

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

SAMUEL VASCONCELOS SILVA CARVALHO

**AVALIAÇÃO DOS TRANSTORNOS DE HUMOR E QUALIDADE DE VIDA DE
MÃES DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM SINDROME DE DOWN**

Goiania/GO
2017

SAMUEL VASCONCELOS SILVA CARVALHO

**AVALIAÇÃO DOS TRANSTORNOS DE HUMOR E QUALIDADE DE VIDA DE
MÃES DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM SINDROME DE DOWN**

Trabalho de conclusão de curso apresentado como parte dos requisitos para obtenção do grau de Bacharel em Educação Física - Bacharelado da Universidade Federal de Goiás.

Orientadora:
Dra. Vanessa H. Santana Dalla Déa

Goiania/GO
2017

XXX (Dados da Biblioteca)

CARVALHO, Samuel Vasconcelos Silva.
Avaliação dos transtornos de humor e qualidade de vida de mães de crianças e adolescentes com síndrome de Down. Samuel Vasconcelos Silva Carvalho - GO, 2017.

Trabalho de conclusão de curso apresentado como parte dos requisitos para obtenção do grau de Bacharel em Educação Física - Bacharelado da Universidade Federal de Goiás.

Orientador: Dra. Vanessa H. Santana Dalla Déa

1. Transtorno de Humor 2. Ansiedade 3. Depressão .

CDU XXX (Dados da Biblioteca)

RESUMO

Todo ato de cuidar requer dedicação e tempo que muitas vezes leva ao desgaste físico e mental afetando as relações sociais e aspectos econômicos. Entretanto, o cuidador presentetambém chamado de cuidador formal ou informal esta a todo tempo vulnerável a sofrer diversas alterações no comportamento do humor acarretando transtornos de ansiedade, depressão, queda da qualidade de vida e que a longo ou curto prazo podem ser bastante prejudiciais não só para o mesmo, mas pode ter prevalência sobre o doente. Neste caso, o cuidador foi o nosso principal objetivo de estudo. Investigar possíveis sinais de transtornos de humor e qualidade de vida em mães de crianças/adolescentes com Síndrome de Down. Foram selecionadas 21 mulheres (mães) com idade média de (51,7 +- 9,0) e aplicado questionários que avaliam o transtorno de humor (ansiedade; depressão) e qualidade de vida. Os resultados mostraram um perfil do estado de humor ascedente, qualidade de vida boa, depressão tipo leve mas a ansiedade, evoluindo para nivel grave. Acredita-se que os exerciciosfisicos tem papel fundamental no controle sendo um potente ansiolítico.

Palavras-chave: Transtorno de Humor. Ansiedade. Depressão. Exercício Físico. Síndrome de DOWN

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Perfil do estado de humor (POMS) das participantes	23
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Sintomas depressivos, nível de ansiedade, qualidade de vida e transtornos de humor das participantes.	22
---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Quantidade de voluntarias x Domínios	17
---	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 TRANSTORNOS DE HUMOR	11
2.1 DEPRESSÃO	11
2.1.1 Ansiedade	13
2.1.1.1 Qualidade de vida.....	13
2.1.1.1.1 Influencia do exercício físico nos transtornos de humor.....	13
3 OBJETIVOS	16
4 MÉTODOS	17
5 DESENHO DO ESTUDO	20
5.1 INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK.....	20
5.1.1 Questionário IDATE TRAÇO e ESTADO	20
5.1.1.1 Questionário SF-36	21
5.1.1.1.1 Questionário (POMS)	21
5.1.1.2 Análise estatística	21
6 RESULTADOS	22
7 DISCUSÃO.....	24
8 CONCLUSÃO.....	27
REFERÊNCIAS.....	28
APÊNDICES.....	32
ANEXOS	36

1 INTRODUÇÃO

Talvez o único momento em que uma família vai feliz a um hospital seja o do nascimento de um filho, em torno do qual se cria grande expectativa, tornando-se esse evento um acontecimento de grande importância. Para nós, esse momento foi extremamente significativo, pois tínhamos um menino de 9 anos de idade e, então, iria nascer uma menina. Era tudo o que queríamos. Foi uma gravidez planejada, o pré-natal foi normal, a gravidez durou 38 semanas, os resultados dos exames de ultrassonografia foram normais, nenhum problema genético na família. Tudo indicava que teríamos um dia para comemorar e confraternizar.

Eu estava na sala de parto; nossa filha nasceu, chorou, mas ninguém a mostrou para mim (mãe). Achei que tivesse nascido com algum problema e a tivesse levado para socorrê-la, mas ninguém comentou nada. Fui para o quarto e perguntei se estava acontecendo alguma coisa com o bebê, mas ninguém me falava nada; o pediatra não aparecia, nem o bebê.

Mais tarde trouxeram minha filha e ela era linda! Não notei nada no bebê, mas percebi que meu marido estava diferente. Então perguntei se estava acontecendo algo, e ele falou que eu teia que ser forte, pois nossa filha estava com diagnóstico de síndrome de Down.

Eu (mãe) não entendia o tinha acontecido, e os médicos (pediatra/obstetra) também não tinha o preparo suficiente para dar essa notícia à família. Nós não tínhamos certeza, pois havia conflito entre os médicos quanto ao diagnóstico, e esperamos, então, o exame do cariótipo para contar à família. O exame demorou 120 dias, e essa espera foi muito sofrida. Em alguns momentos, olhávamos e víamos a síndrome, em outros, não víamos nada.

Aquele momento foi de profunda reclusão familiar. Nós dormimos e acordamos pensando que estamos sonhando, que aquilo não aconteceu, e, quando percebemos, estamos chorando e não sabemos por que, mas, ao mesmo tempo, olhamos para o bebê extremamente dependente e carente, precisando dos pais, e começamos a buscar forças. (DALLA DEA et al 2009, p. 55-56).

A síndrome de Down é uma desordem genética responsável pela presença de um cromossomo a mais também conhecida como trissomia 21. Esta síndrome vem acompanhada por um déficit no desenvolvimento da pessoa, determinando algumas características físicas e cognitivas, apresentando independentemente do sexo da criança podendo aparecer em qualquer família, esta tendo ou não antecedentes com síndrome de Down (FUNDAÇÃO SÍNDROME DE DOWN, 2013)

O relato acima abordado é mais um dentre vários casos de desencorajamento da família frente a Síndrome de Down em seu filho(a). Esse medo pelo desconhecido muitas vezes leva os pais a vivenciarem situações de instabilidade no humor resultando em ansiedade, depressão, reclusão social e até mesmo em alguns casos, familiar. Segundo Vieira e Vieira (2009) As pessoas não entendiam muito bem as dificuldades pelas quais passamos, porque a criança requer cuidados e exige muita disponibilidade da pessoa que cuida, geralmente a mãe. A dedicação a um único elemento modifica o relacionamento com os outros

membros (filho e marido), levando a um desequilíbrio nas relações (Casarin, 1999).

Compreendermos o cuidador e suas atribuições é o primeiro passo para estabelecermos uma correlação com os transtornos de humor e qualidade de vida, visto que na literatura, muito se debruça em casos específicos sobre essa vertente, porem, em especial a saúde do doente. Por isso conceituemos dois tipos de cuidador, sendo eles o cuidador informal e o cuidado formal.

O cuidador informal (leigo ou familiar) é aquele que oferece cuidados e assistência para outros, mas sem remuneração. Geralmente, este serviço é prestado em um contexto de relacionamento já em andamento. É uma expressão de amor e carinho por um membro da família ou amigo. Estes tipos de cuidadores auxiliam a pessoa que é parcialmente ou totalmente dependente de auxílio em seu cotidiano para realizar atividades da vida diária (LEME, 2015)

Já o cuidador formal oferece cuidados de saúde ou serviços sociais para outros, em função de sua profissão; usa as habilidades, a competência e a introspecção originadas em treinamentos específicos. O grau de instrução e treinamento para se obter certificados em varias profissões é muito variado. Pessoas que ocupam posições administrativas ou acadêmicas, e que tem sido treinadas na profissão de cuidar de outras pessoas, são também denominadas cuidadores formais. Geralmente esses cuidadores recebem compensação financeira pela previsão efetiva de serviços, algumas vezes não recebem quando na condição de voluntários de organizações, grupos ou particulares (LEME, 2015)

Sant' Ana et al. (2011) apontam que a família de pessoas com doença mental, no momento em que se depara com essa situação, tem suas vidas e comportamentos totalmente reconfigurados; necessitando adaptarem-se a um novo estilo de vida. Neste caso, a família passa a conviver mais com a pessoa com doença mental dificultando os relacionamentos e podendo gerar grande sobrecarga financeira e psicológica e conseqüentemente, prejuízo a qualidade de vida. Nestes casos, os sintomas de transtorno de humor, tais como ansiedade e depressão, podem interferir na saúde dos familiares, pois os mesmos convivem diariamente e nem sempre compreendem as alterações clinicam manifestadas pelo doente.

Casarin (1999) também complementa apontando que as famílias reagem de forma diferente quanto ao nascimento da criança com síndrome de Down, tornando existente um processo de luto adjacente em quatro fases. Na primeira fase de luto, ocorre um entorpecimento com choque e a descrença. Na segunda fase aparece a

ansiedade, com manifestações de emoções fortes (depressão) e o desejo de recuperar a pessoa perdida. A terceira fase se caracteriza pela desesperança ante o reconhecimento da imutabilidade da perda e a quarta fase de luto traz uma recuperação, com gradativa aceitação da mudança, redução da ansiedade e da insegurança.

Considerando que os cuidadores são submetidos a uma grande demanda psicológica ao cuidar/lidar com um ente da família com um problema de saúde crônico, estudos que investiguem os níveis de transtorno de humor nessa população são desejáveis. Ainda que a síndrome de Down não seja uma doença e sim uma desordem genética tal temática é importante, pois os cuidadores amiúde são esquecidos pelos profissionais da saúde. Adicionalmente, a investigação da influencia do exercício físicosobre os níveis de transtornos de humor pode revelar que a atividade física regular seja uma importante ferramenta não medicamentosa para prevenção e tratamento desse importante quadro clínico.

2 TRANSTORNOS DE HUMOR

O transtorno de humor é uma alteração caracterizada por uma alternância do estado de humor do qual pode ocorrer episódios de euforia ou depressão, fora da normalidade. Esses episódios são considerados inadequados em termos de intensidade, frequência e duração. (PICCOLOTO et al., 2000).

Uma das distinções mais importantes entre os transtornos de humor é a distinção entre as categorias unipolar e bipolar. Os transtornos unipolares do humor se caracterizam por sintomas depressivos, na ausência de história de humor elevado de forma patológica. Nos transtornos de humor bipolares, a depressão se alterna ou se mistura com mania ou hipomania. As pessoas que só têm mania recorrente ("mania unipolar") recebem diagnóstico de transtorno bipolar, na possibilidade de manifestar um episódio de depressão.

Estima-se que a depressão seja um dos principais problemas de atenção primária à saúde da família (ARANTES, 2007, apud CUNHA, 2014) e que o transtorno de humor está entre as doenças que mais levam as pessoas ao médico, cerca de 15% a 30% da população adulta tem depressão e 8% destes são acometidos por depressão maior.

2.1 DEPRESSÃO

Depressão do latim (*depressionem*) é ato de deprimir-se; abaixamento de nível resultante de pressão ou peso. Na psicologia o termo depressão está fortemente ligado a um distúrbio mental caracterizado por desânimo, sensação de cansaço, e cujo quadro muitas vezes inclui também ansiedade em grau maior ou menor (FERREIRA. A.B.H. 1986)

O transtorno depressivo pode ser dividido em dois grandes grupos, sendo eles: os unipolares, subdivididos em transtorno de humor maior e transtorno de humor distímico e bipolares, caracterizado por transtorno afetivo bipolar (BRUNONI, 2008).

Segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística em Transtornos Mentais em sua quinta edição (DSM - V) aponta que os

Transtornos depressivos incluem transtorno disruptivo da desregulação do humor, transtorno depressivo maior (incluindo episódio depressivo maior), transtorno depressivo persistente (distímia), transtorno disforico pré-menstrual, transtorno depressivo induzido por substância/medicamento, transtorno depressivo devido a outra condição médica, outro transtorno

depressivo especificado e transtorno depressivo não especificado. O transtorno depressivo maior representa a condição clássica desse grupo de transtornos envolvendo alterações nitidas no afeto, na cognição e em funções neurovegetativas, e remissões interepisódicas. Uma forma mais crônica de depressão, o transtorno depressivo persistente (distímia), pode ser diagnosticada quando a perturbação do humor continua por pelo menos dois anos em adultos e um ano em crianças (DSM-V, 2012-2013, p. 155).

Não abstenendo-se dos demais transtornos, ficaremos somente com o transtorno depressivo maior e o transtorno depressivo persistente (distímia), uma vez que representa a maior prevalência do estado de humor, e sendo o transtorno depressivo maior com uma prevalência durante a vida de cerca de 15% e cerca de 25% em mulheres (KAPLAN; SADOCK E GREBB, 1997). Para o diagnóstico de um episódio depressivo maior é necessário que o indivíduo apresente, durante um período de pelo menos duas semanas, cinco ou mais dos seguintes sintomas: humor deprimido na maior parte do dia e em quase todos os dias; falta de interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia; perda ou ganho de massa corporal sem estar de dieta; insônia ou hipersônia quase todos os dias; agitação ou retardo psicomotor; fadiga ou perda de energia; sentimento de inutilidade ou de culpa; indecisão e dificuldade de concentração; pensamento de morte ou tentativa de suicídio.

O transtorno depressivo persistente (distímia) significa "mal-humorado" e deve apresentar em seu diagnóstico, humor deprimido na maior parte do dia, na maioria dos dias, indicado por relato subjetivo ou observação feita por terceiros, por período mínimo de 2 anos. Enquanto deprimido deve ter a presença de duas (ou mais) das seguintes características: 1. Apetite diminuído ou hiperfagia, 2. Insônia hipersônia, 3. Baixa energia ou fadiga, 4. Baixa autoestima, 5. Fraca concentração ou dificuldade em tomar decisões, sentimento de desesperança (DUBOVSKY E DUBOVSKY, 2004). Sua evolução poderia estar ligada a um processo adaptativo de humor, sustentado em estados de estresse ou carência; ou seja, ela pode se manifestar por um afastamento das rotinas diárias ao invés de enfrentá-las. Em geral segue mecanismos etiológicos, biológicos e psicológicos (SPANEMBERG e JURUENA, 2004).

O transtorno afetivo bipolar, "[...] constitui um transtorno caracterizado por oscilações importantes do humor entre os polos da exaltação ou euforia (mania) e depressão" Sadock e Sadock (2007, apud PEDRILIO 2010, p. 12)

2.1.1 Ansiedade

A ansiedade inclui distúrbios que compartilham características de medo excessivo e ansiedade relacionada com distúrbios comportamentais. O medo é a resposta emocional, real ou percebida, ameaça iminente; ao passo que a ansiedade é a antecipação da ameaça futura.

A origem dos transtornos de ansiedade abarca vários fatores e acredita-se que a ocorrência de uma ansiedade está ligada a fatores ambientais, cognitivos e experiências de aprendizagem, facilitando os sintomas de ansiedade devido a uma inconstância biológica (GOODMAM E SCOTT, 2004, apud NARDI, 2013).

Considera-se também ansiedade, uma resposta natural do corpo, frente ao medo, que quando persistente ou grave interferem nas atividades diárias e na vida (STUBBE, 2008 apud NARDI, 2013).

2.1.1.1 Qualidade de vida

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), qualidade de vida pode ser definida como o pleno bem estar físico, mental e social. A qualidade de vida pode variar de acordo com a cultura da pessoa, varia de pessoa para pessoa dependendo de seus objetivos e suas expectativas. Observa-se, também, que alguns aspectos são comuns e universais, como o bem estar físico, psicológico, relações sociais, o ambiente, o nível de independência e as crenças pessoais religiosas. A estes seis itens deram, portanto o nome de "domínios", ou seja são os principais aspectos que determinam a qualidade de vida de uma pessoa (MASSOLA, 2015).

2.1.1.1.1 *Influencia do exercício físico nos transtornos de humor*

Antes de abordar um pouco mais sobre este tópico é necessário compreender dois conceitos primordiais. Estes conceitos referem-se á distinção entre a atividade física e o exercício físico, entendendo que os mesmos, por mais que tenham grande semelhança se diferem entre si.

Toda atividade física envolve qualquer movimento muscular que por sua vez aumenta o gasto energético acima dos níveis de repouso (PITANGA,

2002). Já o exercício físico, compreende uma atividade física planejada, estruturada e repetitiva, da qual tem como objetivo final ou intermediário aumentar ou manter a saúde e/ou aptidão física (CHEIK et al, 2003).

Mello et al. (2005) apontam que exercícios físicos regulares e sistemáticos acarretam resultados positivos na qualidade do sono, sobre aspectos psicológicos, sobre os transtornos de humor (ansiedade e depressão) e os aspectos cognitivos como a memória; aprendizagem; e tem levado as pessoas afirmarem, que em geral, a prática regular desenvolve uma associação entre a ausência ou raridade de sintomas depressivos ou de ansiedades mesmo em pessoas já diagnosticadas com a doença. Relatam ainda que estas práticas de exercícios tem aumentado os níveis de qualidade de vida daqueles que sofrem com transtorno de humor, mas que, no entanto o exercício aeróbico quanto o anaeróbico devem privilegiar o tempo de execução e não o aumento de carga de trabalho (volume x intensidade).

Um estudo de comparação entre grupo experimental e grupo controle analisou mulheres depressivas da qual eram tratadas pelo método tradicional, com administração de antidepressivos. Essas mulheres do grupo experimental foram submetidas á hidroginástica por 12 semanas regulares da qual evidenciou melhora no quadro depressivo com relação ao grupo controle do qual não apresentou nenhuma redução significativa com relação ao inicio do estudo (VIEIRA et al. 2006).

Em um estudo realizado por O'Connor et al (1995) nos Estados Unidos da América (EUA) analisaram a influencia do teste de esforço máximo em estado de ansiedade em três grupos separados. Cada grupo era composto por estudantes de diferentes faculdades nos EUA. O primeiro e segundo grupo totalizando 28 estudantes foram selecionados por médias e valores abaixo da média; o terceiro grupo totalizando 32 alunos foram selecionados a partir dos níveis de aptidão física. Este ultimo grupo também foi aleatoriamente atribuído a um controle ou um treinamento de oito semanas, a fim de determinar o efeito do aumento adequado nas respostas psicológicas ao teste de exercício máximo. A aptidão física foi determinada pela medição do consumo máximo de oxigênio. Ansiedade Estado (State-TraitAnxietyInventory) foi avaliado antes e 2-15 min após o exercício. Verificou-se que o estado de ansiedade em resposta aos testes de exercício máximo não foram influenciados por re-teste ou por 8 semanas de treinamento de resistência. Nos três grupos de estudo a resposta da ansiedade era variavel durante os primeiros 5 minutos após o teste de esforço em que aumenta ou diminui, não

observando mudanças na ansiedade para exercício máximo pareceu ser dependente dos níveis de ansiedade pré exercício, bem como o momento das avaliações pós-exercício. Concluiu-se portanto que no teste ergométrico máximo ocorre uma transição do humor negativo dos primeiros 5 min após o exercício para humor positivo entre 10-15 minutos.

Roeder (2004) e Mello et al. (2005), apontam que os exercícios físicos a curto prazo desenvolvem melhoras endógenas, alterações hormonais pelo equilíbrio dos sistemas nervoso simpático e parassimpático, liberação de serotonina remodelação de neurorreceptores específicos e diminuição da viscosidade sanguínea.

Araújo et al. (2007) abordam que a pratica de exercícios aeróbicos podem trazer benefícios antidepressivos e ansiolíticos, protegendo o individuo do estresse físico e psíquico, adicionalmente, a pratica do exercício físico regular traz melhorias para a saúde publica resultando em menos transtornos de humor.

Portanto, podemos verificarque a pratica de exercícios físicos melhora tanto o condicionamento físico quanto aos aspectos psicofisiológicos em curto prazo sendo relevante pra o tratamento da depressão de nível moderado Vieira et al. (2006), e que o efeito do exercício físico na ansiedade é multifatorial (MELLO et al. 2006)

3 OBJETIVOS

O objetivo geral deste trabalho foi avaliar os níveis de transtorno de humor (ansiedade e depressão) e qualidade de vida de mães de crianças adolescentes com Síndrome de Down.

Os objetivos específicos foram diagnosticar quantitativamente se essas mulheres tinham sua qualidade de vida afetada devido a uma sobrecarga de cuidado que resultaria em indicadores como o perfil do estado de humor alterado negativamente, assim como a ansiedade e depressão fora do normal e se a prática de atividade física e/ou exercício físico teria um impacto positivo no estado de humor.

4 MÉTODOS

Foram convidadas inicialmente a participar desta pesquisa todas as mães que tinham suas crianças ou adolescentes com Síndrome de Down vinculados a um projeto chamado Dando Asas, realizado pela faculdade de Educação Física e Dança - FEFD - UFG e posteriormente, estendemos a coleta para o Centro Estadual de Apoio ao Deficiente - CEAD

Estas mães foram abordadas pessoalmente e apresentada a elas o tema, objetivo da pesquisa, assim como suas especificidades, direitos por parte dos voluntários e o uso confidencial das informações a serem colhidas. Também foi apresentado a elas o termo de consentimento livre e esclarecido, esclarecendo aos sujeitos da pesquisa que os dados obtidos seriam utilizados apenas para fins de pesquisa, não apresentando qualquer efeito avaliativo e/ou institucional e que a confidencialidade e o anonimato seriam preservados. Após todas essas informações serem repassadas, essas mães assinaram o termo efetivando, portanto, a participação voluntária na pesquisa. Todos os procedimentos do estudo foram aprovados previamente pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás e obedecerão a resolução nº 466/2012 do conselho Nacional de Saúde.

No total, foram coletadas (n=21) amostras, sendo (n=14) do projeto Dando Asas e (n=7) do Centro Estadual de Apoio ao Deficiente. Essas 21 mulheres que participaram do estudo tinham (51,7+9,0 anos de idade); 14 moravam em Goiania - GO; 1 em Rio Verde - GO; 1 em Caxias - MA; 1 em Porangatu-GO; 1 em Aparecida-GO; 1 em Pernambuco; 1 em Filadelfia - TO e 1 em Caldazinha - GO. O quadro a seguir mostra a quantidade de voluntárias por domínios coletados no questionário inicial.

Quadro 1–Quantidade de voluntárias x Domínios

Domínios	Quantidade
ESTADO CIVIL	
Casado	12
Solteiro	8
PROFISSÃO	
Empresária	1
Aposentada	3
Assistente Social	1
Do lar	11

Artesã	1
Cabelereira	1
Vendedora autônoma	1
Gerente administrativo	1
RENDAS FAMILIAR	
1-2 Salários Mínimos	13
2-3 Salários Mínimos	2
3-4 Salários Mínimos	1
4-5 Salários Mínimos	3
5-10 Salários Mínimos	2
MAIOR NÍVEL DE FORMAÇÃO	
Ensino superior compl.	1
Ensino superior incompl.	1
Ensino médio compl.	11
Ensino médio incompl.	0
Ensino fund. Completo	0
Analfabeto	1
Primário	1
Ensino fund. Incompleto	4
Pós grad. Incompleta	1
Especialização	1
Mestrado	0
Doutorado	0
SEXO DA CRIANÇA	
Masculino	8
Feminino	14

Não obtivemos nenhuma dificuldade de acesso às voluntárias pela Universidade Federal de Goiás (UFG), uma vez que estas mães se encontravam presentes dentro da Faculdade de Educação Física e Dança. No entanto, no CEAD, foi realizado um pedido de pesquisa na coordenação e após confirmação foi entregue pelo serviço social a relação de crianças/adolescentes que recebiam atendimento no local, assim como o nome de suas mães e seus respectivos telefones. Foi agendado posteriormente pelo telefone o dia e horário em que elas poderiam responder os questionários referentes à pesquisa.

O projeto Dando Asas visa à integração da comunidade junto às atividades acadêmicas. Assim, seus objetivos são: Facilitar a acessibilidade das pessoas com deficiência com intuito de minimizar as barreiras arquitetônicas e atitudinais nos projetos de extensão realizados na Faculdade de Educação Física e Dança da UFG; possibilitar subsídios teórico práticos para a inclusão de pessoas com deficiência nos projetos de extensão do Centro de Práticas Corporais da Faculdade de

Educação Física e Dança e estabelecer parcerias com instituições e associações que trabalhem com pessoas com deficiência.

5 DESENHO DO ESTUDO

Foi utilizado como material de coleta, 4 questionários que avaliam: sintomas depressivos, nível de ansiedade, qualidade de vida e transtornos de humor.

5.1 INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK

Para avaliação da depressão foi utilizado o inventário de depressão de Beck et al. (1961). O questionário foi validado para a língua portuguesa por Gorenstein; Andrade, (1998) e consiste em um questionário com 21 itens, relacionados a sintomas e atitudes característicos de depressão, onde a intensidade varia de 0 a 3. Esses itens se referem a componentes cognitivos, afetivos, comportamentais e somáticos da depressão. A pontuação total permitiu a classificação da depressão em níveis onde: pontuação ≤ 9 , normal; $10 \leq \text{pontuação} < 16$, depressão leve; $16 \leq \text{pontuação} < 20$ depressão leve a moderada e pontuação ≥ 30 depressão severa. As pontuações variam de 0 a 63 pontos.

5.1.1 Questionário IDATE TRAÇO e ESTADO

IDATE (Inventário de Ansiedade Traço- Estado), traduzido e validado para a língua portuguesa por (BIAGGIO; NATALÍCIO; SPIELBERGER, 1970).

Trata-se de um instrumento de autopreenchimento que enfoca sintomas e atitudes distribuídos em 20 itens em ambas as partes. Não é diagnóstica, mas fidedigno em classificar a sintomatologia ansiosa. Para responder o questionário, a voluntária levou em consideração uma escala de quatro itens que variam de 1 a 4, em que 1 se refere a “absolutamente não”, “2- um pouco”, “3- bastante” e “4- muitíssimo”. Os pontos de corte são os mesmos utilizados na validação para o português em que: menos de 33 pontos: indicação de ansiedade leve; de 33 a 49 pontos: ansiedade média; mais de 49 pontos: indicação de ansiedade alta. As pontuações de ambas as partes variam de 20 a 80 pontos, portanto quanto maiores forem as pontuações, maior será o grau de ansiedade.

5.1.1.1 Questionário SF-36

Na avaliação da qualidade de vida foi utilizada o questionário Short Form Medical Outcomes Study SF-36 de Ware et al. (1994).

Trata-se de um instrumento composto por 36 itens que avalia oito dimensões, onde, dez itens são relacionados com a capacidade funcional, dois itens sobre dor, quatro itens de aspecto físicos, cinco itens relacionados com o estado geral de saúde, dois itens relacionados com aspectos sociais, quatro itens sobre vitalidade, três itens sobre aspectos emocionais, cinco itens relacionados à saúde mental e por fim uma questão que compara as condições da saúde atual com a de um ano atrás. Para avaliar os resultados, é determinada uma pontuação para cada uma das questões que, posteriormente, são transformadas em escala de 0 a 100, em que "zero" corresponde a um pior estado de saúde e "cem" a um melhor estado. Cada uma das dimensões foi analisada em separado Ciconelli, (1997).

5.1.1.1.1 Questionário (POMS)

A avaliação do perfil do estado de humor foi feito por meio do POMS (Profile of Mood State); onde este instrumento consiste em uma lista com 65 adjetivos que são relacionados ao estado de humor, em que o voluntário deve considerar uma escala de 0 a 4, para marcar como se sente em relação a cada adjetivo, onde "0- de jeito nenhum", 1- "um pouco", 2- "moderadamente", 3- "bastante" e 4- "muitíssimo". Este instrumento consiste em avaliar seis estados de humor dos indivíduos: tensão-ansiedade, depressão-desânimo, raiva-hostilidade, vigor-atividade, fadiga-inércia e confusão mental-perplexidade (MCNAIR et al, 1971; SPREEN, STRAUSS, 1998).

5.1.1.2 Análise estatística

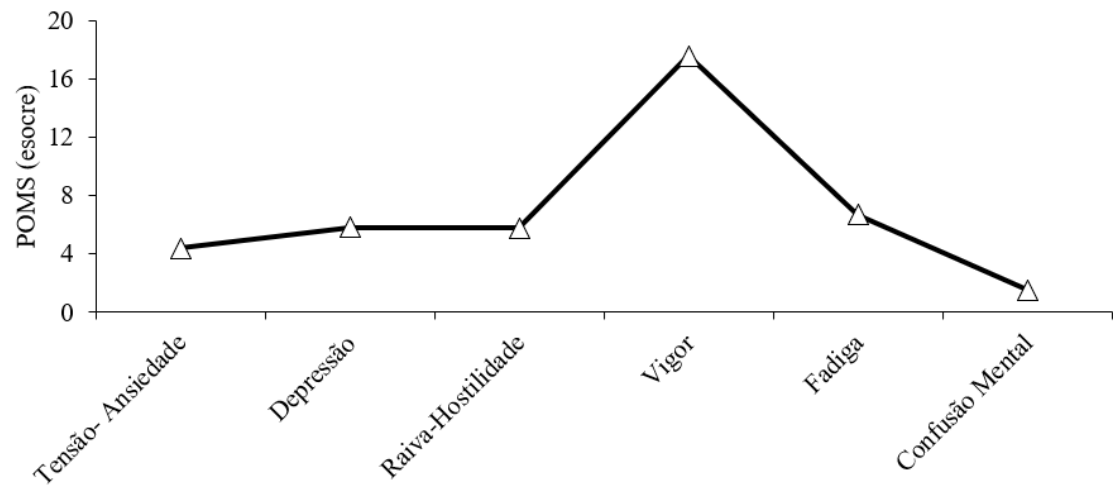
Foi realizada uma análise descritiva e os dados foram apresentados em média, desvio padrão, mínimo e máximo. Todas as análises foram realizadas no programa Microsoft Excel (versão 2016).

6 RESULTADOS

Tabela 1 - Sintomas depressivos, nível de ansiedade, qualidade de vida e transtornos de humor das participantes.

	Média ± Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Idade (anos)	51,7 ± 9,0	35,1	66,3
Beck	12,7 ± 4,9	3,0	20,0
Idate-Estado	40,6 ± 10,7	24,0	72,0
Idate-Traço	41,1 ± 9,5	24,0	66,0
Qualidade de vida			
Capacidade Funcional	64,0 ± 22,9	25,0	100,0
Aspectos Físicos	60,7 ± 42,3	0,0	100,0
Dor	58,8 ± 24,5	10,0	100,0
Estado Geral de Saúde	74,7 ± 20,9	35,0	100,0
Vitalidade	60,0 ± 18,1	15,0	80,0
Aspectos Sociais	78,0 ± 23,4	37,5	100,0
Aspectos Emocionais	63,5 ± 48,2	0,0	100,0
Saúde Mental	70,3 ± 21,5	12,0	100,0
Geral	66,0 ± 21,5	25,7	90,6
Perfil de Estado de Humor (POMS)			
Tensão- Ansiedade	4,4 ± 3,8	-3	13
Depressão	5,8 ± 5,7	0	20
Raiva-Hostilidade	5,8 ± 4,6	0	19
Vigor	17,6 ± 5,3	6	26
Fadiga	6,7 ± 4,0	1	17
Confusão Mental	1,5 ± 3,7	-4	9
Distúrbio Total de Humor	6,3 ± 22,1	-29	49

Figura 1 - Perfil do estado de humor (POMS) das participantes



7 DISCUSÃO

No presente estudo os escores obtidos mostram que a média de depressão nestas mulheres foram (12,7) o que resulta em uma depressão leve segundo a classificação da depressão proposto por Beck et al (1961), ($10 \leq \text{pontuação} < 16$) depressão leve. Entretanto ao avaliar o perfil do estado de humor (POMS) podemos levar em consideração as últimas semanas ou estado atual como ocorreu neste estudo. Verificou-se que na média o fator ou dimensão Vigor teve um score de (17,6) e máxima de (26) o que compreende um gráfico do tipo “iceberg” demonstrando um perfil de estado de humor positivo.

O nível de ansiedade obtido foi conceitualizado em (Ansiedade-Estado) e (Ansiedade-traço) cujo o nível de ansiedade é transitório e o outro latente e estável até que uma situação as ative. Ao obter os resultados, as médias de ansiedade tipo traço foram (41,1) ao passo que do tipo estado foram (40,6). Segundo Biaggio; Natalício e Spielberger; (1970) de 33 a 49 pontos considera ansiedade média. Na avaliação da qualidade de vida todas as voluntárias apresentaram no geral um melhor estado de saúde e a média encontrada foi (66,0) e máxima de (90,6).

As mulheres avaliadas neste estudo eram mães que tinham em média 52 anos de idade, 11 delas exerciam trabalho no lar, 12 eram casadas, recebiam entre 1-2 salários mínimos, 11 tinham seu maior nível de formação o Ensino Médio completo e 14 tinham filhos do sexo feminino. Estes são os maiores valores encontrados como mostra no quadro anterior.

Nobre, (1995) afirma que qualidade de vida é tudo aquilo que consideramos um certo conforto íntimo e que vem acompanhado de felicidades dentro da família, da comunidade à que pertence, desempenhando bem as funções físicas e psíquicas, trazendo bem estar. Afirma ainda que a qualidade de vida não deve ser determinada por fatores ambientais e nem influenciado pelos aspectos sociais, deve ser algo inerente de cada um. No entanto, na tabela podemos observar que a dimensão dos aspectos sociais foi o mais alto e conferiu maior importância para este grupo, com média de (78,0) seguido de Estado Geral de Saúde, com (74,7). Minayo, (2000) diz que a qualidade de vida não é só uma representação social devido aos elementos de subjetividade e de incorporação cultural mas também é composta por parâmetros materiais de necessidades humana como: alimentação, acesso a água potável, habitação, trabalho, educação, saúde e lazer.

Além da qualidade de vida ser um fator que predispõe uma mínima de ansiedade traço-estado e depressão, no presente estudo verificou-se uma qualidade de vida boa, porém com ambas taxas de ansiedade do tipo média necessitando lançar mão de soluções que visem a conversão destes resultados para condições leves afim de que não venham agravar o quadro e evoluir para uma situação severa.

Partindo desse pressuposto Oliveira et al, (2006) apontam que frequentemente em idosos a ansiedade gera insônia, tensão, irritabilidade, dificuldade de concentração, dores musculares e taquicardia. Nestes casos o exercício físico assume como um ansiolítico podendo reduzir os níveis de ansiedade. No entanto essa redução parece ser difícil de diagnosticar pois existem poucos estudos que especifique os níveis de intensidade, duração e/ou duração de algum programa de exercícios. Metanálises realizadas dentro desta problemática apontam que exercícios aeróbicos tem mais chances de reduzir a ansiedade severa, do que os exercícios anaeróbicos cuja resposta é ligeira a ansiedade. Landers e Petruzzelo apud Skully et al, (1998) ao analisarem alguns estudos observaram sugestões de exercícios de baixa intensidade como andar, em (40-50% da frequência cardíaca máxima), enquanto outros argumentavam que o exercício deveria ser moderadamente intensivo (50-60% da frequência cardíaca máxima) ou que o mais benéfico seria exercícios de alta intensidade (70-75% da frequência cardíaca máxima). Skully et al, (1998) apontaram também que sessões de treinamento clínicos ou não clínicos individuais, obtiveram resultados ansiolíticos surpreendentes quando realizados com duração de 5 min entre 10 - 15 semanas.

Um estudo realizado por Lane e Lovejoy, (2001) selecionou 80 pessoas com média de 27,90 anos que já tinham experiência anterior com dança ou nos últimos três meses, e aplicou-se o perfil de estado de humor 15 minutos antes do exercício. Foi escolhido como atividade uma aula de dança aeróbica por 60 minutos com aquecimento, parte principal e volta calma. O objetivo era examinar se houve influência do exercício sobre as dimensões do humor deprimido e portanto hipotetizaram se o exercício estaria associado ao melhor humor, independentemente do humor deprimido, o efeito do exercício sobre o humor naquelas pessoas que apresentaram humor deprimido antes do exercício e se o perfil de humor deprimido pré exercício estaria associado a raiva, confusão, fadiga e tensão com baixo vigor. Os resultados indicaram que a raiva, confusão, fadiga, tensão e vigor reduziram significativamente, concluindo que o exercício físico reduz

o humor negativo sobretudo no grupo que foi diagnosticado com humor deprimido pré exercício.

8 CONCLUSÃO

Dada a existência de uma patologia como a Síndrome de Down em algum membro da família as chances desta pessoa desenvolver um transtorno de humor nos seus mais variados tipos é altamente significativo, o que faz demonstrar que a prevalência de algum tipo de transtorno de humor na família leva os demais parentes a desenvolverem transtornos iguais ou semelhantes. Estudos cuidadosos têm repetidamente demonstrado que os transtornos de humor são familiares (DUBOVSKY; DUBOVSKY, 2004, p. 106).

Diante dessa realidade debruçamos a pesquisar o cuidador com objetivo de tirar o olhar no doente e focar no parente mais presente da família de pessoas que sofrem com esta Síndrome. Comumente este cuidador está na ordem de parente de primeiro grau, sendo pai, mãe ou irmãos. Portanto fechamos o estudo nas mães de crianças e adolescentes com Síndrome de Down afim de avaliar os transtornos de humor e qualidade de vida levantando hipóteses de que a qualidade de vida dessas mães estariam prejudicadas e resultando em um transtorno de humor mais frequente ou vice versa e no que a prática de exercício poderia contribuir para tal.

Dos resultados obtidos observamos que essas mães apresentam um perfil de estado de humor positivo e que as dimensões na qualidade de vida não sofreram impactos negativos devido ao processo do cuidado. No entanto observa-se que o nível de ansiedade requer uma certa atenção e por isso se faz jus a presença de métodos terapêuticos medicamentoso ou não medicamentoso afim de regredir o quadro de ansiedade. Durante o processo de contextualizar a problemática, houve grande dificuldade pois não há na literatura uma rica investigação do cuidador necessitando recortes que embasavam a pesquisa, de modo que seja necessário um aprofundamento maior no tema.

Embora na literatura não demonstre precisamente que a incidência de exercícios físicos tenha efeitos duradouros, casos isolados de pesquisas com diferentes grupos que apresentaram transtorno de humor ou perfil do estado de humor fora do normal se mantiveram convidativos do ponto de vista nos resultados e sugerem manter frequente e constante a prática de exercícios de preferência aeróbicas pois obtiveram respostas ansiolíticas.

Concluo este trabalho sugerindo continuidade nas investigações para este grupo de mulheres (mães), atribuindo pesquisas transversais com intervenções de

ordem física com práticas corporais que visem comprovar concretamente as discussões acerca do impacto do exercício físico na regressão da depressão, ansiedade ou qualquer uma das dimensões apresentadas na qualidade de vida ou perfil do estado de humor.

REFERÊNCIAS

, Livia Sanches Pedrílio. **Transtorno afetivo bipolar e terapêutica medicamentosa** : adesão, conhecimento e dificuldade de pacientes e familiares. 2010. 93 f. Dissertação (Mestrado)-Programa de Pós-Graduação em Escola de enfermagem de Ribeirão Preto-Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ARAÚJO, Sônia Regina Cassiano de; MELLO, Marco Túlio de; LEITE, José Roberto. Transtornos de ansiedade e exercício físico. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo; v. 29, n. 2, p. 164-171, out. 2006.

BECK, A. T.; WARD, C.H.; MENDELSON, M.; et al. An Inventory for Measuring Depression. **Archives of General Psychiatry**. Philadelphia; v. 4, n. 6, p. 561-571, jun. 1961.

BIAGGIO, Angela M. B.; NATALÍCIO, Luiz; , Charles D. Spielberger. Desenvolvimento da forma experimental em português do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), de Spielberger. **Arquivo brasileiro de Psicologia aplicada**. Rio de Janeiro; v. 29, n. 3, p. 31-44, jul. 1977.

BRUNONI, André Russowsky. Transtornos mentais comuns na prática clínica. **Revista de Medicina**. São Paulo; v. 87, n. 4, p. 251-263, out. 2008.

CICONELLI, Rosana Mesquita. **Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida " medical outcomes study 36-item short-form health survey (sf-36)"** . 1997. 120 f. Tese (Doutorado)-Programa de Pós-Graduação em Medicina-Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 1997.

CUNHA, Mateus Nader. **Transtornos de Humor na atenção primária**: Realidade de uma equipe de saúde da Família de Governador Valadares - Minas Gerais.. 2014. 32 f. Monografia (Especialização em Curso de especialização em atenção Básica em saúde da Família)-Universidade Federal de Minas Gerais, Governador Valadares-MG, 2014.

DÉA, Vanessa Helena Santana Dalla; DUARTE, Edison. **Síndrome de Down: informações caminhos e histórias de amor**. São Paulo: PHORTE, 2009.

DUBOVSKY, Steven L.; DUBOVSKY, Amelia N.. **Transtornos do humor**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

FERREIRA, Aurelio Buarque de Holanda; ANJOS, Margarida dos; FERREIRA, Marina Baird; et al. **Novo Dicionário da língua portuguesa**. 2 ed. Rio de Janeiro, RJ: Nova Fronteira S.A., 1986.

GORESTEIN, Clarice; ANDRADE, Laura. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. **Rev. psiquiatr. clín.**. São Paulo; v. 25, n. 5, p. 245-250, jul. 1998.

KAPLAN, Harold I.; SADOCK, Benjamim J.; GREBB, Jack A.. **Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica**. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 1997.

LANE, A. M.; LOVEJOY, D. J.. The effects of exercise on mood changes: the moderating effect of depressed mood. **The journal of sports medicine and physical fitness**. British; v. 41, n. 4, p. 539-545, jan. 2002.

MASSOLA, Ricardo. **O que é qualidade de vida? Podemos medi-la**. Disponível em: <<http://www.ricardomassola.com.br/o-que-e-qualidade-de-vida-podemos-medi-la>>. Acesso em: 31 ago. 2017.

MELLO, Marco Túlio de; BOSCOLO, Rita Aurelia; ESTEVES, Andrea Maculano; et al. O exercício físico e os aspectos psicobiológicos. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**. São Paulo; v. 11, n. 3, p. 203-207, mai. 2005.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; BUSS, Paulo MArchiori. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & saúde coletiva**. v. 5, n. 1, p. 7-18, fev. 2000.

NARDI, Patrícia Cavalari. **Variáveis psicológicas em um programa de promoção de saúde mental na infância**. 2013. 81 f. Dissertação (Mestrado)-Programa de Pós-Graduação em Psicologia-Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras/USP, Ribeirão Preto, 2013.

NOBRE, Moacyr Roberto Cuce. Qualidade de vida. **Arq. Bras. Cardiol**. São Paulo; v. 64, n. 4, p. 299-300, mar. 1995.

OLIVEIRA, Katya Luciane de; SANTOS, Acácia Aparecida Angeli do; CRUVINEL, Mirian; et al. Relação entre ansiedade, depressão e desesperança entre grupos de idosos. **Psicologia em estudo**. Maringá; v. 11, n. 2, p. 351-359, mai. 2006.

PICCOLOTO, Neri; WAINE, Ricardo; BENVENÚ, Luciane; et al. Curso e prognóstico de depressão _Revisão comparativa entre os transtornos do humor. **Revista de Psiquiatria Clínica**. n. edição online, p. 1-14, jan. 2000.

PITANGA, Francisco José Gondim. Epidemiologia, atividade física e saúde. **Revista Brasileira Ciências e Movimento** . Brasília; v. 10, n. 3, p. 49-54, jul. 2002.

PORTAL HOME CARE. **Cuidador formal e informal**. Disponível em: <<http://portalhomecare.com.br/cuidador-formal-e-informal/>>. Acesso em: 1 jun. 2017.

ROEDER, Maika Arno. Benefícios da atividade física em pessoas com transtornos mentais. **Revista Brasileira Atividade Física e Saúde**. Florianopolis ; v. 4, n. 2, p. 62-76, dez. 1999.

SANT'ANA, Marília Mazzuco; PEREIRA, Valdete Preve; BORENSTEIN, Miriam Süsskind; et al. O SIGNIFICADO DE SER FAMILIAR CUIDADOR DO PORTADOR DE. **Texto contexto enfermagem**. Florianópolis; v. 20, n. 1, p. 50-58, jan. 2011.

SCULLY, Deirdre; MEADE, John Kremer, Mary M; GRAHAM, Rodger; et al. Physical exercise and psychological well being: a critical review. **Br. F. Sports Med.** n. 32, p. 111-120, mar. 1998.

SHEIK, Nadia Carla; REIS, Ismair Teodoro; VENTURA, Rímmel Amador GuzmanHeredia, Maria de Lourdes; et al. Efeitos do exercício físico e da atividade física na depressão e ansiedade em indivíduos idosos. **Ciência e Movimento** . Brasília; v. 11, n. 3, p. 45-52, jul. 2003.

SPANEMBERG, Lucas; JURUENA, Mario Francisco. Distímia: Características históricas e nosológicas e sua relação com transtorno depressivo maior . **Artigo de revisão**. Porto Alegre - RS; v. 26, n. 3, p. 300-311, set. 2004.

VIEIRA, José Luiz Lopes; PORCU, Mauro; ROCHA, Priscila Garcia Marques da. A prática de exercícios físicos regulares como terapia complementar ao tratamento de mulheres com depressão . **Jornal Brasileiro de psiquiatria**. São Paulo; v. 56, n. 1, p. 23-28, dez. 2007.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Questionario Inicial



Universidade Federal de Goiás
Faculdade de Educação Física e Dança
Setor de Fisiologia Humana e do Exercício

1. Nome da mãe: _____
2. Data de nascimento: ____/____/19____
3. SEXO: () M () F Cidade: _____ UF: _____
4. Estado civil: () solteiro () casado () divorciado () viúvo
5. Profissão: _____
6. Qual é a renda total, mensal (aproximada) de sua família? Some o seu salário com o de seu cônjuge e com o de seus filhos (que ainda dependem de você). Salário mínimo atual: R\$788,00

<input type="checkbox"/> 1 salário mínimo	<input type="checkbox"/> Entre 1-2 salários mínimos	<input type="checkbox"/> Entre 2-3 salários mínimos
<input type="checkbox"/> Entre 3-4 salários mínimos	<input type="checkbox"/> Entre 4-5 salários mínimos	<input type="checkbox"/> Entre 5-10 salários mínimos
<input type="checkbox"/> Entre 10-15 salários mínimos	<input type="checkbox"/> Entre 15-20 salários mínimos	<input type="checkbox"/> Acima de 20 salários mínimos

7. Por quantos anos você estudou? _____
8. Maior nível de formação:

<input type="checkbox"/> Ensino fundamental incompleto	<input type="checkbox"/> Ensino fundamental completo	<input type="checkbox"/> Ensino médio incompleto
<input type="checkbox"/> Ensino médio completo	<input type="checkbox"/> Ensino superior incompleto	<input type="checkbox"/> Ensino superior completo
<input type="checkbox"/> Pós-graduação incompleta	Pós-graduação completa:	
	<input type="checkbox"/> Especialização	
	<input type="checkbox"/> Mestrado	
	<input type="checkbox"/> Doutorado	
9. Nome do(a) filho(a): _____
10. Data de nascimento do(a) filho(a): ____/____/____
11. SEXO: () M () F

Data de preenchimento: ____/____/2015
ID: _____ (preenchimento pelos pesquisadores)

APÊNDICE B - Termo de consentimento livre esclarecido (TCLE)



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E INOVAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada para participar, como voluntária, de uma pesquisa. Meu nome é Claudio Andre Barbosa de Lira, sou o pesquisador responsável e minha área de atuação é Fisiologia do Exercício.

Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa, você não será penalizado de forma alguma.

Em caso de dúvida **sobre a pesquisa**, você poderá entrar em contato com o pesquisador responsável, no telefone (0xx62) 3521-1787 ou por e-mail: andre.claudio@gmail.com. Em caso de dúvida **sobre os seus direitos** como participante nesta pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, nos telefones: (0xx62) 3521-1075 ou 3521-1076.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES SOBRE A PESQUISA

Você está sendo convidada a participar do projeto intitulado “**Avaliação dos transtornos de humor e qualidade de vida de mães de crianças/adolescentes com síndrome de Down**”. Para tanto, você responderá a alguns questionários.

Como se trata de um estudo sem qualquer intervenção clínica (você somente responderá a questionários), não existem possíveis desconfortos e riscos associados com a sua participação voluntária neste projeto.

Em qualquer etapa do estudo você terá acesso aos seus resultados. Além disso, é garantida a liberdade de interromper a participação no estudo a qualquer momento, sem que isto resulte em qualquer tipo de implicação.

As informações obtidas neste estudo são confidenciais e serão analisadas em conjunto, não sendo divulgada a identificação de qualquer voluntária. Não haverá despesas pessoais para a voluntária e, portanto, não haverá nenhum tipo de pagamento ou gratificação.

Em caso de dano pessoal diretamente causado pelos procedimentos propostos neste

estudo (nexo causal comprovado), a participante terá direito legal e garantido de ressarcimento.

Assinatura do pesquisador _____

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO DA PESQUISA

Eu, _____, RG _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo **“Avaliação dos transtornos de humor e qualidade de vida de mães de crianças/adolescentes com síndrome de Down”**, como sujeito. Fui devidamente informada e esclarecida pelo pesquisador **Claudio Andre Barbosa de Lira ou algum membro da sua equipe** sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data: _____

Nome e Assinatura do voluntário: _____

ANEXOS

ANEXO A - Inventário de depressão de Beck



Universidade Federal de Goiás
Faculdade de Educação Física e Dança
Setor de Fisiologia Humana e do Exercício

INVENTÁRIO BECK

INSTRUÇÕES: Neste questionário existem grupos de afirmativas que se referem a sentimentos pessoais, não havendo respostas certa ou errada. Leia com atenção cada afirmação e selecione a que melhor descreva como você se sentiu nesta semana, incluindo hoje. Assinale com X nos parênteses a esquerda da afirmativa que você escolheu. Certifique-se de ler todas as afirmativas de cada grupo antes de fazer sua escolha. Selecione apenas uma afirmativa de cada grupo.

Marque com X a afirmativa de cada grupo que melhor descreva como você se sentiu nos últimos 7 dias.

1. () Não me sinto triste.
() Sinto-me triste.
() Sinto-me triste todo o tempo e por mais que eu queira, não consigo deixar de sentir isso.
() Estou tão triste ou infeliz que não posso aguentar.
2. () Não estou desencorajado (a) quanto ao meu futuro.
() Sinto-me desencorajado (a) quanto ao meu futuro.
() Sinto não poder esperar mais nada do futuro.
() Sinto que o futuro é sem esperança e que as coisas não podem melhorar.
3. () Sinto que sou um fracasso completo como pessoa.
() Quando olho para trás em minha vida, tudo o que vejo é uma série de fracassos.
() Sinto que falhei mais do que a maioria das outras pessoas.
() Não me sinto fracassado (a).
4. () Obtenho a mesma satisfação que antigamente em todas as coisas que tenho feito.
() Não gosto mais das coisas da maneira que costumava gostar.
() Não consigo mais sentir satisfação real com coisa alguma.
() Estou insatisfeito (a) ou entediado (a) com tudo.
5. () Sinto-me culpado (a) o tempo todo.
() Sinto-me culpado (a) a maior parte do tempo.
() Sinto-me culpado (a) alguma parte do tempo.
() Não me sinto particularmente culpado (a).
6. () Sinto que estou sendo castigado (a).
() Espero ser castigado (a).
() Sinto que posso ser castigado (a).
() Não sinto que esteja sendo castigado (a).
7. () Eu me odeio.
() Sinto-me infeliz comigo mesmo (a).
() Sinto-me desapontado (a) comigo mesmo (a).
() Não me sinto desapontado (a) comigo mesmo (a).
8. () Não sinto que eu seja pior que qualquer outra pessoa.
() Critico-me por minhas fraquezas ou erros.
() Responsabilizo-me o tempo todo por minha falhas.
() Culpo-me por todas as coisas ruins que acontecem.
9. () Eu me mataria, se tivesse uma oportunidade.
() Gostaria de me matar.
() Tenho pensamentos sobre me matar, mas não os levaria adiante.
() Não tenho nenhum pensamento a respeito de me matar.

10. () Não costumo chorar mais do que o normal.
() Choro mais do que antigamente.
() Atualmente, choro muito frequentemente.
() Eu costumava chorar, mas agora não consigo, ainda que queira.
11. () Me irrita com qualquer problema.
() Atualmente, sinto-me irritado (a) todo o tempo.
() Fico molestado (a) ou irritado (a) com mais facilidade do que antigamente.
() Não me irrita com as coisas mais do que costumava me irritar.
12. () Não perdi o interesse pelas outras pessoas.
() Interesse-me menos pelas pessoas do que costumava fazer.
() Perdi a maior parte de meu interesse pelas outras pessoas.
() Perdi todo o meu interesse pelas outras pessoas.
13. () Tomo decisões tão bem quanto sempre fiz.
() Adio minhas decisões mais do que costumava fazer.
() Tenho mais dificuldade em tomar decisões agora do que antigamente.
() Não consigo mais tomar decisão alguma.
14. () Considero-me feio.
() Sinto que há mudanças permanentes em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos.
() Preocupa-me estar parecendo velho (a) ou sem atrativos.
() Não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser.
15. () Posso trabalhar tão bem quanto antes.
() Preciso de um esforço extra para começar a fazer qualquer coisa.
() Tenho que me esforçar muito para fazer qualquer coisa.
() Não consigo fazer nenhuma atividade.
16. () Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo mais dormir.
() Acordo 1 ou 2 horas mais cedo que de hábito e tenho dificuldades para voltar a dormir.
() Não durmo tão bem como antigamente.
() Durmo tão bem quanto de hábito.
17. () Não fico mais cansado (a) do que de hábito.
() Fico (a) cansado (a) com mais facilidade do que costumava ficar.
() Quando faço qualquer coisa sinto-me cansado.
() Eu me sinto muito cansado para fazer qualquer coisa.
18. () Não tenho mais nenhum apetite (estou insaciável).
() Atualmente, meu apetite está pior (maior) do que antes.
() Meu apetite não é como costumava ser.
() Meu apetite não está pior (maior) do que de costume.
19. () Perdi (ganhei) mais de 7,5 kg.
() Perdi (ganhei) mais de 5,0 kg.
() Perdi (ganhei) mais de 2,5 kg.
() Não perdi (ganhei) muito peso, se é que perdi (ganhei) algum ultimamente.
19. A () Estou deliberadamente tentado perder (ganhar) algum ultimamente.
() Não estou tentando perder (ganhar) peso deliberadamente.
20. () Estou tão preocupado (a) com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer coisa.
() Estou muito preocupado (a) com meus problemas físicos que é difícil pensar em outras coisas.
() Preocupo-me com meus problemas físicos, como dores e aflições, ou perturbações no estômago, ou prisão de ventre.
() Não me preocupo mais que de hábito com minha saúde.
21. () Não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual.
() Estou menos interessado (a) em sexo do que antigamente.
() Estou bem menos interessado (a) em sexo atualmente.
() Perdi completamente o interesse sexual.

ANEXO B - Questionário de ansiedade traço e estado



Universidade Federal de Goiás
Faculdade de Educação Física e Dança
Setor de Fisiologia Humana e do Exercício

IDATE - ESTADO

Leia cada pergunta e faça um círculo ao redor do número à direita da afirmação que melhor indica como você se sente agora, neste momento.

Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar uma resposta que mais se aproxime de como você se sente neste momento.

AVALIAÇÃO	
MUITÍSSIMO.....4	UM POUCO.....2
BASTANTE.....3	ABSOLUTAMENTE NÃO.....1

1. Sinto-me calmo (a).	1	2	3	4
2. Sinto-me seguro (a).	1	2	3	4
3. Estou tenso (a).	1	2	3	4
4. Estou arrependido (a).	1	2	3	4
5. Sinto-me à vontade.	1	2	3	4
6. Sinto-me perturbado.	1	2	3	4
7. Estou preocupado com possíveis infortúnios.	1	2	3	4
8. Sinto-me descansado (a).	1	2	3	4
9. Sinto-me ansioso (a).	1	2	3	4
10. Sinto-me "em casa".	1	2	3	4
11. Sinto-me confiante.	1	2	3	4
12. Sinto-me nervoso (a).	1	2	3	4
13. Estou agitado (a).	1	2	3	4
14. Sinto-me uma pilha de nervos.	1	2	3	4
15. Sinto-me descontraído (a).	1	2	3	4
16. Sinto-me satisfeito (a).	1	2	3	4
17. Estou preocupado (a).	1	2	3	4
18. Sinto-me superexcitado (a) e confuso (a).	1	2	3	4
19. Sinto-me alegre.	1	2	3	4
20. Sinto-me bem.	1	2	3	4

IDATE - TRAÇO

Leia cada pergunta e faça um círculo ao redor do número à direita da melhor afirmação que melhor indica como você geralmente se sente.

Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar uma resposta que mais se aproxime de como você se sente geralmente.

AVALIAÇÃO			
MUITÍSSIMO.....4		UM POUCO..... 2	
BASTANTE.....3		ABSOLUTAMENTE NÃO.....1	

1. Sinto-me bem.	1	2	3	4
2. Canso-me facilmente.	1	2	3	4
3. Tenho vontade de chorar.	1	2	3	4
4. Gostaria de ser tão feliz quanto os outros parecem ser.	1	2	3	4
5. Perco oportunidades porque não consigo tomar decisões rapidamente.	1	2	3	4
6. Sinto-me descansado (a).	1	2	3	4
7. Sou calmo (a) ponderado (a) e senhor de mim mesmo (a).	1	2	3	4
8. Sinto que as dificuldades estão se acumulando de tal forma que não consigo resolver.	1	2	3	4
9. Preocupo-me demais com coisas sem importância.	1	2	3	4
10. Sou feliz.	1	2	3	4
11. Deixo-me afetar muito pelas coisas.	1	2	3	4
12. Não tenho nenhuma confiança em mim mesmo (a)	1	2	3	4
13. Sinto-me seguro	1	2	3	4
14. Evito ter que enfrentar crises ou problemas	1	2	3	4
15. Sinto-me deprimido	1	2	3	4
16. Estou satisfeito (a)	1	2	3	4
17. Às vezes idéias sem importância me entram na cabeça e ficam-me preocupando	1	2	3	4
18. Levo os desapontamentos tão a sério que não consigo tira-los da cabeça.	1	2	3	4
19. Sou uma pessoa estável.	1	2	3	4
20. Fico tenso (a) e perturbado (a) quando penso em meus problemas do momento.	1	2	3	4

ANEXO C - Questionário qualidade de vida (SF-36)

SF-36 QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA

INSTRUÇÕES : Esta pesquisa questiona você sobre a sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Caso você esteja inseguro em dar uma resposta, por favor forneça a resposta mais fidedigna possível.

1. Em geral, você diria que sua saúde é:

(Circule uma alternativa)

- Excelente.....1
 Muito boa.....2
 Boa3
 Ruim4
 Muito ruim.....5

2. Comparada há um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral agora?
 (Circule uma alternativa)

- Muito melhor agora do que há um ano atrás.....1
 Um pouco melhor agora que há um ano atrás.....2
 Quase a mesma de um ano atrás.....3
 Um pouco pior agora do que há um ano atrás.....4
 Muito pior agora do que há um ano atrás.....5

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

(Circule um número em cada linha)

ATIVIDADES	SIM Muita dificuldade	SIM Pouca dificuldade	NÃO Nenhuma dificuldade
A. Atividades vigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos	1	2	3

pesados, participar em esportes árduos.			
B. Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
C. Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
D. Subir vários lances de escada	1	2	3
E. Subir um lance de escada	1	2	3
F. Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
G. Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
H. Andar vários quarteirões	1	2	3
I. Andar um quarteirão	1	2	3
J. Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de sua saúde física?

(Circule um número em cada linha)

	Sim	Não
A. Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
B. Realizou menos tarefas do que gostaria?	1	2
C. Esteve limitado no seu tipo de trabalho em outras atividades?	1	2
D. Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	1	2

5. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade diária regular, como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso)?(Circule um número em cada linha)

	Sim	Não
A. Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou outras atividades?	1	2
B. Realizou menos tarefas do que gostaria?	1	2
C. Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	1	2

6. Durante as últimas 4 semanas, de que maneira a sua saúde física ou os problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, vizinhos, amigos ou em grupo?

(Circule uma alternativa)

De forma nenhuma.....1
 Ligeiramente.....2
 Moderadamente.....3
 Bastante.....4
 Extremamente5

7. Quanta dor no corpo você teve durante as ultimas 4 semanas?

(Circule uma alternativa)

Nenhuma.....1
 Muito Leve.....2
 Leve.....3
 Moderada.....4
 Grave.....5
 Muito Grave.....6

8. Durante as últimas 4 semanas, a sua dor interferiu no seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho fora de casa quanto dentro de casa)? Quanto interferiu?

(Circule uma alternativa)

De forma nenhuma.....1
 Um pouco.....2
 Moderadamente.....3
 Bastante.....4

9. Estas questões tratam-se de como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente, em relação as últimas 4 semanas: (Circule um número em cada linha)

	Todo o tempo	A maior parte do	Uma boa parte do	Alguma parte do	Uma pequena	Nunca

		tempo	tempo	tempo	parte do tempo	
A. Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?	1	2	3	4	5	6
B. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa ?	1	2	3	4	5	6
C. Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
D. Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
E. Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
F. Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
G. Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
H. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
I. Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

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

(Circule uma alternativa)

Todo o tempo.....1

A maior parte do tempo.....2

Alguma parte do tempo.....3

Uma pequena parte do tempo.....4

Nenhuma parte do tempo.....5

11. O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

(Circule um número em cada linha)

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitivamente e falsa
A. Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas.	1	2	3	4	5
B. Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço.	1	2	3	4	5
C. Eu acho que minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
D. A minha saúde é excelente.	1	2	3	4	5

ANEXO D - Questionário POMS

QUESTIONÁRIO DE PERFIL DO ESTADO DE HUMOR (POMS)

Para cada adjetivo, indique o que melhor representa seus sentimentos atuais pontuando cada um deles de acordo com a escada abaixo:

0 - De jeito nenhum 1 – um pouco 2 – moderadamente 3 – bastante 4 – extremamente

Faça a pergunta: “**Eu me sinto...**” antes de cada palavra e isso ajudará na sua compreensão.

- | | | |
|--|---|-------------------------|
| 1. Cordial _____ | 24. Vingativo _____ | 47. Rebelde _____ |
| 2. Tenso _____ | 25. Simpático _____ | 48. Desamparado _____ |
| 3. Zangado _____ | 26. Desconfortável _____ | 49. Entediado _____ |
| 4. Cansado _____ | 27. Inquieto _____ | 50. Espantado _____ |
| 5. Infeliz _____ | 28. Disperso (Incapaz de se concentrar) _____ | 51. Alerta _____ |
| 6. Lúcido _____ | 29. Fatigado _____ | 52. Enganado _____ |
| 7. Animado _____ | 30. Prestativo _____ | 53. Furioso _____ |
| 8. Confuso _____ | 31. Aborrecido _____ | 54. Eficiente _____ |
| 9. Arrependido por coisas feitas _____ | 32. Desencorajado _____ | 55. Confiante _____ |
| 10. Trêmulo _____ | 33. Ressentido (magoado) _____ | 56. Disposto _____ |
| 11. Desatento/desinteressado _____ | 34. Nervoso _____ | 57. Mal humorado _____ |
| 12. Perturbado _____ | 35. Solitário _____ | 58. Inútil _____ |
| 13. Atencioso _____ | 36. Miserável (sem valor) _____ | 59. Esquecido _____ |
| 14. Triste _____ | 37. Atrapalhado _____ | 60. Despreocupado _____ |
| 15. Ativo _____ | 38. Alegre _____ | 61. Apavorado _____ |
| 16. Irritado _____ | 39. Amargurado _____ | 62. Culpado _____ |
| 17. Queixoso _____ | 40. Exausto _____ | 63. Vigoroso _____ |
| 18. Deprimido _____ | 41. Ansioso _____ | 64. Indeciso _____ |
| 19. Energético _____ | 42. Pronto pra brigar _____ | 65. Esgotado _____ |
| 20. Em pânico _____ | 43. Com boa índole (caráter) _____ | |
| 21. Desesperançado _____ | 44. Melancólico (desgostoso) _____ | |
| 22. Relaxado _____ | 45. Desesperado _____ | |
| 23. Indigno (sem valor) _____ | 46. Vagaroso _____ | |