrevistada, praticante do Espiritismo Kardecista, avaliou que a sua vida fazia bastante sentido já na primeira entrevista, a única avaliação não influenciada pelos sintomas depressivos.

Todas as entrevistadas melhoraram bastante a avaliação na segunda entrevista. Inclusive a praticante do Espiritismo kardecista melhorou a sua avaliação, respondendo “extremamente”.

#### **Domínio Psicológico, pensar, aprender, memória e concentração. 7. O quanto você consegue se concentrar?**

Na primeira entrevista os escores foram bastante baixos, impactados pelo episódio depressivo: uma entrevistada respondeu “nada”, três “muito pouco”, e duas “mais ou menos”.

Ocorreu melhora em cinco entrevistadas na segunda entrevista. Apenas uma entrevistada manteve a sua avaliação inicial, uma vez que em função da melhora

dos seus sintomas havia mudado de emprego, de forma que na segunda entrevista estava enfrentando um novo desafio que a preocupava.

**Domínio Físico, sono e repouso. 16. Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?**

Na vigência de depressão, duas entrevistadas responderam “muito insatisfeita” e três “insatisfeita”. A escolha da última entrevistada da resposta “nem ruim nem bom”, da mesma forma como respondera ao item 1, foi realizada por significar indiferença e não como o ponto neutro da escala Likert bipolar. Neste caso, justificou a indiferença em relação aos problemas com o sono pelo fato de não estar trabalhando.

Na segunda entrevista, três entrevistadas reconheceram importante melhora em relação à satisfação com o sono, duas apresentaram alguma melhora e apenas uma manteve a sua resposta inalterada.

**Domínio Físico, capacidade de trabalho. 18. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?**

Uma das entrevistadas não respondeu a este item na primeira entrevista (*missing*). Uma entrevistada estava “muito insatisfeita”, três “insatisfeitas” e uma “nem satisfeita nem insatisfeita”. Esta última entrevistada estava desempregada e justificou a sua escolha por não estar trabalhando.

As cinco entrevistadas que responderam ao item melhoraram na segunda entrevista. Houve importante melhora em duas entrevistadas. Uma apresentou melhora discreta em função de uma situação momentânea: um pós-operatório cirúrgico que ocasionava restrições físicas que a fazia questionar a sua capacidade para o trabalho.

**b) Itens com tendência a variar de forma menos marcada ( $p < 0.10$ ): 2, 5, 8, 15 e 23**

**Percepção geral da saúde. 02. Quão satisfeita você está com a sua saúde?**

Três entrevistadas informaram estar “muito insatisfeitas”, uma “nem satisfeita nem insatisfeita” e duas “satisfeitas” com a própria saúde. Na resposta a este item, duas entrevistadas avaliaram em separado a saúde física e a mental, porém salientando a interação entre ambas. Uma entrevistada que não apresentava problemas de saúde física fez referência apenas à saúde mental. Outra entrevistada avaliou apenas a saúde física, não levando em consideração o grave episódio depressivo, e duas outras foram além, atribuindo os quadros depressivos a problemas pouco relevantes de saúde física. Como todas as entrevistadas estavam

gravemente deprimidas no momento da primeira entrevista, naturalmente apenas as que avaliaram somente a saúde física, excluindo a saúde mental, puderam se dizer “satisfeitas” com a saúde.

Na segunda entrevista houve melhora substancial em relação à primeira. Apenas as duas entrevistadas que responderam “satisfeita” na primeira entrevista mantiveram a mesma avaliação, sendo que todas as outras melhoraram.

**Domínio psicológico, sentimentos positivos. 05. O quanto você aproveita a vida?**

Todas as entrevistadas informaram ter dificuldade de aproveitar a vida, em maior ou menor grau. Foi um item que não impôs dificuldade para ser respondido na vigência do episódio depressivo, todas descreveram um esforço para fazer atividades e “se animar”, estimuladas por amigos e familiares.

Na segunda entrevista houve uma melhora importante das avaliações, porém heterogênea. Quando se esbatem os sintomas depressivos, ocorre uma maior variabilidade no sentido de “aproveitar a vida”. Duas entrevistadas mantiveram a resposta da primeira entrevista, “muito pouco”, utilizando padrões econômicos elevados para avaliar a própria vida, como se aproveitá-la estivesse ligado a fazer atividades economicamente dispendiosas.

**Domínio Meio-ambiente, segurança física e proteção. 08. Quão segura você se sente na sua vida diária?**

Apenas três entrevistadas entenderam o item como se referindo à segurança física, sendo que as outras três responderam avaliando equivocadamente a autoconfiança.

Independente da interpretação adotada pelas entrevistadas, houve uma tendência à melhora entre a primeira e a segunda entrevistas. É provável que a diminuição de sintomas depressivos e ansiosos ocasionada pelo tratamento faça com que os perigos externos que ameaçam a segurança passem a ser sentidos de forma menos assustadora. A melhora dos sintomas também ocasionaria um aumento da autoconfiança.

**Domínio Físico: mobilidade. 15. Quão bem você é capaz de se locomover?**

Duas entrevistadas que possuíam automóvel responderam avaliando a utilização do meio de transporte. Como não consideraram a própria capacidade física de locomoção, ao contrário das demais, não apresentaram melhora na segunda entrevista.

Na primeira entrevista, uma entrevistada avaliou como “ruim” a capacidade de se locomover, pois em função do seu desânimo preferia não se deslocar. O que

avaliou, de fato, foi a sua volição impactada pelo quadro depressivo. Outra entrevistada não distinguiu a sua falta de disposição para passear de dor para caminhar. Uma última entrevistada riu da simplicidade e facilidade de resposta do item.

**Domínio Meio-ambiente, ambiente no lar. 23. Quão satisfeita você está com as condições do local onde mora?**

Trata-se de um item cuja avaliação foi moderadamente influenciada pelo episódio depressivo em três entrevistadas e muito influenciada em apenas uma entrevistada. As duas entrevistadas restantes na primeira entrevista consideram as condições do local onde moravam no limite superior.

As entrevistadas fizeram avaliações objetivas das condições do local onde residiam, sugerindo pouca influência da depressão nesta percepção. Uma entrevistada dividiu a avaliação na própria casa e nas adjacências, avaliando em dois níveis nas duas entrevistas. Na segunda avaliação, houve uma pequena melhora. Observou-se que na primeira entrevista ela priorizou o que estava fora da casa e na segunda deu mais atenção à própria casa, ao que estava melhor. É interessante pensar que ela não parece ter mudado a sua avaliação dos aspectos negativos, apenas passou a dar mais peso ao aspecto positivo. Outra entrevistada, a única que apresentou importante melhora, parecia estar muito desconfiada dos vizinhos na primeira entrevista, havendo uma mudança na segunda possivelmente ocasionada pela melhora do quadro depressivo.

**Itens que não apresentaram variação significativa do ponto de vista estatístico ( $p > 0,10$ ): 9, 10, 11, 12, 13, 14, 17, 19, 20, 21, 22, 24, 25 e 26**

**Domínio Meio-ambiente, ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima): 9. Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?**

O ambiente físico mostrou-se pouco impactado pelo episódio depressivo em três entrevistadas. Duas outras entrevistadas mostraram-se pouco dispostas a pensar no seu ambiente físico durante o episódio depressivo. Uma última entrevistada relatou que ambiente físico saudável passara a ser estar quieta, no quarto, sem barulho, mostrando claramente a influência do estado depressivo sobre sua percepção de ambiente físico.

Na segunda entrevista, houve piora do escore de uma entrevistada que na primeira entrevista aferiu o ambiente físico do local de trabalho, mas na segunda o da sua residência. O item deixa livre ao entrevistado que escolha o ambiente que vai avaliar. Na vigência de episódio depressivo todas as entrevistadas escolheram avaliar o local onde se sentiam melhor. Excetuando uma entrevistada, as demais melhoraram sua avaliação na segunda entrevista.

**Domínio Físico, energia e fadiga. 10. Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?**

Trata-se de um item que remete a um dos sintomas nucleares da depressão. Houve um comportamento homogêneo das entrevistadas relativo a este item na vigência do episódio depressivo, com o uso de expressões como esforço, sacrifício, desânimo, custoso, falta energia. Duas entrevistadas responderam “nada” e “muito pouco”, mas as outras quatro, apesar de avaliarem estar sem energia, responderam “médio”, ponderando de que ainda conseguiam realizar todas as suas tarefas, apesar de que estas lhes exigiam um esforço muito maior. Fundamentaram as respostas na capacidade compensar a falta de energia com esforço.

Na segunda entrevista, três entrevistadas mantiveram a avaliação da primeira, “médio”. A primeira destas três entrevistadas considerou que melhorou pouco; a segunda informou ter mais energia, mas manteve a mesma resposta; e a terceira apresentava uma nova situação, a mudança de atividade laborativa.

**Domínio psicológico, Imagem corporal e aparência. 11. Você é capaz de aceitar sua aparência física?**

Na primeira entrevista houve uma grande diversidade de respostas: duas entrevistadas responderam “completamente”, duas “muito pouco”, uma, “médio” e a outra, “nada”. Uma das entrevistadas que respondeu “completamente” fez uma cirurgia plástica estética cinco meses após o início do tratamento para a depressão, o que aparentemente contraria a ideia de que aceitava “completamente” sua aparência. Na segunda entrevista, o seu escore piorou possivelmente influenciado por um pós-operatório doloroso e limitante. Outra entrevistada apresentou uma melhora discreta e as outras quatro responderam exatamente da mesma forma que na primeira ocasião, mostrando uma estabilidade do item em relação a variações do estado depressivo.

**Domínio Meio-ambiente, recursos financeiros. 12. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?**

Na vigência do episódio depressivo uma entrevistada respondeu “nada”, duas “muito pouco” e três “médio”. Uma das entrevistadas fez uma avaliação bastante severa, considerou ter o essencial como “muito pouco”. Além disso, os sintomas depressivos impediam que duas das entrevistadas pudessem trabalhar, situação objetiva que influenciava negativamente este item.

Na segunda entrevista, três entrevistadas mantiveram a avaliação da primeira entrevista. Em uma destas mulheres, pareceu que a melhora do quadro depressivo a tornou mais conectada com a realidade e conseqüentemente mais exigente. Outras três entrevistadas melhoraram a sua avaliação, mas de forma discreta. Trata-se de um item cuja tendência é a avaliação mais baseada em critérios objetivos do que emocionais. Desta forma, a sua avaliação apresenta certa estabilidade.

**Domínio Meio-ambiente, oportunidades de adquirir novas informações e habilidades. 13. Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?**

Três entrevistadas já responderam “completamente” na vigência do episódio depressivo, o que faz pensar que não seja um item muito impactado pela depressão.

Uma entrevistada permaneceu com a mesma avaliação, “médio”, mas a sua resposta destoou das demais, porque percebe-se que respondeu o quanto ela estava informada, e não o quanto as informações estavam disponíveis. Apenas duas entrevistadas melhoraram a avaliação na segunda entrevista, no entanto de forma discreta.

**Domínio Meio-ambiente, participação e oportunidades de recreação/lazer. 14. Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?**

Na primeira entrevista três entrevistadas responderam “muito pouco”, duas “médio” e apenas uma “completamente”.

Na segunda entrevista apenas duas entrevistadas apresentaram melhora da sua avaliação após o esbatimento dos sintomas depressivos. Uma delas pensou em atividades mais simples e factíveis no momento de fazer a sua avaliação, o que explica a importante melhora. Três entrevistadas mantiveram a resposta inalterada, apesar de pequenas alterações não captadas pelo instrumento. Paradoxalmente uma entrevistada apresentou piora importante da sua avaliação: na primeira entrevista estava doente, não trabalhava, e parecia ter muitas oportunidades de lazer que, no entanto, desperdiçava. Na segunda entrevista, julgou que não possuía mais qualquer oportunidade de atividades de lazer em função do trabalho absorvente. Trata-se de uma situação em que a melhora do quadro sintomático produziu paradoxalmente uma redução da percepção das oportunidades de atividades de lazer.

**Domínio Físico, atividades da vida cotidiana. 17. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?**

Duas entrevistadas avaliaram “muito insatisfeita”, duas “insatisfeita” e duas “satisfeita” na primeira entrevista.

Na segunda entrevista ocorreu melhora importante da capacidade de desempenhar as atividades do dia a dia em apenas duas entrevistadas. Três entrevistadas melhoraram de forma discreta: a primeira ainda queixava-se de desânimo; a segunda em função de uma situação momentânea independente da depressão (um pós-operatório cirúrgico que ocasionava restrições físicas); a terceira em virtude de já ter pontuando alto na primeira entrevista (para ela completar tarefas a fazia sentir fortalecida ao vencer as dificuldades impostas pelos sintomas depressivos). Uma entrevistada piorou de forma importante a sua avaliação após do

tratamento: passado o episódio depressivo, a melhora havia proporcionado que tivesse procurado um emprego melhor, contudo o novo trabalho era desafiador e estava sendo fonte de preocupações com o seu desempenho.

**Domínio psicológico, autoestima. 19. Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?**

Na primeira entrevista três entrevistadas estavam “muito insatisfeitas”, duas “insatisfeitas” e apenas uma estava “satisfeita” consigo mesma.

Na segunda entrevista, duas entrevistadas não apresentaram melhora. A primeira em função de ter avaliado sentir-se satisfeita consigo mesma já na primeira entrevista, por considerar-se uma pessoa forte que lutava e persistia provendo a sua família apesar dos sintomas depressivos; a segunda estava conseguindo obter bastante satisfação com o seu trabalho, mas concentrou a sua avaliação na sua dificuldade de perder peso, o que fez a avaliação permanecer inalterada.

Uma entrevistada melhorou pouco, mas houve melhora importante em três entrevistadas: uma justificou-a através do autoconhecimento e de estar pensando mais nas suas necessidades; a segunda afirmando que os problemas já não a incomodavam tanto comparando ao seu estado anterior ao tratamento; e a terceira, que na primeira entrevista relacionou a sua tristeza e insatisfação às graves enfermidades dos seus pais, na segunda entrevista simplesmente não levou mais em consideração esta situação no momento de escolher a sua resposta.

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

Na primeira entrevista, três entrevistadas estavam “muito insatisfeitas”, uma “nem satisfeita nem insatisfeita” e duas “satisfeitas”.

Duas entrevistadas mantiveram inalterada a avaliação da primeira entrevista, parecendo que episódio depressivo não influenciou a avaliação das suas relações pessoais. Ocorreu melhora importante desta avaliação em duas entrevistadas e melhora discreta em uma terceira entrevistada, que se mostrava irritada com familiares no momento da segunda entrevista.

Apenas uma entrevistada apresentou uma piora na avaliação das suas relações pessoais na segunda entrevista; esta pessoa pontuou alto na primeira entrevista, ocasião em que considerou que possuía uma boa rede de apoio familiar, mas quando da segunda entrevista estava em conflito com colegas de trabalho, que reprovaram o seu afastamento para fazer cirurgia plástica, que os sobrecarregou. O item oferece muitas possibilidades de avaliação, que incluem amigos, parentes, conhecidos e colegas, dando margem a diversas interpretações.

**Domínio relações sociais, atividade sexual. 21. Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?**

Na primeira entrevista duas entrevistadas responderam “muito insatisfeita”, uma “insatisfeita” e três “nem satisfeita nem insatisfeita” com própria vida sexual.

Na segunda entrevista a avaliação não se alterou em quatro entrevistadas. Em duas destas quatro entrevistadas ocorreu uma mudança perceptível ao entrevistador, mas não captada pelo instrumento: ambas brincaram e falaram de forma leve sobre a própria vida sexual na segunda entrevista. Houve melhora discreta em uma entrevistada e melhora e importante em outra. Ocorre que tal melhora importante não decorreu de situação objetiva, mas de avaliação subjetiva, uma vez que se tratava de uma mulher viúva há muitos anos sem qualquer relação afetiva. Efetivamente o instrumento investiga “*satisfação com sua vida sexual*”, o que não pressupõe atividade sexual, exatamente como ocorreu com esta entrevistada. Neste único caso, possivelmente a mudança se deva à melhora do quadro depressivo.

**Domínio relações sociais, suporte (apoio) social. 22. Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?**

Na primeira entrevista uma entrevistada estava “muito satisfeita”, duas “satisfeitas”, duas “nem satisfeita nem insatisfeita” e uma “insatisfeita” com o apoio recebido de amigos.

Houve melhora na avaliação do item em quatro entrevistadas, duas de forma acentuada. Permaneceu inalterada a avaliação de uma entrevistada. Ocorreu piora na avaliação da outra entrevistada por uma razão não prevista: na primeira entrevista avaliou estar muito satisfeita, mas pelo fato de não ter amigos, de ninguém ter ciência que estava apresentando um episódio depressivo, pois não gostava de partilhar o seu sofrimento e receber apoio. Na segunda entrevista, muda a sua ótica: estava apenas “satisfeita”, pois considerou positivo o apoio dos novos colegas de trabalho.

**Domínio Meio-ambiente, cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade. 24. Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?**

Na primeira entrevista a resposta ao item foi bastante heterogênea, uma “muito satisfeita”, duas “satisfeitas”, uma “nem satisfeita nem insatisfeita”, uma “insatisfeita” e uma “muito insatisfeita”.

Na segunda entrevista este item apresentou a maior estabilidade entre todos permanecendo inalterado em cinco entrevistadas. Pouco influenciado pela depressão, foi alterado apenas em uma entrevistada que na segunda entrevista mudou o objeto\_da sua avaliação: deixou de avaliar o sistema público para aferir o privado.

**Domínio Meio-ambiente, transporte. 25. Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?**



Na primeira entrevista duas entrevistadas avaliaram estar “muito satisfeitas”, três “satisfeitas” e uma “nem satisfeita nem insatisfeita”.

O item mostrou-se estável permanecendo inalterado em quatro entrevistadas. Uma entrevistada melhorou a sua avaliação já favorável da primeira entrevista, ocasião em que chamou a atenção do entrevistador a forma como este aspecto da sua vida ficara poupado dos sintomas depressivos: foi o único momento no qual sorriu, orgulhosa da sua conquista, possivelmente pensando na liberdade adquirida com a compra do automóvel.

### **Domínio psicológico, sentimentos negativos. 26. Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?**

Trata-se de um item que pergunta especificamente sobre depressão. Naturalmente, na primeira entrevista, três entrevistadas responderam “sempre”, uma “muito frequentemente”, uma “frequentemente”, e a última “algumas vezes”.

Na segunda entrevista houve melhora em quatro entrevistadas. Não houve alteração na avaliação de uma entrevistada e ocorreu piora da avaliação da última, apesar da mesma ter apresentado importante melhora do quadro depressivo. Ocorre que o novo emprego desencadeou ansiedade, apresentando-se como uma variável de confusão.

### **Discussão**

O método qualitativo de entrevistas cognitivas permitiu identificar padrões de respostas ao instrumento de avaliação de qualidade de vida que parecem ser impactados pelo nível de depressão em que o indivíduo se encontra. Estas diferenças foram identificadas pela variação de padrão entre o tempo 1 (presença de depressão) e tempo 2 (ausência de depressão). No entanto, a variação ocorreu não só entre os tempos, mas também entre os indivíduos em cada tempo, corroborando que não apenas a depressão influencia a resposta a um instrumento de qualidade de vida, mas também de outras circunstâncias de vida alheias ao quadro depressivo.

Os resultados serão discutidos de acordo com a seguinte estrutura: a) itens que funcionaram conforme o esperado; b) itens com respostas imprevistas; c) problemas gerais de compreensão; d) problemas de compreensão influenciados pela depressão e e) comportamento estável do domínio ambiente na vigência da depressão.

#### **a) Itens que funcionaram conforme o esperado**

O item que avalia Espiritualidade (6) não impôs dificuldade para a sua resposta. Sabe-se que a importância da religião ou da espiritualidade pode ter um

efeito protetor contra a recorrência da depressão, particularmente em adultos com antecedentes de depressão parental (Miller, 2012). No referido estudo, os participantes que atribuíam grande importância à religião/espiritualidade tiveram cerca de um quarto do risco de apresentar episódio depressivo ao longo de um período prospectivo de 10 anos em comparação com os outros participantes do estudo. No presente estudo, o item que avaliou Espiritualidade apresentou um comportamento bastante homogêneo relacionado ao episódio depressivo na primeira entrevista e importante melhora após o esbatimento dos sintomas. Quatro entrevistadas relacionaram o sentido da vida à prole, de forma que filhos e religião aparecem como fator protetor na primeira entrevista e como motivo de satisfação na segunda.

Há uma complexa relação entre sono e depressão, mas não há dúvida de que a depressão ocasiona distúrbios de sono. Tanto instrumentos de medida de qualidade de vida como de medida de depressão avaliam o sono, que também é critério diagnóstico do Transtorno Depressivo Maior de acordo com o DSM-V (2013). A faceta que relaciona sono e repouso (16) com qualidade de vida, conforme esperado, apresentou importante relação com o quadro depressivo. Os itens que avaliaram memória e concentração (7) e capacidade de trabalho (18), teoricamente muito relacionados à depressão, também apresentaram importante melhora na segunda entrevista.

#### **b) Itens com respostas imprevistas**

Diferente do esperado, ao avaliar o item percepção de qualidade de vida (1) apenas uma entrevistada empregou a situação vivenciada durante episódio depressivo como comparativo da situação vivida na segunda entrevista, sendo que as demais apenas fizeram uma avaliação reconhecendo aspectos que não conseguiam perceber na vigência dos sintomas depressivos.

De forma análoga, o item que investiga dependência de medicação ou de tratamentos (4) mostrou que, apesar de antes do início do tratamento as entrevistadas exibirem expectativas positivas em relação ao mesmo, após o sucesso terapêutico não houve um reconhecimento do tratamento médico como tendo sido agente da melhora ocorrida. Foi como se o fato de estarem assintomáticas dificultasse que as entrevistadas levassem em consideração que isto também se devia ao tratamento médico ao qual se submetiam, como se não atribuíssem a melhora à manutenção deste tratamento. Efetivamente é comum que pacientes deprimidos abandonem o tratamento profilático depois de atingida a melhora clínica, da mesma forma que um tratamento com antibiótico no qual, após alguns dias, o sujeito esquece-se de tomar a dose diária em virtude da melhora. Como as entrevistas focavam o item, não foi possível compreender a causa desta aparente negação da doença posterior ao esbatimento dos sintomas.

Em uma meta-análise que resume a pesquisa abordando os efeitos da ansiedade e depressão na não adesão do paciente às recomendações terapêuticas,

verificou-se que, em comparação com os pacientes não deprimidos, as chances são três vezes maiores de que pacientes deprimidos não sigam as recomendações de um tratamento prescrito (DiMatteo, 2000). No entanto, os autores ponderam que a depressão ocasiona expectativas negativas sobre os benefícios e a eficácia dos tratamentos, que o isolamento social ocasiona deficiência da rede de apoio familiar e social, e que problemas no funcionamento cognitivo que dificultariam o uso da medicação, o que não foi verificado nesta pequena amostra, na qual as pacientes tinham boas expectativas, apoio familiar e seguiram as recomendações médicas.

No item que investiga satisfação com a saúde (2), as entrevistadas que fizeram uma avaliação da saúde mental demonstraram percepção mais acurada da situação, evidenciando juízo crítico em relação à doença. As que surpreendentemente avaliaram a saúde física na vigência de um grave episódio depressivo poderiam estar fazendo uso de um mecanismo de negação da doença, ou ainda este achado ser resultado de uma dissociação mente-cérebro-corpo culturalmente ainda vigente, em que apenas o corpo é passível de adoecer. Ressalta-se que se trata de item muito influenciado por problemas transitórios de saúde ocorridos nas duas últimas semanas: qualquer comorbidade física, mesmo que transitória, pode contaminar a resposta ao item e a melhora do quadro depressivo não aparecerá nestas circunstâncias.

Também diferente do esperado, o item que avalia atividades da vida cotidiana (17) não apresentou relação com o quadro depressivo. A Escala de Hamilton (1960), que mede depressão, leva em consideração a capacidade de desempenhar atividades no seu item 7 (trabalho e atividades). Este item não funcionou conforme o esperado, impactado pelas diversas variáveis intervenientes já descritas.

### **c) Problemas gerais de compreensão**

As entrevistas cognitivas mostraram que houve problemas na compreensão de dois itens do instrumento. No item Segurança física e proteção (8) ocorreu um entendimento não previsto e algumas entrevistadas responderam avaliando a própria autoconfiança. O segundo problema ocorreu no item que avalia mobilidade (15), uma vez que as duas entrevistadas da amostra que possuíam automóveis não avaliaram a própria capacidade física de locomoção, mas o meio de transporte, componente investigado por item do domínio meio-ambiente do instrumento (25).

### **d) Problemas de compreensão influenciados pela depressão**

Maggino (2009) divide os erros de medida em randômicos e sistemáticos. Os erros randômicos são produzidos por fatores não controlados que confundem a medida, mas não podem ser estimados, visto que são assistemáticos. Quando alguém responde a um instrumento de avaliação de qualidade de vida se põe em marcha um complexo processo cognitivo no qual eventos incidentais do dia-a-dia podem ter grande efeito não controlado, imprevisível, sobre as respostas.

Verificamos, por outro lado, que o paciente deprimido entende alguns itens dentro de uma ótica ocasionada pelos sintomas da doença, como uma entrevistada que não desejava apoio social por interpretá-lo como algo invasivo, que produzia irritação (item 22). Esta situação ilustra que a depressão altera o funcionamento do instrumento WHOQOL-bref interferindo não apenas na intensidade do item, mas também na compreensão do mesmo. A escala de respostas, nestes casos, poderá estar avaliando aspectos diferentes dos inicialmente previstos.

Os erros sistemáticos, por outro lado, produzem um viés nos dados que de alguma forma é consistente e ocasiona valores que são sistematicamente mais altos ou mais baixos do que o que seria esperado. O exame qualitativo das quatro respostas “nem ruim nem boa” ao item que avalia percepção de qualidade de vida (1) permitiu uma interessante constatação: esta resposta da escala Likert foi considerada pior do que “ruim” ou “muito ruim”, uma vez que denotava indiferença. Como se tratava do primeiro item, especulamos que talvez as entrevistadas ainda não tivessem compreendido a lógica do funcionamento de cinco categorias ordinais da escala Lickert; no entanto, isto ocorreu novamente com uma das entrevistadas que justificou a indiferença à resposta ao item sono e repouso (16) pelo fato de não estar trabalhando. Pode-se dizer que os itens 1 e 16 do instrumento apresentaram erro sistemático na vigência do episódio depressivo.

Da mesma forma, no exame do item que avalia dor e desconforto (3) a falta de discernimento entre dor física e sofrimento emocional ocasionou outro erro sistemático igualmente durante o episódio depressivo. Conjectura-se que o quadro depressivo possa impor uma dificuldade para discriminar dor física de sofrimento emocional. Os sintomas de depressão podem ser interpretados como dor física, o que pode ser uma forma de demonstrar sofrimento emocional. Após o esbatimento dos sintomas depressivos, as entrevistadas não apresentaram dificuldade para discernir o sofrimento físico do emocional.

Quatro entrevistadas, apesar de avaliarem estar sem energia (10), responderam “médio”, ponderando que ainda conseguiam realizar as tarefas, apesar de que estas lhes exigiam um esforço muito maior. No entanto, energia não avalia o quanto ainda conseguem realizar, ou “o quanto consegue executar as suas tarefas”, mas ter energia suficiente para o dia a dia. Desta forma, esta ponderação teria feito com que respondessem de forma inadequada, ocasionando outro erro sistemático na vigência de sintomas depressivos.

#### **e) Comportamento estável do domínio ambiente na vigência da depressão**

Ao investigar o ambiente físico (09), percebemos que algumas entrevistadas conseguiram discriminar de forma bastante clara as suas vivências internas de situações objetivas do ambiente. Esta observação é contrária ao argumento de que qualidade de vida e depressão são construtos muito próximos e que suas medidas concomitantes são tautológicas (Katschnig, 2006). Este item de ambiente físico, bem

como o de segurança física e proteção (08) se comportaram nestas pacientes deprimidas de forma menos previsível e mais heterogênea: algumas respondem de forma mais subjetiva, outras de forma mais objetiva. Outros itens do domínio meio ambiente como Recursos financeiros (12) e Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades (13) parecem ser respondidos de forma mais objetiva estando, conseqüentemente, menos influenciados pelo episódio depressivo. Note-se que se trata de pacientes com depressão não melancólica, nas quais estão ausentes ideias delirantes de ruína.

O construto “qualidade de vida” é determinado pela visão subjetiva do sujeito. Por definição, é uma avaliação pessoal apenas parcialmente influenciada pela realidade concreta. No entanto, entre as facetas investigadas há algumas que são essencialmente subjetivas, como espiritualidade, e outras que são avaliações subjetivas de realidades objetivas, como o ambiente físico. Em princípio, a depressão impacta mais a avaliação das facetas essencialmente subjetivas, naturalmente mais propensas a vieses determinados por alterações afetivas e cognitivas. Como exemplos em polos opostos, podemos observar as facetas que investigam autoestima (19) e disponibilidade de cuidados de saúde (24). O questionamento que investiga a primeira faceta, “satisfação consigo mesmo”, é aberto, podendo ser respondido levando em consideração uma infinidade de avaliações subjetivas, pois o item não está ancorado em nenhum aspecto objetivo e nele o indivíduo pode projetar aspectos da própria personalidade. Já o questionamento que investiga a faceta de “satisfação com o acesso aos serviços de saúde” também será respondido com subjetividade, mas dará menos margem a esta, porquanto o aspecto objetivo do item faz com que a resposta esteja mais ancorada na realidade. Apesar da heterogeneidade das respostas na primeira entrevista, a satisfação com o acesso aos serviços de saúde foi o item que apresentou a maior estabilidade, mostrando-se pouco impactado pelos sintomas depressivos, permanecendo inalterado na segunda entrevista em cinco das seis entrevistadas.

## **Conclusão**

O presente estudo contribuiu no entendimento de que a qualidade de vida de um paciente deprimido é efetivamente impactada pela depressão, mas a piora observada também é determinada pela distorção na forma do deprimido fazer avaliações subjetivas. A depressão alterou o funcionamento do instrumento WHOQOL-bref interferindo não apenas na intensidade dos itens, mas também na compreensão de alguns deles. Verificamos que na vigência do episódio depressivo ocorreram, além de erros randômicos, erros sistemáticos que desviaram a medida na mesma direção, podendo produzir um viés regular nos resultados do instrumento WHOQOL-bref.

## REFERÊNCIAS

1. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med.* 1995;41(10):1403-9.
2. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
3. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1995.
4. Berlim MT, Mattevi BS, Duarte AP, Thome FS, Barros EJ, Fleck MP. Quality of life and depressive symptoms in patients with major depression and end-stage renal disease: a matched-pair study. *J Psychosom Res.* 2006;61(5):731-4.
5. Berlim MT, Fleck, MP. Quality of Life and Major Depression. In: Springer, editor. *Quality of Life Impairment in Schizophrenia, Mood and Anxiety Disorders*. Dordrecht: SpringerLink; 2007. p. 241-52.
6. Chang YC, Yao G, Hu SC, Wang JD. Depression Affects the Scores of All Facets of the WHOQOL-BREF and May Mediate the Effects of Physical Disability among Community-Dwelling Older Adults. *PLoS One.* 2015;10(5):e0128356.
7. Cunha JA. *Manual da versão em português das escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.
8. DiMatteo MR, Lepper HS, Croghan TW. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Arch Intern Med.* 2000;160(14):2101-7.
9. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 1960;23:56-62.
10. Katschnig H. Quality of life in mental disorders: challenges for research and clinical practice. *World Psychiatry.* 2006;5(3):139-45.
11. Maggino F. *Methodological aspects and technical approaches in measuring subjective well-being*: Firenze University Press, *Archivio E-Prints*; 2009 2009.
12. Miller L, Wickramaratne P, Gameraoff MJ, Sage M, Tenke CE, Weissman MM. Religiosity and major depression in adults at high risk: a ten-year prospective study. *Am J Psychiatry.* 2012;169(1):89-94.
13. 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.

14. Willis GB. Cognitive Interviewing: A Tool for Improving Questionnaire Design. London: Sage; 2005.

## 7.2 ARTIGO 2 - COMO UM PACIENTE DEPRIMIDO AVALIA A PRÓPRIA QUALIDADE DE VIDA? UM ESTUDO QUALITATIVO

Publicado no JOURNAL OF PATIENT REPORTED OUTCOMES.

Zimmermann, J.J., Tiellet Nunes, M.L. & Fleck, M.P. How do depressed patients evaluate their quality of life? A qualitative study. *J Patient Rep Outcomes* (2018) 2: 52.

**Introdução:** trata-se de um estudo qualitativo que visa a estudar o efeito do estado depressivo na forma de responder aos itens do instrumento WHOQOL-BREF, comparando que aspectos da sua vida o sujeito leva em consideração para responder ao item relativo à qualidade de vida quando deprimido e quando eutímico. Seis mulheres adultas foram entrevistadas quando da sua avaliação para o início do tratamento de episódio depressivo e novamente entrevistadas seis meses mais tarde, em remissão do episódio. Foi utilizado o método de entrevista cognitiva na modalidade “pensar em voz alta”.

**Resultados:** O teste de Wilcoxon permitiu a seleção dos sete itens que apresentaram mudança estatisticamente significativa nos seus escores entre a primeira e a segunda entrevista, em eutimia. São examinados em profundidade os sete itens que tiveram alteração significativa com a melhora do quadro depressivo.

**Conclusões:** Verificamos que, além do impacto ocasionado pela depressão na qualidade de vida, ocorrem distorções na forma do deprimido fazer avaliações subjetivas. Consideramos que estudos qualitativos como o presente podem prestar importante auxílio na interpretação de resultados quantitativos.

**Keywords:** quality of life; depression; qualitative study; whoqol-bref.

### Introdução

O conceito de qualidade de vida está centrado na percepção do indivíduo acerca do seu estado de saúde, da sua posição no marco sociocultural em que vive e em relação com as suas expectativas e outros aspectos da sua vida que ele valoriza (WHOQOL GROUP, 1995). Com a disponibilidade dos instrumentos de medida de qualidade de vida, estes passaram a ser ferramentas utilizadas na avaliação da percepção subjetiva do efeito que a enfermidade produz na qualidade de vida do sujeito. Era esperado que a depressão impactasse negativamente a qualidade de vida, uma vez que altera a forma como a pessoa percebe a si mesma, ao mundo e ao futuro (tríade cognitiva de Beck) (Beck, 1979). Foi verificada uma importante associação negativa entre depressão e qualidade de vida, maior do que a



associação de outras doenças médicas crônicas com qualidade de vida (Bonicatto, 2001). Por exemplo, pacientes com depressão maior experimentam qualidade de vida significativamente pior quando comparados com indivíduos portadores de doença física extremamente debilitante, como doença renal crônica em estágio final (Berlim 2006).

Do ponto de vista teórico, Berlim e Fleck propuseram que a possibilidade de superposição nas medidas de depressão e qualidade de vida pode ocorrer em três níveis, conceitual, mediador e métrico (Berlim e Fleck, 2007). Na concepção de uma relação de variável mediadora, postulam que visões negativas do *self*, do mundo e desesperança, conforme descritas por Beck (1979), poderiam influenciar a percepção da realidade.

O presente estudo visa a estudar o efeito do estado depressivo na forma de responder aos itens do instrumento WHOQOL-BREF, comparando quais aspectos da sua vida o sujeito leva em consideração para responder ao item relativo à qualidade de vida quando deprimido e quando eufímico, na tentativa de verificar se a qualidade de vida de um paciente deprimido é efetivamente impactada de forma marcada pela depressão ou se a piora observada pode ser determinada pela distorção na forma do paciente deprimido fazer avaliações subjetivas.

Os objetivos deste estudo foram o de verificar quais itens de um instrumento de qualidade de vida variam de forma significativa após a remissão dos sintomas depressivos e de comparar as justificativas e as vivências que os pacientes evocam para explicar suas opções na escala de resposta durante o episódio depressivo e após atingir a eutímia.

## **Método**

Foi utilizado o método qualitativo de entrevistas cognitivas (Willis, 2005), no qual o entrevistador lia os itens do WHOQOL-BREF e o entrevistado “pensava em voz alta”, informando o seu processo cognitivo para escolher a resposta para cada um dos 26 itens do instrumento. O método qualitativo de entrevistas cognitivas permite um número limitado de sujeitos de pesquisa, de forma que planejamos uma amostra de cinco sujeitos. Optamos por examinar um grupo homogêneo de forma a tentar controlar outras variáveis intervenientes. O grupo escolhido foi o prototípico dos pacientes que procura o ambulatório, de mulheres deprimidas adultas.

Seis mulheres adultas foram entrevistadas quando da sua avaliação para o início do tratamento de episódio depressivo unipolar em um ambulatório de pesquisa e novamente entrevistadas seis meses mais tarde, quando se esperava que estivessem em remissão do episódio. Os critérios de inclusão no estudo foram sexo feminino, idade entre 18 e 60 anos, boa capacidade para se expressar e narrar experiências, score do *Beck Depression Inventory* (Cunha, 2001) superior a dezenove pontos na primeira entrevista e inferior a dez pontos na segunda, atestando a remissão do quadro depressivo, além da concordância em participar e

da disponibilidade de submeterem-se a uma segunda entrevista seis meses mais tarde. As entrevistas foram gravadas e transcritas na sua íntegra. Havia a possibilidade de descartar alguma entrevista particular idiossincrásica, o que não ocorreu nesta amostra.

Posteriormente, foi utilizada metodologia quantitativa para fazer a seleção dos itens que apresentaram alteração significativa nos seus escores entre a primeira e a segunda entrevista, realizada seis meses mais tarde. Foi utilizado o teste de Wilcoxon, um teste de estatística não paramétrica, para comparar os escores do WHOQOL-BREF de um ponto de tempo para outro.

## **Resultados**

Serão examinados em profundidade os sete itens do WHOQOL-bref que apresentaram mudança estatisticamente significativa ( $p < 0.05$ ) nas suas pontuações da primeira para a segunda entrevista: o de percepção da qualidade de vida (1); quatro itens do Domínio Físico – dor e desconforto (3), dependência de medicação ou de tratamentos (4), sono e repouso (16) e capacidade de trabalho (18); e dois itens do Domínio Psicológico – espiritualidade/religião/crenças pessoais (6) e pensar, aprender, memória e concentração (7). Por tratar-se de um estudo qualitativo, serão utilizados trechos dos discursos dos pacientes para ilustrar os relatos.

### **Item 1, Qualidade de vida global. Como você avaliaria sua qualidade de vida?**

Na primeira entrevista, cinco das seis entrevistadas referiram que o quadro depressivo interferia na qualidade de vida, ocorrendo uma clara alteração na forma como percebiam acontecimentos corriqueiros.

Entrevistada 2: *“Eu não me sinto bem dentro da minha casa, né? Eu não tenho prazer em ter uma boa alimentação, em fazer uma alimentação para mim e para minha família. Não tenho ânimo para executar minhas tarefas, né? E... Tenho chorado muito, tenho ficado muito emotiva”. –*

Entrevistada 4: *“É, me afastei de todo mundo, assim. Antes eu não era assim, eu não tinha me afastado, eu fazia as coisas... Normal, eu tinha mais prazer em fazer as coisas, assim, ver as pessoas.”*

Uma única entrevistada classificou a sua qualidade de vida como boa na primeira entrevista, detendo-se em aspectos objetivos da realidade:

Entrevistada 6: *“Eu moro bem, eu me alimento bem... eu tenho oportunidades de sair, embora não deseje”.*

Na segunda entrevista esta mesma entrevistada manteve a mesma resposta porque mudou o critério de avaliação utilizado: na primeira entrevista utilizou um critério mais objetivo, de realidade, como se estivesse avaliando “padrão de vida”, mas na segunda levou em consideração os problemas emocionais enfrentados em virtude do episódio depressivo, comparando os dois momentos, reconhecendo o quanto havia melhorado com o tratamento instituído:

Entrevistada 6: “...eu estou vivendo uma vida bem tranquila. Eu era uma pessoa muito preocupada com os meus filhos. Eu consigo, agora, separar, não ter aquela preocupação de [saber] onde eles estão”. “Eu ficava muito preocupada que fosse acontecer alguma coisa, assalto... acidente. E hoje, em qualidade de vida, eu me sinto tranquila em relação a isso”.

Na primeira entrevista, na vigência de graves sintomas depressivos, quatro das seis entrevistadas avaliaram a sua qualidade de vida como “nem ruim nem boa”; o exame qualitativo destas respostas permitiu, neste caso, uma interessante especulação: a resposta nem ruim nem boa parece ter sido considerada pior do que ruim ou muito ruim, uma vez que denota indiferença. Nesta conjuntura, nem ruim nem bom deixa de representar a metade do caminho da escala Lickert para ter outra conotação, de apatia, expressa por uma das entrevistadas através de um provérbio português:

Entrevistada 5: “*Tanto se me dá como se me deu*”. [I couldn't care less.]

Entrevistada 1: “*eu estou inerte, não tem tanto gosto, nem de ruim, nem de bom*”.

A escala Lickert do WHOQOL-BREF possui um número ímpar de respostas com um ponto médio que costuma expressar uma “posição neutra” do respondedor, uma vez que a escala Lickert é bipolar, indo de um extremo a outro de dois constructos opostos (Bradburn, 2004). Por se tratar do primeiro item do instrumento, um hipótese seria a de que as entrevistadas ainda não estivessem familiarizadas com as cinco categorias ordinais da escala Lickert. No entanto, isto ocorreu novamente com uma das entrevistadas no item 16 (ver adiante).

Na segunda entrevista naturalmente aparece uma diversidade maior de respostas em função da melhora dos sintomas depressivos, ocasião em que emergem as características pessoais das entrevistadas e se percebe o quanto os sintomas depressivos pareciam homogeneizar a amostra na primeira entrevista. Neste segundo momento, cinco das seis entrevistadas avaliaram a sua qualidade de vida como “boa” e apenas uma avaliou como “muito boa”. Apenas uma entrevistada empregou a mesma situação vivenciada durante episódio depressivo como comparativo para a situação de eutímia. As demais apenas fazem uma avaliação reconhecendo aspectos que não conseguiam perceber na vigência dos sintomas depressivos tais como bens materiais, aquisições, conquistas e capacidade para o

trabalho, que passaram a ter um valor maior quando se esbateram os sintomas depressivos.

**Item 3, Domínio Físico, Dor e desconforto. Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?**

Trata-se de uma faceta que explora sensações físicas desagradáveis experimentadas pela pessoa, especialmente dor. Duas entrevistadas, mesmo não sofrendo dor física responderam “extremamente” na primeira entrevista, atribuindo à vivência depressiva uma conotação somática:

Entrevistada 1: *“Porque “ela” [a depressão] tem me “causado” um esforço que antes eu não... não precisava”.*

Entrevistada 2: *“A dor física... Não seria uma dor física, mas eu sinto vontade de dormir o tempo todo. Muito desânimo! Não seria dor física, mas o desânimo extremo!”*

Uma terceira respondeu “mais ou menos”, apesar de não apresentar claramente dor física e de sua médica clínica ter atribuído seus sintomas somáticos ao quadro depressivo.

Entrevistada 3: *“Eu não sei... Pois é... Problema digestivo, problema de estômago... Até mesmo por causa da depressão também, né? Dá um medo assim, daí quando eu já estou com o problema da dor, aí me impede de sair. Atrapalha bastante”. “É, então a doutora mandou procurar especialista. Por que... Ela acha que essas minhas dores tem a ver com depressão. Se eu tratar, de repente, eu melhora, né?”*

Duas investigadas informaram apresentar muito pouca dor e a última efetivamente sofria de dor física.

Sabe-se que depressão maior está associada a sintomas físicos e que a melhora destes está correlacionada com a melhora dos sintomas depressivos, o que sugere que a capacidade do paciente para obter a remissão da depressão pode estar diretamente relacionada à redução de sintomas físicos (Trivedi, 2004). Os relatos sugerem que os sintomas de depressão podem ser interpretados como dor física, podendo ser uma forma de demonstrar sofrimento emocional.

As duas entrevistadas que haviam respondido “extremamente” quando questionadas sobre dor física na primeira entrevista, responderam “mais ou menos” na segunda entrevista: uma delas estava em um período de pós-operatório e a outra alegou dores no corpo. As quatro outras responderam “nada”, apesar de

eventualmente apresentarem dor, mostrando que compreenderam bem o sentido do item, pois a dor física não as impedia de fazer o que precisavam.

Percebe-se que este item do instrumento foi interpretado de forma diversa do esperado por ocasião do episódio depressivo, apresentando mudança significativa apenas em virtude da superavaliação do mesmo na primeira entrevista.

**Item 4, Domínio Físico; Dependência de medicação ou de tratamentos.**  
**O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?**

Na primeira entrevista, quatro entrevistadas consideraram que precisavam muito de um tratamento médico muito embora ele ainda não houvesse sido iniciado.

Entrevistada 1: *“se for mental, “extremamente”, “porque eu tentei sozinha e não consegui”.*

Entrevistada 2: *“porque eu estou sentindo necessidade de ter um acompanhamento médico, fiquei muito tempo com depressão sem procurar ajuda médica e agora estou no limite.”* Sobre a primeira dose de fármaco antidepressivo: *“Já fez efeito! Já na primeira dosagem senti um alívio muito bom.”*

Uma investigada, apesar de ter avaliado “extremamente”, atribuiu sua doença a problemas somáticos, que na sua avaliação seriam a causa do seu sofrimento.

Entrevistada 6: *“Porque eu estou me sentindo doente... Eu sinto dor nas costas, eu sinto dor de cabeça, eu sinto dor nos meus pés, os meus pés queimam muito.”*

Outra se comparou com outras pessoas e julgou não ser doente a ponto de consultar médicos.

Entrevistada 3: *“Comparando, assim, com outras pessoas, eu acho que eu não preciso estar sempre no médico. Tu entendes? Porque eu não sou uma pessoa assim muito doente para estar sempre em médico. Então, eu acho que é pouco. Muito pouco, né?”*

Mesmo estando em um ambulatório especializado, estas duas entrevistadas não levaram em consideração o episódio depressivo para justificar as suas respostas.

Na segunda entrevista, passado um semestre do início do tratamento, as entrevistadas seguiam fazendo consultas a cada duas semanas e recebendo fármacos antidepressivos. Houve, no entanto, uma tendência à negação de reconhecer a importância do tratamento da depressão na importante melhora que

havia obtido. Duas responderam “nada” e quatro “mais ou menos” à pergunta sobre dependência de medicação ou de tratamentos.

Desta forma, apesar de antes do início do tratamento apresentarem expectativas positivas em relação ao mesmo, após o sucesso terapêutico não houve um reconhecimento do tratamento médico como tendo sido o agente da melhora apresentada. Uma primeira hipótese é de uma tendência de não considerar o tratamento da depressão como um tratamento médico.

Entrevistada 3: *“Só o antidepressivo, no momento, que eu estou fazendo o tratamento”*; o entrevistador volta a perguntar o quanto precisava de algum tratamento médico para levar a vida: *“Nada, né?”*.

Entrevistada 5: *“Não, não preciso de nenhum tratamento médico”, “Não, nada! A não ser aqui, né? Fora daqui nada.”, “Essas doenças degenerativas, né, tu fica na dependência de médico. Se não tiver tomando remédio, não tá bem... Então, eu não preciso de médico assim”...*

Entrevistada 6: *“Ah, doutor... Nem bastante, nem extremamente, mas eu sei que eu preciso.” “É mais que “mais ou menos” e é menos que “bastante”.*

Chama a atenção que as entrevistadas não atribuam a melhora dos sintomas ao tratamento medicamentoso. Isto poderia explicar as altas taxas de abandono de tratamento da depressão observadas depois de atingida a melhora clínica, que em 4 semanas atingem entre 29% a 42%, aumentando aos 6 meses de tratamento para 63% a 76% (Hunot, 2007).

#### **Item 16, Domínio Físico, Sono e repouso. Quão satisfeito (a) você está com o seu sono?**

Trata-se de uma faceta que relaciona sono e repouso com qualidade de vida. Há uma complexa relação entre sono e depressão, mas alterações de sono estão entre os critérios diagnósticos do Transtorno Depressivo Maior de acordo com o DSM-5 (DSM-5, 2013), o que pode ser verificado nas primeiras entrevistas.

Entrevistada 1: *“Porque num período eu não estava conseguindo dormir, e agora, neste último período, estou dormindo demais”.*

Entrevistada 2: *“Eu não consigo dormir direto, acordo sempre durante a noite. E acordo muito cansada. Eu não tenho um sono que me descansa.”*

Entrevistada 3: *“Eu não durmo mais como antigamente, aquele sono pesado, assim, não! Nunca mais! E eu acordo com facilidade. Qualquer barulhinho. E aí, depois, pegar no sono é um sacrifício.”*

Outro ponto a ressaltar é que a opção “nem ruim nem boa” de uma das entrevistadas ainda na primeira entrevista, na vigência de sintomas depressivos, teve uma conotação de indiferença, como ocorrera no item 1 do instrumento:

Entrevistada 5: *“Tem dias que eu durmo demais. Outros dias, eu durmo de menos. Então, eu acho “nem mais, nem menos” [nem ruim nem boa].”*

Quando o entrevistador assinalou a ponderação da entrevistada de que como não estava trabalhando as suas graves dificuldades de sono não pareciam ser um problema naquele momento, explicou a indiferença da sua escolha com interpretação idiossincrática, fez uma “média” entre dias de insônia e hipersônia:

Entrevistada 5: *“Não, porque se eu tivesse que levantar no outro dia, com horário certo, seria bem mais difícil, né?”*

Na segunda entrevista três entrevistadas apresentaram importante melhora em relação à satisfação com o sono, duas apresentaram melhora parcial e apenas uma manteve a sua resposta inalterada.

Entrevistada 1: *Antigamente, quando eu deitava, eu pensava mil coisas antes de dormir. E os pensamentos, eles continuavam, e “davam no outro”. E agora não, eu deito e durmo!*

Entrevistada 4: *“Ah, é que antes eu não conseguia dormir. É que eu fiquei um bom tempo dormindo só quatro horas. Às vezes não me dava sono, daí ficava rolando, rolando na cama e não dormia. Tinha dias que eu dormia demais... Aí eu dormia e não conseguia acordar.” “Mas agora tá normal! Pelo menos tá bom pra mim, durmo umas sete horas.”*

### **Item 18, Domínio Físico; Capacidade de trabalho. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?**

Trata-se de outro item muito relacionado a sintomas depressivos. Sabe-se que a depressão produz maior prejuízo no desempenho laboral do que outras doenças como a artrite reumatoide, asma, lombalgias, cefaleias, hipertensão, artrites e alergias (Adler, 2006). Uma entrevistada informou estar “muito insatisfeita”, três “insatisfeitas” e uma “nem satisfeita nem insatisfeita”; houve um *missing*.

Entrevistada 1: *“Eu estou insatisfeita, mas eu consigo desempenhar o que eu devo fazer. Mas com grande esforço.”*

Entrevistada 2: *“eu sei que sou capaz de mais. E... E não estou conseguindo.”*

Entrevistada 3: *“Eu já fui mais capaz, agora parece que estou desanimando cada vez mais.”*

Duas entrevistadas estavam desempregadas quando da primeira entrevista. Uma delas avaliou não estar “nem satisfeita nem insatisfeita” por não estar utilizando a sua capacidade para o trabalho naquele momento.

Entrevistada 4: *“Ah, eu quando trabalho, eu trabalho bastante, assim, né? E todo mundo sempre me elogia, né? Mas eu acho que isso diminuiu tipo, que eu estou mais cansada, né? Eu não era tanto, não tinha tanto há um tempo atrás... eu tinha mais disposição! Então eu acho que tá mais ou menos...”*

Todas as entrevistadas avaliadas melhoraram na segunda entrevista (houve um *missing*). Houve importante melhora em duas entrevistadas e melhora discreta nas outras três.

Entrevistada 5: *“Ah, eu penso na minha função né, no que eu faço. E na minha criatividade. Sei lá... E eu não tenho preguiça de estudar, de buscar, de me informar mais. Então, com relação ao trabalho eu estou muito satisfeita.”*

Uma entrevistada apresentou melhora discreta em função de uma situação momentânea: um pós-operatório cirúrgico que ocasionava restrições físicas que a faziam questionar a sua capacidade para o trabalho.

#### **Item 6, Domínio Psicológico; Espiritualidade/religião/crenças pessoais. Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?**

Foi um item que não impôs dificuldades para a resposta, com um comportamento bastante homogêneo relacionado ao episódio depressivo. Cinco das seis entrevistadas responderam “nada” e “mais ou menos” na primeira entrevista, manifestando importante comprometimento ocasionado pelo episódio depressivo.

Entrevistada 1: *Por que eu não vejo... (chora). Não vejo sentido. Parece que tudo o que eu tinha para fazer, eu já fiz.*

Entrevistada 2: *“É porque eu tenho meu filho de dez anos, né? E, para mim, o sentido é ele.” “É, do meu filho mais novo! (chora muito) Que ele ainda precisa muito de mim.”*

Entrevistada 3: *Pelas filhas! Elas me dão muita força pra seguir em frente, pra continuar a vida né? Se não fossem elas, nem sei se eu estaria aqui hoje.*

Entrevistada 5: *“Porque os filhos já tão criados, né?”, “Não sei explicar. Nada. Não tem nada!”, “É só um buraco! Só um buraco...”*

Entrevistada 6: *“Agora, o sentido da minha vida é somente os meus filhos.” “Porque foi o que sobrou, né? De bom.”*

Apenas uma entrevistada, praticante do Espiritismo kardecista, avaliou que a sua vida fazia bastante sentido já na primeira entrevista. O “coping” religioso do



espiritismo kardecista parece ter neutralizado, naquele momento, o impacto do episódio depressivo.

Entrevistada 4: *“Se a gente esta aqui, não está para ficar brincando. Eu acho que a gente está aqui para, sei lá, viver e ajudar as pessoas, assim.”*

Na segunda entrevista, esta mesma entrevistada melhorou a sua avaliação, respondendo “extremamente”, enunciando novamente uma explicação espiritualista.

Entrevistada 4: *“É que eu sou espírita, né? Então eu acredito que a gente reencarna, essas coisas assim. Então eu acho que a gente vem assim, a gente não tá aqui por nada. Tem um motivo!”*

Todas as entrevistadas melhoraram a avaliação na segunda entrevista:

Entrevistada 2: *“Ah, porque é uma benção a gente estar... vivo e ter a oportunidade de viver e de fazer as coisas que a gente tem capacidade de fazer, né? É isso!”, “Eu tenho certeza que até o fato de eu ter vindo trabalhar... Vir aqui trabalhar esse lado meu neurológico, foi assim, para mim, foi Deus que me encaminhou para cá. Porque eu estava, assim... No fundo do poço, né?”*

Entrevistada 3: *“A vida é importante, né? Eu acho que a vida é importante. Apesar dos transtornos que a gente passa, e a depressão, que tira todo o prazer da gente do dia a dia, a vida é importante.”*

Entrevistada 5: *“Ah, então eu sou muito necessária pra algumas pessoas. Então é extremamente. Fazer sentido é quando eu faço falta pra alguém. Isso.”*

Entrevistada 6: *“...eu penso que eu tenho meus filhos saudáveis, ninguém se droga, ninguém fuma. Estão todos felizes, todos estudando, trabalhando... É o parâmetro que eu me guio para a satisfação da minha vida.”*

Quatro delas relacionaram o sentido da vida à prole. Filhos e religião aparecem como fator protetor na primeira entrevista e como motivo de satisfação na segunda.

**Item 7, Domínio Psicológico; pensar, aprender, memória e concentração. O quanto você consegue se concentrar? Nada, muito pouco, mais ou menos, bastante ou extremamente?**

Na primeira entrevista uma paciente respondeu “nada”, três “muito pouco”, e duas “mais ou menos”. Houve importante melhora na avaliação da capacidade de concentração das entrevistadas após seis meses de tratamento.

Entrevistada 1: *“Porque ultimamente, às vezes eu pego um livro para ler e desisto do livro. Olho a TV, mas também não estou olhando a TV. E daí escuto rádio, mas também não estou escutando o rádio.”*

Entrevistada 2: *Eu fico inquieta! Eu sento. Na minha profissão... Eu costuro. E eu tenho aquela ânsia de sentar, eu tenho obrigação de estar sentada ali, fazendo, e tenho ao mesmo tempo vontade de sair.*

Entrevistada 4: *Aí, em fazer alguma atividade, tarefa ou estar prestando atenção em alguma coisa, eu não consigo ficar muito tempo. Logo que meio eu fico... Sei lá, pensando em outra coisa, ou alguma coisa que passa me chama a atenção.*

Entrevistada 5: *E se assistir um filme, assim, se chegar ao fim, às vezes eu não sei nem o que é que passou, não dá nem pra... Eles comentam, né, e eu não consigo acompanhar o raciocínio.*

Entrevistada 6: *Ah, se eu leio um livro, eu tenho que ler duas ou três vezes a mesma página. E eu não consigo ficar sentada assim. Já tá sendo difícil aqui ficar, assim, ouvindo...*

Na segunda entrevista ocorreu melhora da avaliação em cinco entrevistadas:

Entrevistada 1: *Eu estou num período “zen”, né? Porque eu estou de férias, então, assim, tudo o que eu estou fazendo é só aquilo que eu estou com vontade de fazer (ri bastante). Então a minha... Estou fixando o meu pensamento naquilo que eu estou fazendo.*

Entrevistada 4: *“Ah, eu melhorei bastante de concentração... Olha, eu acho que bastante, não extremamente, mas nas últimas vezes que eu precisei me concentrar eu consegui!”, “Eu não conseguia me concentrar pra fazer as coisas porque eu estava me formando, fazendo o meu trabalho de conclusão de curso. Aí esses últimos meses assim, eu conseguia me concentrar mais, fazer as atividades e concluir.”*

Apenas uma entrevistada manteve a sua avaliação da primeira entrevista seis meses mais tarde, respondendo “muito pouco” nas duas entrevistas. Em função da melhora dos seus sintomas, havia mudado de emprego, de forma que na segunda entrevista estava enfrentando um novo desafio que a angustiava. Respondeu da mesma maneira nos dois momentos, mas com situações externas bastante distintas, uma vez que a melhora do quadro depressivo permitiu que começasse uma nova atividade de trabalho. Foi possível perceber que a capacidade de concentração, neste caso, esteve relacionada à demanda. A melhora do episódio depressivo fez com que esta mulher procurasse atividades mais complexas, que exigiram maior concentração, de forma que avaliamos a entrevistada frente a situações de vida bastante diversas neste intervalo de seis meses.

### **Comentários Finais**

Os itens Espiritualidade, religião e crenças pessoais (6), Pensar, aprender, memória e concentração (7) e Capacidade de trabalho (18) do WHOQOL-BREF

apresentaram mudança significativa nos seus escores entre a primeira e a segunda entrevista, conforme esperado, pois são itens naturalmente muito relacionados à depressão.

Pode-se dizer que o item de qualidade de vida global do WHOQOL-BREF (1) apresentou um problema específico no seu funcionamento neste grupo de pacientes deprimidas. Se efetivamente a estimativa inicial foi superavaliada em virtude da resposta “nem ruim nem boa” ter sido considerada pior do que as alternativas “ruim” e “muito ruim”, houve uma subestimação da melhora obtida com o tratamento do episódio depressivo por ocasião da segunda entrevista. Ainda assim, a mudança nos escores deste item foi estatisticamente significativa, o que denota ser um item tão fortemente relacionado à depressão que resistiu a um presumível erro sistemático de interpretação na vigência de episódio depressivo.

Também ocorreu um problema no funcionamento do item que investiga Dor e desconforto (3), mas apenas durante o episódio depressivo, em virtude da falta de discernimento de dor física e sofrimento emocional verificada nestas pacientes deprimidas. Após o esbatimento dos sintomas, as entrevistadas não apresentaram dificuldade para distinguir o sofrimento físico do emocional.

Finalmente, ocorreu uma redução estatisticamente significativa imprevista no escore do item Dependência de medicação ou de tratamentos (4). A rigor, não haveria razão para ter apresentado mudança com o esbatimento dos sintomas depressivos ocorrido nestas pacientes, uma vez que a efetividade do tratamento não diminui a necessidade do mesmo. Apesar da eficácia documentada, uma alta proporção de pacientes com transtornos mentais abandonam o tratamento e, infelizmente, a percepção de escassa necessidade de tratamento é uma barreira importante para a procura e manutenção de tratamento de transtornos mentais em todo o mundo (Andrade, 2014).

A aplicação do método qualitativo de entrevistas cognitivas foi uma tentativa de revelar, além dos escores das escalas, o que o indivíduo leva em conta para responder aos itens do instrumento. Verificamos que, além do impacto ocasionado pela depressão na qualidade de vida, ocorrem distorções na forma do deprimido fazer avaliações subjetivas. A compreensão dos vieses ocasionados por uma condição mental pode ajudar no aprimoramento dos itens do instrumento e na escolha de instrumentos mais adequados, na medida em que aprofunda a compreensão do motivo pelo qual alguns instrumentos funcionam melhor em determinadas patologias. Consideramos que estudos qualitativos como o presente podem prestar importante auxílio na interpretação de resultados quantitativos.

## Referências

1. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med.* 1995;41(10):1403-9.
2. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
3. Adler DA, McLaughlin TJ, Rogers WH, Chang H, Lapitsky L, Lerner D. Job performance deficits due to depression. *Am J Psychiatry.* 2006;163(9):1569-76.
4. Andrade LH, Alonso J, Mneimneh Z, Wells JE, Al-Hamzawi A, Borges G, et al. Barriers to mental health treatment: results from the WHO World Mental Health surveys. *Psychol Med.* 2014;44(6):1303-17.
5. Beck A, Rush J, Shaw B, Emery G. *Cognitive Therapy of Depression.* New York: Guilford Press; 1979.
6. Berlim MT, Mattevi BS, Duarte AP, Thome FS, Barros EJ, Fleck MP. Quality of life and depressive symptoms in patients with major depression and end-stage renal disease: a matched-pair study. *J Psychosom Res.* 2006;61(5):731-4.
7. Berlim MT, Fleck, M.P. Quality of Life and Major Depression. In: Springer, editor. *Quality of Life Impairment in Schizophrenia, Mood and Anxiety Disorders.* Dordrecht: SpringerLink; 2007. p. 241-52.
8. 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.
9. Bradburn N, S. Sudman and B. Wansink. *Asking Questions Asking Questions: The Definitive Guide to Questionnaire Design – from Market Research, Political Polls, and Social and Health Questionnaires.* San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2004.
10. Cunha JA. *Manual da versão em português das escalas Beck.* São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.
11. Fleck MP, Louzada S, Xavier M, et al. Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref. *Rev Saúde Pública.* 2000;34(2):178-83.
12. Hunot VM, Horne R, Leese MN, Churchill RC. A cohort study of adherence to antidepressants in primary care: the influence of antidepressant concerns and treatment preferences. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry.* 2007;9(2):91-9.
13. Trivedi MH. The link between depression and physical symptoms. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry.* 2004;6(Suppl 1):12-6.
14. Wells KB, Stewart A, Hays RD, Burnam MA, Rogers W, Daniels M, et al. The functioning and well-being of depressed patients. Results from the Medical Outcomes Study. *Jama.* 1989;262(7):914-9.
15. Willis GB. *Cognitive Interviewing: A Tool for Improving Questionnaire Design.* London: Sage; 2005.

## 8. CONCLUSÃO

O método qualitativo de entrevistas cognitivas permitiu identificar padrões de resposta ao instrumento de avaliação de qualidade de vida que parecem ser impactados não apenas pela intensidade da depressão (presença de depressão *versus* ausência de depressão), mas entre os indivíduos em cada um dos dois tempos, confirmando que não apenas a depressão influencia a resposta a um instrumento de qualidade de vida, mas também eventos incidentais do dia-a-dia, não relacionados ao quadro depressivo. As observações sobre o funcionamento do WHOQOL-bref foram agrupadas em cinco itens:

### **a) Itens que funcionaram conforme o esperado**

Diversos itens do WHOQOL-bref apresentaram mudança significativa nos seus escores entre a primeira e a segunda entrevista conforme esperado, uma vez que são itens naturalmente muito relacionados à depressão.

O item que avalia Espiritualidade (6) não impôs dificuldade para a sua resposta. Sabe-se que a importância da religião ou da espiritualidade pode ter um efeito protetor contra a recorrência da depressão, particularmente em adultos com antecedentes de depressão parental (MILLER *et al.*, 2012). No referido estudo, os participantes que atribuíam grande importância à religião/espiritualidade tiveram cerca de um quarto do risco de apresentar episódio depressivo ao longo de um período prospectivo de 10 anos em comparação com os outros participantes do estudo. No presente estudo, o item que avaliou Espiritualidade apresentou um comportamento bastante homogêneo relacionado ao episódio depressivo na primeira entrevista e importante melhora após o esbatimento dos sintomas. Quatro entrevistadas relacionaram o sentido da vida à prole, de forma que filhos e religião apareceram como fator protetor na primeira entrevista e como motivo de satisfação na segunda.

Há uma complexa relação entre sono e depressão, mas não há dúvida de que a depressão ocasiona distúrbios de sono. Tanto instrumentos de medida de qualidade de vida como de medida de depressão avaliam o sono, que também é critério diagnóstico do Transtorno Depressivo Maior de acordo com o DSM-V (2013).

A faceta que relaciona sono e repouso (16) com qualidade de vida, conforme esperado, apresentou importante relação com o quadro depressivo. Os itens que avaliaram memória e concentração (7) e capacidade de trabalho (18), teoricamente muito relacionados à depressão, igualmente apresentaram importante melhora na segunda entrevista.

### **b) Itens com respostas imprevistas**

Outros itens se comportaram de forma imprevista. Diferente do esperado, ao avaliar o item percepção de qualidade de vida (1) na segunda entrevista apenas uma entrevistada empregou a situação vivenciada durante episódio depressivo como comparativo da situação vivida naquele momento, sendo que as demais apenas fizeram uma avaliação reconhecendo aspectos que não conseguiam perceber na vigência dos sintomas depressivos, como bens materiais, aquisições, conquistas e capacidade para o trabalho. Houve uma tendência de não levar em consideração o episódio depressivo ocorrido poucos meses antes no momento de avaliar a percepção da qualidade de vida após a melhora do quadro sintomático.

De forma análoga, ocorreu uma redução estatisticamente significativa imprevista no escore do item Dependência de medicação ou de tratamentos (4). A rigor, não haveria razão para ter ocorrido mudança nestes escores com o esbatimento dos sintomas depressivos, uma vez que a efetividade do tratamento não diminui a necessidade do mesmo. Desta forma, apesar de antes do início do tratamento as entrevistadas exibirem expectativas positivas em relação ao mesmo, após o sucesso terapêutico não houve um reconhecimento do tratamento médico como tendo sido agente da melhora ocorrida. Foi como se o fato de estarem assintomáticas dificultasse que levassem em consideração que isto também se devia ao tratamento médico ao qual se submetiam, como se não atribuíssem a melhora à manutenção deste tratamento. Como as entrevistas focalizaram o item, não foi possível compreender a causa desta aparente negação da doença posterior ao esbatimento dos sintomas, mas é comum que pacientes deprimidos abandonem o tratamento profilático depois de atingida a melhora clínica. Sabe-se que uma alta proporção de pacientes com transtornos mentais abandonam tratamentos com eficácia comprovada e que a percepção escassa da necessidade de tratamento é

uma barreira importante para a procura e manutenção da terapêutica de transtornos mentais em todo o mundo (ANDRADE, 2014).

No item que investiga satisfação com a saúde (2), as entrevistadas que fizeram uma avaliação específica da saúde mental demonstraram percepção mais acurada da situação, evidenciando juízo crítico em relação à doença. As que, na vigência de um grave episódio depressivo, surpreendentemente avaliaram a saúde física poderiam estar fazer uso de um mecanismo de negação da doença, ou ainda este achado ser resultado de uma dissociação mente-cérebro-corpo culturalmente ainda vigente, em que apenas o corpo é passível de adoecer. Ressalta-se que se trata de item muito influenciado por problemas transitórios de saúde ocorridos nas duas últimas semanas e qualquer comorbidade física, mesmo que transitória, pode contaminar a resposta a este item, circunstância na qual a melhora do quadro depressivo não aparecerá.

Também diferente do esperado, o item que avalia atividades da vida cotidiana (17) não apresentou relação com o quadro depressivo. A Escala de Hamilton (1960), que mede depressão, leva em consideração a capacidade de desempenhar atividades no seu item 7 (trabalho e atividades). Este item funcionou conforme o esperado em apenas duas entrevistadas, outras três melhoraram de forma discreta e a última apresentou piora da avaliação em virtude do desafio de um novo emprego.

### **c) Problemas gerais de compreensão**

As entrevistas cognitivas mostraram que houve problemas na compreensão de dois itens do instrumento.

No item Segurança física e proteção (8) ocorreu um entendimento não previsto e algumas entrevistadas responderam avaliando a própria autoconfiança. O segundo problema ocorreu no item que avalia mobilidade (15), uma vez que as duas entrevistadas da amostra que possuíam automóveis não avaliaram a própria capacidade física de locomoção, mas o meio de transporte, componente investigado por outro item do instrumento do domínio meio-ambiente (25).

#### **d) Problemas de compreensão influenciados pela depressão**

Maggino (2009) classifica os erros de medida em randômicos e sistemáticos. Os erros randômicos são produzidos por fatores não controlados que confundem a medida, mas não podem ser estimados, visto que são assistemáticos. Quando alguém responde a um instrumento de avaliação de qualidade de vida se põe em marcha um complexo processo cognitivo no qual eventos incidentais do dia-a-dia podem ter grande efeito não controlado, imprevisível, sobre as respostas.

Verificamos, por outro lado, que o paciente deprimido entende alguns itens dentro de uma ótica ocasionada pelos sintomas da doença, como uma entrevistada que não desejava apoio social por interpretá-lo como algo invasivo, que produzia irritação (item 22). Esta situação ilustra que a depressão altera o funcionamento do instrumento WHOQOL-bref interferindo não apenas na intensidade do item, mas também na compreensão do mesmo. A escala de respostas, nestes casos, poderá estar avaliando aspectos diferentes dos inicialmente previstos.

Os erros sistemáticos, por outro lado, produzem um viés nos dados que de alguma forma é consistente e ocasiona valores que são sistematicamente mais altos ou mais baixos do que o que seria esperado. O exame qualitativo das quatro respostas “nem ruim nem boa” ao item que avalia percepção de qualidade de vida (1) permitiu uma interessante constatação: esta resposta da escala Likert foi considerada pior do que “ruim” ou “muito ruim”, uma vez que denotava indiferença. Se a estimativa inicial deste item foi superavaliada, houve uma subestimação da melhora obtida com o tratamento do episódio depressivo por ocasião da segunda entrevista. Ainda assim a mudança nos escores deste item foi estatisticamente significativa, o que denota ser um item tão fortemente relacionado à depressão que resistiu a um presumível erro sistemático de interpretação na vigência de episódio depressivo.

Como se tratava do primeiro item, especulamos que talvez as entrevistadas ainda não tivessem compreendido a lógica do funcionamento de cinco categorias ordinais da escala Lickert; no entanto, isto ocorreu novamente com uma das entrevistadas que justificou a indiferença à resposta ao item sono e repouso (16) pelo fato de não estar trabalhando. Pode-se dizer que os itens 1 e 16 do instrumento apresentaram erro sistemático na vigência do episódio depressivo.



Da mesma forma, na apreciação do item que avalia dor e desconforto (3) a falta de discernimento entre dor física e sofrimento emocional ocasionou outro erro sistemático igualmente durante o episódio depressivo. Conjectura-se que o quadro depressivo possa impor uma dificuldade para discriminar dor física de sofrimento emocional. Os sintomas de depressão podem ser interpretados como dor física, o que pode ser uma forma de demonstrar sofrimento emocional. Após o esbatimento dos sintomas depressivos, as entrevistadas não apresentaram dificuldade para discernir o sofrimento físico do emocional.

Quatro entrevistadas, apesar de avaliarem estar sem energia (10), responderam “médio” ajuizando que ainda conseguiam realizar as suas tarefas, apesar de que estas lhes exigiam um esforço muito maior. No entanto, energia não avalia o quanto ainda conseguem realizar, ou “o quanto consegue executar as suas tarefas”, mas ter energia suficiente para o dia a dia. Desta forma, esta ponderação teria feito com que respondessem de forma inadequada, ocasionando outro erro sistemático na vigência de sintomas depressivos.

#### **e) Comportamento estável do domínio ambiente na vigência da depressão**

Ao investigar o ambiente físico (09), percebemos que algumas entrevistadas conseguiram discriminar de forma bastante clara as suas vivências internas de situações objetivas do ambiente. Esta observação é contrária ao argumento de que qualidade de vida e depressão são construtos muito próximos e que suas medidas concomitantes são tautológicas (KATSCHNIG, 2006). Este item de ambiente físico, bem como o de segurança física e proteção (08) se comportaram nestas pacientes deprimidas de forma menos previsível e mais heterogênea: algumas responderam de forma mais subjetiva, outras de forma mais objetiva. Outros itens do domínio meio ambiente como Recursos financeiros (12) e Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades (13) parecem ser respondidos de forma mais objetiva estando, conseqüentemente, menos influenciados pelo episódio depressivo. Note-se que se trata de pacientes com depressão não melancólica, nas quais estão ausentes ideias delirantes de ruína.

O construto “qualidade de vida” é determinado pela visão subjetiva do sujeito. Por definição, é uma avaliação pessoal parcialmente influenciada pela realidade

concreta. No entanto, entre as facetas investigadas há algumas que são essencialmente subjetivas, como espiritualidade, e outras que são avaliações subjetivas de realidades objetivas, como o ambiente físico. Em princípio, a depressão impacta mais a avaliação das facetas essencialmente subjetivas, naturalmente mais propensas a vieses determinados por alterações afetivas e cognitivas. Como exemplos em polos opostos, podemos ressaltar as facetas que investigam autoestima (19) e disponibilidade de cuidados de saúde (24). O questionamento que investiga a primeira faceta, “satisfação consigo mesmo”, é aberto, podendo ser respondido levando em consideração uma infinidade de avaliações subjetivas, pois o item não está ancorado em nenhum aspecto objetivo e nele o indivíduo pode projetar aspectos da própria personalidade. Já o questionamento que investiga a faceta de “satisfação com o acesso aos serviços de saúde” também será respondido com subjetividade, mas dará menos margem a esta, porquanto o aspecto objetivo do item faz com que a resposta esteja mais ancorada na realidade. Apesar da heterogeneidade das respostas na primeira entrevista, a satisfação com o acesso aos serviços de saúde foi o item que apresentou a maior estabilidade, mostrando-se pouco impactado pelos sintomas depressivos, permanecendo inalterado na segunda entrevista em cinco das seis entrevistadas.

A aplicação do método qualitativo de entrevistas cognitivas foi uma tentativa de revelar, além dos escores das escalas, o que o indivíduo leva em consideração para responder aos itens do instrumento. O presente estudo contribuiu no entendimento de que a qualidade de vida de um paciente deprimido é efetivamente impactada pela depressão, mas a piora observada também é determinada pela distorção na forma do deprimido fazer avaliações subjetivas. A depressão alterou o funcionamento do instrumento WHOQOL-bref interferindo não apenas na intensidade dos itens, mas também na compreensão de alguns deles. Verificamos que na vigência do episódio depressivo ocorreram, além de erros randômicos, erros sistemáticos que desviaram a medida na mesma direção, podendo produzir um viés regular nos resultados do instrumento WHOQOL-bref.

A compreensão dos vieses ocasionados por uma condição mental pode ajudar no aprimoramento dos itens do instrumento e na escolha de instrumentos mais adequados, na medida em que aprofunda a compreensão do motivo pelo qual

alguns instrumentos funcionam melhor em determinadas patologias. Consideramos que estudos qualitativos como o presente podem prestar importante auxílio na interpretação de resultados quantitativos.

## 9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Soc Sci Med**. 1995;41(10):1403-9.

**Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5**. 5th ed. ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.

Adler DA, McLaughlin TJ, Rogers WH, Chang H, Lapitsky L, Lerner D. Job performance deficits due to depression. **Am J Psychiatry**. 2006;163(9):1569-76.

Andrade LH, Alonso J, Mneimneh Z, Wells JE, Al-Hamzawi A, Borges G, et al. Barriers to mental health treatment: results from the WHO World Mental Health surveys. **Psychol Med**. 2014;44(6):1303-17.

Bardin L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 1995.

Beatty PC, Willis GB. Research Synthesis: The Practice of Cognitive Interviewing. **Public Opinion Quarterly**. 2007;71(2):287-311.

Bech P. Quality of life measurement in the medical setting. **Eur Psychiatry**. 1995;10 Suppl 3:83s-5s.

Beck A, Rush J, Shaw B, Emery G. **Cognitive Therapy of Depression**. New York: Guilford Press; 1979.

Berlim MT, Mattevi BS, Duarte AP, Thome FS, Barros EJ, Fleck MP. Quality of life and depressive symptoms in patients with major depression and end-stage renal disease: a matched-pair study. **J Psychosom Res**. 2006;61(5):731-4.

Berlim MT, Fleck, M.P. **Quality of Life and Major Depression**. In: Springer, editor. *Quality of Life Impairment in Schizophrenia, Mood and Anxiety Disorders*. Dordrecht: SpringerLink; 2007. p. 241-52.

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.

Bradburn N, S. Sudman and B. Wansink. **Asking Questions Asking Questions: The Definitive Guide to Questionnaire Design – from Market Research, Political Polls, and Social and Health Questionnaires**. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2004.

Breetvelt IS, Van Dam FS. Underreporting by cancer patients: the case of response-shift. **Soc Sci Med**. 1991;32(9):981-7.

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

Chang YC, Yao G, Hu SC, Wang JD. Depression Affects the Scores of All Facets of the WHOQOL-BREF and May Mediate the Effects of Physical Disability among Community-Dwelling Older Adults. **PLoS One**. 2015;10(5):e0128356.

Cunha JA. **Manual da versão em português das escalas Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.

Rocha NS da, Chachamovich E, de Almeida Fleck MP, Tennant A. An introduction to Rasch analysis for Psychiatric practice and research. **J Psychiatr Res**. 2013;47(2):141-8.

DiMatteo MR, Lepper HS, Croghan TW. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. **Arch Intern Med**. 2000;160(14):2101-7.

Fayers P. **What are We Measuring? Qualitative and Quantitative Approaches**. "What are We Measuring? Qualitative and Quantitative Approaches"; 24/10/2008; Montevideo, Uruguay2008.

Fleck MP, Leal O, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, et al. Development of the Portuguese version of the OMS evaluation instrument of quality of life. **Rev Bras Psiquiatr**. 1999;21(1):19-28.

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

Fonseca RMC, Carlotto MS. Saúde Mental e Afastamento do Trabalho em Servidores do Judiciário do Estado do Rio Grande do Sul. **Psicol pesq**. 2011;5(2):117-25.

Furnham A. Response bias, social desirability and dissimulation. **Personality and Individual Differences**. 1986;7(3):385-400.

Green J, Britten N. Qualitative research and evidence based medicine. **Bmj**. 1998;316(7139):1230-2.

Gueorguieva R. **Statistical Methods in Psychiatry and Related Fields : Longitudinal, Clustered, and Other Repeated Measures Data**: Chapman and Hall/CRC; 2018.

Hamilton M. A rating scale for depression. **J Neurol Neurosurg Psychiatry**. 1960;23:56-62.

Han C, Pae CU. Pain and Depression: A Neurobiological Perspective of Their Relationship. **Psychiatry Investig**. 2015;12(1):1-8.

Hasin DS, Sarvet AL, Meyers JL, Saha TD, Ruan WJ, Stohl M, et al. Epidemiology of Adult DSM-5 Major Depressive Disorder and Its Specifiers in the United States. **JAMA Psychiatry**. 2018;75(4):336-46.

Hunot VM, Horne R, Leese MN, Churchill RC. A cohort study of adherence to antidepressants in primary care: the influence of antidepressant concerns and treatment preferences. **Prim Care Companion J Clin Psychiatry**. 2007;9(2):91-9.

Katschnig H. Quality of life in mental disorders: challenges for research and clinical practice. **World Psychiatry**. 2006;5(3):139-45.

Lima AFBdS, Fleck MPdA. Qualidade de vida e depressão: uma revisão da literatura. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**. 2009;31(3).

Maggino F. Methodological aspects and technical approaches in measuring subjective well-being: Firenze University Press, **Archivio E-Prints**; 2009.

Mallinson S. Listening to respondents: a qualitative assessment of the Short-Form 36 Health Status Questionnaire. **Soc Sci Med**. 2002;54(1):11-21.

Malterud K. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. **Lancet**. 2001;358(9280):483-8.

McCull E. Cognitive Interviewing. A Tool for Improving Questionnaire Design by G. B. Willis. **Qual Life Res**. 2006;15(3):571-3.

Miller L, Wickramaratne P, Gameroff MJ, Sage M, Tenke CE, Weissman MM. Religiosity and major depression in adults at high risk: a ten-year prospective study. **Am J Psychiatry**. 2012;169(1):89-94.

Minayo M. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva; 1992.

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.

Simon GE, VonKorff M, Piccinelli M, Fullerton C, Ormel J. An international study of the relation between somatic symptoms and depression. **N Engl J Med**. 1999;341(18):1329-35.

Stewart WF, Ricci JA, Chee E, Morganstein D. Lost productive work time costs from health conditions in the United States: results from the American Productivity **Audit**. **J Occup Environ Med**. 2003;45(12):1234-46.

Hak T, Veer Kvd, Jansen H. The Three-Step Test-Interview (TSTI): An observation-based method for pretesting self-completion questionnaires. **Survey Research Methods**. 2008;2(3):143-50.

Trivedi MH. The link between depression and physical symptoms. **Prim Care Companion J Clin Psychiatry**. 2004;6(Suppl 1):12-6.

Services UDoHaH. **Guidance for industry**. Patient-reported outcome measures: use in medical product development to support labeling claims 2009. Available from:

<http://www.fda.gov/downloads/Drugs/GuidanceComplianceRegulatoryInformation/Guidances/UCM193282.pdf> .

Wells KB, Stewart A, Hays RD, Burnam MA, Rogers W, Daniels M, et al. The functioning and well-being of depressed patients. Results from the Medical Outcomes Study. **Jama**. 1989;262(7):914-9.

Westerman MJ, Hak T, Sprangers MA, Groen HJ, van der Wal G, The AM. Listen to their answers! Response behaviour in the measurement of physical and role functioning. **Qual Life Res**. 2008;17(4):549-58.

Willis GB. **Cognitive Interviewing: A Tool for Improving Questionnaire Design**. London: Sage; 2005.

Willis GB. **Cognitive interviewing: A “how to” guide**1999. Available from: <http://www.chime.ucla.edu/publications/docs/cognitive%20interviewing%20guide.pdf> .

Willis GB. **Cognitive interviewing and questionnaire design: A training manual: US Department of Health and Human Services**, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics; 1994.

## 10. ANEXOS

### 10.1 APROVAÇÃO DO PROJETO PELA COMISSÃO CIENTÍFICA E COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE



HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE  
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

COMISSÃO CIENTÍFICA E COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

A Comissão Científica e o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (CEP/HCPA), que é reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB00000921) analisaram o projeto:

Projeto: 100578      Versão do Projeto: 23/03/2011      Versão do TCLE: 23/03/2011

**Pesquisadores:**


JACQUES JOSÉ ZIMMERMANN  
MARCELO PIO DE ALMEIDA FLECK

**Título:** Investigação qualitativa do padrão de respostas ao instrumento de avaliação de qualidade de vida WHOQOL-BREF através do método da entrevista cognitiva

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos e metodológicos, bem como o respectivo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as diretrizes e normas nacionais e internacionais de pesquisa clínica, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

- Os membros da Comissão Científica e do Comitê de Ética em Pesquisa não participaram do processo de avaliação dos projetos nos quais constam como pesquisadores.
- Toda e qualquer alteração do projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente ao CEP/HCPA.
- O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento e relatório final ao CEP/HCPA.
- Somente poderá ser utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido no qual conste o carimbo de aprovação do CEP/HCPA.

Porto Alegre, 01 de abril de 2011.

  
Prof. Nadine Clausell  
Coordenadora GPPG e CEP/HCPA



## 10.2 APROVAÇÃO DO PROJETO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SÃO PEDRO



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
SECRETARIA DA SAÚDE E DO MEIO AMBIENTE  
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SÃO PEDRO  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

### RESOLUÇÃO

A Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Psiquiátrico São Pedro da Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente do Estado do Rio Grande do Sul, no uso de suas atribuições, informa que o projeto:

**Número: 11025**


**Título: Investigação qualitativa do padrão de respostas ao instrumento de avaliação de qualidade de vida WHOQOL-BREF através do método de entrevista cognitiva.**

**Autor: Jaques J. Zimmermann.**

Foi avaliado e **aprovado**, em reunião conjunta de seus membros, em 06.09.2011. Este projeto foi analisado, estando adequado ética e metodologicamente, de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde) e às Resoluções Normativas do Comitê de Ética em Pesquisa do HPSP.

Conforme Ofício Circular nº 017/2011/CONEP/CNS/MS de 1º de abril fica assim determinado: "Obrigatoriedade de rubrica em todas as páginas do TCLE pelo sujeito de pesquisa ou seu responsável e pelo pesquisador."

Porto Alegre, 9 de setembro de 2011.

  
**Dra. Maria Helena Itaqui Lopes**  
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do  
Hospital Psiquiátrico São Pedro

## 10.3 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (VERSÃO APROVADA PELO CEP GPPG/HCPA)

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 2

Você está sendo convidada a participar como voluntária da pesquisa: *Investigação qualitativa do padrão de respostas ao instrumento de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-BREF através do método da entrevista cognitiva*. O objetivo desta pesquisa é estudar a forma como as pessoas respondem perguntas sobre a sua qualidade de vida para entender melhor o que levam em consideração no momento de fazer esta avaliação.

Caso você aceite participar, você preencherá um questionário e, a seguir, será feita uma entrevista de aproximadamente uma hora de duração, que será gravada. Na entrevista você deverá responder às perguntas "pensando em voz alta". Passados seis meses, a entrevista será repetida. Uma semana antes da segunda entrevista, você receberá um telefonema para marcar a data do novo encontro.

Você será esclarecida sobre a pesquisa e qualquer dúvida que tiver, poderá voltar a qualquer momento para recusar-se a participar ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer consequência.

Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com sigilo. Você não será identificada em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada no centro de pesquisa e outra será fornecida a você. A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira.

Eu, \_\_\_\_\_, fui informada dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão. Os pesquisadores certificaram-me de que minha identidade será mantida em sigilo. Em caso de dúvidas poderei falar com Jacques Zimmermann no telefone (51) 3342-2289 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre no telefone (51) 3359 8304.

Recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas. Concordo em participar desse estudo.

Telefone para contato: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Porto Alegre, de \_\_\_\_\_ de 201\_\_\_\_\_.

Comitê de Ética em Pesquisa  
GPPG/HCPA  
VERSÃO APROVADA

01/04/2011  
10.0598

## 10.4 INSTRUMENTO WHOQOL-BREF

### Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida

#### The World Health Organization Quality of Life - WHOQOL-bref

#### Instruções

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

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

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

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

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

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

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

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

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

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

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

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

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

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5

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

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

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

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

.....

**Você tem algum comentário sobre o questionário?**

**OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO**