

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM

BRUNA FLAVIA DOS SANTOS

**VALIDAÇÃO DO DIAGNÓSTICO AUTODECLARADO DE DEPRESSÃO EM
PARTICIPANTES DA COORTE DE UNIVERSIDADES MINEIRAS (PROJETO
CUME)**

**Belo Horizonte
2020**

Bruna Flavia dos Santos

VALIDAÇÃO DO DIAGNÓSTICO AUTODECLARADO DE DEPRESSÃO EM PARTICIPANTES DA COORTE DE UNIVERSIDADES MINEIRAS (PROJETO CUME)

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde e Enfermagem.

Linha de pesquisa: Epidemiologia, Políticas e Práticas de Saúde das Populações.

Orientador: Prof. Dr. Adriano Marçal Pimenta.

Belo Horizonte

2020

Santos, Bruna Flavia dos.
SA237v Validação do diagnóstico autodeclarado de depressão em
participantes da Coorte de Universidades Mineiras (PROJETO CUME)
[manuscrito]. / Bruna Flavia dos Santos. - - Belo Horizonte: 2020.

76f.: il.

Orientador (a): Adriano Marçal Pimenta.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem.

Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais,
Escola de Enfermagem.

1. Depressão. 2. Estudo de Validação. 3. Psiquiatria. 4. Saúde
Pública. 5. Enfermagem. 6. Transtorno Depressivo Maior. 7.
Dissertação Acadêmica. I. Pimenta, Adriano Marçal. II. Universidade
Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WM 171.5



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFMG
COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

ATA DE NÚMERO 646 (SEISCENTOS E QUARENTA E SEIS) DA SESSÃO DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA BRUNA FLAVIA DOS SANTOS PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRA EM ENFERMAGEM.

Aos 30 (trinta) dias do mês de novembro de dois mil e vinte, às 09:00 horas, realizou-se a sessão para apresentação e defesa da dissertação "VALIDAÇÃO DO DIAGNÓSTICO AUTODECLARADO DE DEPRESSÃO EM PARTICIPANTES DA COORTE DE UNIVERSIDADES MINEIRAS (PROJETO CUME)", da aluna **Bruna Flavia dos Santos**, candidata ao título de "Mestra em Enfermagem", linha de pesquisa "Epidemiologia, políticas e práticas de saúde das populações". A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes professores doutores: Adriano Marçal Pimenta (orientador), Mery Natali Silva Abreu e Luana Caroline dos Santos, sob a presidência do primeiro. Abrindo a sessão, o Senhor Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

APROVADA;

REPROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pelo Senhor Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Andréia Nogueira Delfino, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 30 de novembro de 2020.

Prof. Dr. Adriano Marçal Pimenta _____

Orientador (Esc.Enf/UFMG)

Profª. Drª. Mery Natali Silva Abreu _____

(Esc.Enf/UFMG)

Profª. Drª. Luana Caroline dos Santos _____

(Esc. Enf/UFMG)

Andréia Nogueira Delfino _____

Secretária do Colegiado de Pós-Graduação

HOMOLOGADO em reunião de CM
Em 04/01/2021

MODIFICAÇÃO DE DISSERTAÇÃO

Modificações exigidas na Dissertação de Mestrado da Senhora BRUNA FLAVIA DOS SANTOS.

As modificações foram as seguintes:

NOMES

ASSINATURAS

Prof. Dr. Adriano Marçal Pimenta

Profa. Drª. Mery Natali Silva Abreu

Profa. Drª. Luana Caroline dos Santos



Documento assinado eletronicamente por **Luana Caroline dos Santos, Professora do Magistério Superior**, em 01/12/2020, às 22:32, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **Adriano Marçal Pimenta, Professor do Magistério Superior**, em 02/12/2020, às 15:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **Mery Natali Silva Abreu, Professora do Magistério Superior**, em 02/12/2020, às 15:27, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **Andreia Nogueira Delfino, Assistente em Administração**, em 02/12/2020, às 15:41, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0449961** e o código CRC **7A46EAC9**.

Referência: Processo nº 23072.215084/2020-98

SEI nº 0449961

HOMOLOGADO em reunião do CPE
Em 04 de 01 de 2021

Agradecimientos

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a **Deus**, meu pai, que sempre iluminou e guiou meus caminhos para o bem e para o meu crescimento.

Aos meus pais **Carla e Jeferson**, sem os quais nada disso teria sido possível. Com todo o seu amor e cuidado.

Aos meus irmãos **Cristiane, Renata e Breno**, irmãos de vida e de alma, que me apoiaram em todo a minha caminhada.

Aos meus queridos e doces sobrinhos, **Pedro e Bernardo**, que me mantinham alegre quando eu desanimava.

Aos meus cunhados, **Gabriela e Thiago**, que fazem parte da minha família e me cuidam como tal.

Ao meu orientador prof. **Adriano Marçal Pimenta**, sem o qual esse sonho não teria sido mais fácil de alcançar. Agradeço também por todo ensinamento, paciência e humanidade. Ser sua orientanda foi um enorme privilégio.

Aos estimados colegas **Renan Salazar, Heloisa Gambarelli e Marcella Ribeiro**, pelo apoio durante a coleta de dados. É muito importante saber que podemos contar com o apoio dos colegas do mesmo grupo de pesquisa.

Aos **colegas de trabalhos** e minha coordenadora no HMOB, **Roziane Sávia**, pelo incentivo e apoio quando eu precisava ser duas ao mesmo tempo.

Agradeço à **Aline Elizabeth da Silva Miranda** por todo o seu auxílio e conhecimento.

Aos queridos prof. **Helian Nunes, Hélio Lauar, Mariana Midori e Júlio César Vieira** por terem sido a luz da investigação desse estudo, colegas médicos que fizeram a diferença nesse percurso.

Agradeço especialmente a todos os integrantes do **projeto CUME** que colaboraram grandemente com esse trabalho.

Ao programa de **Pós-graduação em Saúde e Enfermagem** e todos os **professores**, especialmente à prof. **Kênia Lara**, pelos ensinamentos compartilhados e por serem exemplos. Continuar meus caminhos na Universidade Federal de Minas Gerais foi uma honra.

À **secretaria** e ao **colegiado** da Pós-graduação em Saúde e Enfermagem, por todo auxílio.

Às amigas **Laiana Otto, Laís Assunção, Núbia Rocha e Renata Passinho** por caminhar junto comigo, sempre me apoiando, oferecendo palavras de carinho e incentivo.

A todos os que de alguma forma estiveram presentes nesta caminhada.

“Assim brilhe também a vossa luz diante dos homens, para que vejam as vossas boas obras e glorifiquem a vosso Pai que está nos céus.”

Mateus 5:16.

RESUMO

Introdução: A depressão é um importante problema de saúde pública, sendo considerada a principal causa de incapacidade globalmente. A prevalência desta doença, em 2015, foi estimada em 4,4%, correspondendo a 322 milhões de casos em todo mundo. No Brasil, estima-se que 5,8% da população tenha depressão. Além da incapacidade provocada pela doença, ela está associada à maior ocorrência de suicídio e também é fator de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis. Nesse contexto, a Coorte de Universidades Mineiras (CUME) tem, dentre um dos seus objetivos, avaliar a relação da depressão com hábitos de vida e desfechos crônicos de saúde em egressos de universidades federais do Estado de Minas Gerais. Entretanto, o diagnóstico de depressão tem sido autodeclarado pelos participantes, necessitando ser validado para melhoria da qualidade das evidências científicas produzidas pelo referido projeto. **Objetivo:** Validar o diagnóstico autodeclarado de depressão de participantes do projeto CUME. **Métodos:** Participaram deste estudo transversal, 79 pessoas que responderam ao primeiro questionário de seguimento do projeto, entre março e agosto de 2018 (43 com e 36 sem o autorrelato de depressão). Uma equipe de quatro psiquiatras aplicou o DSM-5, utilizando como referência a entrevista clínica estruturada para os transtornos mentais (SCID-5-CV), em consulta presencial dos participantes entre outubro e novembro de 2019. Foram calculados o percentual de concordância, sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo (VPP) e valor preditivo negativo (VPN) entre os diagnósticos autodeclarado de depressão e aquele confirmado pelo psiquiatra, além da aplicação do teste Kappa. Também, avaliou-se os percentuais de falsos positivos e negativos produzidos pelo diagnóstico autodeclarado em relação àquele diagnosticado pelo psiquiatra. **Resultados:** A maioria dos participantes era do sexo feminino (82,3%), adulto jovem (60,8% entre 20 e 39 anos), sem união estável (54,4%), com pós-graduação (75,9%) e trabalhadores em atividade (72,2%), não fumantes (69,6%), inativos/insuficientemente ativos (69,6%). Ainda, altas proporções dos participantes referiram consumo pesado episódico de bebidas alcoólicas (36,7%) e ingestão inadequada de carboidratos (50,6%) e de lipídios (78,5%). Não houve diferenças estatísticas para as variáveis de acordo com o autorrelato ou não de depressão. A concordância entre os diagnósticos de depressão foi de 81,0%, com sensibilidade de 80,6%, especificidade de 81,4%, VPP de 78,4%, VPN de 83,3% e valor Kappa de 0,62. Adicionalmente, foram observados 18,6% e 19,4%, respectivamente, de falsos positivos e de falsos negativos. **Conclusão:** O diagnóstico autodeclarado de depressão pelos participantes do projeto CUME apresenta boa acurácia, sendo válido para utilização em estudos sobre esse desfecho em saúde nesta população.

Palavras-chave: Depressão. Estudos de Validação. Psiquiatria. Saúde Pública. Enfermagem. Transtorno depressivo maior.

ABSTRACT

Introduction: Depression is an important public health problem, being globally considered to be the main cause of incapability. The prevalence of this disease, in 2015, was estimated in 4.4%, corresponding to 322 million cases all around the world. In Brazil, it is estimated that 5.8% of the population suffer from depression. Besides the incapability caused by the disease, it is associated with a greater occurrence of suicide and it is also a risk factor for the development of non-communicable diseases. In this context, the Cohort of Universities of Minas Gerais (CUME) has, as one of its objectives, to evaluate the relationship between depression, lifestyle and chronic health outcomes in federal university graduates in the state of Minas Gerais. However, the depression diagnoses have been self-declared by the participants, making it necessary to be validated in order to increase the quality of the scientific evidences produced by that project. **Objective:** To validate the self-declared diagnoses of depression given by participants in the CUME project. **Methods:** In this cross-sectional study, were included 79 participants who answered to the project's follow-up questionnaire, between March and August of 2018 (43 with and 36 without self-report depression). A team of four psychiatrists applied the DSM-5, using the structured clinical interview for mental disorders (SCID-5-CV) as a reference, during appointments in person with the participants between October and November of 2019. The percentage of agreement, sensitivity, specificity, positive predictive value (PPV) and negative predictive value (NPV) have been calculated between the self-reported depression diagnoses and those confirmed by the psychiatrists, besides the Kappa test application. The percentage of false positives and false negatives produced by the self-reported diagnoses in relation to those given by the psychiatrists has also been calculated. **Results:** The majority of the participants were female (82.3%), young adult (60.8% between 20 and 39 years of age), with no common-law marriage (54%), with postgraduate studies (75.9%) and currently employed (72.2%), non-smokers (69.6%), sedentary/insufficiently physically active (69.6%). In addition, high proportions of participants reported binge drinking (36.7%) and inadequate ingestion of carbohydrates (50.6%) and lipids (78.5%). There were no statistical differences for variables according to self-report of depression or non-depression. The agreement between the diagnose of depression was 81.0% with sensitivity of 80.6%, specificity of 81.4%, PPV of 78,4%, NPV of 83,3% and Kappa value of 0.62. Additionally, 18.6% and 19.4% of false positive and false negative were observed, respectively. **Conclusion:** The depression diagnoses self-declared by the participants of the CUME project presents good accuracy, being valid for utilization in studies about this health outcome in this population.

Keywords: Depression. Validation Studies. Psychiatry. Public Health. Nursing. Major depressive disorder.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Distribuição proporcional dos casos de depressão pelas regiões do mundo	22
Quadro 1	Estratégias de busca de revisão de literatura	27
Quadro 2	Estudos de validação do diagnóstico autodeclarado de depressão publicados entre 2001 a 2019.....	29
Figura 2	Fluxograma da seleção da amostra de participantes do estudo de validação do diagnóstico médico autodeclarado de depressão. Projeto CUME, 2019	37
Quadro 3	Caracterização das variáveis sociodemográficas	39
Quadro 4	Caracterização das variáveis de hábitos de vida	39
Quadro 5	Caracterização das variáveis de consumo alimentar	40
Gráfico 1	Sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo (VPP) e valor preditivo negativo (VPN) do diagnóstico autodeclarado de depressão em relação àquele confirmado pelo psiquiatra. Projeto CUME, 2019.....	48

LISTA DE TABELAS

1	Caracterização dos participantes selecionados para o estudo de validação que autodeclararam ou não diagnóstico médico de depressão. Projeto CUME, 2019	44
2	Caracterização dos participantes elegíveis que autodeclararam ausência de diagnóstico médico de depressão selecionados ou não para o estudo de validação. Projeto CUME, 2019	45
3	Caracterização dos participantes selecionados que autodeclararam ou não diagnóstico médico de depressão e que se voluntariaram ou não para o estudo de validação. Projeto CUME, 2019	46
4	Caracterização dos participantes que se voluntariaram para o estudo de validação que autodeclararam ou não diagnóstico médico de depressão. Projeto CUME, 2019	47
5	Comparação entre os diagnósticos autodeclarado de depressão e aquele confirmado pelo psiquiatra. Projeto CUME, 2019	48
6	Caracterização dos participantes segundo a concordância entre os diagnósticos autodeclarado de depressão e aquele confirmado pelo psiquiatra. Projeto CUME, 2019	49

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CUME	Coorte de Universidades Mineiras
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
IC	Intervalo de Confiança
IMC	Índice de Massa Corporal
OMS	Organização Mundial da Saúde
Q_0	Questionário online autopreenchido da linha de base
Q_2	Questionário online autopreenchido de seguimento
QFA	Questionário de Frequência Alimentar
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFOP	Universidade Federal de Ouro Preto
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
UFLA	Universidade Federal de Lavras
UFV	Universidade Federal de Viçosa
VPP	Valor Preditivo Positivo
VPN	Valor Preditivo Negativo
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	16
2. OBJETIVOS.....	19
2.1 Objetivos geral.....	19
2.2 Objetivos específicos.....	19
3. REVISÃO DE LITERATURA.....	21
3.1 Epidemiologia da depressão.....	21
3.2 Doenças crônicas não transmissíveis e depressão.....	23
3.3 Hábitos de vida e depressão.....	24
3.4 Validação do diagnóstico autodeclarado de depressão.....	26
4. MÉTODOS.....	35
4.1 Delineamento do estudo.....	35
4.2 Projeto CUME.....	35
4.3 População e local do estudo.....	36
4.4 Coleta de dados.....	37
4.5 Banco de dados e variáveis do estudo.....	38
4.5.1 Caracterização de depressão.....	41
4.6 Análise dos dados.....	41
4.7 Aspectos éticos.....	42
5. RESULTADOS.....	44
6. DISCUSSÃO.....	51
7. CONCLUSÕES.....	56
REFERÊNCIAS.....	58
ANEXOS.....	65
APÊNDICE.....	75

Introdução

1. INTRODUÇÃO

A depressão é um importante e ascendente problema de saúde global (MARKKULA *et al.*, 2015). É considerada a principal causa de incapacidade na população mundial e, estimou-se que existiam, em 2015, aproximadamente 322 milhões de casos no mundo.

No Brasil, a depressão atinge cerca de 5,8% dos adultos (WHO, 2017). Além disso, foram encontradas prevalências de autorrelato do diagnóstico da doença variando entre 4,1% (IBGE, 2010) e 7,6% (MALTA *et al.*, 2015).

Esta doença tem impacto significativo nas condições de vida da população, podendo contribuir para comportamentos negativos de saúde como a inatividade física, o consumo de risco de álcool, o tabagismo e os hábitos alimentares não saudáveis (RUIZ-ESTIGARRIBIA *et al.*, 2019). Por consequência, a depressão é considerada fator de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como as doenças cardiovasculares, com destaque para o infarto, o acidente vascular periférico e a doença arterial periférica (BARROS *et al.*, 2017).

Além da relação negativa existente entre a depressão e os hábitos de vida nocivos à saúde e DCNT, ela também pode influenciar negativamente o nível educacional, a relação conjugal, o emprego, os laços familiares e aumentar o risco de mortalidade (MARKKULA, 2016). No tocante à mortalidade, nos casos mais graves da doença, existe um risco aumentado de suicídio, que pode ser de até 20 vezes superior ao da população sem depressão (NOCK *et al.*, 2009).

Portanto, estudos que aprofundem o entendimento da relação da depressão com hábitos de vida e desfechos crônicos de saúde são relevantes no contexto atual, visando auxiliar na elaboração de políticas e programas de saúde para a prevenção, controle e tratamento tanto da depressão quanto das DCNT. Este é um dos objetivos do projeto Coorte de Universidades Mineiras (CUME), que vem sendo realizado desde 2016 com egressos de instituições federais de ensino superior do Estado de Minas Gerais (GOMES-DOMINGOS *et al.*, 2018).

Na descrição da linha de base do projeto CUME, a prevalência de depressão entre os participantes foi de 12,8%, representando mais que o dobro daquela estimada para a população brasileira (5,8%). Esta alta frequência da doença pode estar relacionada ao estilo de vida contemporâneo dos participantes do projeto CUME, caracterizado por exaustiva rotina de trabalho, inatividade física, consumo

excessivo de álcool e alimentação pouco saudável, apesar de seu maior acesso à informação e aos serviços de saúde (GOMES-DOMINGOS *et al.*, 2018).

Cabe ressaltar que no projeto CUME, o diagnóstico de depressão foi autodeclarado pelos participantes e não houve outra forma de confirmação do mesmo. Ainda que os dados autodeclarados por participantes de alto nível socioeconômico e com formação privilegiada sejam considerados mais fidedignos (OMOTE *et al.*, 2005), a validação destes dados, particularmente dos diagnósticos de doenças, é primordial para garantir a acurácia e dar maior confiabilidade aos achados científicos dos estudos (SANCHEZ-VILLEGAS *et al.*, 2008).

Objetivos

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Validar o diagnóstico autodeclarado de depressão de participantes do projeto CUME.

2.2. Objetivos específicos

- Descrever as características dos participantes em relação às suas variáveis demográficas, socioeconômicas, de estilo de vida e de condições de saúde, segundo o autorrelato de depressão;
- Estimar a concordância entre os diagnósticos de depressão autodeclarado pelos participantes e clinicamente definido por psiquiatra.

Revisão de literatura

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1. Epidemiologia da depressão

O diagnóstico clínico da depressão pode ser realizado por médico psiquiatra ou não, ou por outro profissional de saúde mental, desde que este tenha conhecimento necessário para identificar e classificar a doença (APA, 2014).

Os transtornos depressivos podem ser classificados em: transtorno disruptivo da desregulação do humor, transtorno depressivo maior, transtorno persistente (distímia), transtorno disfórico pré-menstrual, transtorno depressivo induzido por substância ou medicamento, transtorno depressivo devido à outra condição médica, entre outros (APA, 2014).

No transtorno depressivo maior ou episódio depressivo maior, a caracterização clínica da doença é a existência de humor deprimido e/ou perda de interesse ou prazer, além de cinco dos seguintes sintomas pelo período de duas semanas ou mais: perda ou ganho de peso, insônia ou hipersonia, agitação ou retardo psicomotor, fadiga ou perda de energia, sentimentos de culpa excessiva ou inutilidade, capacidade para pensar diminuída ou para se concentrar e pensamentos recorrentes de morte ou ideação suicida recorrente (APA, 2014).

No presente estudo, a definição acima descrita para a depressão maior será utilizada para a caracterização do quadro de depressão por este se tratar do transtorno mais prevalente entre os demais e, também, pelo fato de ser esta a variável de interesse do projeto CUME.

A depressão tem um importante impacto na morbimortalidade da população mundial, uma vez que possui uma alta prevalência e pode gerar uma alta carga de incapacidades. Além disso, a depressão também pode se tornar crônica em alguns casos, o que favorece ainda mais as comorbidades associadas a ela (BARROS *et al.*, 2017).

A depressão afeta diferentes países e populações, com uma ampla distribuição globalmente. O risco para a doença aumenta com a pobreza, o desemprego, os eventos traumáticos na vida, como mortes e separações, as doenças físicas e o uso de álcool e drogas (WHO, 2017).

Do ano de 2005 até o ano de 2015, houve um aumento de 18,4% dos casos de depressão no mundo. Em 2015, a prevalência da doença era de 4,4%, sendo mais comum em mulheres (5,1%) do que em homens (3,6%), representando 322

milhões de casos e a principal causa de incapacidade na população mundial (WHO, 2017).

Os portadores de depressão podem ter recidivas ao longo de toda a vida e possuem como fatores de risco situações relacionadas às condições de vida, seu contexto social e de saúde mental (SILVA *et al.*, 2017).

A depressão também é o principal contribuinte para o suicídio, cujo número chega a 800.000 mortes por ano no mundo (WHO, 2017).

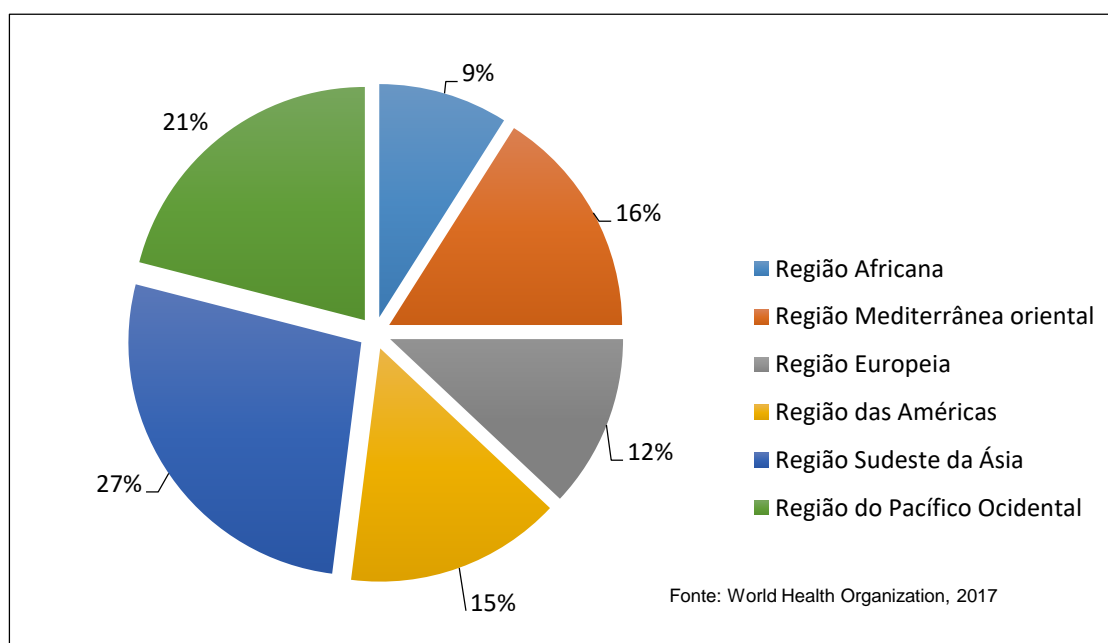


Figura 1. Distribuição proporcional dos casos de depressão pelas regiões do mundo.

Fonte: WHO, 2017.

Na **Figura 1**, é apresentada a distribuição proporcional dos casos de depressão de acordo com cada região do mundo. A maior proporção foi encontrada na região sudeste da Ásia, seguida da região do Pacífico Ocidental. As Américas ocupam o quarto lugar no *ranking* e, por fim, a África ocupa a última posição (WHO, 2017).

No Brasil, a depressão atinge 5,8% dos adultos de acordo com a OMS (WHO, 2017). Já nos registros do Ministério da Saúde (MS), a prevalência de depressão ao longo da vida, que é a ocorrência de depressão em pelo menos um momento durante a vida, é de 15,5% (BRASIL, *site 2020*).

No ano de 2008, por meio da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (PNAD), foi identificada uma prevalência de 4,1% de diagnóstico de depressão autodeclarado. No entanto, não houve nenhum aprofundamento nesses achados (IBGE, 2010).

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013, mostrou, pela primeira vez, dados representativos da depressão em território nacional por meio do autorrelato. Os seus resultados chamaram a atenção: 7,6% da população brasileira foi diagnosticada por médico ou profissional da saúde mental com a doença, sendo as mulheres quase três vezes mais atingidas pela doença. Ademais, cerca de 11,8% dos participantes referiram incapacidade devido à condição (MALTA *et al.*, 2015).

3.2 Doenças crônicas não transmissíveis e depressão

As DCNT são um grave problema de saúde mundialmente conhecido, com uma alta carga de mortalidade e de impactos negativos nas populações. Globalmente, esse grupo de enfermidades são responsáveis por 75% das mortes (WHO, 2018). No Brasil, as DCNT também são um problema de saúde de grande magnitude e correspondem a 73% das causas de mortes, com destaque para doenças do aparelho circulatório (31,3%), cânceres (16,3%), diabetes (5,2%) e doença respiratória crônica (5,8%). Além das doenças já citadas, outras condições crônicas contribuem com o aumento da carga de doenças, como o caso das desordens mentais (MALTA *et al.*, 2015).

A depressão pode ser considerada como uma doença crônica não transmissível, como as doenças cardiovasculares, as doenças cerebrovasculares e as neoplasias, compartilhando os mesmos fatores de risco, por exemplo, a obesidade, a hipertensão arterial, o tabagismo e o uso excessivo de álcool (MALTA *et al.*, 2015). Ainda, a depressão é considerada também um importante fator de risco para o desenvolvimento de outras doenças crônicas, especialmente as cardiovasculares, com destaque para o infarto, o acidente vascular periférico e a doença arterial periférica (BARROS *et al.*, 2017).

Estudo indicou em 34-63% o aumento do risco de acidente vascular cerebral em pacientes com depressão. Apesar disso, estudos que associam diretamente a depressão e as doenças crônicas são ainda incipientes, o que implica em lacunas no conhecimento do mecanismo biológico destas relações (DASKALOPOULOU *et al.*, 2016). No entanto, sugere-se que essa associação é

multifatorial, pois está relacionada ao sistema endócrino e nervoso, aumento da atividade plaquetária, inflamação, entre outros (DHAR *et al.*, 2016).

Destarte, a depressão gera impactos na capacidade produtiva e de hábitos de vida da população (MARKKULA, 2016), podendo contribuir com danos econômicos e sociais (GIGANTESCO *et al.*, 2015).

3.3 Hábitos de vida e depressão

A depressão possui uma relação bidirecional com os hábitos de vida. Isto se refere ao fato de hábitos de vida negativos poderem levar à depressão, assim como a doença poder ocasionar hábitos de vida que estimulem o aparecimento de DCNT (BARROS *et al.*, 2017), o que pode resultar num círculo vicioso entre depressão e outras comorbidades (KATON *et al.*, 2007).

Estudos têm demonstrado um determinado tipo de comportamento relacionado aos portadores de depressão, como o uso excessivo do tabaco e do álcool, inatividade física e hábitos alimentares inadequados (GIGANTESCO *et al.*, 2015; BARROS *et al.*, 2017). Além disso, comportamentos da era moderna como a permanência por longos períodos em frente à TV ou ao computador estão associados ao maior risco de depressão, assim como o uso prolongado do telefone celular (BARROS *et al.*, 2017).

Já como fatores protetores para a depressão, se destacam a manutenção do trabalho durante a doença, a convivência com animais domésticos, as relações afetivas de suporte e os períodos de descanso após a principal refeição do dia, geralmente durante a tarde (RUIZ-ESTIGARRIBIA *et al.*, 2019), bem como a prática de atividades físicas, a manutenção de uma dieta saudável e livre de alimentos ultraprocessados (SANCHÉZ-VILLEGAS *et al.*, 2015).

Depressão e padrão alimentar

Um padrão alimentar baseado em uma dieta saudável pode ser determinante no estado de saúde das pessoas e, dessa forma, refletir na qualidade de vida e de saúde mental das populações (LEE *et al.*, 2019).

Atualmente, apesar de sabermos que a qualidade da dieta pode influenciar no desenvolvimento de quadros depressivos (MOLENDIJK *et al.*, 2017) e os estudos que avaliam os tipos de dietas e sua relação com a depressão terem sido cada vez mais divulgados, a relação entre dieta e depressão ainda não está muito clara (LEE

et al., 2019). Entretanto, alguns estudos relacionam a alimentação com um padrão inflamatório que pode influenciar no desenvolvimento de depressão (ADJIBADE *et al.*, 2018; MOLENDIJK *et al.*, 2017).

No entanto, ainda existem lacunas na literatura que abordem quais são as melhores indicações nutricionais na prevenção da depressão. Reconhece-se que dietas que contenham frutos do mar, vegetais (MOLENDIJK *et al.*, 2017) e frutas (LOTFALIANY *et al.*, 2019) são as melhores indicações (SÁNCHEZ-VILLEGAS *et al.*, 2015; GRASES *et al.*, 2019). Além disso, alguns estudos indicam que pessoas sem depressão consomem menos alimentos doces e fritos (GRASES *et al.*, 2019).

Em estudo realizado na Austrália em 2019 que avaliou o autorrelato de depressão antes e após intervenção dietética por 3 semanas em 38 jovens adultos por meio de dois grupos (dieta e controle), foi encontrado que os participantes que consumiram dietas ricas em alimentos considerados saudáveis apresentaram menor relato de sintomas depressivos (FRANCIS *et al.*, 2019).

Depressão e sedentarismo

A prática de atividade física é um hábito já bastante conhecido como uma das melhores formas de prevenção de doenças crônicas, especialmente as cardiovasculares, pois reduzem o risco de hipertensão arterial, diabetes, câncer de cólon e de mama, além da depressão (BRASIL, 2011). Especialmente em relação à depressão, o sedentarismo foi considerado como um dos comportamentos mais associados à doença na população brasileira segundo dados da PNS de 2013 (BARROS *et al.*, 2017).

Além disso, sabe-se que as pessoas com doença depressiva grave têm 50% de probabilidade de não cumprirem os níveis de atividade física recomendados em comparação com as pessoas sem depressão grave, ou seja, a prática de 150 minutos ou mais de atividade física moderada por semana. (SCHUCH *et al.*, 2018).

Nesse contexto de inatividade física, o risco de morte em pacientes sedentários é aumentado e a expectativa de vida pode ser reduzida em até 10 anos em pessoas consideradas sedentárias. Para os portadores de depressão, existem certas barreiras que causam dificuldades na prática de atividade física de acordo com o que é recomendado. Tais dificuldades são os próprios sintomas da depressão, o maior índice de massa corporal, outras comorbidades e a baixa autoeficácia pessoal (SCHUCH *et al.*, 2018).

Depressão, tabagismo e consumo de bebidas alcóolicas

A relação entre depressão e tabagismo está bem estabelecida na literatura. Na PNS 2013, foi encontrada uma prevalência de 65% de tabagismo entre pacientes com diagnóstico de depressão maior. Dessa forma, o tabagismo pode ser considerado como um bom fator preditivo de depressão e a depressão pode incorrer no início do hábito de fumar (BARROS *et al.*, 2017).

Estudo de 2015, realizado na Itália com 39.463 pessoas identificou uma prevalência de 6,2% de depressão nos participantes. De forma geral, foram encontradas prevalências de 26,2% de fumantes, 11,5% de consumo excessivo de álcool e de 10,3% de obesidade. No grupo de pacientes com depressão, os valores de razão de prevalência ajustadas foram de 1,34 para o tabagismo, 1,43 para o consumo excessivo de álcool e de 1,27 para a obesidade (GIGANTESCO *et al.*, 2015).

O consumo excessivo de álcool também está diretamente relacionado à depressão. No entanto, parece haver relação apenas quando este consumo é considerado excessivo. Consumidores de níveis moderados e baixos de álcool têm o risco habitual de desenvolver depressão (BARROS *et al.*, 2017).

3.4 Validação do diagnóstico autodeclarado de depressão

Estudos epidemiológicos são realizados, por muitas vezes, com dados autodeclarados pelos grupos de pessoas que serão estudados. Isso se deve a problemas de factibilidade e limitações de recursos humanos e econômicos para a execução de pesquisas. Nesse sentido, isso pode acarretar em dados autodeclarados que nem sempre condizem com a realidade, como em estudos epidemiológicos que avaliam peso e altura (BES-RASTROLLO *et al.*, 2005).

Dessa forma, estudos de validação com subamostras de grupos maiores podem auxiliar na verificação dos dados que são declarados pelos próprios participantes, a fim de garantir maior confiabilidade e acurácia às pesquisas (BARRIO-LOPEZ *et al.*, 2011).

Para a avaliação do diagnóstico de depressão, existem na literatura diversas escalas que podem ser aplicadas por profissionais da saúde e não apenas por médicos especialistas. Isso se reflete no fato de grande parte das publicações que avaliam a prevalência de depressão serem realizadas por meio da aplicação de

escalas, que podem ser autopreenchidas pelos pacientes de acordo com fluxogramas. No entanto, existem fatores como os pontos de corte de cada tipo de escala que impedem uma uniformização dos diagnósticos. Dessa forma, os dados autodeclarados pelos pacientes e que, posteriormente, sejam validados são mais fidedignos quando comparados aos de escalas (SANCHEZ-VILLEGAS *et al.*, 2008).

A partir do exposto e para verificar quais são as evidências científicas acerca da temática abordada neste estudo, foi realizada a revisão de literatura com o objetivo de encontrar pesquisas que abordassem o tema da validação do diagnóstico autodeclarado de depressão.

Como método de busca, foram pesquisados os descritores definidos pelo DECS/MESH: depressão, autorrelato, autoavaliação diagnóstica, diagnóstico clínico e psiquiatria. As bases de dados pesquisadas foram: BVS, MEDLINE via PUBMED, COCHRANE, CINAHL, SCOPUS, WEB OF SCIENCE, EMBASE e PsycINFO. Os filtros utilizados na pesquisa foram: trabalhos publicados nos últimos dez anos, nos idiomas português, inglês e espanhol, artigos originais e faixa etária acima de 18 anos. Além disso, também foi realizada uma busca reversa nas publicações encontradas nas bases de dados, por meio da análise das referências, a fim de encontrar mais estudos relacionados ao tema. Portanto, foram incluídos estudos com mais de dez anos de publicação, uma vez que estes contribuem com a pesquisa proposta.

A estratégia de busca e os resultados encontrados são apresentados no **QUADRO 1**.

Quadro 1. Estratégias de busca de revisão de literatura.

BASE	ESTRATÉGIA	RESULTADOS/ SELECIONADOS
BVS	(depressão OR depression OR depresión OR "Síntomas Depressivos") AND (autorrelato OR "Self Report" OR autoinforme OR "Autoavaliação Diagnóstica" OR "Diagnostic Self OR Evaluation" OR "Autoevaluación Diagnóstica" OR "Autoavaliação (Diagnose)" OR "Autoavaliação OR (Diagnóstico)" OR autodiagnose OR autodiagnóstico OR "Diagnóstico mediante Autoavaliação") AND ("Diagnóstico Clínico" OR "Clinical Diagnosis" OR "Diagnóstico Clínico" OR psiquiatria OR psychiatry OR psiquiatria OR psiquiatra OR "Validação de Diagnóstico" OR "Diagnostic Validation") AND (db:("LILACS" OR "IBECs"))	1/0

continua

MEDLINE VIA PUBMED	(Depression) AND ("Self Report" OR "Diagnostic Self Evaluation") AND ("Clinical Diagnosis" OR Psychiatry OR "Diagnostic Validation")	275/13
COCHRANE	(Depression) AND ("Self Report" OR "Diagnostic Self Evaluation") AND ("Clinical Diagnosis" OR Psychiatry OR "Diagnostic Validation")	141/0
CINAHL	(Depression) AND ("Self Report" OR "Diagnostic Self Evaluation") AND ("Clinical Diagnosis" OR Psychiatry OR "Diagnostic Validation")	59/0
SCOPUS	(Depression) AND ("Self Report" OR "Diagnostic Self Evaluation") AND ("Clinical Diagnosis")	149/9
WEB OF SCIENCE	(Depression) AND ("Self Report" OR "Diagnostic Self Evaluation") AND ("Clinical Diagnosis" OR Psychiatry OR "Diagnostic Validation")	105/1
EMBASE	depression and 'self report' or 'self-evaluation' and 'clinical diagnosis'	77/0
PsycINFO	(Depression) AND ("Self Report" OR "Diagnostic Self Evaluation") AND ("Clinical Diagnosis" OR "Diagnostic Validation")	77/5

Foram encontrados 884 artigos nas bases de dados apresentadas no **Quadro 1**. Inicialmente, foi realizada a leitura atenta de todos os títulos dos estudos encontrados e, para aqueles artigos que apresentassem coesão com o tema da pesquisa, foi realizada a leitura de seu resumo e, posteriormente, do seu conteúdo na íntegra.

Após esta etapa de leitura dos textos, os artigos que abordassem o tema de validação do diagnóstico de depressão foram selecionados para a revisão. Os artigos que não abordaram o tema da validação, que incluíam outros transtornos psiquiátricos, além da depressão, ou foram realizados com grupos de pessoas com menos de 18 anos foram excluídos da amostra final.

Dessa forma, foram identificados, ao final de todo o processo de busca, 6 artigos que atendiam aos critérios propostos, o que corrobora a baixa produção de estudos que avaliam o diagnóstico médico autodeclarado de depressão. Os estudos que abordaram o assunto após revisão da literatura sobre o tema são apresentados abaixo (**QUADRO 2**).

Quadro 2. Estudos de validação do diagnóstico autodeclarado de depressão publicados entre 2001 a 2019.

Título/ Ano/ Autor/ Periódico	Objetivo	População (amostra)	Instrumentos: Autodiagnóstico/ padrão-ouro	Resultados/ conclusão
1. Expert and self-assessment of life-time symptoms and diagnosis of major depressive disorder in large-scale genetic studies in the general population: comparison of a clinical interview and self-administered checklist. 2017. Martin et al./ Psychiatric genetics	Investigar se fenótipos clínicos válidos e confiáveis podem ser obtidos de forma eficiente usando instrumentos auto-administrados.	464 pessoas.	Autodiagnóstico: lista de verificação auto-administrada. Padrão-ouro: entrevista clínica realizada por médicos.	A correspondência da lista de verificação autoaplicável com a entrevista clínica foi boa para a maioria dos sintomas depressivos (Coeficiente de Correlação Intraclassa: CCI = 0,60–0,80) e moderada para o diagnóstico de transtorno depressivo maior (CCI = 0,45).
2. Validation of the Spanish Center for Epidemiological Studies Depression and Zung Self-Rating Depression Scales: A Comparative Validation Study. 2012. Ruiz-Grosso et al./ Plos One	Validar e comparar as propriedades psicométricas das versões em espanhol da Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D) e da Escala de Autoavaliação de Depressão de Zung (ZSDS).	194 pacientes: 70 com depressão, 63 sem depressão mas com diagnóstico psiquiátrico e 61 sem transtorno psiquiátrico.	Autodiagnóstico: versões em espanhol da Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D) e Escala de Autoavaliação de Depressão de Zung (ZSDS). Padrão-ouro: entrevistas estruturadas e diagnóstico clínico.	As versões em espanhol do CES-D e ZSDS são instrumentos válidos para detectar a depressão em ambientes clínicos e podem ser útil para a pesquisa epidemiológica e configurações clínicas primárias em ambientes semelhantes aos dos hospitais públicos em Lima, Peru.
3. Validity of a self-reported diagnosis of depression among participants in a cohort study using the Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I). 2008. Sanchez-Villegas et al./ BMC Psychiatry	Validar o diagnóstico médico autodeclarado de depressão.	96 pessoas.	Autodiagnóstico: diagnóstico autodeclarado de depressão. Padrão-ouro: entrevista estruturada baseada no DSM-IV.	Houve 46 verdadeiros positivos dos 62 casos autorelatados de depressão. Havia 34 verdadeiros negativos dos 42 indivíduos que não relataram um diagnóstico de depressão (% de indivíduos sem depressão confirmados = 81%; IC de 95% = 69,1–92,9). O percentual de depressão confirmada foi de 74,2% e a

continua

Validação do diagnóstico autodeclarado de depressão em participantes da Coorte de Universidades Mineiras
(projeto CUME)

				validade do diagnóstico autorrelatado de depressão na coorte SUN é adequada.
4. The Diagnostic Inventory for Depression: A Self-Report Scale to Diagnose DSM-IV Major Depressive Disorder. 2004. Zimmerman, Sheeran, Young/ Journal of Clinical Psychology	Descrever o desenvolvimento e validação do inventário de diagnóstico para depressão.	626 pacientes.	Autodiagnóstico: inventário de diagnóstico para depressão (DID). Padrão-ouro: entrevistas baseadas no DSM-IV.	O DID foi significativamente associado a um diagnóstico de transtorno depressivo maior. O nível de concordância de diagnóstico entre o DID e a entrevista clínica foi semelhante em todos os algoritmos de diagnóstico. Valor de Kappa entre DID e entrevistas ficou entre 0,61 e 0,67.
5. Comparative validity of three screening questionnaires for DSM-IV depressive disorders and physicians' diagnoses. 2002. Lowe et al./ Journal of Affective Disorders	Comparar a validade da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS), o Índice de Bem-Estar da OMS (cinco) (WBI-5), o Questionário de Saúde do Paciente (PHQ) e o reconhecimento dos médicos de transtornos depressivos e recomendar pontos de corte específicos para a tomada de decisão clínica.	501 pacientes.	Autodiagnóstico: escalas como a HADS, WBI-5 e PHQ. Padrão-ouro: entrevista Clínica Estruturada para DSM-IV (SCID).	Todos os três questionários tiveram um bom desempenho no rastreio da depressão, mas existiam diferenças significativas na validade de cada critério. Foi detectado depressão maior em 66 participantes (13,2%) e qualquer transtorno depressivo em 126 (25,1%). Reconhecimento da depressão pelos médicos: sensibilidade de 40% e especificidade de 87%.
6. Validation of a telephone-administered geriatric depression scale in a spanic elderly population. 2001. Carrete et al./ Journal of General Internal Medicine	Desenvolver e validar uma versão Espanhola da Escala de Depressão Geriátrica (EDG) por meio de contato telefônico.	252 idosos.	Autodiagnóstico: Escala de Depressão Geriátrica (EDG), aplicada por telefone e presencialmente. Padrão-ouro: consulta médica presencial baseada no DSM-IV.	A EDG apresentou uma alta consistência interna e alta correlação com a administração pessoal validada pela escala. Prevalência de depressão por telefone: 14,9% e via presencial: 12,8%. Sensibilidade via telefone: 84%,

continua

				especificidade via telefone: 79%. Sensibilidade via presencial: 88% e especificidade via presencial: 82%.
--	--	--	--	--

Nesta revisão, os artigos encontrados foram todos publicados no idioma inglês, no período compreendido entre os anos de 2001 a 2017, em países da Europa e América Latina e, também nos Estados Unidos da América, tendo como público-alvo adultos e idosos. Não foi encontrado nenhum estudo com a população brasileira. Foram utilizados instrumentos de pesquisa como escalas de autorrelato e entrevistas clínicas.

Cada escala possui seus pontos de corte e distintas maneiras de definir a depressão. Nos estudos aqui destacados, foram utilizadas as escalas: Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D), Escala de Autoavaliação de Depressão de Zung (ZSDS), Inventário de Diagnóstico para Depressão (DID), Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS), Índice de Bem-Estar da OMS – cinco (WBI-5), Questionário de Saúde do Paciente (PHQ) e Escala de Depressão Geriátrica (EDG).

A Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D) é uma escala composta de 20 itens, sendo cada um deles pontuado de “0” a “3” de acordo com a quantidade de dias nos dias anteriores em que a pessoa sentiu de acordo com a premissa do item. Dessa forma, a pontuação total varia de 0 a 60. A CES-D foi elaborada com o objetivo de ser um instrumento para a detecção de transtornos depressivos na população em geral. A mesma foi validada em vários idiomas, incluindo o espanhol e em diversas populações como adolescentes e idosos (RUIZ-GROSSO *et al.*, 2012).

A Escala de Autoavaliação de Depressão de Zung (ZSDS), que também é uma escala de 20 itens elaborada para ajudar os médicos a identificar sintomas depressivos. Cada item na escala tem uma pontuação de 1 a 4, com o total variando entre 20 e 80 (RUIZ-GROSSO *et al.*, 2012).

O Inventário de Diagnóstico para Depressão (DID) contém 38 itens, sendo que dezenove perguntas avaliam a gravidade dos sintomas e três perguntas avaliam a frequência dos sintomas. Os itens são avaliados em uma escala Likert de 0 (muito

satisfeito) a 4 (muito insatisfeito). As três perguntas de frequência de sintomas avaliam a frequência dos sintomas necessários para diagnosticar o transtorno depressivo maior. Os sintomas individuais avaliados pelo DID são: humor deprimido, perda de interesse nas atividades usuais, perda de prazer nas atividades usuais, baixa energia, agitação psicomotora, retardo psicomotor, culpa, inutilidade, pensamentos de morte, ideação suicida, concentração prejudicada, indecisão, diminuição de apetite, perda de peso, aumento do apetite, ganho de peso, insônia, hipersonia e desesperança (ZIMMERMAN *et al.*, 2004).

A Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) foi elaborada para identificar e quantificar a depressão e a ansiedade em pacientes fisicamente doentes. O questionário inclui uma subescala de depressão e uma subescala de ansiedade, cada uma consistindo de sete itens. O equilíbrio ideal entre a sensibilidade e a especificidade foram alcançadas com mais frequência em uma pontuação de corte de 8 (LOWE *et al.*, 2002).

O Índice de Bem-Estar da OMS – cinco (WBI-5) foi projetado para medir bem-estar psicológico, incluindo depressão. Isto é a forma abreviada, contendo cinco itens de versões anteriores deste instrumento. Esta escala é recomendada pela OMS como a primeira etapa de um estágio de duas no processo de triagem para depressão e deve ser seguido por uma entrevista com o médico. No entanto, sua validade para o diagnóstico de transtornos depressivos não foi avaliada e, portanto, os pontos de corte ideais ainda não foram estabelecidos (LOWE *et al.*, 2002).

O Questionário de Saúde do Paciente (PHQ) foi projetado para ser utilizado em cuidados primários e diagnostica quatro distúrbios de limiar e quatro distúrbios de sublimiar usando os critérios diagnóstico do DSM-IV. Em contraste com outros questionários de depressão, é importante notar que cada item do módulo de depressão do PHQ avalia a presença de um dos nove critérios do DSM-IV da depressão maior. Além da pontuação total para medir a gravidade da depressão, o PHQ oferece um algoritmo baseado em critérios modificados de "transtorno depressivo maior", de acordo com DSM-IV (LOWE *et al.*, 2002).

A Escala de Depressão Geriátrica (EDG) é uma escala composta por 30 simples questões, que devem ser respondidas de maneira afirmativa ou negativa. A sua pontuação varia entre 0 e 30, sendo o ponto de corte para depressão definido em 10 a 11 (CARRETE *et al.*, 2001).

Todos os estudos definiram como método de comparação padrão-ouro, a fim de verificar a validade do diagnóstico de depressão, entrevistas clínicas baseadas no DSM-IV por meio de consultas médicas. Isso reforça a importância da avaliação médica, especialmente de especialistas na área da psiquiatria como a forma mais fidedigna de confirmação do diagnóstico da doença.

Os resultados encontrados apresentaram uma boa acurácia entre o autodiagnóstico de depressão e o confirmado por especialista. No entanto, diferentes formas de análises foram encontradas nos estudos. Foram utilizados métodos de avaliação da concordância, como os cálculos de sensibilidade e de especificidade, teste de Kappa e Coeficiente de Correlação Intraclasse (CCI). Cabe aqui ressaltar que não houve um padrão na forma de avaliar a concordância entre o autorrelato e o padrão-ouro, o que impossibilita uma comparação direta dos estudos. Além disso, foram realizados em países e contextos diferentes, com pacientes ambulatoriais ou não, de diferentes idades e nem todos compararam grupos portadores de depressão com grupos sem depressão.

Métodos

4. MÉTODOS

4.1 Delineamento do estudo

Trata-se de estudo epidemiológico transversal e analítico realizado com uma subamostra do projeto CUME.

4.2 Projeto CUME

O projeto CUME é uma coorte populacional aberta iniciada em 2016, cujo desenho, as estratégias de divulgação e o perfil dos primeiros participantes da linha de base foram apresentados detalhadamente em publicação prévia (GOMES-DOMINGOS *et al.*, 2018).

A linha de base foi conduzida com 4.291 egressos da Universidade Federal de Viçosa e da Universidade Federal de Minas Gerais que se formaram entre 1994 e 2014. Deste total, 2.915 (67,9%) eram mulheres e 1.376 (32,1%) eram homens. A coorte incluiu graduados e pós-graduados em todos Estados brasileiros e o Distrito Federal. A maior concentração de participantes estava na região sudeste (88,7%), seguido pela região centro-oeste (4,4%), nordeste (3,9%), norte (1,6%) e sul (1,5%) (GOMES-DOMINGOS *et al.*, 2018).

O questionário online da linha de base (Q_0) foi respondido de maneira completa por 3.138 participantes entre os meses de março e agosto de 2016 na plataforma virtual do projeto CUME e era composto por dois blocos de questões. O primeiro bloco continha perguntas sobre características sociodemográficas, do estilo de vida, antropométricas, bioquímicas, de morbidade individual e familiar, e de histórico de realização de exames preventivos. O segundo bloco era um questionário de frequência de consumo alimentar (QFCA) composto por 144 itens, separados em oito grupos de alimentos (lácteos, carnes e peixes, cereais e leguminosas, gorduras e óleos, frutas, hortaliças e legumes, bebidas, outros alimentos) (<http://www.projetcume.com.br/questionario> - Questionário da linha de base (Q_0).pdf).

O primeiro questionário online de seguimento (Q_2) foi respondido por 2.496 participantes (taxa de retenção de 79,5%) entre março e agosto de 2018 na mesma plataforma virtual do projeto CUME e era composto de perguntas sobre características sociodemográficas, de estilo de vida, antropométricas, bioquímicas,

de hábitos alimentares e de morbidade individual (<http://www.projetcume.com.br/questionario> - Questionário de seguimento (Q_2).pdf). Seu principal objetivo era avaliar modificações no estilo de vida dos participantes e a incidência de DCNT, dentre elas, a depressão.

4.3 População e local do estudo

Para a realização da validação do diagnóstico autodeclarado de depressão, foi selecionada uma amostra de conveniência de todos os 131 participantes que residiam em Belo Horizonte, Minas Gerais, e que responderam afirmativamente à seguinte pergunta do primeiro questionário *online* de seguimento: Desde o último questionário respondido em 2016, você recebeu diagnóstico médico de depressão pela primeira vez?

A escolha pelos participantes que responderam ao questionário de seguimento se deu pelo fato do autorrelato do diagnóstico de depressão ter sido alusivo aos novos casos surgidos entre os anos de 2016 e 2018, enquanto que no questionário da linha de base, tal variável foi referida como diagnóstico da doença ao longo da vida. Além disso, a avaliação médica presencial ocorreu em 2019, portanto, mais próxima, temporalmente, ao surgimento de casos de depressão entre 2016 e 2018.

A escolha de participantes que residiam em Belo Horizonte se deu por três motivos: 1) 45,8% da amostra total de respondentes da primeira onda de seguimento viviam nesta cidade ($n = 1.142$); 2) A maioria dos participantes que autodeclararam diagnóstico médico de depressão na primeira onda de seguimento residiam em Belo Horizonte ($131/246 = 53,3\%$) e; 3) Os consultórios médicos para a realização das consultas com os psiquiatras se localizavam nesta cidade.

Adicionalmente, uma subamostra de 127 dentre os 1.011 participantes da primeira onda de seguimento que também residiam em Belo Horizonte e não autodeclararam o diagnóstico médico de depressão foi sorteada aleatoriamente por amostragem ponderada (FARIAS *et al.*, 2019) segundo idade, sexo, escolaridade, situação profissional, estado marital, tabagismo, *binge drinking*, atividade física, consumo de carboidratos, proteínas e lipídeos.

4.4 Coleta de dados

Convites foram enviados por e-mail a todos os 258 indivíduos elegíveis para o estudo. Caso não respondessem ao convite após cinco tentativas, eles foram considerados como recusa de participação. Assim, do total de pessoas contatadas, 79 se voluntariaram a participar do estudo, sendo 43 com depressão e 36 sem depressão (FIG. 2).

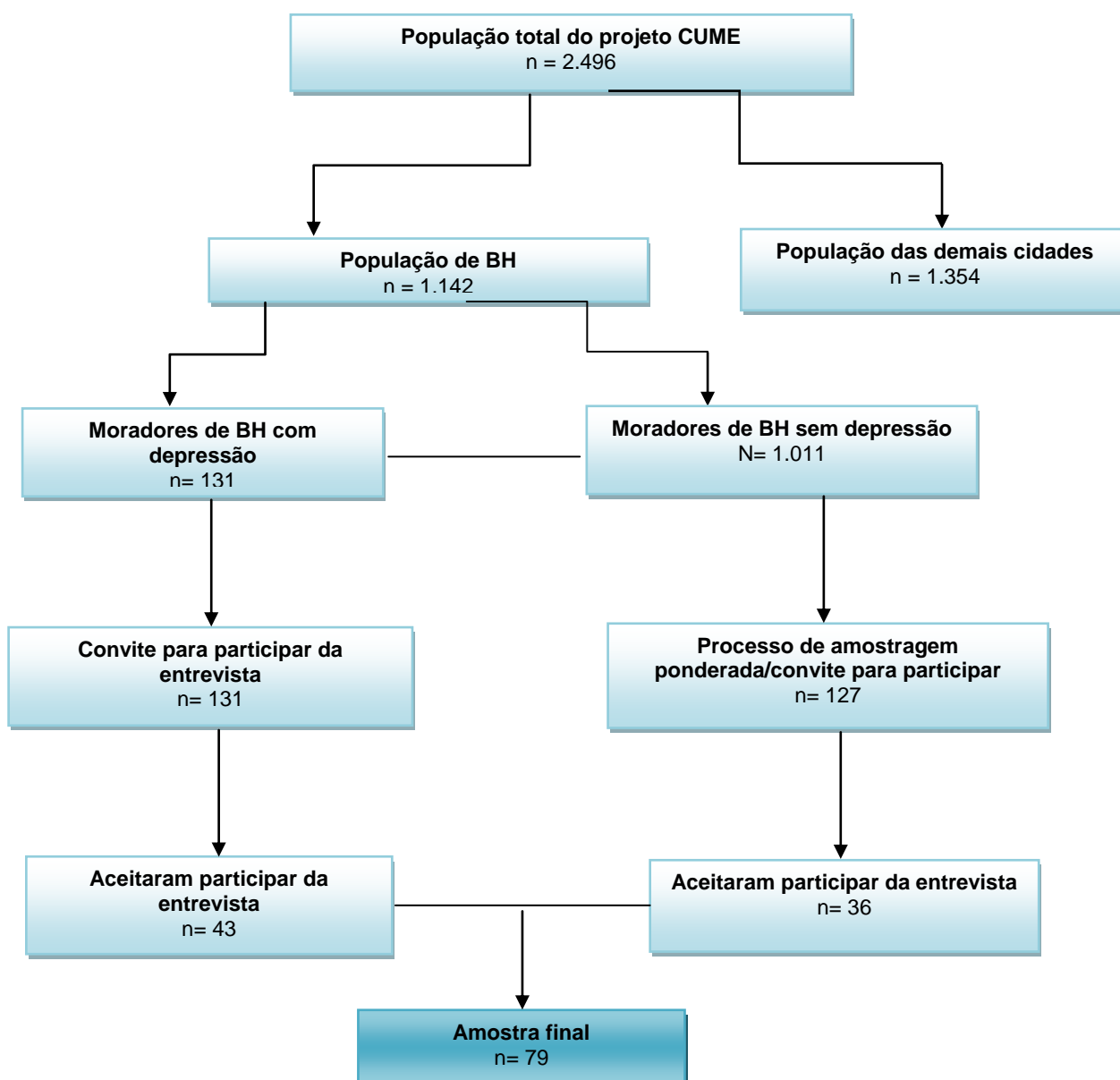


Figura 2. Fluxograma da seleção da amostra de participantes do estudo de validação do diagnóstico médico autodeclarado de depressão. Projeto CUME, 2019.

Após os convites e as respostas de aceite, foram realizados contatos telefônicos com cada participante para agendamento e orientações para o dia da

realização da avaliação presencial, no período de outubro a novembro de 2019 em um ambulatório do hospital universitário de uma das instituições de ensino que integram o projeto CUME e que estava localizado em Belo Horizonte.

A equipe que realizou a avaliação presencial foi composta por quatro médicos psiquiatras, capacitados para a aplicação do Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5.^a edição (DSM-V) (**ANEXO 1**), que foi utilizado como referência para o diagnóstico médico de depressão. Este manual possui todos os diagnósticos médicos relacionados à psiquiatria. Nele é possível identificar os sintomas, prevalência e fatores relacionados de uma determinada doença mental (APA, 2014).

O DSM-V foi escolhido por ser amplamente utilizado por psiquiatras de todo o mundo, de fácil manejo e seguir um fluxograma. Com este instrumento, o profissional é capaz de realizar diagnósticos de doenças a partir das questões que são feitas aos pacientes, ou descartá-los caso as respostas o conduzam para isto. A seção elaborada para o diagnóstico de depressão é composta de 16 questões, sendo possível ao profissional segui-las linearmente, ou saltá-las conforme o direcionamento dado pelo paciente.

No momento da entrevista, os psiquiatras não conheciam as respostas dadas pelos participantes no questionário *online* do projeto CUME em relação ao diagnóstico autodeclarado de depressão. Os participantes sabiam que iriam ter uma avaliação com um psiquiatra, mas não conheciam a intenção da consulta.

As respostas ao DSM-V foram repassadas para o formulário de coleta de dados (**APÊNDICE 1**).

4.5 Banco de dados e variáveis do estudo

A partir do formulário de coleta de dados, um banco de dados foi elaborado com o auxílio do programa estatístico Epi-Info (versão 3.5.4), cuja ferramenta *Data compare* foi utilizada para avaliação de consistência da digitação dupla, gerando um banco de dados final.

Em seguida, foi realizado um *linkage* deste banco de dados final com aquele previamente coletado no projeto CUME em 2018 para extração das características sociodemográficas, de hábitos de vida e de consumo alimentar dos participantes que aceitaram participar do estudo de validação.

Na categoria de variáveis sociodemográficas, incluíram-se: idade, sexo, escolaridade, situação profissional e estado marital. Todas as variáveis são apresentadas no **QUADRO 3**.

Quadro 3. Caracterização das variáveis sociodemográficas.

Variável	Classificação
Idade	20 a 29 anos 30 a 39 anos 40 a 49 anos 50 a 59 anos 60 ou mais anos
Sexo	Masculino Feminino
Escolaridade	Graduação Especialização Mestrado Doutorado/pós-doutorado
Situação profissional	Aposentado/do lar Desempregado Estudante Integral/parcial/informal
Estado marital	Sem união estável Com união estável

Na categoria variáveis de hábitos de vida, estavam: tabagismo, consumo pesado episódico de bebidas alcoólicas e atividade física. Todas as variáveis estão caracterizadas no **QUADRO 4**.

Quadro 4. Caracterização das variáveis de hábitos de vida.

Variável	Classificação
Tabagismo	Não Ex-fumante Fumante atual
<i>Binge drinking</i>	Sim Não
Atividade física	Ativo Insuficiente ativo Inativo

Para a definição do *binge drinking* foi utilizada a seguinte definição: consumo de 4 ou mais doses de álcool (cerveja, vinho e/ou destilados) em uma única ocasião, para mulheres, e 5 ou mais doses para homens, nos últimos 30 dias (NIAAA, 2015).

A atividade física no lazer foi avaliada por meio de uma lista de 24 atividades e expressa em minutos por semana (ativo = indivíduos com ≥ 150 minutos/semana de atividade de intensidade moderada ou ≥ 75 minutos/semana de atividade de intensidade vigorosa; insuficientemente ativo = indivíduos com < 150 minutos/semana de atividade de intensidade moderada ou < 75 minutos/semana de atividade de intensidade vigorosa; inativo = ausência de atividade física no lazer) (WHO, 2010).

Por fim, como variáveis de consumo alimentar, foram explorados: consumo de carboidratos, consumo de proteínas e consumo de lipídios. Sua definição é apresentada no **QUADRO 5**.

Quadro 5. Caracterização das variáveis de consumo alimentar.

Variável	Classificação
Carboidratos	Baixo Adequado Alto
Proteínas	Baixo Adequado Alto
Lipídios	Baixo Adequado Alto

A ingestão de cada alimento relatado no QFCA foi transformada em consumo diário (gramas ou mililitros), multiplicando-se o tamanho das porções pela frequência de consumo. Em seguida, para os cálculos das ingestões calórica e de macronutrientes (carboidratos, proteínas e lipídios) foram utilizadas tabelas brasileiras de composição nutricional dos alimentos (RODRIGUEZ-AMAYA *et al.*, 2008; NEPA-UNICAMP, 2011) e, quando necessária, a tabela do Departamento de Agricultura dos Estados Unidos (USDA). Os valores consumidos de macronutrientes foram ajustados pela ingestão calórica, utilizando-se o método residual (WILLETT, STAMPFER, 1986).

Ainda, foram calculadas as contribuições calóricas dos macronutrientes, somando as calorias consumidas dos alimentos que compunham cada grupo e

dividindo pelo consumo energético total. Assim, os consumos desses macronutrientes foram considerados adequados: carboidratos (45-65% da ingestão calórica diária), proteínas (10-35% da ingestão calórica diária) e lipídios (20-35% da ingestão calórica diária) (IOM, 2005).

4.5.1 Caracterização de depressão

Verdadeiros positivos e verdadeiros negativos

Os participantes foram considerados verdadeiros positivos se autodeclararam diagnóstico médico de depressão no questionário *online* do projeto CUME e se os psiquiatras confirmaram este diagnóstico durante a consulta com a aplicação do DSM-V.

Os participantes foram considerados verdadeiros negativos se autodeclararam a ausência de diagnóstico médico de depressão no questionário, sendo tal condição confirmada pelos psiquiatras durante o exame clínico.

Falsos positivos e falsos negativos

Os participantes foram considerados falsos positivos se autodeclararam diagnóstico médico de depressão no questionário *online* do projeto CUME e os psiquiatras discordavam deste diagnóstico durante a consulta com a aplicação do DSM-V.

Os participantes foram considerados falsos negativos se autodeclararam a ausência de diagnóstico médico de depressão no questionário, sendo tal condição não confirmada pelos psiquiatras durante o exame clínico.

4.6 Análise dos dados

Os participantes foram caracterizados com a distribuição de frequências absolutas e relativas de variáveis sociodemográficas, do estilo de vida e do consumo alimentar. Diferenças estatísticas foram avaliadas com a utilização dos testes de qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher.

No que diz respeito à comparação entre o diagnóstico autodeclarado de depressão e aquele realizado pelo psiquiatra durante a consulta, inicialmente, foi calculado o percentual de concordância = (verdadeiros positivos + verdadeiros negativos) / total da amostra.

Ademais, foram calculadas a sensibilidade, a especificidade, o valor preditivo positivo (VPP) e o valor preditivo negativo (VPN) do diagnóstico autodeclarado de depressão: 1) sensibilidade = verdadeiros positivos/total de participantes diagnosticados com depressão pelos psiquiatras; 2) especificidade = verdadeiros negativos/total de participantes sem diagnóstico de depressão pelos psiquiatras; 3) VPP = verdadeiros positivos/total de participantes positivos pelo autorrelato; 4) VPN = verdadeiros negativos/total de participantes negativos pelo autorrelato.

Por fim, foi aplicado o teste Kappa com a definição dos seguintes valores de concordância: 0,80 a 1 (muito boa), 0,60 a 0,79 (boa), 0,40 a 0,59 (moderada), 0,20-0,39 (regular) e 0 a 0,19 (pobre) (VIEIRA, 2010).

As análises estatísticas foram realizadas com o auxílio do *software* Stata[®] (versão 12) a um nível de significância de 5%.

4.7 Aspectos éticos

Este estudo seguiu as normas do Conselho Nacional de Saúde para pesquisas realizadas em seres humanos, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (Parecer nº 3.421.158) (**ANEXO A**).

Após as avaliações realizadas pelos médicos psiquiatras, estes deram um retorno aos pacientes sobre o possível diagnóstico detectado, oferecendo informações acerca de condutas de tratamento e acompanhamento.

Resultados

5. RESULTADOS

Na **TAB. 1**, observa-se que foi garantida a comparabilidade entre os participantes selecionados para o estudo com e sem o autorrelato de depressão em relação a características sociodemográficas, de hábitos de vida e de consumo alimentar (**TAB. 1**).

Tabela 1 – Caracterização dos participantes selecionados para o estudo de validação que autodeclararam ou não diagnóstico médico de depressão. Projeto CUME, 2019.

Variáveis	Autodeclararam diagnóstico médico de depressão		Valor-p
	Sim (n = 131)	Não (n = 127)	
Sociodemográficas	n (%)	n (%)	
Sexo			0,978
<i>Feminino</i>	104 (79,4)	101 (79,5)	
<i>Masculino</i>	27 (20,6)	26 (20,5)	
Faixa etária (anos)			0,997
20-29	33 (25,2)	34 (26,8)	
30-39	58 (44,3)	55 (43,3)	
40-49	22 (16,8)	21 (16,5)	
50-59	12 (9,2)	12 (9,4)	
>=60	6 (4,6)	5 (3,9)	
Estado marital			0,326
<i>Sem união estável</i>	74 (56,5)	64 (50,4)	
<i>Com união estável</i>	57 (43,5)	63 (49,6)	
Escolaridade			0,615
<i>Graduação</i>	42 (32,1)	33 (26,0)	
<i>Especialização</i>	39 (29,8)	39 (30,7)	
<i>Mestrado</i>	35 (26,7)	42 (33,1)	
<i>Doutorado/pós-doutorado</i>	15 (11,4)	13 (10,2)	
Situação profissional			0,185
<i>Aposentado/do lar</i>	4 (3,0)	5 (3,9)	
<i>Desempregado</i>	14 (10,7)	5 (3,9)	
<i>Estudante</i>	19 (14,5)	16 (12,6)	
<i>Integral/parcial/informal</i>	94 (71,8)	101 (79,5)	
Hábitos de vida			
Tabagismo			0,553
<i>Não</i>	90 (68,7)	95 (74,8)	
<i>Ex-fumante</i>	28 (21,4)	22 (17,3)	
<i>Fumante atual</i>	13 (9,9)	10 (7,9)	
Binge drinking**			0,872
<i>Sim</i>	50 (52,1)	49 (53,3)	
<i>Não</i>	46 (47,9)	43 (46,7)	
Atividade física de lazer			0,331
<i>Inativo</i>	36 (27,5)	31 (24,4)	
<i>Insuficientemente ativo</i>	24 (18,3)	33 (26,0)	
<i>Ativo</i>	71 (54,2)	63 (49,6)	
Consumo alimentar			
Consumo de carboidratos			0,349
<i>Baixo</i>	53 (40,5)	47 (37,0)	
<i>Adequado</i>	77 (58,8)	76 (59,8)	
<i>Alto</i>	1 (0,8)	4 (3,15)	
Consumo de proteínas			0,857
<i>Baixo</i>	4 (3,0)	4 (3,1)	
<i>Adequado</i>	125 (95,4)	122 (96,1)	
<i>Alto</i>	2 (1,5)	1 (0,79)	
Consumo de lipídios			0,712
<i>Baixo</i>	1 (0,76)	1 (0,79)	
<i>Adequado</i>	76 (58,0)	80 (62,9)	
<i>Alto</i>	54 (41,2)	46 (36,2)	

Nota: *p-valor do teste de qui-quadrado de Pearson; ***Binge drinking* = consumo pesado episódico de bebidas alcoólicas.

Ademais, merece destaque o fato que os 127 participantes sem o diagnóstico autodeclarado de depressão selecionados para o estudo também eram comparáveis aos outros 884 participantes não selecionados (**TAB. 2**).

Tabela 2 – Caracterização dos participantes elegíveis que autodeclararam ausência de diagnóstico médico de depressão selecionados ou não para o estudo de validação. Projeto CUME, 2019.

Variáveis	Selecionado para o estudo de validação		Valor-p
	Sim (n = 127) n (%)	Não (n = 884) n (%)	
Sociodemográficas			
Sexo			0,072
<i>Feminino</i>	101 (79,5)	636 (72,0)	
<i>Masculino</i>	23 (20,5)	248 (28,0)	
Faixa etária (anos)			0,905
20-29	34 (26,8)	265 (30,0)	
30-39	55 (43,3)	346 (39,1)	
40-49	21 (16,5)	146 (16,5)	
50-59	12 (9,4)	94 (10,6)	
>=60	5 (3,9)	33 (3,7)	
Estado marital			0,895
<i>Sem união estável</i>	64 (50,4)	451 (51,0)	
<i>Com união estável</i>	63 (49,6)	433 (49,0)	
Escolaridade			0,412
<i>Graduação</i>	33 (26,0)	254 (28,7)	
<i>Especialização</i>	39 (30,7)	241 (27,3)	
<i>Mestrado</i>	42 (33,1)	259 (29,3)	
<i>Doutorado/pós-doutorado</i>	13 (10,2)	130 (14,7)	
Situação profissional			0,797
<i>Aposentado/do lar</i>	5 (3,9)	32 (3,6)	
<i>Desempregado</i>	5 (3,9)	54 (6,1)	
<i>Estudante</i>	16 (12,6)	115 (13,0)	
<i>Integral/parcial/informal</i>	101 (79,5)	683 (77,3)	
Hábitos de vida			
Tabagismo			0,166
<i>Não</i>	95 (74,8)	698 (79,0)	
<i>Ex-fumante</i>	22 (17,3)	102 (11,5)	
<i>Fumante atual</i>	10 (7,9)	84 (9,5)	
Binge drinking**			0,950
<i>Sim</i>	43 (46,7)	302 (46,4)	
<i>Não</i>	49 (53,3)	349 (53,6)	
Atividade física de lazer			0,327
<i>Inativo</i>	31 (24,4)	198 (22,4)	
<i>Insuficientemente ativo</i>	33 (26,0)	188 (21,3)	
<i>Ativo</i>	63 (49,6)	498 (56,3)	
Consumo alimentar			
Consumo de carboidratos			0,752
<i>Baixo</i>	47 (37,0)	352 (39,8)	
<i>Adequado</i>	76 (59,8)	511 (57,8)	
<i>Alto</i>	4 (3,1)	21 (2,4)	
Consumo de proteínas			0,684
<i>Baixo</i>	4 (3,15)	19 (2,1)	
<i>Adequado</i>	122 (96,1)	861 (97,4)	
<i>Alto</i>	1 (0,8)	4 (0,4)	
Consumo de lipídios			0,324
<i>Baixo</i>	1 (0,8)	21 (2,4)	
<i>Adequado</i>	80 (62,9)	509 (57,6)	
<i>Alto</i>	46 (36,2)	354 (40,0)	

Nota: *p-valor do teste de qui-quadrado de Pearson; ***Binge drinking* = consumo pesado episódico de bebidas alcoólicas.

Na **TAB. 3**, ressalta-se que entre os participantes que autodeclararam ou não o diagnóstico médico de depressão, não houve diferenças estatisticamente significativa entre aqueles que se voluntariaram ou não para o estudo de validação.

Tabela 3 – Caracterização dos participantes selecionados que autodeclararam ou não diagnóstico médico de depressão e que se voluntariaram ou não para o estudo de validação. Projeto CUME, 2019.

Variáveis	Autodeclararam diagnóstico médico de depressão					
	Sim (n = 131)			Não (n = 127)		
	Voluntariaram		Valor-p	Voluntariaram		Valor-p
Não (n = 88)	Sim (n = 43)	Não (n = 91)		Sim (n = 36)		
	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
Sociodemográficas						
Sexo			0,601*			0,100*
<i>Feminino</i>	71 (80,7)	33 (76,7)		69 (75,8)	32 (88,9)	
<i>Masculino</i>	17 (19,3)	10 (23,3)		22 (24,2)	4 (11,1)	
Faixa etária (anos)			0,101*			0,434*
20-29	24 (27,3)	9 (20,9)		23 (25,3)	11 (30,6)	
30-39	41 (46,6)	17 (39,5)		44 (48,3)	11 (30,6)	
40-49	16 (18,2)	6 (13,9)		14 (15,4)	7 (19,4)	
50-59	5 (5,7)	7 (16,3)		7 (7,7)	5 (13,9)	
>=60	2 (2,3)	4 (9,3)		3 (3,3)	2 (5,6)	
Estado marital			0,521*			0,653*
<i>Sem união estável</i>	48 (54,5)	26 (60,5)		47 (51,6)	17 (47,2)	
<i>Com união estável</i>	40 (45,4)	17 (39,5)		44 (48,3)	19 (52,8)	
Escolaridade			0,560*			0,417*
<i>Graduação</i>	29 (32,9)	13 (30,2)		27 (29,7)	6 (16,7)	
<i>Especialização</i>	23 (26,1)	16 (37,2)		28 (30,8)	11 (30,6)	
<i>Mestrado</i>	26 (29,5)	9 (20,9)		27 (29,7)	15 (41,7)	
<i>Doutorado/pós-doutorado</i>	10 (11,4)	5 (11,6)		9 (9,9)	4 (11,1)	
Situação profissional			0,302*			0,855*
<i>Aposentado/do lar</i>	1 (1,1)	3 (7,0)		3 (3,3)	2 (5,6)	
<i>Desempregado</i>	10 (11,4)	4 (9,3)		3 (3,3)	2 (5,6)	
<i>Estudante</i>	12 (13,6)	7 (16,3)		12 (13,2)	4 (11,1)	
<i>Integral/parcial/informal</i>	65 (73,9)	29 (67,4)		73 (80,2)	28 (77,8)	
Hábitos de vida						
Tabagismo			0,350*			0,635*
<i>Não</i>	64 (72,7)	26 (60,5)		66 (72,5)	29 (80,6)	
<i>Ex-fumante</i>	16 (18,2)	12 (27,9)		17 (18,7)	5 (13,9)	
<i>Fumante atual</i>	8 (9,1)	5 (11,6)		8 (8,8)	2 (5,6)	
Binge drinking[†]			0,727*			0,277*
<i>Sim</i>	32 (50,8)	18 (54,5)		38 (56,7)	11 (44,0)	
<i>Não</i>	31 (49,2)	15 (45,4)		29 (43,3)	14 (56,0)	
Atividade física de lazer			0,322*			0,633*
<i>Inativo</i>	25 (28,4)	11 (25,6)		24 (26,4)	7 (19,4)	
<i>Insuficientemente ativo</i>	13 (14,8)	11 (25,6)		22 (24,2)	11 (30,6)	
<i>Ativo</i>	50 (56,8)	21 (48,8)		45 (49,4)	18 (50,0)	
Consumo alimentar						
Consumo de carboidratos			0,258*			0,444*
<i>Baixo</i>	38 (43,2)	15 (34,9)		36 (39,6)	11 (30,6)	
<i>Adequado</i>	50 (56,8)	27 (62,8)		53 (58,2)	23 (63,9)	
<i>Alto</i>	0 (0,0)	1 (2,33)		2 (2,2)	2 (5,6)	
Consumo de proteínas			0,469*			0,514*
<i>Baixo</i>	2 (2,3)	2 (4,6)		2 (2,2)	2 (5,6)	
<i>Adequado</i>	84 (95,4)	41 (95,3)		88 (96,7)	34 (94,4)	
<i>Alto</i>	2 (2,3)	0 (0,0)		1 (1,1)	0 (0,0)	
Consumo de lipídios			0,741*			0,556*
<i>Baixo</i>	1 (1,1)	0 (0,0)		1 (1,1)	0 (0,0)	
<i>Adequado</i>	50 (56,8)	26 (60,5)		55 (60,4)	25 (69,4)	
<i>Alto</i>	37 (42,0)	17 (39,5)		35 (38,5)	11 (30,6)	

Nota: *p-valor do teste de qui-quadrado de Pearson ou do teste exato de Fisher; [†]*Binge drinking* = consumo pesado episódico de bebidas alcoólicas.

Na **TAB. 4**, são apresentadas as características dos participantes que se voluntariaram para o estudo de validação que autodeclararam ou não diagnóstico médico de depressão.

Tabela 4 – Caracterização dos participantes que se voluntariaram para o estudo de validação que autodeclararam ou não diagnóstico médico de depressão. Projeto CUME, 2019.

Variáveis	Autodeclararam diagnóstico médico de depressão		Total n (%)	Valor-p*
	Sim (n = 43) n (%)	Não (n = 36) n (%)		
Sociodemográficas				
Sexo				0,159
<i>Feminino</i>	33 (76,7)	32 (88,9)	65 (82,8)	
<i>Masculino</i>	10 (23,3)	4 (11,1)	14 (17,2)	
Faixa etária (anos)				0,744
20-29	9 (20,9)	11 (30,6)	20 (25,7)	
30-39	17 (39,3)	11 (30,6)	28 (34,9)	
40-49	6 (13,9)	7 (19,4)	13 (16,6)	
50-59	7 (16,3)	5 (13,9)	12 (15,1)	
>=60	4 (9,3)	2 (5,6)	6 (7,4)	
Estado marital				0,239
<i>Sem união estável</i>	26 (60,5)	17 (47,2)	43 (53,8)	
<i>Com união estável</i>	17 (39,5)	19 (52,8)	36 (46,1)	
Escolaridade				0,210
<i>Graduação</i>	13 (30,2)	6 (16,7)	19 (23,4)	
<i>Especialização</i>	16 (37,2)	11 (30,6)	27 (33,9)	
<i>Mestrado</i>	9 (20,9)	15 (41,7)	24 (31,3)	
<i>Doutorado/pós-doutorado</i>	5 (11,6)	4 (11,1)	9 (11,3)	
Situação profissional				0,779
<i>Aposentado/do lar</i>	3 (7,0)	2 (5,6)	5 (6,3)	
<i>Desempregado</i>	4 (9,3)	2 (5,6)	6 (7,4)	
<i>Estudante</i>	7 (16,3)	4 (11,1)	11 (13,7)	
<i>Integral/parcial/informal</i>	29 (67,4)	28 (77,8)	57 (72,6)	
Hábitos de vida				
Tabagismo				0,154
<i>Não</i>	26 (60,5)	29 (80,6)	55 (70,5)	
<i>Ex-fumante</i>	12 (27,9)	5 (13,9)	17 (20,9)	
<i>Fumante atual</i>	5 (11,6)	2 (5,6)	7 (8,6)	
Binge drinking**				0,426
<i>Sim</i>	18 (54,5)	11 (44,0)	29 (49,2)	
<i>Não</i>	15 (45,4)	14 (56,0)	29 (50,7)	
Atividade física de lazer				0,777
<i>Inativo</i>	11 (25,6)	7 (19,4)	18 (22,5)	
<i>Insuficientemente ativo</i>	11 (25,6)	11 (30,6)	22 (28,1)	
<i>Ativo</i>	21 (48,8)	18 (50,0)	39 (49,4)	
Consumo alimentar				
Consumo de carboidratos				0,653
<i>Baixo</i>	15 (34,9)	11 (30,6)	26 (33,0)	
<i>Adequado</i>	27 (62,8)	23 (63,9)	50 (63,3)	
<i>Alto</i>	1 (2,3)	2 (5,6)	3 (3,8)	
Consumo de proteínas				0,033
<i>Baixo</i>	2 (4,65)	2 (5,6)	4 (5,0)	
<i>Adequado</i>	41 (95,3)	34 (94,4)	75 (94,9)	
Consumo de lipídios				0,690
<i>Adequado</i>	26 (60,5)	25 (69,4)	51 (64,6)	
<i>Alto</i>	17 (39,5)	11 (30,6)	28 (35,4)	

Nota: *p-valor do teste de qui-quadrado de Pearson; ***Binge drinking* = consumo pesado episódico de bebidas alcoólicas.

Observa-se que a maioria era do sexo feminino, com idades entre 20 e 39 anos, sem união estável, com pós-graduação, trabalhadores em tempo integral e consumiam macronutrientes de maneira adequada. O hábito de fumar, o *binge drinking* e a prática de atividade física foram verificados em, respectivamente, 8,6%, 49,2% e 49,4% do total de participantes (TAB. 4).

Na TAB. 5, são apresentados os resultados da comparação entre os diagnósticos autodeclarado de depressão e aquele confirmado pelo psiquiatra. Verificou-se 18,6% e 19,4%, respectivamente, de falso positivos e falso negativos. A concordância (81%) e o valor Kappa (0,62) entre os diagnósticos foram considerados bons.

Tabela 5 – Comparação entre os diagnósticos autodeclarado de depressão e aquele confirmado pelo psiquiatra. Projeto CUME, 2019.

Diagnóstico autodeclarado	Diagnóstico psiquiatra		Concordância (%) [*]	Discordância (%) ⁺	Kappa	Valor-p ^{**}
	Sim	Não				
Sim [n (%)]	29 (80,6)	8 (18,6)	81	19	0,62	< 0,001
Não [n (%)]	7 (19,4)	35 (81,4)				

Nota: *Concordância: quando ambas as avaliações se equivalem na positividade e negatividade para o alcance do diagnóstico; +Discordância: quando uma avaliação é positiva para o alcance do diagnóstico e a outra negativa, ou vice e versa. **Valor-p do teste de Kappa.

No **Gráfico 1**, são apresentados a sensibilidade, a especificidade, o VPP e o VPN. Verifica-se que todos os parâmetros foram considerados altos, acima de 78%.

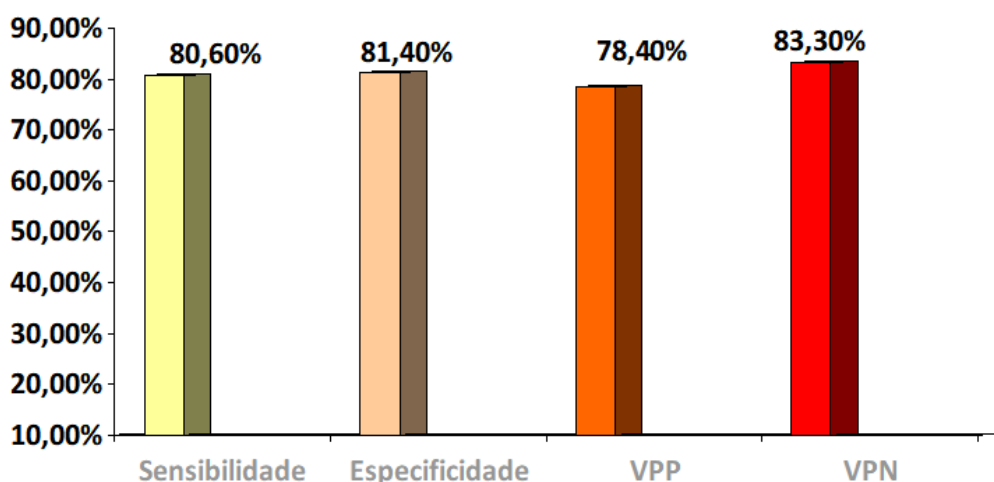


Gráfico 1 – Sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo (VPP) e valor preditivo negativo (VPN) do diagnóstico autodeclarado de depressão em relação àquele confirmado pelo psiquiatra. Projeto CUME, 2019.

Por fim, na **TAB. 6**, são apresentadas as características dos participantes segundo a concordância entre os diagnósticos autodeclarado de depressão e aquele confirmado pelo psiquiatra. Os participantes que apresentaram discordância entre os diagnósticos tiveram perfil semelhante, sem diferenças estaticamente significativas.

Tabela 6 – Caracterização dos participantes segundo a concordância entre os diagnósticos autodeclarado de depressão e aquele confirmado pelo psiquiatra. Projeto CUME, 2019.

Variáveis	Concordância entre os diagnósticos		Valor-p*
	Sim (n = 64) n (%)	Não (n = 15) n (%)	
Sociodemográficas			
Sexo			0,797
<i>Feminino</i>	53 (82,8)	12 (80,0)	
<i>Masculino</i>	11 (17,2)	3 (20,0)	
Faixa etária (anos)			0,403
20-29	18 (28,1)	2 (13,3)	
30-39	22 (34,4)	6 (40,0)	
40-49	9 (14,1)	4 (26,7)	
50-59	9 (14,1)	3 (20,0)	
>=60	6 (9,4)	0 (0,0)	
Estado marital			0,502
<i>Sem união estável</i>	36 (56,3)	7 (46,7)	
<i>Com união estável</i>	28 (43,7)	8 (53,3)	
Escolaridade			0,373
<i>Graduação</i>	15 (23,4)	4 (26,7)	
<i>Especialização</i>	24 (37,5)	3 (20,0)	
<i>Mestrado</i>	17 (26,6)	7 (46,7)	
<i>Doutorado/pós-doutorado</i>	8 (12,5)	1 (6,7)	
Situação profissional			0,330
<i>Aposentado/do lar</i>	5 (7,8)	0 (0,0)	
<i>Desempregado</i>	5 (7,8)	1 (6,7)	
<i>Estudante</i>	7 (10,9)	4 (26,7)	
<i>Integral/parcial/informal</i>	47 (73,4)	10 (66,7)	
Hábitos de vida			
Tabagismo			0,154
<i>Não</i>	47 (73,4)	8 (53,3)	
<i>Ex-fumante</i>	11 (17,2)	6 (40,0)	
<i>Fumante atual</i>	6 (9,4)	1 (6,7)	
Binge drinking**			0,763
<i>Sim</i>	40 (62,5)	10 (66,7)	
<i>Não</i>	24 (37,5)	5 (33,3)	
Atividade física de lazer			0,110
<i>Inativo</i>	14 (21,9)	4 (26,7)	
<i>Insuficientemente ativo</i>	15 (23,4)	7 (46,7)	
<i>Ativo</i>	35 (54,7)	4 (26,7)	
Consumo alimentar			
Consumo de carboidratos			0,544
<i>Baixo</i>	22 (34,4)	4 (26,7)	
<i>Adequado</i>	39 (60,9)	11 (73,3)	
<i>Alto</i>	3 (4,7)	0 (0,0)	
Consumo de proteínas			0,320
<i>Baixo</i>	4 (6,2)	0 (0,0)	
<i>Adequado</i>	60 (93,7)	15 (100,0)	
Consumo de lipídios			0,108
<i>Adequado</i>	44 (68,7)	7 (46,7)	
<i>Alto</i>	20 (31,2)	8 (53,3)	

Nota: *p-valor do teste de qui-quadrado de Pearson; ***Binge drinking* = consumo pesado episódico de bebidas alcoólicas.

Discussão

6. DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivo validar o diagnóstico médico de depressão dos participantes do projeto CUME, visto que uma alta prevalência autodeclarada dessa doença foi verificada neste grupo (12,8%), o que é considerado 120% maior que aquela estimada para a população brasileira à época (5,8%).

O projeto CUME é desenvolvido com egressos de instituições federais de ensino superior do Estado de Minas Gerais, uma parcela da população brasileira pouco explorada em investigações epidemiológicas, distribuída em todo o território nacional, com maior nível educacional, ocupante de cargos e funções importantes para a economia do país, com altas prevalências de hábitos nocivos para a saúde e que, portanto, o seu adoecimento e óbito podem provocar elevado ônus social e econômico.

Assim, percebeu-se que as características sociodemográficas e ocupacionais dos participantes do projeto CUME poderiam estar relacionadas à alta prevalência de depressão, uma vez que este grupo está potencialmente mais exposto à sobrecarga e ao estresse no trabalho, justificando a realização de estudos para explorar estas hipóteses. Entretanto, para tal se fazia necessária a validação do diagnóstico médico autodeclarado de depressão a fim de aumentar a confiabilidade e o grau de evidência científica dos resultados, sendo este o objeto do presente estudo.

Nossos resultados mostraram boa concordância entre o diagnóstico médico autodeclarado de depressão e aquele confirmado por psiquiatra durante a consulta com a aplicação do DSM-V. Os diagnósticos concordaram em 81% e o resultado encontrado de Kappa foi de 0,62, que é considerado como bom de acordo com a literatura utilizada (VIEIRA, 2010). Ademais, outros parâmetros de comparação se mostraram com valores considerados altos, tais como a sensibilidade, a especificidade, o VPP e o VPN.

Nos estudos encontrados por meio da revisão de literatura foi identificado que o método de comparação padrão-ouro é o DMS através de entrevista clínica. Entre os estudos encontrados, o único que realmente comparou o autorrelato de depressão e o diagnóstico clínico com grupos com e sem depressão, assim como foi realizado no presente estudo, foi aquele conduzido na Espanha, em 2008, com 133 participantes da coorte *Seguimiento Universidad de Navarra* (projeto SUN). Nesse estudo, devido a dificuldades de realizar as entrevistas presencialmente com todos

os participantes, alguns deles foram entrevistados por meio telefônico. Além disso, foi encontrada uma sensibilidade de 74,2% e uma especificidade de 80,9% (SANCHEZ-VILLEGAS *et al.*, 2008).

Como citado acima, um único estudo realizou a comparação e validação do diagnóstico autorrelatado de depressão como a presente pesquisa realizou, o que implicou na dificuldade de realizar comparações diretas com os estudos encontrados na literatura.

Ainda assim, outros estudos realizaram a validação de escalas tendo o diagnóstico médico como o padrão-ouro. Um deles foi um estudo realizado na Alemanha, em 2017, com 464 pessoas, por meio de entrevista clínica estruturada e uma escala de auto-avaliação da depressão. Nesse estudo, utilizou-se o CCI para avaliação da concordância, que foi boa para a correlação dos principais sintomas de depressão (CCI: 0,60 a 0,80) e foi considerada moderada para o diagnóstico de depressão maior (CCI: 0,45) (MARTIN *et al.*, 2017).

No estudo de Zimmerman e colaboradores (2004), foi identificado um valor de Kappa de 0,61 a 0,67 após a avaliação da concordância entre o Inventário de Diagnóstico para Depressão utilizado no estudo e a entrevista clínica baseada no DSM-IV.

Em estudo espanhol com 252 idosos foi utilizada a Escala de Depressão Geriátrica, no qual a mesma foi aplicada por telefone e presencialmente. Ainda, os participantes foram convidados a participar de uma consulta clínica após a aplicação das escalas por via telefônica em, no máximo, duas semanas. Foi detectada uma prevalência de 14,9% nas avaliações pelo telefone e de 12,8% presencialmente, sendo que os participantes que não compareceram para a entrevista presencial obtiveram uma prevalência mais alta de depressão (22,7%) (CARRETE *et al.*, 2001).

Em outro estudo publicado em 2004, com 501 pessoas, foram aplicadas escalas de rastreio de depressão e, posteriormente, dois grupos foram selecionados para comparação ao diagnóstico médico psiquiátrico (“com depressão” e “sem depressão”). Nesse estudo, foi observado que a depressão estava presente em 25,1% dos participantes que haviam sido alocados no grupo “sem depressão”. Em conclusão, os resultados de rastreamento da depressão com as escalas foram considerados pobres, pois apresentaram sensibilidade de 40% e de especificidade de 87% (LOWE *et al.*, 2004).

Portanto, o autorrelato do diagnóstico médico de depressão mostra-se como uma medida mais fidedigna em comparação com a aplicação de escalas de rastreamento da doença (SANCHEZ-VILLEGAS *et al.*, 2008). Dificilmente, uma pessoa que recebe o diagnóstico médico da doença vai reportá-lo de maneira equivocada. Discordâncias entre o autorrelato do diagnóstico médico de depressão e aquele evidenciado posteriormente por psiquiatras em estudos de validação podem ocorrer, possivelmente, por uma avaliação equivocada do profissional que fez o primeiro diagnóstico da doença que, talvez, não tenha uma formação específica na área de saúde mental (STOPA *et al.*, 2015). Corroborando esta ideia foi identificada em estudo realizado na Espanha uma prevalência de 44,3% de subdiagnóstico de depressão na atenção primária à saúde, o que pode ser justificado pelo fato o diagnóstico na rede básica não ser realizado por especialista da área (HORTAL *et al.*, 2002).

Ainda, a história natural da depressão é caracterizada por pessoas que a desenvolvem de maneira aguda e apresentam boa remissão após o tratamento e, também, por pessoas que permanecem em um quadro crônico ao longo da vida (APA, 2014). De tal modo, nossos resultados iniciais foram avaliados a partir do autorrelato de depressão ocorridos entre os anos de 2016 e 2018, sendo o diagnóstico médico do psiquiatra confirmado entre outubro e novembro de 2019. Esse fato sugere que os casos positivos de depressão diagnosticados em 2019 provavelmente são casos crônicos da doença. Assim, por meio da análise temporal da doença, infere-se que os participantes com quadro crônico de depressão que relataram o diagnóstico da doença, inicialmente entre 2016 e 2018, realmente o mantiveram na avaliação médica presencial.

Por meio da consulta dos psiquiatras, as perguntas do DSM-V que avaliaram a depressão no último ano (2018) e a depressão atual (2019) tiveram percentual de concordância e Kappa mais altos, respectivamente, 91,1% e 0,79 (dados não apresentados). Isso reflete a questão temporal da avaliação, ou seja, nesta situação os médicos avaliaram se havia sintomas da doença em relação ao último ano, o que favoreceu não só a captação de casos crônicos da doença, mas também as pessoas ainda em fase aguda.

O presente estudo apresenta algumas limitações, por exemplo, o intervalo de tempo existente entre o autorrelato de depressão e a confirmação pelo psiquiatra, uma vez que esta ocorreu cerca de um ano após a aplicação do questionário *online*.

Ainda assim, os resultados aqui encontrados apresentaram uma boa concordância. Além disso, o estudo apresentou uma amostra final pequena, o que poderia tender a ocorrência de um erro tipo II, entretanto, os resultados podem ser considerados significativos e robustos.

Ainda que se tenha utilizado uma amostra de conveniência de residentes no município de Belo Horizonte, vale reforçar a sua representatividade, visto que quase 50% dos participantes do projeto CUME moravam nesta cidade. Também, destaca-se o fato dos participantes, que não tinham diagnóstico de depressão, terem sido selecionados aleatoriamente e serem comparáveis àqueles sem a doença que ficaram de fora do estudo de validação, garantindo a validade interna dos nossos resultados. Nesse sentido, conforme retratado no estudo de Ruiz-Grosso e colaboradores (2002), os achados deste trabalho tem uma especificidade em relação à população aqui estudada e não cabe a sua extrapolação para grupos distintos dos aqui abordados.

Outro elemento importante foi a similaridade dos vários grupos formados durante o processo de seleção da amostra final em relação às características sociodemográficas, do estilo de vida e do consumo alimentar, demonstrando que o processo de amostragem ponderada funcionou corretamente e, também, permitindo maior robustez nos resultados da análise de validade do diagnóstico médico autodeclarado de depressão.

Conclusões

7. CONCLUSÕES

O presente estudo realizou a validação do diagnóstico autodeclarado de depressão em uma subamostra de participantes do estudo CUME, na qual foi encontrada uma boa concordância entre este dado e o diagnóstico médico realizado por especialista. Portanto, conclui-se que o diagnóstico médico autodeclarado de depressão pelos participantes do projeto CUME pode ser utilizado com boa acurácia, sendo válido para o uso em estudos sobre a temática.

Por fim, as evidências científicas produzidas neste estudo podem contribuir para eventuais investigações com foco nesse seguimento da população, tornando possível a proposição de novas intervenções em saúde pública a partir dos resultados encontrados.

Referências

ADJIBADE, M. *et al.* The inflammatory potential of the diet is directly associated with incident depressive symptoms among French adults. **The Journal of Nutrition Nutritional Epidemiology**, v.149, p.1198–1207, 2019. Disponível em: <<https://academic.oup.com/jn/article-abstract/149/7/1198/5510078?redirectedFrom=fulltext>>. Acesso em: 09 novembro 2020.

ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA (APA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM-V**. 5ª ed. Artes Médicas: 2014.

BARRIO-LOPEZ, M. T. *et al.* Validation of metabolic syndrome using medical records in the SUN cohort. **BMC Public Health**, v. 11, n. 867, 2011. Disponível em: <<https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-11-867>>. Acesso em: 12 agosto 2020.

BARROS, M. B. A. *et al.* Depressão e comportamentos de saúde em adultos brasileiros – PNS 2013. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 1-9, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102017000200307&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 09 maio 2019.

BES-RASTROLLO, M. *et al.* Validación del peso e índice de massa corporal auto-declarados de los participantes de una cohorte de graduados universitarios. Espanha, **Revista Espanola de Obesidad**, v. 3, n. 6, p. 352-58, 2005. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/255632320_Validacion_del_peso_e_indice_de_masa_corporal_auto-declarados_de_los_participantes_de_una_cohorte_de_graduados_universitarios_in_Spanish>. Acesso em: 08 novembro 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Depressão: causas, sintomas, tratamentos, diagnóstico e prevenção**. Brasília, DF. Disponível em: <<https://saude.gov.br/saude-de-a-z/depressao>>. Acesso em 08 novembro 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf>. Acesso em 08 novembro 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Resolução 466/12**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 2012.

CARRETE, P. *et al.* Validation of a telephone-administered geriatric depression scale in a Hispanic elderly population. **Journal of General Internal Medicine**, v. 16, p. 446-450, 2001. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1495232/pdf/jgi_00540.pdf>. Acesso em: 10 novembro 2020.

DASKALOPOULOU, J. G. *et al.* Depression as a risk factor for the initial presentation of twelve cardiac, cerebrovascular, and peripheral arterial diseases: data linkage study of 1.9 million women and men. **Plos One**, v. 11, n. 4, 2016. Disponível em: <

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4841529/>>. Acesso em: 18 outubro 2020.

DHAR, A. K., BARTON, D. A. Depression and the link with cardiovascular disease. **Frontiers in Psychiatry**, v. 7, n. 33, mar. 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4800172/>>. Acesso em: 18 outubro 2020.

ERIM, D. O. *et al.* Patterns and predictors of self-reported clinical diagnosis and treatment for depression in prostate cancer survivors. **Cancer Medicine**, v.8, p. 3648-58, 2019, Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31106980/>>. Acesso em: 27 setembro 2020.

FARIAS, R. C. *et al.* Um novo método para alocação de unidade em subamostras representativas baseado em covariáveis discretas. Alfenas, **Sigmae**, v.8, n. 2, p. 742-61, 2019. Disponível em: <<https://publicacoes.unifal-mg.edu.br/revistas/index.php/sigmae/article/view/949>>. Acesso em: 28 maio 2020.

FRANCIS, H. M. *et al.* A brief diet intervention can reduce symptoms of depression in young adults – A randomised controlled trial. **PLoS ONE**, v. 14, n.10, 2019. Disponível em: <<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0222768>>. Acesso em: 09 novembro 2020.

GIGANTESCO, A. *et al.* Depressive symptoms and behavior-related risk factors, Italian population-based surveillance system, 2013. Itália, **Public Health Research, Practice, and Policy**, v. 12, out. 2015. Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4651141/>>. Acesso em: 18 outubro 2020.

GOMES-DOMINGOS, A. L. *et al.* Cohort profile: the cohort of universities of Minas Gerais (CUME). **International Journal of Epidemiology**, v. 00, p. 1–10. 2018; Disponível em: <<https://academic.oup.com/ije/article/47/6/1743/5060606>>. Acesso em 13 abril 2020.

GRASES, G. *et al.* Possible relation between consumption of different food groups and depression. **BMC Psychology**, v. 7, n. 14, 2019. Disponível em: <<https://bmcpsoychology.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40359-019-0292-1>>. Acesso em: 09 novembro 2020.

HORTAL, E. G. *et al.* Prevalence and detection of depressive disorders in primary care. **Atencion Primaria**, v. 29, n. 6, p. 329-337, 15 abril 2002. Disponível em: <<https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-prevalence-detection-depressive-disorders-in-13032953>>. Acesso em 08 novembro 2020.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). **Dietary reference intakes for energy, carbohydrate, fiber, fat, fatty acids, cholesterol, protein, and aminoacids (macronutrients)**. Washington, DC: National Academies Press; 2005. 1331p. Disponível em: <<https://www.nap.edu/catalog/10490/dietary-reference-intakes-for->

energy-carbohydrate-fiber-fat-fatty-acids-cholesterol-protein-and-amino-acids>
Acesso em 08 novembro 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: um panorama da saúde no Brasil** acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em:<
<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/monografias/GEBIS%20-%20RJ/panorama.pdf>>. Acesso em 08 novembro 2020.

KATON, W.; LIN, E. H. B.; KROENKE, K. The association of depression and anxiety with medical symptom burden in patients with chronic medical illness. **General Hospital Psychiatry**, v. 29, p. 147-55, 2007. Disponível em:<<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17336664/>>. Acesso em: 18 outubro 2020.

LEE, J. E. *et al.* Association of recommended food score with depression, anxiety, and quality of life in Korean adults: the 2014–2015 National Fitness Award Project. **BMC Public Health**, v. 19, n. 956, 2019. Disponível em:<
<https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-019-7298-8>>. Acesso em: 09 novembro 2020.

LOTFALIANY, M. *et al.* Variation in the prevalence of depression and patterns of association, sociodemographic and lifestyle factors in community-dwelling older adults in six low- and middle-income countries. **Journal of Affective Disorders**, v.15, n.251, p.218-226, 2019. Disponível em:
<<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032718319773?via%3Dihub>>. Acesso em: 09 novembro 2020.

LOWE, B. *et al.* Comparative validity of three screening questionnaires for DSM-IV depressive disorders and physicians' diagnoses. **Journal of Affective Disorders**, v.78, p. 131- 40, 2004. Disponível em:<
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032702002379?via%3Dihub>>. Acesso em: 12 agosto 2020.

MALTA, D. C. *et al.* A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil – Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, suppl. 2, p. 3-19, 2015. Disponível em:<
https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1415-790X2015000600003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 28 setembro 2020.

MARKKULA, N. *et al.* Prevalence and correlates of major depressive disorder and dysthymia in an eleven-year follow-up - results from the Finnish health 2011 survey. **Journal of Affective Disorders**, v. 173, p. 73-80, 2015. Disponível em: <
Prevalence and correlates of major depressive disorder and dysthymia in an eleven-year follow-up - results from the Finnish Health 2011 Survey>. Acesso em: 16 junho 2019.

MARKKULA, Niina. **Prevalence, predictors and prognosis of depressive disorders in the general population a longitudinal population study.**

Dissertação. Helsinki: Faculty of medicine University of Helsinki Mental Health Unit National Institute for Health and Welfare; 2016.

MARTIN, J. *et al.* Expert and self-assessment of life-time symptoms and diagnosis of major depressive disorder in large-scale genetic studies in the general population: comparison of a clinical interview and self-administered checklist. **Psychiatric Genetics**, v. 27, n. 5, p. 187-96, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5576521/>>. Acesso em: 26 setembro 2020.

MIRANDA, A. E. S., *et al.* Validação da síndrome metabólica e de seus componentes autodeclarados no estudo CUME. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 21, p. 1-7, 2017. Disponível em: <<http://reme.org.br/artigo/detalhes/1207>>. Acesso em: 19 abril 2020.

MOLENDIJK, M. *et al.* Diet quality and depression risk: a systematic review and dose-response meta-analysis of prospective studies. **Journal of Affective Disorders**, v.15, n.226, p.346-354, 2018. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032717307048?via%3Dihub>>. Acesso em: 08 novembro 2020.

NATIONAL INSTITUTE ON ALCOHOL ABUSE AND ALCOHOLISM (NIAAA). **Drinking Levels Defined**. 2015. Disponível em: <<https://www.niaaa.nih.gov/>>. Acesso em 08 novembro 2020.

NOCK, M. K. *et al.* Cross-national analysis of the associations among mental disorders and suicidal behavior: findings from the who world mental health surveys. **PLoS Medicine**, v. 6, n. 8, 2009. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2717212/>>. Acesso em: 19 abril 2020.

NÚCLEO DE ESTUDOS E PESQUISAS EM ALIMENTAÇÃO, Universidade Estadual de Campinas (NEPA-UNICAMP). **Tabela brasileira de composição de alimentos: TACO**. 4ª ed. Campinas, 161 p. 2011.

OMOTE, S.; PRADO, P. S. T.; CARRARA, K. Versão eletrônica de questionários e o controle de erros de resposta. **Estudos de Psicologia**, v. 10, n. 3, p. 397-405, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2005000300008>. Acesso em 26 setembro 2019.

RODRIGUEZ-AMAYA, D. B.; KIMURA, M.; AMAYA-FARFAN, J. **Fontes Brasileiras de carotenóides: tabela brasileira de composição de carotenóides em alimentos**. Ministério do Meio Ambiente, Brasília, 2008. Disponível em: <https://www.mma.gov.br/estruturas/sbf_agrobio/_publicacao/89_publicacao09032009113306.pdf>. Acesso em: 08 novembro 2020.

RUIZ-ESTIGARRIBIA, L. *et al.* Lifestyles and the risk of depression in the “Seguimiento Universidad de Navarra” cohort. **European Psychiatry**, v. 61, p. 33–40, 2019. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0924933819301002>>. Acesso em: 18 outubro 2020.

SANCHEZ-VILLEGAS, A. *et al.* Validity of a self-reported diagnosis of depression among participants in a cohort study using the structured clinical interview for DSM-IV (SCID-I). Espanha, **BMC Psychiatry**, v. 8, n. 43, 2008. Disponível em: <<https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-8-43>>. Acesso em: 19 abril 2020.

SÁNCHEZ-VILLEGAS, A. *et al.* A longitudinal analysis of diet quality scores and risk of incidente depression in the SUN Project. Espanha, **BMC Medicine**, v. 13, n. 197, 2015. Disponível em: <<https://bmcm medicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-015-0428-y>>. Acesso em: 19 abril 2020.

SÁNCHEZ-VILLEGAS, A. *et al.* Childhood and young adult overweight/obesity and incidence of depression in the SUN Project. Espanha, **Obesity Journal**, v. 18, n. 7, p. 1443-48, jul. 2010. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1038/oby.2009.375>>. Acesso em: 19 abril 2020.

SCHUCH, F. *et al.* Physical activity and sedentary behavior in people with major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. **Journal of Affective Disorders**, v.210, p. 139-50, 2017. Disponível em:<<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28033521/>>. Acesso em: 08 novembro 2020.

SILVA, A. R. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis e fatores sociodemográficos associados a sintomas de depressão em idosos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.66, n. 1, p. 45-51, 2017. Disponível em:<<https://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v66n1/0047-2085-jbpsiq-66-1-0045.pdf>>. Acesso em: 08 novembro 2020.

STOPA, S. R. *et al.* Prevalência do autorrelato de depressão no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, suppl. 2, p. 170-80, 2015. Disponível em:<<https://www.scielo.br/pdf/rbepid/v18s2/1980-5497-rbepid-18-s2-00170.pdf>>. Acesso em: 27 outubro 2020.

STROHLE, A. Physical activity, exercise, depression and anxiety disorders. **Journal of Neural Transmission**, v. 116, p. 777-84, 2009. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007/s00702-008-0092-x>>. Acesso em: 27 outubro 2020.

UNITED STATES DEPARTMENT OF AGRICULTURE AGRICULTURALRESEARCH SERVICE (USDA). National nutrient database for standard reference release 28. Disponível em: <<https://www.ars.usda.gov/northeast-area/beltsville-md-bhnrc/beltsville-human-nutrition-research-center/methods-and-application-of-food-composition-laboratory/mafcl-site-pages/sr11-sr28/>>. Acesso em: 08 novembro 2020.

VIEIRA, Sônia. Bioestatística: tópicos avançados. 3 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

WILLETT, W.; STAMPFER, M. J. Total energy intake: implications for epidemiologic analyses. **American Journal of Epidemiology**, v. 124, n. 1, p. 17-27, 1986. Disponível em: <<https://academic.oup.com/aje/article-abstract/124/1/17/150019?redirectedFrom=fulltext>>. Acesso em: 27 outubro 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Depression and other common mental disorders**. Global Health Estimates, 2017. Disponível em: <https://www.who.int/mental_health/management/depression/prevalence_global_health_estimates/en/>. Acesso em: 08 novembro 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global recommendations on physical activity for health**. Genebra, 2010. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/9789241599979>>. Acesso em: 08 novembro 2020.

Anexos

ANEXO 1. Manual DSM-V para rastreio da depressão maior utilizado nas entrevistas presenciais.

172 EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ANTERIOR

A13	SE FOR DESCONHECIDO: Quando este período de (depressão/TERMOS PRÓPRIOS DO PACIENTE) começou?	Início da depressão (mês/ano)	_ / _	A13
A14	Em quantos períodos separados na sua vida você esteve (deprimido/TERMOS PRÓPRIOS DO PACIENTE) quase todos os dias por pelo menos 2 semanas e teve diversos dos sintomas que descreveu, como (SINTOMAS DO EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL)?	Número total de Episódios Depressivos Maiores, incluindo o atual (CÓDIGO 99, SE FOREM NUMEROSOS OU INDISTINTOS DE MAIS PARA SEREM CONTADOS).	_	A14

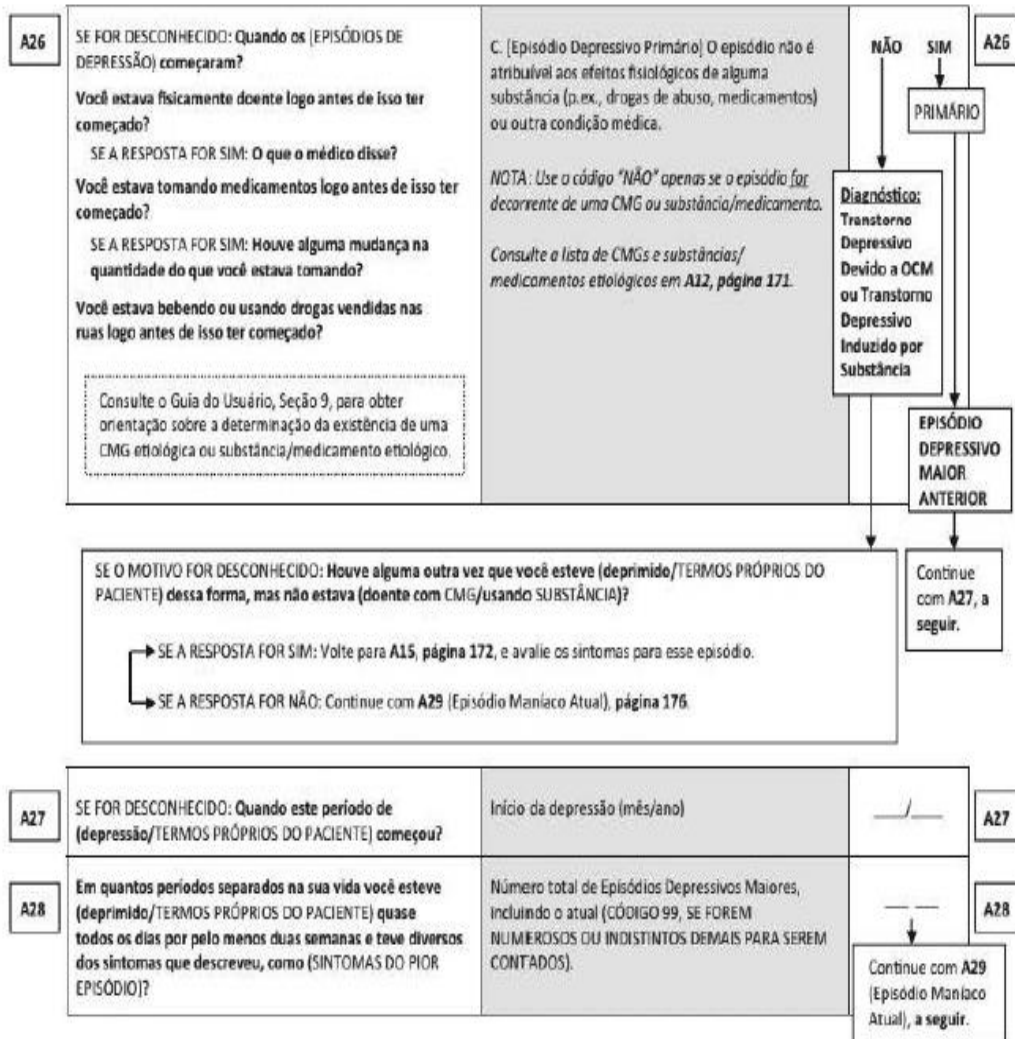
↓
Continue com **A29**
(Episódio Maníaco Atual), página 176.

	EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ANTERIOR	CRITÉRIOS PARA EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR		
	<i>NOTA: SE HOUVER, ATUALMENTE, HUMOR DEPRIMIDO OU PERDA DE INTERESSE, MAS A TOTALIDADE DOS CRITÉRIOS PARA EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR NÃO FOR PREENCHIDA, SUBSTITUA A FRASE "Já houve outro período..." EM CADA UMA DAS DUAS PERGUNTAS DE AVALIAÇÃO ABAIXO (I.E., A15 E A16).</i>	A. Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de duas semanas e representam uma mudança no funcionamento anterior; no mínimo um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda de interesse ou prazer.		
A15	Você <u>já</u> teve um período de tempo em que se sentiu deprimido ou abatido pela maior parte do dia, <u>quase todos os dias</u> ? (Como foi isso?) SE A RESPOSTA FOR NÃO: <u>E quanto a se sentir triste, vazio ou sem esperança na maior parte do dia, quase todos os dias?</u> SE A RESPOSTA FOR SIM PARA UMA DAS PERGUNTAS ACIMA: <u>Quanto tempo isso durou? (Cerca de duas semanas?)</u>	1. Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, conforme indicado por relato subjetivo (p.ex., sente-se triste, vazio, sem esperança) ou por observação feita por outras pessoas (p.ex., parece choroso).	- +	A15
A16	→ SE O ITEM ANTERIOR FOI CLASSIFICADO COMO "+": <u>Durante esse período, você perdeu o interesse ou o prazer com coisas que normalmente gosta? (Como foi isso?)</u> → SE O ITEM ANTERIOR FOI CLASSIFICADO COMO "-": <u>Você <u>já</u> teve um período de tempo em que perdeu o interesse ou o prazer com coisas que normalmente gostava? (Como foi isso?)</u> SE A RESPOSTA FOR SIM PARA UMA DAS PERGUNTAS ACIMA: <u>Quando isso aconteceu? Isso aconteceu quase todos os dias? Quanto tempo isso durou? (Cerca de duas semanas?)</u>	2. Acentuada diminuição de interesse ou prazer em todas, ou quase todas, as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (conforme indicado por relato subjetivo ou por observação feita por outras pessoas).	- +	A16
SE TANTO A15 QUANTO A16 FOREM CLASSIFICADOS COMO "-", continue com A29 (Episódio Maníaco Atual), página 176.				
	Você teve mais de um período como esse? (Que período foi o pior?) SE NÃO ESTIVER CLARO: Você teve períodos como esse (DE UM ANO PARA CÁ)?	<i>NOTA: Se houver a possibilidade de mais de um episódio anterior, selecione o "pior" para sua investigação sobre o Episódio Depressivo Maior. Contudo, se houver um episódio no ano anterior, pergunte sobre esse episódio, mesmo que ele não tenha sido o pior.</i>		

PARA AS PERGUNTAS A SEGUIR, CONCENTRE-SE NAS PIORES DUAS SEMANAS DO EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ANTERIOR SOBRE O QUAL VOCÊ ESTÁ INQUIRINDO.			
SE NÃO ESTIVER CLARO: Durante o (EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR), quando você ficou mais (deprimido/TERMOS PRÓPRIOS DO PACIENTE)?			
A17	<p>Durante o (PIOR PERÍODO DE DUAS SEMANAS)...</p> <p>...como estava o seu apetite? (Como foi em comparação ao seu apetite habitual? Você teve que se forçar a comer? Comeu [menos/mais] do que o habitual? <u>Isso aconteceu quase todos os dias?</u> Você perdeu ou ganhou peso? (Quanto? Você estava tentando perder ou ganhar peso?)</p>	3. Perda ou ganho de peso significativo sem estar fazendo dieta (p.ex., uma mudança de mais de 5% do peso corporal em um mês) ou redução ou aumento no apetite quase todos os dias.	- +
A18	<p>...como estava a qualidade do seu sono? (Problema para adormecer, acordando frequentemente, problema para permanecer dormindo, acordando cedo demais OU dormindo em excesso?)</p> <p>Quantas horas (incluindo cochilos) você dormia? Quantas horas você costumava dormir antes de ficar (deprimido/TERMOS PRÓPRIOS DO PACIENTE)? <u>Isso aconteceu quase todas as noites?</u></p>	4. Insônia ou hipersonia quase todos os dias.	- +
A19	<p>...você estava se sentindo tão inquieto ou agitado que não conseguia ficar sentado?</p> <p>E quanto ao oposto: você falava mais lentamente, ou se mexia mais lentamente do que o normal, como se estivesse atravessando um lamaçal?</p> <p>(Em ambos os casos, chegou ao ponto de as outras pessoas notarem? O que elas notaram? <u>Isso aconteceu quase todos os dias?</u>)</p>	5. Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observável por outras pessoas, não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento). <p><i>NOTA: CONSIDERE O COMPORTAMENTO DURANTE A ENTREVISTA.</i></p>	- +
A20	<p>...como era o seu nível de energia? (Sentia-se cansado o tempo todo? <u>Quase todos os dias?</u>)</p>	6. Fadiga ou perda de energia quase todos os dias.	- +
A21	<p>...teve sentimentos de inutilidade?</p> <p>Sentia-se culpado em relação às coisas que você fez ou deixou de fazer?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM: Que tipos de coisas? (E isso foi apenas porque você não conseguiu tomar conta das coisas, já que ficou doente?)</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM PARA UMA DAS PERGUNTAS ACIMA: <u>Quase todos os dias?</u></p>	7. Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada (que podem ser delirantes) quase todos os dias (não meramente autorrecriminação ou culpa por estar doente).	- +
A22	<p>...teve problemas para pensar ou se concentrar? Tem sido difícil tomar decisões sobre coisas cotidianas? (Isso tem interferido em que tipos de coisas? <u>Quase todos os dias?</u>)</p>	8. Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outras pessoas).	- +

174 EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ANTERIOR

<p>A23</p>	<p>...As coisas estavam tão ruins que você pensou bastante sobre morte ou que seria melhor se estivesse morto? Você pensou em tirar a sua própria vida?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM: Você fez alguma coisa a respeito? (O que você fez? Fez algum plano específico? Tomou alguma atitude para prepará-lo? Você chegou a tentar o suicídio?)</p>	<p>9. Pensamentos recorrentes de morte (não somente medo de morrer), ideação suicida recorrente, sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.</p>	<p>— +</p>	<p>A23</p>	
<p>A24</p>	<p>AO MENOS CINCO DOS SINTOMAS DO CRITÉRIO A ACIMA (A15–A23) SÃO CLASSIFICADOS COMO "+".</p>		<p>NÃO SIM</p>	<p>A24</p>	
<p>Houve alguma outra vez que você esteve (deprimido/TERMOS PRÓPRIOS DO PACIENTE) e teve ainda mais dos sintomas sobre os quais acabei de perguntar?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM: Volte para A15, página 172, e avalie os sintomas para esse episódio.</p> <p>SE A RESPOSTA FOR NÃO: Continue com A29 (Episódio Maníaco Atual), página 176.</p>					<p>Continue com A25 (Critério B).</p>
<p>A25</p>	<p>SE NÃO ESTIVER CLARO: Que efeito os (SINTOMAS DEPRESSIVOS) tiveram em sua vida?</p> <p>FAÇA AS SEGUINTES PERGUNTAS APENAS QUANDO FOR NECESSÁRIO:</p> <p>Como os (SINTOMAS DEPRESSIVOS) afetaram seus relacionamentos ou suas interações com outras pessoas? (Os (SINTOMAS DEPRESSIVOS) causaram problemas em seus relacionamentos com familiares, parceiros românticos ou amigos?)</p> <p>Como os (SINTOMAS DEPRESSIVOS) afetaram seu trabalho/ seus estudos? (E quanto à sua assiduidade no trabalho/nos estudos? Os (SINTOMAS DEPRESSIVOS) tornaram mais difícil a realização do seu trabalho/das suas tarefas escolares? Os (SINTOMAS DEPRESSIVOS) afetaram a qualidade do seu trabalho/das suas tarefas escolares?)</p> <p>Como os (SINTOMAS DEPRESSIVOS) afetaram sua capacidade de tomar conta das coisas em casa? E quanto a fazer coisas simples do dia a dia, como se vestir, tomar banho ou escovar os dentes? E quanto a fazer outras coisas que eram importantes para você, como atividades religiosas, exercício físico ou passatempos? Você evitou fazer algo porque sentiu que não estava à altura da tarefa?</p> <p>Os (SINTOMAS DEPRESSIVOS) afetaram outra parte importante da sua vida?</p> <p>SE OS SINTOMAS DEPRESSIVOS NÃO INTERFERIRAM NA VIDA: O quanto você se sentiu incomodado ou aborrecido por ter (SINTOMAS DEPRESSIVOS)?</p>	<p>B. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes do funcionamento.</p>	<p>— +</p>	<p>A25</p>	
<p>Houve alguma outra vez que você esteve (deprimido/TERMOS PRÓPRIOS DO PACIENTE) e isso causou ainda mais problemas do que a vez sobre a qual acabei de perguntar?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM: Volte para A15, página 172, e avalie os sintomas para esse episódio.</p> <p>SE A RESPOSTA FOR NÃO: Continue com A29 (Episódio Maníaco Atual), página 176.</p>					<p>Continue com A26 (Critério C), a seguir.</p>



ANEXO 2. Emenda de aprovação do estudo com subamostra de participantes do projeto CUME para realização da validação do diagnóstico autodeclarado de depressão.



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Coorte de Universidades MinEiras (CUME): impacto do padrão alimentar brasileiro e da transição nutricional sobre as doenças crônicas não transmissíveis - fase 2

Pesquisador: Adriano Marçal Pimenta

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 44483415.5.1001.5149

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Patrocinador Principal: FUNDACAO DE AMPARO A PESQUISA DO ESTADO DE MINAS GERAIS

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.421.158

Apresentação do Projeto:

Trata-se de solicitação de emenda ao projeto, explicada na carta enviada pelo proponente conforme a seguir: " Venho por meio desta, solicitar ao COEP/UFMG a avaliação da emenda ao projeto de pesquisa intitulado: "Coorte de Universidades MinEiras (CUME): impacto do padrão alimentar brasileiro e da transição nutricional sobre as doenças crônicas não transmissíveis - fase 2 (CAEE: 44483415.5.1001.5149). Trata-se de um estudo longitudinal cuja linha de base, inicialmente intitulada: "Coorte das Universidades Mineiras (Cume): impacto do padrão alimentar brasileiro e da transição nutricional sobre as doenças e agravos não transmissíveis (CAEE: 07223812.3.1001.5149)", foi aprovada pelo COEP/UFMG em 18 de março de 2013, conforme parecer disponível na plataforma Brasil, Anexo A da nova versão do projeto de pesquisa. Em 01 de julho de 2015, o COEP/UFMG também aprovou a atual versão do projeto de pesquisa (CAEE: 44483415.5.1001.5149), conforme parecer disponível na plataforma Brasil, Anexo B da nova versão do projeto de pesquisa. À época, foi enviado um novo projeto de pesquisa no qual se previa a realização de um estudo de validação de variáveis que compõem o diagnóstico de doenças crônicas não transmissíveis e a coleta da primeira onda de seguimento da coorte. Por desconhecer os procedimentos do COEP/UFMG, fiz o envio desta versão ao invés de propor uma emenda, gerando uma duplicidade de projetos na plataforma Brasil. Assim, tentando contornar este problema, em 2019, mantendo daqui por diante apenas uma versão do projeto de pesquisa, envio

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 3.421.158

esta emenda com o intuito de que o COEP/UFMG aprove a coleta da segunda onda de seguimento, prevista para ocorrer entre março e agosto de 2020, ao mesmo tempo em que se propõe um estudo de validação do autodiagnóstico de depressão, que será conduzido, no segundo semestre de 2019, por um novo integrante do projeto, psiquiatra e professor da Faculdade de Medicina da UFMG. "

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Avaliar o impacto do padrão alimentar brasileiro no desenvolvimento de DCNT em indivíduos graduados na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), na Universidade Federal de Viçosa (UFV), na Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP), na Universidade Federal de Lavras (UFLA) e na Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF).

Objetivo Secundário: - Caracterizar a população segundo variáveis demográficas, socioeconômicas, antropométricas, bioquímicas e do estilo de vida (tabagismo, etilismo e atividade física);- Caracterizar o padrão alimentar da população em estudo, em relação aos grupos de alimentos, nutrientes e fatores dietéticos específicos;- Estimar a prevalência e a incidência de DCNT; - Propor modelos de associação (análise transversal da linha de base) e de predição (análise longitudinal do seguimento) das variáveis de caracterização da população, com ênfase no padrão alimentar, com as DCNT; - Validar os dados autodeclarados por uma sub amostra de participantes a respeito das variáveis que compõem os diagnósticos das DCNT; - Validar o auto diagnóstico médico de depressão em uma sub amostra de participantes.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os possíveis riscos deste estudo podem ocorrer por forma de constrangimento ao responder às questões contidas nos instrumentos de coleta de dados da pesquisa. Para amenizar estes riscos, informaremos aos participantes que manteremos sigilo e anonimato sobre os seus dados que serão divulgados somente para fins científicos. Além disso, também pode ocorrer dor, náusea e tontura em decorrência do procedimento de coleta de sangue, mas, caso estes sintomas venham a acontecer, a equipe do laboratório de análise clínicas contratado está treinada para atender o participante de maneira segura e imediata.

Benefícios:

Os resultados deste estudo terão importantes implicações para a saúde pública brasileira. Por exemplo, estratégias de promoção à saúde poderão ser criadas, visando, principalmente, a prevenção e o controle da morbimortalidade por DCNT por meio do incentivo da prática de alimentação saudável, restringindo-se ou incentivando-se o consumo de determinados grupos de

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos,6627 2º Ad SI 2005
Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 3.421.158

alimentos, ou ainda, criando-se programas de educação nutricional. Adicionalmente, o participante terá acesso a todos os seus resultados de exames físico e laboratorial e, caso seja detectado alguma alteração, a equipe do projeto irá orientá-lo a procurar o adequado atendimento de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A emenda proposta visa corrigir a duplicidade de projetos na Plataforma Brasil e inserir segunda onda de seguimento, prevista para ocorrer entre março e agosto de 2020. Nesse caso, voluntários que participaram de etapa anterior do projeto serão contatados e solicitados a participar do seguimento, por meio de apresentação do TCLE por via eletrônica e acesso a questionário do estudo .

Além desse procedimento, a emenda também prevê que uma parte dos voluntários que participaram de etapa anterior também sejam contatados convidados a participar dessa nova etapa da pesquisa, que consistirá em realizar uma consulta com psiquiatra para validar autodiagnóstico de depressão, por psiquiatra e professor da Faculdade de Medicina da UFMG.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados:

- Folha de Rosto assinada pelo Diretor da Escola de Enfermagem-UFMG, datada em 2015
- Parecer consubstanciado aprovado pela Câmara Departamental do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública /Escola de Enfermagem-UFMG, datado de 2015
- Formulário de Informações Básicas
- Projeto completo/Brochura da investigação, contendo os questionários nos anexos
- Carta resposta à diligência, esclarecendo os locais da consulta, que serão feitas com marcação prévia e com ressarcimento de gastos de deslocamento
- TCLE ondas de seguimento e TCLE validação da depressão, específicos para os novos procedimentos propostos na emenda, com inclusão de esclarecimentos sobre o local da consulta e ressarcimento de despesas.

Recomendações:

Não há.

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos,6627 2º Ad SI 2005
Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 3.421.158

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

SMJ, a emenda está aprovada.

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o CEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1345404_E2.pdf	11/06/2019 16:54:32		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado_versao_pos_diligencia_2019.doc	11/06/2019 16:51:47	Adriano Marçal Pimenta	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_etapa_de_validacao_autodiagnostico_de_depressao_versao_pos_diligencia_2019.docx	11/06/2019 16:51:21	Adriano Marçal Pimenta	Aceito
Outros	Resposta_diligencia_projeto_versao_2019.doc	11/06/2019 16:51:01	Adriano Marçal Pimenta	Aceito
Outros	Emenda_projeto_versao_2019.doc	07/05/2019 12:11:27	Adriano Marçal Pimenta	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_ondas_de_seguimento_versao_2019.docx	07/05/2019 12:10:53	Adriano Marçal Pimenta	Aceito
Outros	444834155pareceremassinado.pdf	08/02/2018 10:32:25	Vivian Resende	Aceito
Outros	444834155pareceremassinado.pdf	08/02/2018 10:32:25	Vivian Resende	Aceito
Outros	444834155emendaassinada.pdf	08/02/2018 10:32:12	Vivian Resende	Aceito
Outros	444834155emendaassinada.pdf	08/02/2018 10:32:12	Vivian Resende	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE_linha_de_base_novo_inclusao_UFOP_UFLA_UFJF.pdf	24/01/2018 14:59:23	Adriano Marçal Pimenta	Aceito

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005
Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Validação do diagnóstico autodeclarado de depressão em participantes da Coorte de Universidades Mineiras
(projeto CUME)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 3.421.158

Ausência	TCLE_linha_de_base_novo_inclusao_UFOP_UFLA_UFJF.pdf	24/01/2018 14:59:23	Adriano Marçal Pimenta	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado_inclusao_UFOP_UFLA_UFJF.pdf	24/01/2018 14:58:21	Adriano Marçal Pimenta	Aceito
Outros	444834155relatorioassinado.pdf	01/11/2017 13:33:08	Vivian Resende	Aceito
Parecer Anterior	Parecer Câmara.pdf	27/04/2015 16:03:01		Aceito
Folha de Rosto	Folha de rosto assinada.pdf	27/04/2015 14:39:13		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 27 de Junho de 2019

Assinado por:

Eliane Cristina de Freitas Rocha
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005
Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Apêndice

APÊNDICE 1. Roteiro para validação individual em saúde utilizado durante as entrevistas presenciais

PROJETO CUME – UFMG Roteiro para validação individual em saúde mental versão 1.3	COLOCAR RESPOSTAS
IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE:	()
Iniciar menos formalmente com entrevista geral em psiquiatria (Anamnese). Logo que o tema da depressão surgir inicie as perguntas abaixo sobre depressão e aplique os instrumentos anexos se necessário. Ao investigar sobre depressão quando o participante entrou na pesquisa utilize as perguntas do roteiro do DSM-5.	
1. Em 2018 (no início da pesquisa) você relatou diagnóstico médico de depressão? (1) Não (2) Sim (3) Não sabe (4) Outros:	()
Se sim, solicitar que descreva o quadro (espaço para resumo no final da folha ou no verso).	
No caso de não ou não sabe, pesquisar ativamente sobre sinais e sintomas de depressão.	
2. DSM-5: (1) Não preenche critérios para depressão QUANDO ENTROU NA PESQUISA (2) Preenche critérios para depressão QUANDO ENTROU NA PESQUISA (3) Não é possível afirmar se teve depressão QUANDO ENTROU NA PESQUISA (4) Outros:	()
3. CITAR se há diagnóstico de depressão NA VIDA segundo o DSM-5: (1) Não (2) Sim (3) Não sabe (4) Outros:	()
4. Há diagnóstico de depressão NO ÚLTIMO ANO segundo o DSM-5: (1) Não (2) Sim (3) Não sabe (4) Outros:	()
5. Há diagnóstico para depressão NO MOMENTO segundo o DSM-5: (1) Não (2) Sim (3) Não sabe (4) Outros:	()
6. Comorbidades psiquiátricas ou médicas em geral detectadas segundo o DSM-5 ou CID10 (codificar depois):	() ()
7. PONTUAÇÃO NO AUDIT (SE PRECISAR APLICAR).	()
8. PONTUAÇÃO NO MOOCA (SE PRECISAR APLICAR).	()
9. A depressão a partir de 2018 afetou o trabalho? (1) Não (2) Sim (3) Não sabe (4) Outros: Descrever:	()
10. A depressão a partir de 2018 foi ocasionada pelo trabalho? (1) Não (2) Sim (3) Não sabe (4) Outros: Descrever:	()
11. História de ter sofrido violência na vida (física, sexual ou psicológica)? (1) Não (2) Sim (3) Não sabe (4) Outros: Descrever:	()
12. Ter sofrido violência contribuiu para a depressão? (1) Não (2) Sim (3) Não sabe (4) Outros: Descrever:	()
13. Ter sofrido violência afetou o seu trabalho ou profissão? (1) Não (2) Sim (3) Não sabe (4) Outros: Descrever:	()

14. RESUMO DA ANAMNESE PSIQUIÁTRICA (inclusive tratamento atual e prévio da depressão):

RESUMO DO EXAME DO ESTADO MENTAL DURANTE A ENTREVISTA:
