

Gabriela da Silva Cremasco



**ESCALA BAPTISTA DE DEPRESSÃO VERSÃO HOSPITAL-
AMBULATÓRIO (EBADEP-HOSP-AMB): ESTUDOS
PSICOMÉTRICOS COM PACIENTES RENAIIS CRÔNICOS**

Apoio:



**CAMPINAS
2017**

Gabriela da Silva Cremasco

**ESCALA BAPTISTA DE DEPRESSÃO VERSÃO HOSPITAL-
AMBULATÓRIO (EBADEP-HOSP-AMB): ESTUDOS
PSICOMÉTRICOS COM PACIENTES RENAIIS CRÔNICOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da Universidade São Francisco, Área de Concentração - Avaliação Psicológica, para obtenção do título de Mestre.

ORIENTADOR: PROF. DR. MAKILIM NUNES BAPTISTA

CAMPINAS
2017

P158.9 Cremasco, Gabriela da Silva.
C937e Escala Baptista de depressão versão Hospital-
Ambulatório (EBADEP-HOSP-AMB): estudos psicométricos
com pacientes renais crônicos / Gabriela da Silva Cremasco.
– Campinas, 2017.
94 p.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-
Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da Universidade
São Francisco.

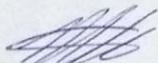
Orientação de: Makilim Nunes Baptista.

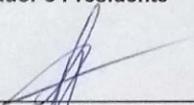
1. Sintomas depressivos. 2. Doenças renais crônicas.
3. Hemodiálise. 4. Evidências de validade. I. Baptista,
Makilim Nunes. II. Título.

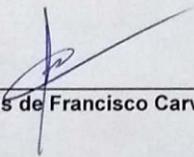
UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU *EM PSICOLOGIA**MESTRADO*UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
EM PSICOLOGIA

Gabriela da Silva Cremasco defendeu a dissertação "ESCALA BAPTISTA DE DEPRESSÃO (VERSÃO HOSPITAL-AMBULATÓRIO) EBADEP-HOSP-AMB: ESTUDOS PSICOMÉTRICOS COM PACIENTES RENAIIS CRÔNICOS" aprovada pelo Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da Universidade São Francisco em 4 de agosto de 2017 pela Banca Examinadora constituída por:



Prof. Dr. Makilim Nunes Baptista
Orientador e Presidente

Prof. Dr. Hugo Ferrari Cardoso
Examinador

Prof. Dr. Lucas de Francisco Carvalho
Examinador

Agradecimentos

Aos meus pais, Odair e Vânia, por todo o incentivo, bem como por entenderem e me apoiarem nas vezes em que não pude estar presente. Vocês são meus maiores exemplos de força e humildade.

Ao meu orientador, o professor Dr. Makilim Nunes Baptista, ou melhor, ao Mak, que acompanha minha formação desde a Iniciação Científica. Obrigada pelos ensinamentos durante todos esses anos, com sua simplicidade e bom humor constante. Sou muito grata a você.

Ao Hugo, por estar sempre ao meu lado, sendo meu companheiro e amigo de forma incondicional. Obrigada pelo suporte emocional e pela compreensão quando estive ausente. Ter você por perto faz de mim uma pessoa mais feliz.

Ao Felipe, meu grande amigo, que divide essa trajetória comigo desde a graduação. Obrigada pelo apoio nas dificuldades inerentes a este processo, pelas tardes de estudo regadas a café e também pelas risadas e humor único que alegram o meu dia-a-dia.

À psicóloga Roselaine, por me auxiliar sempre, sendo parte essencial do meu amadurecimento pessoal e profissional.

Às psicólogas Daniele e Patrícia, por autorizarem as coletas de dados e dividirem comigo suas experiências que, sem dúvida, enriqueceram este estudo.

Aos professores da Universidade São Francisco e aos colegas de laboratório por todo o conhecimento compartilhado diariamente.

Aos membros da banca que se dispuseram a avaliar esta dissertação.

À CAPES pelo apoio financeiro.

Por fim, mas não menos importante, deixo meus agradecimentos aos pacientes que permitiram a realização deste trabalho colaborando de forma tão gentil comigo. Aprendi muito com cada um de vocês.

Resumo

Cremasco, G. S. (2017). *Escala Baptista de Depressão Versão Hospital-Ambulatório (EBADEP-HOSP-AMB): estudos psicométricos com pacientes renais crônicos*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia, Universidade São Francisco, Campinas, São Paulo.

A doença renal crônica se constitui como um importante problema de saúde pública que atinge pessoas em todo o mundo. Dentre as possibilidades de tratamento, tem-se a hemodiálise, que consiste em um processo de filtragem e remoção de substâncias tóxicas do sangue, funcionando como um rim artificial. No entanto, apesar dos avanços em relação ao tratamento, ele causa grande impacto psicológico na vida dos pacientes, podendo estar relacionado ao desenvolvimento de transtornos mentais nessa população, principalmente a depressão. É estimado que, aproximadamente, 20% dos pacientes renais crônicos em hemodiálise apresentam sintomas de depressão, ao passo que na população geral a prevalência é de 4,4%. Apesar disso, o transtorno ainda é subdiagnosticado, devido a sobreposição de sintomas comuns da depressão com os da insuficiência renal, tais como, fadiga, distúrbios do apetite, perda de energia, dentre outros, tornando necessária a investigação adequada da sintomatologia depressiva nesse contexto. O objetivo do presente estudo foi buscar evidências de validade baseada na estrutura interna e na relação com variáveis externas para a Escala Baptista de Depressão (Versão Hospital-Ambulatório) EBADEP-HOSP-AMB. Participaram 210 pacientes, sendo 112 (53,3%) do sexo masculino, com doença renal crônica submetidos a hemodiálise, de instituições de saúde de municípios do interior do estado de São Paulo. Para atingir os objetivos da pesquisa, foram desenvolvidos três artigos. O primeiro, intitulado “Depressão e doença renal crônica: revisão integrativa da literatura”, apresenta os resultados obtidos nas bases PsycINFO e LILACS entre os anos de 2006 a 2016. O segundo, “Análise de estrutura interna da Escala Baptista de Depressão (Versão Hospital-Ambulatório) EBADEP-HOSP-AMB”, se refere as análises do instrumento a partir da Teoria Clássica dos Testes (TCT) e da Teoria de Resposta ao Item (TRI). O último artigo, chamado “Depressão, ansiedade e pensamentos depressivos em doentes renais crônicos em hemodiálise” apresenta a relação da EBADEP-HOSP-AMB com medidas de depressão e ansiedade, bem como de pensamentos depressivos, além da verificação de possíveis diferenças de média quanto as variáveis sociodemográficas levantadas. Foram obtidas evidências de validade para a EBADEP-HOSP-AMB, indicando que a escala pode ser um instrumento promissor na identificação de sintomatologia depressiva no contexto hospitalar e/ou ambulatorial. Além disso, foram verificadas diferenças de média em função do sexo dos participantes. Ressalta-se a importância de novos estudos com a escala, com amostras mais amplas e em pacientes com diagnóstico de outras doenças.

Palavras-chave: sintomas depressivos; doença renal crônica; hemodiálise; evidências de validade.

Abstract

Cremaşco, G. S. (2017). *Baptist Depression Scale Hospital-Ambulatory Version (EBADEP-HOSP-AMB): psychometric studies with chronic renal patients*. Master's Thesis, Post-Graduate Studies in Psychology, University San Francisco, Campinas, São Paulo.

Chronic kidney disease is an important public health problem that affects people all over the world. Among the possibilities of treatment, there is hemodialysis, which consists of a process of filtering and removal of toxic substances from the blood, functioning as an artificial kidney. However, despite advances in treatment, it has a great psychological impact on patients' lives, and may be related to the development of mental disorders in this population, especially depression. It is estimated that approximately 20% of chronic renal patients undergoing hemodialysis have symptoms of depression, whereas in the general population the prevalence is 4.4%. Despite this, the disorder is still underdiagnosed, due to overlapping of common symptoms of depression with those of renal insufficiency, such as fatigue, appetite disorders, loss of energy, among others, making necessary the adequate investigation of the depressive symptomatology in this context. The objective of the present study was to find evidence of validity based on the internal structure and the relationship with external variables for the Baptist Depression Scale (Hospital-Ambulatory Version) EBADEP-HOSP-AMB. A total of 210 patients participated, of which 112 (53.3%) were male, with chronic kidney disease undergoing hemodialysis, from health institutions in the interior of the state of São Paulo. To achieve the research objectives, three articles were developed. The first, entitled "Depression and chronic kidney disease: an integrative review of the literature", presents the results obtained in the PsycINFO and LILACS databases between 2006 and 2016. The second, "Analysis of the internal structure of the Baptist Depression Scale EBADEP-HOSP-AMB", refers to the analyzes of the instrument from the Classical Theory of Tests (TCT) and the Theory of Response to the Item (TRI). The last article, entitled "Depression, anxiety and depressive thoughts in chronic renal patients on hemodialysis", presents the relationship of EBADEP-HOSP-AMB with measures of depression and anxiety, as well as of depressive thoughts, as well as the verification of possible mean differences Sociodemographic variables. Evidence of validity for EBADEP-HOSP-AMB was obtained, indicating that the scale may be a promising instrument for the identification of depressive symptomatology in the hospital and / or outpatient setting. In addition, mean differences were verified according to the sex of the participants. We emphasize the importance of new studies with the scale, with larger samples and in patients with a diagnosis of other diseases.

Keywords: depressive symptoms; chronic kidney disease; hemodialysis; evidence of validity.

Sumário

Lista de Figuras.....	viii
Lista de Tabelas.....	ix
Lista de Anexos.....	x
Introdução.....	1
Depressão e doença renal crônica: Revisão integrativa da literatura (Artigo 1).....	13
Introdução.....	14
Método.....	16
Resultados.....	17
Discussão.....	26
Referências.....	30
Análise de estrutura interna da Escala Baptista de Depressão Versão Hospital-Ambulatório (EBADEP-HOSP-AMB) (Artigo 2).....	37
Introdução.....	38
Método.....	42
Resultados.....	44
Discussão.....	51
Referências.....	56
Depressão, ansiedade e pensamentos depressivos em doentes renais crônicos em hemodiálise (Artigo 3).....	61
Introdução.....	62
Método.....	66
Resultados.....	70
Discussão.....	74
Referências.....	77
Considerações finais.....	82
Referências.....	85
Anexos.....	90

Lista de figuras

Introdução

Figura 1- Representação do Modelo Cognitivo da Depressão3

Artigo 1

Figura 1- Diagrama de fluxo 17

Figura 2- Número de artigos publicados por ano25

Artigo 2

Figura 1- Probabilidade de resposta para o fator 1 e para o fator 2.....49

Figura 2- Mapa de pessoas e itens do fator 1 e do fator 250

Lista de Tabelas

Artigo 1

Tabela 1- Caracterização dos estudos recuperados.....18

Tabela 2- Publicações por revista.....26

Artigo 2

Tabela 1- Análise fatorial exploratória ULS com correlações policóricas.....45

Tabela 2- Estatísticas descritivas sumarizadas das pessoas e dos itens.....46

Tabela 3- Análise de Teoria de Resposta ao Item do fator 1.....47

Tabela 4- Análise de Teoria de Resposta ao Item do fator 2.....48

Tabela 5- Categorias de respostas da EBADEP-HOSP-AMB.....48

Artigo 3

Tabela 1- Caracterização sociodemográfica da amostra.....67

Tabela 2- Classificação dos pacientes segundo as normas da EPD.....70

Tabela 3- Correlações entre a EBADEP-HOSP-AMB, EPD e HADS.....71

Tabela 4- Análise de diferença de média em função do sexo.....72

Tabela 5- Análise de diferença de média em função do diagnóstico de depressão.....73

Lista de Anexos

Anexo 1- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	91
Anexo 2- Parecer Consubstanciado do CEP.....	92

Introdução

Relatos a respeito da depressão datam desde a época anterior ao calendário proposto pela igreja católica e diferentes denominações foram estabelecidas para a doença com o passar dos séculos. Desse modo, as compreensões a respeito da melancolia, tristeza e depressão foram influenciadas pela cultura de acordo com o seu papel social e temporal. Hipócrates (460-355 a.C.) foi o responsável por uma das primeiras definições biológicas referentes aos transtornos de humor, classificando o humor deprimido como *mela cholis* (melancolia), que correspondia a um desequilíbrio nas emoções, sendo que para ele, a etiologia dos transtornos mentais era um distúrbio humoral encoberto. A partir dessa compreensão, propôs a existência de quatro humores corporais (bile amarela, bile negra, sangue e fleuma) que, quando em equilíbrio significavam saúde, enquanto que em excesso, acarretariam doenças e transtornos da personalidade (Alcantara et al., 2003).

A teoria dos humores de Hipócrates foi influenciada pelos trabalhos de Empédocles (490-430 a.C), que compreendia o homem a partir dos quatro elementos (fogo, terra, água e ar). Assim, o fogo correspondia ao sangue, a terra a fleuma, água a bile amarela e o ar a bile negra. Platão (428-348 a.C) se baseou na divisão das doenças em racional, ou seja, aquelas localizadas no cérebro e irracional, localizadas no corpo, que correspondia às emoções em excesso, tais como, alegria, dor e tristeza. Em uma tentativa de desenvolver uma compreensão dos transtornos mentais, Aristóteles (384-322 a.C.), por sua vez, descreveu que as doenças seriam de origem física, e acreditava que os indivíduos melancólicos eram mais inspirados e inteligentes. Já Galeno de Pérgamo (128 a 201 d.C.), apresentou uma visão mais ampla da teoria humoral de Hipócrates, e classificou a melancolia enquanto uma condição crônica, uma doença primária do cérebro ou secundária em relação a outras doenças (Alcantara et al., 2003).

Já na Idade Média, a igreja católica creditava à melancolia o afastamento de Deus e ela era considerada, inclusive, como um pecado capital. Posteriormente, o advento da psiquiatria proporcionou mudanças importantes ao apresentar informações científicas sobre as causas dos transtornos mentais, possibilitando tratamentos adequados. Um dos primeiros a levar em consideração a multifatoriedade da depressão foi Robert Burton, em 1621, com sua obra intitulada “Anatomia da Melancolia”. No entanto, foi Emil Kraepelin que, no ano de 1899, denominou em seu compêndio o transtorno como *depremere* (depressão), como é conhecido atualmente, além de classificar à melancolia como um dos sintomas da doença. Assim, foi Emil Kraepelin o primeiro a desenvolver um modelo de doença em psiquiatria, com observações e descrições amplas do transtorno (Solomon, 2002; Wong, 2007).

Na década de 1960, as técnicas cognitivas e comportamentais passaram a influenciar a compreensão da depressão, uma vez que postulam que ela está relacionada aos pensamentos e crenças disfuncionais apresentadas pelos sujeitos e não por forças inconscientes, como descreviam algumas teorias até então. O modelo cognitivo parte do pressuposto de que o modo como o sujeito percebe e processa o ambiente, tem influência direta sobre como esse indivíduo se sente e se comporta (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1997; Butler, Chapman, Forman, & Beck, 2006; Knapp & Beck, 2008).

Aaron Beck desenvolveu o modelo cognitivo a partir de pesquisas sistemáticas e observações de pacientes em contextos clínicos. O pesquisador definiu então, três conceitos para explicar o fundamento psicológico da depressão, sendo eles a Tríade Cognitiva, os Esquemas e os Erros Cognitivos, o que permitiu identificar como o indivíduo percebe e interpreta a realidade em que vive (Beck et al., 1997; Butler et al., 2006; Knapp & Beck, 2008). A seguir, será apresentada a Figura 1, que traz uma representação do modelo elaborado pelo autor.

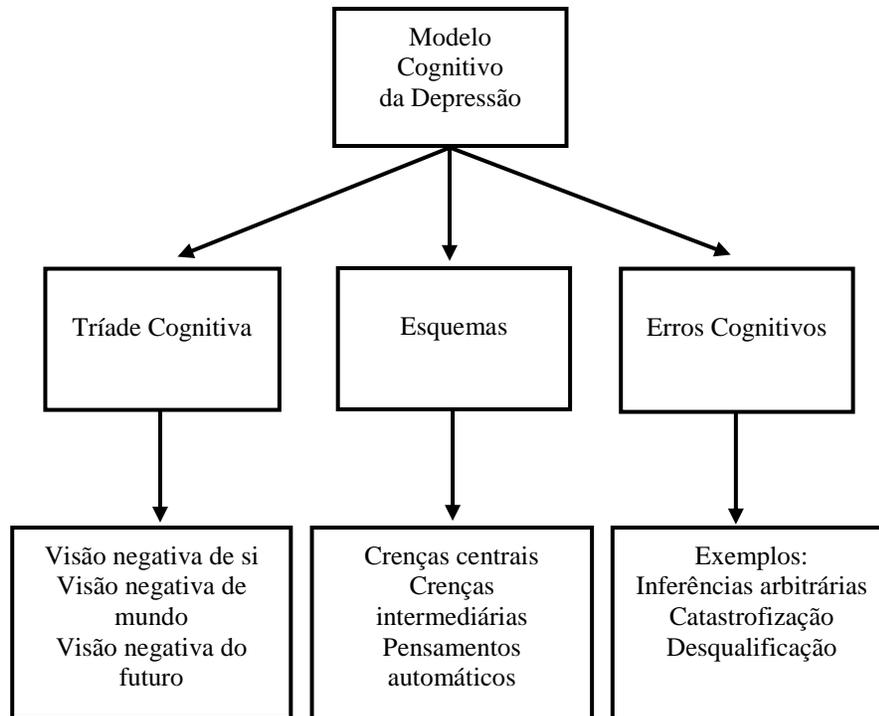


Figura 1. Representação do Modelo Cognitivo da Depressão. (Elaborada com base em Beck et al., 1997)

Com base no esquema da Figura 1, será descrito, a seguir, o modelo cognitivo. A tríade cognitiva é composta, resumidamente, por padrões cognitivos que levam o indivíduo a avaliar a si mesmo, o mundo e o futuro de forma negativa. Nesse sentido, o sujeito enxerga a si próprio como alguém defeituoso, inadequado, indesejável, incapaz e sem valor, e tende a se responsabilizar por experiências ruins, bem como acreditar que não possui as qualidades necessárias para obter satisfação e felicidade. Além disso, a pessoa tende a interpretar que o mundo lhe faz grandes cobranças, impedindo-a de alcançar seus objetivos. Na visão negativa frente o futuro, o deprimido acredita que o sofrimento, as dificuldades e as frustrações não terão fim. A visão negativa não é compreendida como um sintoma e sim como um componente essencial para a manutenção do transtorno, ou seja, os indivíduos

acometidos pela depressão processam as informações de forma distorcida de modo a confirmar essas hipóteses (Beck et al., 1997; Powell, Abreu, Oliveira, & Sudak, 2008).

O conceito de esquemas se refere à organização dos níveis de pensamentos, (crenças centrais, crenças intermediárias e os pensamentos automáticos), e é responsável pela seleção e filtragem de informações. Os esquemas, quando desadaptativos, são divididos em esquemas primários, que correspondem à incapacidade e inadequação, ou seja, aspectos referentes à tristeza e depressão e esquemas secundários, que consistem em questões relacionadas à percepção de vulnerabilidade e perfeccionismo, estando mais associados à ansiedade (Beck et al., 1997).

Por fim, um indivíduo acometido pelo transtorno depressivo tende a apresentar erros cognitivos nos níveis de pensamento como, por exemplo, as inferências arbitrárias, ou seja, conclusões sem evidências satisfatórias; catastrofização, em que o indivíduo prevê uma consequência do futuro de forma negativa; desqualificação, de modo que a pessoa não valoriza os ganhos pessoais, dentre outras. Assim, a pessoa deprimida tende a manter as crenças negativistas mesmo que as evidências em relação a elas se mostrem incongruentes (Beck et al., 1997; Knapp & Beck, 2008).

A depressão é considerada um problema de saúde pública que afeta grande parte da população, acarretando diversos comprometimentos nos diferentes âmbitos da vida das pessoas. Tende a ter entre suas consequências uma menor qualidade de vida com diminuição das atividades do dia-a-dia, bem como aumento da morbidade e mortalidade. Além disso, causa um grande impacto econômico e social, gerando custos que vão desde consultas médicas, exames e medicamentos até a perda de empregos, diminuição de renda e absenteísmo, por exemplo. Trata-se de um transtorno de causa multifatorial, que pode ser considerado como um conjunto de sinais e sintomas psicológicos e fisiológicos, que se manifestam de forma episódica ou contínua, com intensidade que pode variar de leve a

moderada ou severa (Razzouk, Alvarez, & Mari, 2009; Wilkinson, 2009; *World Health Organization* [WHO], 2010).

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2012) salienta que a depressão é comumente encontrada, independentemente de nível socioeconômico, idade, sexo e estado civil. Assim, é importante que a sua detecção seja realizada de forma precoce com intuito de diminuir as suas consequências, uma vez que as perspectivas indicam que a doença irá se tornar a principal causa de incapacidade mental no mundo em 2030, tanto em países desenvolvidos quanto nos países em desenvolvimento. São diversos os fatores de risco para a depressão, tais como, ter tido episódios anteriores, ter o diagnóstico na família, falta de suporte familiar e/ou social, presença de eventos de vida estressantes, abuso de substâncias (álcool/drogas), baixo nível socioeconômico, baixa escolaridade, estar separado ou divorciado, estar exposto à violência, possuir poucas estratégias de enfrentamento, ter diagnóstico de doenças crônicas e ter entre 20 e 40 anos.

Referente ao sexo, a literatura tem indicado que as mulheres tendem a desenvolver mais sintomas de depressão em comparação aos homens, sendo verificado em grande parte dos estudos uma proporção de, aproximadamente, duas mulheres para cada homem. Dentre as hipóteses para essa diferença de gênero estão os hormônios, que gerariam maiores oscilações de humor nas mulheres, além de fatores como jornada extensa de trabalho, maior exposição a diferentes tipos de violência, maior preocupação com questões estéticas e ruminação de conteúdos negativos, por exemplo (Baptista, 2004; Justo & Calil, 2006; Van de Velde, Bracke, & Levecque, 2010).

Os sistemas classificatórios de doenças mais utilizados são o da Associação Americana de Psiquiatria e da Organização Mundial de Saúde. O primeiro, intitulado Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5 (*American Psychiatric Association* [APA], 2014), classifica a depressão como um transtorno de humor, e o

segundo, chamado de Classificação Internacional de Doenças - CID-10 (OMS, 1993) a denomina como um transtorno afetivo. Ainda assim, ambas as classificações são semelhantes quanto à descrição do transtorno, duração dos sintomas e critérios diagnósticos.

Especificamente, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5 (APA, 2014) apresenta critérios para caracterizar um Episódio Depressivo Maior, que devem se manter por um período mínimo de duas semanas. A presença de humor deprimido ou irritável na maior parte dos dias e/ou a perda de interesse por atividades que gostava de fazer (anedonia) são sintomas obrigatórios para a depressão. Os sintomas adicionais são: diminuição ou aumento do apetite, insônia ou hipersonia, agitação ou retardo psicomotor, fadiga ou perda de energia, sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada, capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se ou indecisão e pensamentos de morte recorrentes, ideação suicida recorrente sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometê-lo.

Baptista (2012) relatou outros sintomas que estão frequentemente presentes em pessoas com transtornos de humor, tais como: pessimismo, desamparo, esquiva social, ruminação sobre o passado, baixa autoestima, angústia e redução de produtividade, por exemplo. O autor ponderou que esses sintomas são descritos a partir de estudos, experiências clínicas e de teorias relevantes para a realização de um diagnóstico diferencial da doença. Assim, para realizar um diagnóstico preciso e possibilitar um tratamento adequado, é necessário considerar que diversos sintomas característicos do transtorno depressivo são compartilhados também com outros transtornos como a ansiedade, por exemplo, acarretando em uma sobreposição deles.

Uma pesquisa foi realizada com objetivo de verificar a prevalência de depressão em 18 países, sendo 10 considerados de alta renda, tais como, Bélgica, França, Alemanha,

Israel, Itália, Japão, Holanda, Espanha, Nova Zelândia, Estados Unidos, e os oito restantes classificados como de média ou baixa renda, como, Colômbia, Índia, China, Líbano, México, África do Sul, Ucrânia e Brasil, cuja amostra foi composta apenas por participantes do estado de São Paulo. Os resultados demonstraram que os sujeitos de 52,3% dos países com alta renda e 54,1% dos de média e baixa renda relataram ter tido pelo menos um diagnóstico de transtorno depressivo ao longo da vida, além de ter sido verificada uma maior prevalência de depressão nos países desenvolvidos (14,6%) frente aos subdesenvolvidos (11,1%), sendo que nos países subdesenvolvidos a maior prevalência foi identificada no Brasil. As mulheres tiveram em média até duas vezes mais sintomas de depressão comparadas aos homens e essa diferença foi significativa em 15 dos dezoito países participantes do estudo. Em seis países de alta renda e no Brasil foram encontradas diferenças significativas em relação à depressão e à faixa etária, indicando que os sujeitos mais jovens (idades entre 18 e 34 anos) apresentaram de 3 a 5,5 vezes mais probabilidade de ter depressão comparados aos indivíduos com mais de 65 anos (Bromet et al., 2011).

A Pesquisa Nacional de Saúde realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2013) indicou que 7,6% das pessoas com idades a partir de 18 anos disseram ter recebido diagnóstico de depressão por um profissional da saúde mental, o que corresponde a 11,2 milhões de pessoas, com uma prevalência maior na área urbana (8,0%) comparada a área rural (5,6%). Foi verificado ainda que o transtorno se mostrou mais prevalente em pessoas do sexo feminino (10,9%) frente ao sexo masculino (3,9%), identificando um maior percentual na faixa etária de 60 a 64 anos (11,1%), enquanto que o menor foi apresentado por pessoas com idades entre 18 e 29 anos (3,9%). Foi observado também que a maior prevalência foi relatada nos níveis educacionais extremos, em que a taxa para sujeitos com ensino superior completo foi de 8,7% e de pessoas sem escolaridade e/ou fundamental incompleto foi de 8,6%. É importante ressaltar que os dados obtidos no

levantamento foram relatados pelos próprios sujeitos, não sendo realizado nenhum tipo de diagnóstico ou avaliação para confirmar ou refutar a presença de depressão.

Teng, Humes, e Demetrio (2005) ponderaram que, embora frequente na população em geral, a depressão tem se mostrado mais prevalente em populações clínicas, em pacientes ambulatoriais e internados. Identificar a sintomatologia depressiva em indivíduos com questões médicas associadas se torna mais complexa devido à sobreposição de sintomas físicos comuns à depressão e as doenças clínicas, tais como, fadiga, diminuição do apetite, dores, alterações do sono, lentificação e perda de peso, por exemplo. Além disso, pacientes com alguma doença que também tenham depressão, tendem a ter uma menor adesão às recomendações médicas, podendo agravar o quadro, além de gerar piora na qualidade de vida do paciente. Algumas doenças estão mais associadas a depressão, tais como, doenças cardiovasculares, endocrinológicas, neurológicas, oncológicas e renais, sendo as doenças renais crônicas o foco do presente estudo.

Os rins são órgãos essenciais para manter o equilíbrio do corpo humano, portanto, o comprometimento progressivo da função renal tende a acarretar em problemas para todos os órgãos. A avaliação da função renal é realizada por meio da filtração glomerular e sua diminuição está associada a danos nas funções excretórias, endócrinas e regulatórias do rim. Desse modo, quando são constatados valores inferiores a $15 \text{ mL/min/1,73m}^2$ da filtração glomerular, é estabelecido o que é chamado de falência funcional renal, que diz respeito ao estágio mais avançado de perda funcional progressiva observado na Doença Renal Crônica (Bastos, Bregman, & Kirsztajn, 2010).

Os indivíduos não sabem da presença da doença até que seja realizado o diagnóstico propriamente dito, uma vez que a mesma tende a não apresentar sintomas antes de se encontrar em estágio avançado. Assim, a confirmação tende a ocorrer somente quando existe uma piora do quadro, com a necessidade da realização de algum tipo de tratamento

que tenha como objetivo substituir a função dos rins e a hemodiálise é um dos tipos de tratamento mais utilizados (Brasil, 2014). A hemodiálise consiste em um procedimento mecânico extracorpóreo que remove as substâncias tóxicas, bem como o excesso de líquido do organismo. Para a realização da hemodiálise é necessário o deslocamento do sujeito a uma unidade de tratamento de duas a até quatro vezes semanais, a depender da necessidade do paciente, sendo que o processo geralmente é doloroso e tem duração de, aproximadamente, três a quatro horas (Freitas & Cosmo, 2010; Tetta, Roy, Gatti, & Cerutti, 2011).

A predisposição à depressão em pacientes com doenças crônicas é descrita na literatura como decorrente de alguns fatores, tais como, os sintomas somáticos, as barreiras físicas e diminuição na qualidade de vida. Outras questões como o tempo das sessões de hemodiálise, exames laboratoriais, dietas, consultas médicas, além de expectativas relacionadas à possibilidade de transplante, podem também influenciar o desenvolvimento de sintomatologia depressiva nesses pacientes. Além disso, a presença do transtorno tende a gerar uma piora no quadro da doença e adesão ao tratamento, ocasionando em aumentos da utilização de recursos de saúde e morbimortalidade, bem como danos na vida social e ocupacional do indivíduo. Ressalta-se ainda que, mesmo com a grande prevalência de depressão e seu impacto no prognóstico da doença, muitos pacientes não são diagnosticados, ou não recebem o diagnóstico adequado, principalmente devido a sobreposição de sintomas associados a uremia, tais como fadiga, distúrbios do sono, dentre outros (Coutinho & Costa, 2015; Valle, Souza, & Ribeiro, 2013).

Sesso, Lopes, Thomé, Lugon, e Martins (2016) publicaram dados provenientes do inquérito da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) a respeito dos pacientes com Doença Renal Crônica em tratamento de hemodiálise em julho de 2014. Foi realizado um levantamento de dados *online*, que contou com a participação de 312 (44%) das 715

unidades com programa ativo de tratamento existentes no país. A estimativa nacional foi obtida levando também em consideração os centros que não participaram do censo, sendo atribuído a eles o número médio de pacientes esperados em relação a determinada região. As estimativas foram realizadas a partir de informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Os resultados do censo demonstraram que o número estimado de pessoas em diálise nesse ano foi de 112.004, que corresponde a um aumento de mais de 20 mil pacientes em comparação ao ano de 2010. Por fim, os autores fizeram uma ressalva quanto às inferências do estudo, uma vez que a forma de obtenção dos dados carece de uma validação das respostas coletadas, mas que trazem uma visão geral da situação da doença renal no país.

Pesquisas nacionais e estrangeiras têm sido realizadas com intuito de compreender a relação entre a doença renal crônica e a depressão, bem como a sua associação com outros construtos. O estudo de Santos, Wolfart, e Jornada (2011) buscou avaliar a sintomatologia depressiva em pacientes com doença renal crônica submetidos a hemodiálise. Foram participantes do estudo 68 sujeitos, sendo 38 (55,9%) do sexo masculino, com idade média de 55,9 anos ($DP= 13,6$) e, em relação a etiologia da doença renal, a maior parte ocorreu devido a hipertensão arterial (42,6%), seguida da diabetes (30,9%). Os participantes responderam ao Inventário de Depressão de Beck (BDI) e a parte referente a transtornos depressivos da *Structured Clinical Interview for DSM Disorders* (SCID). Os resultados em relação ao BDI indicaram que 21 pacientes (32%) não apresentaram sintomas de depressão ou sintomas mínimos, 24 pacientes (34%) manifestaram sintomatologia leve, 16 (24%) moderada e 7 (10%) grau severo. Já em relação a SCID foram encontrados dados que indicam um possível diagnóstico de depressão em 17,6% dos pacientes. Quanto aos dados sociodemográficos não foram verificadas diferenças em relação aos escores nos instrumentos. Os autores concluíram que grande parte da amostra apresentou sintomas de

depressão, bem como uma alta prevalência para um possível diagnóstico de depressão maior, segundo a SCID. Por fim, é importante pontuar que no estudo foram utilizados instrumentos que contém itens que avaliam sintomas vegetativos, o que pode ter enviesado os valores obtidos em ambos instrumentos.

A prevalência de sintomatologia depressiva em doentes renais crônicos que faziam hemodiálise também foi avaliada no estudo de Schuster, Feldens, Iser, e Ghislandi (2015). A amostra ficou composta de 97 sujeitos, com média de idade de 60,3 anos ($DP= 14,64$), sendo 57,7% homens que responderam ao Inventário de Depressão de Beck (BDI). Os resultados obtidos indicaram que 71,1% dos participantes apresentavam sintomatologia depressiva que variou entre leve (49,5%), moderada (15,5%) e grave (6,2%).

Bautovich, Katz, Smith, Loo, e Harvey (2014) indicaram para uma prevalência de depressão de pelo menos 20% em pacientes com doença renal crônica, além do que a associação entre a depressão e a doença renal é complexa, bidirecional e relacionada a vários fatores, abarcando o aumento das taxas de hospitalização, pouca adesão ao tratamento e baixa qualidade de vida. Os autores ponderaram a dificuldade em avaliar a presença da depressão nesses pacientes, devido a sobreposição dos sintomas, no entanto, reiteraram a importância do diagnóstico levando-se em conta principalmente os aspectos psicológicos da depressão, tais como a perda do prazer por atividades que antes eram prazerosas, culpa, perda da autoestima, desesperança, bem como a ideação suicida para possibilitar a realização de tratamentos.

Identificar distúrbios psicológicos/psiquiátricos em pacientes no âmbito hospitalar pode se constituir como um diferencial, possibilitando a diminuição do sofrimento do sujeito e um melhor prognóstico frente a doença que ele apresenta. O uso de testes psicológicos se constitui como uma parte importante em um processo de avaliação

psicológica, não só em pacientes hospitalizados, como também em centros de saúde e ambulatórios de especialidades, por exemplo (Capitão, Scortegagna, & Baptista, 2005).

Considerando o que foi apresentado, o presente trabalho, teve como objetivo buscar evidências de validade para um instrumento de rastreio de sintomatologia depressiva desenvolvido para o contexto hospitalar/ambulatorial intitulado de Escala Baptista de Depressão Versão Hospital-Ambulatório (EBADEP-HOSP-AMB) (Baptista, 2013). Para atender esse objetivo, o trabalho foi dividido em três artigos, que serão apresentados na sequência. O primeiro refere-se a uma revisão integrativa da literatura acerca da depressão e da doença renal crônica a partir de consulta as bases PsycINFO e LILACS entre os anos de 2006 e 2016. Nele é apresentada uma análise dos estudos quanto ao ano de publicação, revistas, objetivos, principais resultados, construtos associados, instrumentos de depressão, dentre outros.

O segundo artigo apresenta evidências de validade baseadas na estrutura interna para a EBADEP-HOSP-AMB, a partir da análise fatorial exploratória do instrumento, bem como as estimativas de precisão dos fatores obtidos. Foram realizadas análises de Teoria de Resposta ao Item (TRI) a partir do modelo de um parâmetro de Rasch, verificando-se os índices de ajuste dos itens, os parâmetros das pessoas e dos itens e categorias de resposta da escala.

O último estudo refere-se às evidências de validade com base na relação com variáveis externas. Foram realizadas análises de correlação entre a EBADEP-HOSP-AMB, juntamente com a Escala de Pensamentos Depressivos e a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS). Também foram averiguadas possíveis diferenças de média nos escores dos instrumentos no que se refere aos dados sociodemográficos.

Artigo 1

Depressão e doença renal crônica: Revisão integrativa da literatura

Resumo

O presente trabalho teve por objetivo apresentar uma revisão integrativa da literatura a respeito da depressão no contexto da doença renal. Foram analisadas as produções científicas nacionais e internacionais referentes ao período de 2006 a 2016, sendo consultadas as bases PsycINFO e LILACS. Inicialmente foram obtidos 269 publicações, que foram posteriormente analisados em relação aos critérios de inclusão e exclusão, restando 21 artigos para análise. Os estudos foram avaliados quanto ao ano de publicação, revistas, objetivos, tamanho e características da amostra, principais resultados, construtos associados, bem como os instrumentos de depressão utilizados. Observou-se que os principais objetivos dos estudos foram verificar a prevalência de sintomatologia depressiva, além da associação entre a depressão e outros construtos. A prevalência obtida variou de 7,8% a 83,49% e a ansiedade e a qualidade de vida foram os construtos mais relacionados. Foi verificado que grande parte das amostras dos estudos eram de tamanho pequeno, ambos os sexos. O ano com maior número de publicações foi 2011, com um decréscimo nos anos seguintes. O Beck Depression Inventory (BDI-I e BDI-II) foi utilizado em 66,67% dos estudos. Conclui-se que é importante a realização de novos estudos com instrumentos que levem em conta as especificidades do contexto de forma a reduzir os vieses na avaliação da depressão.

Palavras-chave: sintomatologia depressiva; insuficiência renal crônica; revisão integrativa.

Depression and chronic kidney disease: An integrative literature review

Abstract

The present study aimed to present an integrative review of the literature on depression in the context of renal disease. National and international scientific productions were analyzed for the period from 2006 to 2016, and the bases PsycINFO and LILACS were consulted. Initially, 269 publications were obtained, which were subsequently analyzed in relation to the inclusion and exclusion criteria, leaving 21 articles for analysis. The studies were evaluated for the year of publication, journals, objectives, sample size and characteristics, main results, associated constructs, as well as the depression instruments used. It was observed that the main objectives of the studies were to verify the prevalence of depressive symptomatology, besides the association between depression and other constructs. The prevalence obtained ranged from 7.8% to 83.49% and anxiety and quality of life were the most related constructs. It was found that a large part of the study samples were small in size, both sexes. The year with the highest number of publications was 2011, with a decrease in the following years. Beck Depression Inventory (BDI-I and BDI-II) was used in 66.67% of the studies. It is concluded that it is important to carry out new studies with instruments that take into account the specificities of the context in order to reduce bias in the evaluation of depression.

Keywords: depressive symptomatology; chronic renal failure; integrative review.

Introdução

Estima-se que existam atualmente 112.004 pessoas com Doença Renal Crônica (DRC) no Brasil (Sesso, Lopes, Thomé, Lugon, & Martins, 2016). Trata-se de uma doença silenciosa, visto que na maior parte das vezes não apresenta sintomas, o que impede a realização do diagnóstico precocemente. Assim, quando a sintomatologia se torna evidente, a função renal comumente já está comprometida, podendo ocasionar em impactos físicos, psicológicos, econômicos e sociais na vida dos sujeitos por ela acometidos (Ramos, Queiroz, & Jorge, 2008).

A DRC tende a gerar limitações, bem como diminuição na qualidade de vida, tornando essa população propensa ao desenvolvimento de transtornos mentais, sendo a depressão uma das condições mais relatadas em doentes renais. Apesar disso, a depressão é frequentemente subdiagnosticada, principalmente em decorrência da sobreposição de sintomas com a DRC, como alterações no apetite e sono, perda de peso, lentificação, fadiga, dentre outros, tornando sua identificação nesses pacientes um processo complexo e desafiador (Condé et al., 2010; Kimmel, 2002).

O transtorno depressivo é considerado a principal causa mental de incapacitação, e atinge pessoas de diferentes faixas etárias, sendo representado principalmente pela presença de humor deprimido e a perda de interesse ou prazer por atividades anteriormente prazerosas, além de outros sintomas como baixa concentração, perturbação do apetite e sono, sentimento de culpa, autoestima baixa, desesperança, dentre outros. Trata-se de um problema de saúde pública, tendo em vista que pessoas acometidas pela doença têm sua qualidade de vida e dia-a-dia consideravelmente prejudicados, afetando a esfera profissional, escolar, familiar, podendo ainda ter como resultado o suicídio (*World Health Organization* [WHO], 2017).

Finger et al. (2011) relataram algumas hipóteses para o desenvolvimento da depressão em pessoas com DRC em hemodiálise, indicando que esses pacientes tendem a relatar diversas perdas, dentre elas a perda de função na esfera familiar, profissional, física, cognitiva, bem como disfunção sexual. Os autores indicaram ainda que, embora os estudos presentes na literatura acerca do tema apontem que pessoas em terapia renal apresentam maior sintomatologia depressiva quando comparados aos indivíduos com outras doenças crônicas ou a população geral, não existe uma precisão quanto a taxa de prevalência da depressão nessa população.

Moreira et al. (2014) ressaltaram que a prevalência da depressão em pessoas com DRC varia a depender dos critérios e amostras utilizadas nos estudos. Os sintomas depressivos tendem a prejudicar a adesão ao tratamento, podendo ocasionar em problemas nutricionais, alterações na imunidade, bem como aumento da mortalidade. Além disso, os autores relataram que pacientes acometidos pela DRC apresentam de 1,5 a 3 vezes mais hospitalizações em decorrência de quadros psiquiátricos em comparação a outras doenças crônicas, sendo a depressão, demência e abuso de drogas as causas mais frequentes.

Em uma revisão sistemática e meta-análise, Palmer et al. (2013) verificaram a prevalência de sintomatologia depressiva em adultos com DRC, a partir de levantamento nas bases de dados MEDLINE e Embase. Foram incluídos no estudo, 249 amostras contendo 55.982 pessoas. Os autores restringiram as análises a estudos em que foram utilizadas entrevistas clínicas e encontraram uma prevalência de 20,3% de depressão. Foi ressaltado ainda que, ao se utilizar escalas de autorrelato, a prevalência de sintomas de depressão nessa população tende a ser maior, sendo necessário avaliar esses dados com cautela, principalmente pela frequência de indicadores de sintomas somáticos que, frequentemente, acometem pacientes renais.

A partir das considerações realizadas, a presente pesquisa teve como objetivo analisar os achados da produção científica nacional e internacional sobre depressão em pacientes renais crônicos. Esse tipo de revisão permite organizar e fazer uma síntese dos resultados de pesquisas realizadas sobre um determinado tema, o que contribui para a ampliação do conhecimento do assunto investigado. Assim, é possível fazer uma discussão crítica dos métodos, objetivos e resultados encontrados, possibilitando chegar a conclusões gerais em relação ao campo de conhecimento em questão (Mendes, Silveira, & Galvão, 2008). Os artigos foram verificados quanto ao ano de publicação, revistas em que foram publicados, objetivos, tamanho e tipo da amostra estudada, instrumentos utilizados, resultados principais, taxa de prevalência de depressão encontrada, construtos associados e características dos instrumentos de depressão utilizados.

Método

Foi realizada uma revisão integrativa da literatura a respeito da depressão e da doença renal crônica nas bases de dados PsycINFO e LILACS. Para a base LILACS foram utilizados os seguintes termos de busca com operadores *booleanos*: “(depressão OR transtorno depressivo OR transtornos do humor) AND (doença renal OR diálise renal OR insuficiência renal OR falência renal)”. Para a base PsycINFO, foram utilizados os mesmos descritores, em língua inglesa: “(*depression* OR *depressive disorder* OR *mood disorders*) AND (*kidney disease* OR *renal dialysis* OR *renal insufficiency* OR *kidney failure*)”.

Os critérios de inclusão estabelecidos foram: artigos publicados entre os anos de 2006 a 2016, redigidos na língua portuguesa, inglesa ou espanhola, estudos empíricos e disponíveis online e na íntegra e amostras compostas de pessoas com idades a partir de 18 anos. Foram excluídos estudos que não tinham relação direta com o tema proposto, com amostras de crianças e adolescentes, outros artigos de revisão, bem como relatos em forma

de dissertação, tese, capítulos de livro, comentários ou crítica. Os procedimentos descritos foram realizados no mês de dezembro do ano de 2016.

Resultados

Foram obtidos um total de 269 publicações nas bases de dados (PsycINFO= 235; LILACS= 34). Após a leitura dos resumos foram selecionados 85 trabalhos com a temática da doença renal crônica e depressão (PsycINFO= 82; LILACS= 3). Posteriormente, foram recuperados os textos completos dos estudos selecionados e, após a leitura deles e com base nos critérios estipulados inicialmente foram excluídos 64, restando, portanto, 21 estudos que foram incluídos na revisão integrativa, como mostra o diagrama de fluxo da Figura 1.

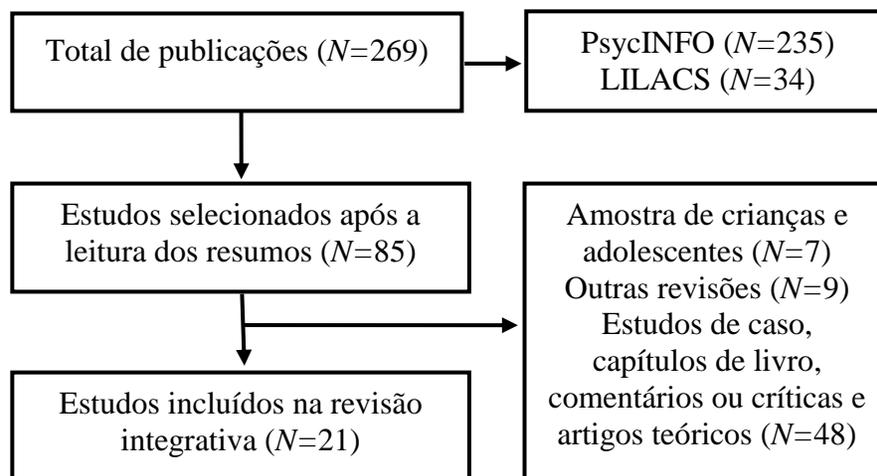


Figura 1. Diagrama de fluxo

Os estudos incluídos na revisão foram lidos na íntegra e avaliados quanto a autoria, ano de publicação, revista, objetivos, amostra, instrumentos utilizados e principais resultados obtidos. Essa caracterização pode ser observada na Tabela 1.

Tabela 1

Caracterização dos estudos recuperados

ID	Autor/Ano	Revista	Objetivos	Amostra	Instrumentos	Principais Resultados
1	Andrade & Sesso (2012)	Psychology	Avaliar depressão em pacientes com doença renal crônica	36 em hemodiálise e 134 em tratamento conservador	Inventário de Depressão de Beck (BDI) e Inventário de Depressão de Beck – Short Form (BDI-SF)	Sintomas depressivos foram identificados em 41,6% dos pacientes. Essa porcentagem foi reduzida para 13,8% quando o BDI-SF foi utilizado
2	Baykan & Yargic (2012)	Bulletin of Clinical Psychopharmacology	Avaliar pacientes com doença renal em relação a sintomas de depressão, ansiedade, qualidade de vida e estratégias de enfrentamento	42 em hemodiálise, 41 em diálise peritoneal e 41 saudáveis	Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Health Related Quality of Life Short Form-36 (SF-36) e Coping Strategies Questionnaire (COPE)	59,5% dos pacientes em hemodiálise e 53,7% em diálise peritoneal apresentaram algum transtorno, sendo a depressão o mais comum. O uso de estratégias de coping não-funcionais foi maior entre os pacientes em hemodiálise
3	Bossola et al. (2010)	General Hospital Psychiatry	Avaliar a correlação entre variáveis demográficas, clínicas e laboratoriais com sintomas de depressão e ansiedade em pacientes em hemodiálise	80 pacientes em hemodiálise	Beck Depression Inventory (BDI), Hamilton Rating Anxiety Scale (HARS), Hopkins Symptom Checklist 90 Revised (SCL-90-R), Charlson Comorbidity Index, SF-36 Vitality Scale e Mini Mental State Examination	42 (52,5%) apresentaram sintomas de depressão e 77 (95,2%) sintomas de ansiedade
4	Chilcot, Wellsted, Davenport, & Farrington (2011)	Journal of Health Psychology	Avaliar sintomas de depressão e a percepção da doença de pacientes em hemodiálise	215 pacientes em hemodiálise	Mini Mental State Examination (MMSE), Revised Illness Perception Questionnaire (IPQR) e Beck Depression Inventory (BDI-II)	30% da amostra apresentou sintomas de depressão. Os pacientes deprimidos demonstraram uma representação de doença inadaptativa em relação aos não-deprimidos

Tabela 1
Caracterização dos estudos recuperados (Continuação)

ID	Autor/Ano	Revista	Objetivos	Amostra	Instrumentos	Principais Resultados
5	Diefenthaler Wagner, Poli-de-Figueiredo, Zimmerman & Saitovitch (2008)	Revista Brasileira de Psiquiatria	Verificar a associação entre depressão e óbito em pacientes em hemodiálise	40 pacientes em hemodiálise	Beck Depression Inventory (BDI)	Após 24 meses, as taxas de sobrevivência foram de 39% para os pacientes com sintomas de depressão e 95% para aqueles sem sintomas ($p=0,029$). O modelo de riscos proporcionais de Cox indicou que a sintomatologia depressiva tende a estar associada com mortalidade (HR=6,5; IC95%: 0,8-55,6; $p=0,085$)
6	Drayer et al. (2006)	General Hospital Psychiatry	Verificar sintomas de depressão e qualidade de vida em pacientes em hemodiálise	62 pacientes em hemodiálise	Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD) Mood Module e Kidney Disease and Quality of Life Short Form (KDQOL-SF)	17 (28%) pacientes apresentaram sintomas de depressão. Os deprimidos eram mais jovens e tinham menor qualidade de vida do que os não deprimidos. A depressão predispsse a mortalidade (HR = 4,1, IC 95%=1,5-32,2, $p<0,05$) após ajuste para idade, sexo, raça, comorbidades médicas e/ou presença de diabetes
7	Garcia, Veiga, Motta, Moura, & Casulari (2010)	Revista Brasileira de Psiquiatria	Avaliar o estado de humor e a qualidade de vida de homens em tratamento em hemodiálise e correlacionar as alterações observadas com a qualidade de vida	47 homens em hemodiálise	Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) e Kidney Disease Quality of Life Questionnaire (KDQOL-SFTM)	68,1% dos pacientes apresentavam sintomas de depressão. Correlações entre depressão e KDQOL-SFTM nas dimensões: lista de sintomas e problemas ($r=-0,399$; $p=0,005$) e qualidade da interação social ($r=-0,433$; $p=0,002$). Humor apresentou correlação negativa com saúde geral ($r=-0,475$; $p<0,001$) e bem-estar emocional ($r=-0,354$; $p=0,015$)

Tabela 1
Caracterização dos estudos recuperados (Continuação)

ID	Autor/Ano	Revista	Objetivos	Amostra	Instrumentos	Principais Resultados
8	Keskin & Engin (2011)	Journal of Clinical Nursing	Avaliar depressão e ideação suicida em pacientes em hemodiálise	92 pacientes em hemodiálise	Beck Depression Inventory (BDI), Suicide Questionnaire (SBQ) e Coping Orientation to Problems Experienced Inventory	Correlações positivas entre depressão e suicídio ($r=0,469$; $p=0,001$) entre idade e depressão ($r=0,43$; $p=0,00$) e ideação suicida ($r=0,27$; $p=0,01$)
9	Kojima et al. (2010)	Psychotherapy and Psychosomatics	Verificar a associação entre depressão e alexitimia com mortalidade em 5 anos em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise	230 pacientes em hemodiálise	Beck Depression Inventory-II (BDI-II), Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), Social Support Questionnaire (SSQ) e Short Form Health Survey (SF-36)	43% dos pacientes apresentavam sintomas de depressão. Durante o acompanhamento, 27 mortes foram confirmadas. Depressão e alexitimia foram associadas a um risco aumentado de mortalidade por todas as causas, no entanto, a alexitimia se mostrou maior preditor de mortalidade a longo prazo em pacientes em hemodiálise
10	Macaron et al. (2014)	Community Mental Health	Mensurar sintomas de depressão, ansiedade e ideação suicida em pacientes renais crônicos	51 pacientes em hemodiálise	Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) e Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)	Sintomas de ansiedade em 45% dos pacientes e sintomas de depressão em 50%. A prevalência de ideação suicida foi de 37%
11	Makara-Studzińska & Koślak (2011)	Archives of Psychiatry and Psychotherapy	Comparar os pacientes com doença renal e os pacientes de Atenção Primária em relação aos sintomas de depressão	206 em hemodiálise, 64 em diálise peritoneal, 53 após transplante e 200 sem DRC	Beck Depression Inventory (BDI)	Os pacientes com doença renal tiveram escores maiores em comparação aos de cuidados primários de saúde. 83,49% dos pacientes em hemodiálise apresentaram sintomas de depressão, sendo 54,85% depressão leve e 28,64% moderada

Tabela 1
Caracterização dos estudos recuperados (Continuação)

ID	Autor/Ano	Revista	Objetivos	Amostra	Instrumentos	Principais Resultados
12	McDade-Montez, Christensen, Cvengros, & Lawton (2006)	Health Psychology	Avaliar a associação entre sintomas de depressão e risco futuro de interrupção de diálise durante um período de 48 meses	240 pacientes em hemodiálise	Beck Depression Inventory (BDI)	18% dos pacientes abandonaram a diálise. O nível de sintomatologia de depressão foi um fator de risco preditivo único e significativo para a decisão subsequente de se retirar da diálise
13	Ng, Jie Tan, Mooppil, Newman, & Griva (2015)	British Journal of Health Psychology	Verificar o curso de sintomas de depressão e ansiedade durante 12 meses de pacientes em hemodiálise	159 pacientes em hemodiálise	Kidney Disease QoL – Short Form (KDQoL-SF) e Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	39,6% dos participantes apresentaram sintomas persistentes de depressão e 32,1% sem sintomas/sintomas leves. 31,8% da amostra apresentou sintomas persistentes de ansiedade e 36,9% sem sintomas
14	Öyekçin, Gülpek, Sahin, & Mete (2012)	International Journal of Psychiatry in Medicine	Investigar depressão, ansiedade, imagem corporal, satisfação sexual e ajuste a diálise em doentes renais	36 em hemodiálise, 54 em diálise peritoneal e 30 saudáveis	Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID), Body Image Scale (BIS), Beck Depression Inventory (BDI), Beck Anxiety Inventory (BAI), The Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS) e Dyadic Adjustment Scale (DAS)	A depressão e os níveis de ansiedade foram significativamente maiores no grupo de hemodiálise em relação à diálise peritoneal e nos grupos controle. No grupo de hemodiálise, à medida que os níveis de depressão e ansiedade aumentaram, a imagem corporal foi perturbada
15	Páez, Jofré, Azpiroz, & Bortoli (2009)	Universitas Psychologica	Verificar os níveis de depressão e ansiedade em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise	30 pacientes em hemodiálise	Beck Depression Inventory-II (BDI-II) e Spielberger's State-Trait Anxiety Inventory	56,7% da amostra apresentaram sintomas de depressão. Foram encontradas correlações positivas entre depressão e ansiedade estado ($r=0,54$; $p<0,002$) e depressão e traço de ansiedade ($r=0,75$; $p<0,000$)

Tabela 1
Caracterização dos estudos recuperados (Continuação)

ID	Autor/Ano	Revista	Objetivos	Amostra	Instrumentos			Principais Resultados
16	Preljevic et al. (2013)	General Hospital Psychiatry	Verificar a associação entre depressão, ansiedade e percepção de qualidade de vida em pacientes submetidos à hemodiálise	111 pacientes em hemodiálise	Hospital Depression Scale (HADS), Beck Depression Inventory (BDI), e Medical Outcome Short Form 36 (MOS SF-36) e Structured Clinical Interview for DSM Disorders (SCID)	Anxiety	and	Pacientes com transtornos depressivos relataram qualidade de vida mais prejudicada em quatro de oito subescalas, enquanto aqueles com transtorno depressivo com comorbidade com ansiedade relataram maior comprometimento em todas as subescalas do SF-36 em comparação com aqueles sem qualquer transtorno psiquiátrico
17	Ribeiro et al. (2009)	Acta Paulista de Enfermagem	Caracterizar idosos com insuficiência renal crônica submetidos a hemodiálise e identificar níveis de depressão na amostra	61 pacientes em hemodiálise	Geriatric Depression Scale (GDS)	Depression	Scale	Sintomas leves de depressão e uma correlação significativa entre a GDS e analfabetismo ($p=0,028$), indicando que os analfabetos apresentaram mais respostas depressivas, sugerindo menor capacidade de adaptabilidade/resiliência desses indivíduos à doença e suas implicações
18	Santos (2011)	Revista Brasileira de Psiquiatria	Verificar a correlação entre depressão e qualidade de vida de pacientes em hemodiálise	166 pacientes em hemodiálise	Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) e Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Questionnaire (SF-36)			13 (7,8%) dos pacientes apresentaram sintomas de depressão. Os depressivos apresentaram menor pontuação em vitalidade, aspectos emocionais e saúde mental. A análise de regressão demonstrou que depressão foi preditiva de aspectos emocionais

Tabela 1
Caracterização dos estudos recuperados (Continuação)

ID	Autor/Ano	Revista	Objetivos	Amostra	Instrumentos	Principais Resultados
19	Santos, Wolfart, & Jornada (2011)	Arquivos Catarinenses de Medicina	Verificar sintomas de depressão e quadros de provável transtorno depressivo em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise	68 pacientes em hemodiálise	Inventário de Depressão de Beck (BDI) e Structured Clinical Interview for DSM Disorders (SCID)	No BDI, 21 pacientes (32%) apresentaram depressão ausente ou mínima, 24 (34%) leve, 16 (24%) moderada e 7 (10%) grau severo. Pela SCID foram encontrados 17,6% dos pacientes com diagnóstico sugestivo de depressão maior
20	Silva Junior et al. (2014)	Psychology, Health & Medicine	Investigar a ocorrência de depressão em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise	148 pacientes em hemodiálise	Beck Depression Inventory II (BDI-II)	Sintomas de depressão em 101 (68,2%) dos casos. A depressão foi classificada como leve (49,5%), moderada (41,5%) e grave (9%). Somente 15,5% tinham diagnóstico de depressão prévia
21	Sinatra, Curci, Palo, Monacis, & Tanucci (2011)	Psychology	Avaliar os efeitos do suporte social percebido, alexitimia, ruminação mental e compartilhamento social na depressão em pacientes com doença renal crônica	103 pacientes em hemodiálise e 101 saudáveis	Pluridimensional Inventory for Haemodialysis Patients (IPPE), Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS), Geriatric Depression Scale (GDS), Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), Social Sharing and Mental Rumination	79,3% dos pacientes em hemodiálise por menos de 4 anos e 64,4% com mais de 4 anos de tratamento apresentaram sintomas de depressão. A depressão foi influenciada pelo apoio percebido, alexitimia e elaboração de problemas emocionais associados à doença. A ruminação apareceu como consequência disfuncional das emoções para o grupo controle, mas teve função adaptativa nos pacientes dialisados por mais de 4 anos

A Tabela 1 indica que os principais objetivos dos estudos foram verificar a prevalência de sintomas de depressão, bem como a sua associação com outros construtos. A prevalência de sintomatologia depressiva variou entre 7,8% a 83,49%, em diferentes intensidades, ou seja, leve, moderada e severa. Os construtos associados foram: ansiedade ($N=7$; 31,81%), qualidade de vida ($N=5$; 22,73%), coping ($N=2$; 9,09%), suporte social ($N=2$; 9,09%), ideação suicida ($N=2$; 9,09%), alexitimia ($N=2$; 9,09%), imagem corporal ($N=1$; 4,55%) e satisfação sexual ($N=1$; 4,55%).

Os instrumentos de depressão utilizados foram o *Beck Depression Inventory* (BDI-I e BDI-II), que esteve presente em 14 (66,67%) estudos, seguido da *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) e a *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders* (SCID-I) com frequência igual a 4 (19,05%), cada. A *Geriatric Depression Scale* (GDS) foi utilizada em 2 (9,52%) estudos e a *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (CES-D) em 1 (4,76%).

Dentre os instrumentos de autorrelato, tem-se o *Beck Depression Inventory* (BDI), que é composto por 21 itens; a *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), constituída de 14 itens, sendo 7 da subescala de depressão; a *Geriatric Depression Scale* (GDS), com 30 itens e a *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (CES-D), que contém 20 itens. Por fim, a *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders* (SCID-I), que corresponde a uma entrevista estruturada, em que o caderno de avaliação do humor é formado por 15 questões.

A classificação do tamanho da amostra foi realizada segundo a proposta de Prieto e Muñiz (2000), que definiram que uma amostra considerada pequena é inferior a 200 sujeitos, a moderada entre 200 a 500 e grande aquela com mais de 500 participantes. No presente estudo, a maior parte dos artigos ($N=16$; 76,19%) se enquadraram na categoria de

amostra pequena, seguida da categoria moderada ($N=4$; 19,04%) e ($N=1$; 4,76%) apresentou uma amostra considerada grande.

Já em relação ao tipo da amostra, 76,19% ($N=16$) dos artigos teve seus participantes compostos apenas por pacientes em tratamento de hemodiálise, ao passo que o restante dos estudos ($N=5$; 23,80%) continham, além de pacientes em hemodiálise, pacientes em outros tipos de tratamento como o conservador e a diálise peritoneal, bem como sujeitos no pós-transplante e saudáveis. Grande parte dos artigos foram compostos por amostras de homens e mulheres, com exceção de um que foi formado apenas por pessoas do sexo masculino, além do que os participantes dos estudos tinham idade mínima de 18 anos. Foi verificada a quantidade de artigos publicados por ano. A Figura 2 apresenta essa relação, sendo recuperados os estudos entre os anos de 2006 a 2015.

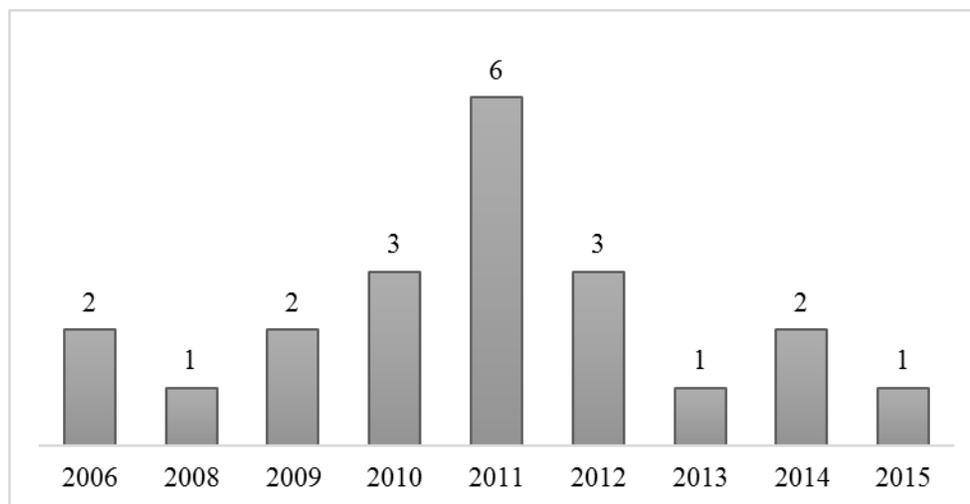


Figura 2. Número de artigos publicados por ano

Observa-se na Figura 2 que o maior número de publicações ocorreu no ano de 2011 ($N=6$; 28,57%), seguido dos anos de 2010 e 2012 ($N=3$; 14,29%), havendo um decréscimo nos anos seguintes. Os 21 artigos analisados foram publicados em um total de 16 revistas

de Psicologia e de outras áreas da saúde. A frequência de estudos publicados por cada revista pode ser observada na Tabela 2.

Tabela 2.

Publicações por revista

Revista	F	%
Revista Brasileira de Psiquiatria	3	14,29
<i>General Hospital Psychiatry</i>	3	14,29
<i>Psychology</i>	2	9,52
<i>Bulletin of Clinical Psychopharmacology</i>	1	4,76
<i>Journal of Health Psychology</i>	1	4,76
<i>Journal of Clinical Nursing</i>	1	4,76
<i>Psychotherapy and Psychosomatics</i>	1	4,76
<i>Community Mental Health</i>	1	4,76
<i>Archives of Psychiatry and Psychotherapy</i>	1	4,76
<i>Health Psychology</i>	1	4,76
<i>British Journal of Health Psychology</i>	1	4,76
<i>International Journal of Psychiatry in Medicine</i>	1	4,76
<i>Universitas Psychologica</i>	1	4,76
Acta Paulista de Enfermagem	1	4,76
Arquivos Catarinenses de Medicina	1	4,76
<i>Psychology, Health & Medicine</i>	1	4,76

Como pode ser observado na Tabela 2, as revistas com maior número de publicações no período consultado foram a Revista Brasileira de Psiquiatria ($N=3$; 14,29%) e a *General Hospital Psychiatry* ($N=3$; 14,29%).

Discussão

O objetivo da presente pesquisa foi realizar uma revisão integrativa da literatura sobre a depressão e a doença renal crônica, a partir de 21 artigos incluídos na análise. Observou-se que os instrumentos de depressão mais utilizados foram o *Beck Depression Inventory* (BDI), a *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), a *Geriatric Depression Scale* (GDS), a *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (CES-D) e a *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders* (SCID-I).

O BDI é a ferramenta de avaliação de sintomatologia depressiva mais aplicada nos estudos, tanto em populações clínicas quanto nas não clínicas. O inventário foi publicado no ano de 1961, tratando-se de um instrumento pioneiro no rastreio desses sintomas, sendo realizados diversos estudos psicométricos com ele ao longo dos anos (Argimon, Paloski, Farina, & Irigaray, 2016; Baptista & Borges, 2016). É importante ponderar que o BDI, presente em 14 dos 21 estudos avaliados no presente estudo, contém aproximadamente 29% de itens que avaliam sintomas vegetativos da depressão. Segundo Condé et al. (2010) e Kimmel (2002) é importante ter cautela ao se avaliar os aspectos vegetativos, uma vez que a sintomatologia entre a depressão e a DRC poderiam estar se sobrepondo. Uma alternativa que vem sendo aplicada para o uso do BDI em pacientes com DRC é o ponto de corte igual ou maior que 16/17 (Preljevic et al., 2012; Watnick, Wang, Demadura, & Ganzini, 2005).

Foi constatado que a maior parte dos instrumentos utilizados (BDI, HADS, GDS e CES-D) foram os de autorrelato, em que o próprio sujeito responde aos itens com ou sem o auxílio do aplicador. Utilizou-se também uma entrevista estruturada (SCID-I), que consiste em um conjunto de perguntas previamente estabelecidas que é realizada por um profissional treinado. Como referido por Lutz, Stahl, Howard, Grissom, e Joske (2002) as entrevistas estruturadas possibilitam investigar a direção do transtorno, já as escalas de rastreio são mais práticas e permitem de forma rápida a identificação de possíveis casos, além de apresentarem um custo inferior em relação as outras. No entanto, essas escalas não conferem o número de informações necessárias para a realização de um diagnóstico propriamente dito, como os âmbitos mais afetados da vida do sujeito e duração da sintomatologia, por exemplo (Baptista, Cardoso, & Gomes, 2012).

A prevalência de sintomatologia depressiva em diferentes gravidades (leve, moderada e severa) nos estudos variou entre 7,8% a 83,49%. Conforme indicado por

Moreira et al. (2014), as prevalências de sintomas de depressão variam de acordo com os critérios estipulados pelo pesquisador. Nesse sentido, como relatado por Palmer et al. (2013) a prevalência de sintomatologia depressiva tende a ser maior quando avaliada por instrumentos de autorrelato, ressaltando a importância de se averiguar de maneira cuidadosa esses resultados principalmente em função dos sintomas somáticos comuns a depressão e a doença renal crônica, que são presentes em boa parte das escalas de avaliação da sintomatologia depressiva. No presente estudo, com exceção da HADS e da GDS, os instrumentos utilizados nas pesquisas analisadas contêm itens que avaliam características somáticas, suscitando cautela quanto as prevalências encontradas.

Os construtos mais associados a depressão foram a ansiedade e a qualidade de vida. Alguns autores relataram que a ansiedade em pacientes renais é comum, devido ao próprio processo de adaptação a uma rotina de tratamento, além do que a doença gera uma intimidação no sujeito que percebe sua vida e integridade corporal ameaçadas constantemente (Dias, Shiozawa, Miorin, & Cordeiro, 2015; Valle, Souza, & Ribeiro, 2013). Ottaviani et al. (2016) indicaram que a doença renal e o seu tratamento poderiam acarretar em prejuízos e mudanças na vida do paciente, não só física, como também emocionalmente, o que ocasionaria em uma piora na qualidade de vida do sujeito. A maior parte das amostras dos estudos foram categorizadas como de tamanho pequeno, com base nos critérios de Prieto e Muñiz (2000). A partir disso, pode-se ter como hipótese para o número amostral reduzido, o custo para realização de estudos com amostras mais abrangentes, bem como a dificuldade de acesso a determinadas amostras.

Dentre as limitações da presente revisão integrativa, evidencia-se o número reduzido de bases consultadas, além da restrição para artigos publicados somente entre os anos de 2006 a 2016. Dessa forma, não se pretende chegar a conclusões sobre o cenário atual de conhecimento sobre a depressão em doentes renais, mas investigar o campo da

temática em questão. A partir das análises realizadas, considera-se importante o desenvolvimento de pesquisas que tenham como objetivo fornecer propostas interventivas efetivas para essa população, dado os resultados verificados nos artigos incluídos na presente revisão. Assim, o tratamento do paciente renal deve abarcar, não somente as questões físicas, como também as psíquicas, dada as consequências da depressão nesses pacientes.

Referências

- *Andrade, C. P., & Sesso, R. C. (2012). Depression in chronic kidney disease and hemodialysis patients. *Psychology*, 3(11), 974–978. doi: 10.4236/psych.2012.311146
- Argimon, I. I. L., Paloski, L. H. Farina, M., & Irigaray, T. Q. (2016). Aplicabilidade do Inventário de Depressão de Beck-II em idosos: uma revisão sistemática. *Avaliação Psicológica*, 15(n. esp), 11-17. doi: 10.15689/ap.2016.15ee.02
- Baptista, M. N., & Borges, L. (2016). Revisão integrativa de instrumentos de depressão em crianças/adolescentes e adultos na população brasileira. *Avaliação Psicológica*, 15(n. esp), 19-32. doi: 10.15689/ap.2016.15ee.03
- Baptista, M. N., Cardoso, H. F., & Gomes, J. O. (2012). Escala Baptista de Depressão (Versão Adulto) - EBADEP-A: validade convergente e estabilidade temporal. *Psico-USF*, 17(3), 407-416. doi: 10.1590/S1413-82712012000300007
- *Baykan, H., & Yargic, I. (2012). Depression, anxiety disorders, quality of life and stress coping strategies in hemodialysis and continuous ambulatory peritoneal dialysis patients. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 22(2), 167–176. doi: 10.5455/bcp.20120412022430
- *Bossola, M., Ciciarelli, C., Conte, G. L., Vulpio, C., Luciani, G., & Tazza, L. (2010). Correlates of symptoms of depression and anxiety in chronic hemodialysis patients. *General Hospital Psychiatry*, 32(2), 125-131. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2009.10.009
- *Chilcot, J., Wellsted, D., Davenport, A., & Farrington, K. (2011). Illness representations and concurrent depression symptoms in haemodialysis patients. *Journal of Health Psychology*, 16(7), 1127-1137. doi: 10.1177/1359105311401672

- Condé, S. A. L., Fernandes, N., Santos, F. R., Chouab, A., Mota, M. M. E. P., & Bastos, M. G. (2010). Declínio cognitivo, depressão e qualidade de vida em pacientes de diferentes estágios da doença renal crônica. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 32(3), 242-248. doi: 10.1590/S0101-28002010000300004
- Dias, D. R., Shiozawa, P., Miorim, L. A., & Cordeiro, Q. (2015). Prevalência de sintomas depressivos e ansiosos em pacientes com doença renal crônica em programa de hemodiálise: Um estudo transversal. *Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa São Paulo*, 60(2), 65-71. Recuperado de http://www.fcmscsp.edu.br/images/Arquivos_medicos/2015/04-AO83.pdf
- *Diefenthaler, E. C., Wagner, M. B., Poli-de-Figueiredo, C. E., Zimmermann, P. R., & Saitovitch, D. (2008). Is depression a risk factor for mortality in chronic hemodialysis patients? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(2), 99-103 doi: 10.1590/S1516-44462008000200003
- *Drayer, R. A., Piraino, B., Reynolds III, C. F., Houck, P. R., Mazumdar, S., Bernardini, J., ... Rollman, B. L. (2006). Characteristics of depression in hemodialysis patients: Symptoms, quality of life and mortality risk. *General Hospital Psychiatry*, 28(4), 306-312. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2006.03.008
- Finger, G., Pasqualotto, F. F., Marcon, G., Medeiros, G. S., Abruzzi Junior, J., & May, W. S. (2011). Sintomas depressivos e suas características em pacientes submetidos a hemodiálise. *Revista da Associação Médica do Rio Grande do Sul*, 55(4), 333-338. Recuperado de http://www.amrigs.org.br/revista/55-04/0000072184-miolo_AMRIGS4_art_original_sintomas_depressivos.pdf
- *Garcia, T. W., Veiga, J. P. R., da Motta, L. D. C., de Moura, F. J. D., & Casulari, L. A. (2010). Depressed mood and poor quality of life in male patients with chronic renal

- failure undergoing hemodialysis. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32(4), 1-11. doi: 10.1590/S1516-44462010005000025
- *Keskin, G., & Engin, E. (2011). The evaluation of depression, suicidal ideation and coping strategies in haemodialysis patients with renal failure. *Journal of Clinical Nursing*, 20(19-20), 2721-2732. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03669.x
- Kimmel, P. L. (2002). Depression in patients with chronic renal disease: What we know and what we need to know. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(4), 951-956. doi: 10.1016/S0022-3999(02)00310-0
- *Kojima, M., Hayano, J., Suzuki, S., Seno, H., Kasuga, H., Takahashi, H., ... Furukawa, T. A. (2010). Depression, alexithymia and long-term mortality in chronic hemodialysis patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 79(5), 303-311. doi: 10.1159/000319311
- Lutz, W., Stahl, S. M., Howard, K. I., Grissom, G. R., & Joske, R. (2002). Some Relationship Among Assessments of Depression. *Journal of Clinical Psychology*, 58(12), 1545-15. doi: 10.1002/jclp.10072
- *Macaron, G., Fahed, M., Matar, D., Bou-Khalil, R., Kazour, F., Nehme-Chlela, D., & Richa, S. (2014). Anxiety, depression and suicidal ideation in Lebanese patients undergoing hemodialysis. *Community Mental Health Journal*, 50(2), 235-238. doi: 10.1007/s10597-013-9669-4
- *Makara-Studzińska, M., & Koślak, A. (2011). Depression symptoms among patients with end stage renal disease and among primary health care patients. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 13(3), 5-10. Recuperado de http://www.archivespp.pl/uploads/images/2011_13_3/5Makara__APP3_2011.pdf

- *McDade-Montez, E. A., Christensen, A. J., Cvengros, J. A., & Lawton, W. J. (2006). The role of depression symptoms in dialysis withdrawal. *Health Psychology, 25*(2), 198-204. doi: 10.1037/0278-6133.25.2.198
- Mendes, K. D. S., Silveira, R. C. C. P., & Galvão, C. M. (2008). Revisão integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem, 17*(4), 758-764. doi: 10.1590/S0104-07072008000400018
- Moreira, J. N., Matta, S. M., Kummer, A. M., Barbosa, I. G., Teixeira, A. L., & Silva, A. C. S. (2014). Transtornos neuropsiquiátricos e doenças renais: Uma atualização. *Jornal Brasileiro de Nefrologia, 36*(3), 396-400. doi: 10.5935/0101-2800.20140056
- *Ng, H. J., Tan, W. J., Mooppil, N., Newman, S., & Griva, K. (2015). Prevalence and patterns of depression and anxiety in hemodialysis patients: A 12-month prospective study on incident and prevalent populations. *British Journal of Health Psychology, 20*(2), 374-395. doi: 10.1111/bjhp.12106
- Ottaviani, A. C., Betoni, L. C., Paravini, S. C. I., Say, K. G., Zazzetta, M. S., & Orlandi, F. S. (2016). Associação entre ansiedade e depressão e a qualidade de vida de pacientes renais crônicos em hemodiálise. *Texto & Contexto Enfermagem, 25*(3), 1-8. doi: 10.1590/0104-07072016000650015
- *Öyekçin, D. G., Gülpek, D., Sahin, E. M., & Mete, L. (2012). Depression, anxiety, body image, sexual functioning, and dyadic adjustment associated with dialysis type in chronic renal failure. *International Journal of Psychiatry in Medicine, 43*(3), 227-241. doi: 10.2190/PM.43.3.c
- *Páez, A. E., Jofré, M. J., Azpiroz, C. R., & De Bortoli, M. A. (2009). Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis.

- Universitas Psychologica*, 8(1), 117–124. Recuperado de <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/viewFile/267/284>
- Palmer, S. C., Vecchio, M. C., Craig, J. C., Tonelli, M., Johnson, D. W., Nicolucci, A., ... Strippoli, G. F. M. (2013). Prevalence of depression in chronic kidney disease: Systematic review and meta-analysis of observational studies. *Kidney International*, 84(1), 179-191. doi: 10.1038/ki.2013.77
- Preljevic, V. T., Østhus, T. B., Sandvik, L., Opjordsmoen, S., Nordhus, I. H., Os, I., & Dammen, T. (2012). Screening for anxiety and depression in dialysis patients: comparison of the Hospital Anxiety and Depression Scale and the Beck Depression Inventory. *Journal of Psychosomatic Research*, 73(2), 139-44. doi: 10.1016/j.jpsychores.2012.04.015
- *Preljevic, V. T., Østhus, T. B. H., Os, I., Sandvik, L., Opjordsmoen, S., Nordhus, I. H., & Dammen, T. (2013). Anxiety and depressive disorders in dialysis patients: Association to health-related quality of life and mortality. *General Hospital Psychiatry*, 35(6), 619-624. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2013.05.006
- Prieto, G., & Muñiz, J. (2000). Um modelo para avaliar la calidad de los test utilizados em España. *Papeles del Psicólogo*, 77, 65-72. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77807709>
- Ramos, I. C., Queiroz, M. V. O., & Jorge, M. S. B. (2008). Cuidado em situação de doença renal crônica: representações sociais elaboradas por adolescentes. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(2), 193-200. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2670/267019607008.pdf>
- *Ribeiro, R. C. H. M., Santiago, E., Bertolina, D. C., Ribeiro, D. F., Cesarino, C. B., & Burdmann, E. A. (2009). Depressão em idosos portadores de insuficiência renal

- crônica em tratamento hemodialítico. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(spe1), 505-508. doi: 10.1590/S0103-21002009000800010
- *Santos, P. R. (2011). Depression and quality of life of hemodialysis patients living in a poor region of Brazil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 33(4), 332-337. doi: 10.1590/S1516-44462011000400005
- *Santos, M. S., Wolfart, A., & Jornada, L. (2011). Prevalência de transtornos depressivos em pacientes com insuficiência renal crônica participantes de programa de hemodiálise em uma clínica do Sul de Santa Catarina. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 40(2), 84-88. Recuperado de <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/868.pdf>
- Sesso, R. C., Lopes, A. A., Thomé, F. S., Lugon, J. R., & Martins, C. T. (2016). Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2014. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 38(1), 54-61. doi: 10.5935/0101-2800.20160009
- *Silva Junior, G. B., Daher, E. F., Buosi, A. P. A., Lima, R. S. A., Lima, M. M., Silva, E. C., ... Araújo, S. M. H. A. (2014). Depression among patients with end-stage renal disease in hemodialysis. *Psychology, Health & Medicine*, 19(5), 547-551. doi: 10.1080/13548506.2013.845303
- *Sinatra, M., Curci, A., de Palo, V., Monacis, L., & Tanucci, G. (2011). How dialysis patients live: A study on their depression and associated factors in Southern Italy. *Psychology*, 2(9), 969-977. doi: 10.4236/psych.2011.29146
- Valle, L. S., Souza, V. F., & Ribeiro, A. M. (2013). Estresse e ansiedade em pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 30(1), 131-138. doi: 10.1590/S0103-166X2013000100014

Watnick, S., Wang, P. L., Demadura, T., & Ganzini, L. (2005). Validation of 2 depression screening tools in dialysis patients. *American Journal of Kidney Diseases*, 46(5), 919–924. doi: 10.1053/j.ajkd.2005.08.006

World Health Organization (WHO) (2017). *Depression and other common mental disorders: Global health estimates*. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/management/depression/prevalence_global_health_estimates/en/

Artigo 2

Análise de estrutura interna da Escala Baptista de Depressão Versão Hospital-Ambulatório (EBADEP-HOSP-AMB)

Resumo

A presente pesquisa teve como objetivo buscar evidências de validade baseadas na estrutura interna para a Escala Baptista de Depressão Versão Hospital-Ambulatório (EBADEP-HOSP-AMB) a partir da análise fatorial exploratória e Teoria de Resposta ao Item (TRI). Participaram do estudo 210 pacientes com Doença Renal Crônica (DRC) em hemodiálise, ambos os sexos, com idades entre 18 a 82 anos. Com a análise fatorial exploratória o instrumento foi reduzido de 35 para 20 itens, em dois fatores nomeados inicialmente de “Aspectos negativos” (14 itens) e “Aspectos positivos” (6 itens), explicando 56% da variância dos itens. Os índices de fidedignidade para o fator 1 e fator 2 da escala foram de 0,95 e 0,89, respectivamente. Pela TRI, foram verificados os parâmetros dos itens e das pessoas, sendo obtidos bons índices de ajuste para os dois fatores da EBADEP-HOSP-AMB. Conclui-se que o instrumento apresentou boas propriedades psicométricas, podendo ser uma ferramenta de rastreamento de sintomatologia depressiva útil para o contexto hospitalar/ambulatorial, sendo necessários outros estudos com amostras mais representativas para realização de novas análises.

Palavras-chave: análise fatorial; teoria de resposta ao item; evidências de validade.

Analysis of the internal structure of the Baptist Depression Scale Hospital-Ambulatory Version (EBADEP-HOSP-AMB)

Abstract

The present study aimed to find evidence of validity based on the internal structure for the Baptist Depression Scale Hospital-Ambulatory Version (EBADEP-HOSP-AMB) from exploratory factor analysis and Item Response Theory (TRI). A total of 210 patients with chronic renal disease (CKD) on hemodialysis, both sexes, aged 18-82 years, participated in the study. With the exploratory factor analysis the instrument was reduced from 35 to 20 items, in two factors initially named "Negative Aspects" (14 items) and "Positive Aspects" (6 items), explaining 56% of the item variance. The reliability indices for factor 1 and factor 2 of the scale were 0.95 and 0.89, respectively. By TRI, the parameters of the items and of the people were verified, and good adjustment indexes were obtained for the two factors of EBADEP-HOSP-AMB. It was concluded that the instrument had good psychometric properties and could be a tool for the screening of depressive symptomatology useful for the hospital / outpatient setting, and other studies with more representative samples were necessary to carry out new analyzes.

Keywords: factorial analysis; item response theory; evidence of validity.

Introdução

A depressão é um transtorno mental que afeta pessoas no mundo todo, acarretando diversos prejuízos, sendo considerada como um dos principais fatores de risco para o suicídio (*World Health Organization* [WHO], 2017). Em se tratando da população em geral, é estimado que a depressão atinja de 3 a 5%, enquanto, em populações clínicas, o número de pessoas acometidas é ainda maior, dado que o transtorno é encontrado em 5% a 10% dos pacientes ambulatoriais e em 9% a 16% de pacientes internados. No entanto, apesar da prevalência alta no contexto clínico, a doença é muitas vezes subdiagnosticada ou o tratamento é ofertado de forma inadequada afetando a evolução do quadro do paciente. Assim, dos pacientes com esse transtorno de humor, apenas 35% aproximadamente recebem o diagnóstico e o tratamento de forma adequada, o que é ainda um número muito reduzido ao se pensar nas consequências da doença (Katon, 2003).

Serafini, Budzyn, e Fonseca (2017) salientam que a avaliação psicológica no cenário hospitalar possibilita a inclusão ou exclusão de hipóteses, auxiliando na formulação do diagnóstico psicológico, sendo que os testes são ferramentas que podem contribuir nesse sentido. Em uma revisão integrativa da literatura a respeito de instrumentos de depressão na população brasileira, Baptista e Borges (2016) consultaram as bases Index Psi e BVS Psi (SciELO e PePSIC) entre os anos de 2005 e 2015. Foi verificado que os instrumentos mais utilizados foram o *Beck Depression Inventory* (BDI), a *Hamilton Depression Rating Scale for Depression* (HAM-D) e a *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), sendo o último o mais utilizado nacional e internacionalmente no contexto hospitalar.

Embora a HADS seja amplamente utilizada, não se tem ainda uma concordância quanto a sua estrutura, tendo em vista que os resultados dos estudos se mostraram divergentes. A pesquisa de Razavi, Delvaux, Farvacques, e Robaye (1990) indicou que a

escala possui um único fator, ao passo que Hung, Bounsanga, Tang, Chen, e Cheng (2015) e Bergerot, Laros, e Araujo (2014) encontraram dois fatores e Rodgers, Martin, Morse, Kendell, e Verril (2005) e Barth e Martin (2005) que obtiveram três fatores.

Tendo em vista as discrepâncias em relação a estrutura fatorial da *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), Cosco, Doyle, Ward, e McGee (2012) realizaram uma revisão da literatura acerca do instrumento. Foram consultadas as bases MEDLINE, ISI *Web of Knowledge*, CINAHL, PsycINFO e EMBASE, considerando os artigos publicados entre maio de 2000 e maio de 2010, sendo inclusos os estudos que se propuseram a avaliar a estrutura da escala. Dentre os 50 estudos avaliados, os autores verificaram que 25 indicaram uma estrutura de dois fatores, 17 revelaram três fatores, cinco revelaram-se unidimensionais, além de outros dois artigos que demonstraram uma estrutura com quatro fatores. Um dos estudos demonstrou suporte igual para dois e três fatores. Como conclusão, os autores discutiram os resultados heterogêneos obtidos, indicando que a estrutura da HADS não é clara, e pontuaram ainda que o instrumento não diferencia de forma consistente os construtos depressão e ansiedade, servindo mais como uma medida geral sobre o sofrimento emocional.

No Brasil são poucas as escalas de depressão aprovadas para a utilização por psicólogos e, mais especificamente, em ambientes hospitalares, não há uma escala desenvolvida e normatizada para nossa realidade. Nesse sentido, a Escala Baptista de Depressão Versão Hospital-Ambulatório (EBADEP-HOSP-AMB) (Baptista, 2013) tem como objetivo rastrear sintomas de depressão no contexto ambulatorial/hospitalar. O instrumento foi construído a partir de indicadores sintomáticos de depressão (humor deprimido, perda ou diminuição de prazer, desesperança, desamparo, indecisão, sentimento de incapacidade, sentimentos de inadequação, carência/dependência, negativismo, esquiva de situações sociais, sentimento de inutilidade, autocrítica exacerbada, culpa, pensamento

de morte, baixa autoestima, falta de perspectiva sobre o presente, ansiedade e irritação) presentes no Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais - DSM-IV-TR (APA, 2002), na Classificação Internacional de Doenças - CID-10 (OMS, 1993), além de descritores da teoria cognitiva (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1997) e visão comportamental da depressão (Ferster, Culbertson, & Boren, 1977).

Por se tratar de uma ferramenta própria para o contexto hospitalar/ambulatorial, a escala foi elaborada sem a presença dos indicadores vegetativos (diminuição ou aumento do apetite, insônia ou hipersonia, agitação ou retardo psicomotor e fadiga ou perda de energia). Esses indicadores estão presentes nas demais versões da escala de mesma autoria (versão adulto e infanto-juvenil) e na maior parte dos instrumentos utilizados nesse cenário, que poderiam enviesar os dados obtidos devido a sobreposição de sintomas comuns tanto as patologias clínicas quanto a depressão, acarretando em problemas para compreender a relação do transtorno de humor com outras doenças (Baptista, 2013).

Como exemplificado por Baptista (2012), o descritor sono está presente em boa parte dos instrumentos que avaliam sintomas de depressão, no entanto, pacientes que estão hospitalizados ou passando por algum tipo de tratamento, podem ter dificuldades para dormir devido a fatores como barulho, entrada e saída constante de equipe médica ou em decorrência da medicação. Portanto, a probabilidade de um paciente nesse contexto específico endossar um item que avalia esse descritor é alta e não necessariamente por um problema psicológico ou preocupações, mas pelas características do ambiente em questão ou condição clínica do paciente no momento em que a avaliação é realizada, assim como os demais sintomas somáticos/vegetativos.

Algumas pesquisas foram realizadas com a EBADEP-HOSP-AMB, tais como o estudo de Messias (2014), que teve com objetivo buscar evidências de validade baseada na relação com variáveis externas para a escala. Participaram da pesquisa 80 mulheres, com

diagnóstico de fibromialgia ou câncer, com idades entre 31 e 82 anos ($M=53,86$; $DP=12,68$), que responderam ao Questionário de Dor McGill (Br-MPO), ao Questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG) e à Escala de Percepção de Suporte Social (EPSUS). Foram encontradas correlações moderadas e positivas que variaram de $r=0,49$ a $r=0,64$ ($p<0,05$) entre a EBADEP-HOSP-AMB e o QSG. Esses resultados indicaram que quanto maior a sintomatologia de depressão, pior a percepção de saúde geral. As correlações entre a EBADEP-HOSP-AMB e a EPSUS foram moderadas e negativas entre os fatores variando de $r=-0,48$ a $r=-0,62$ ($p<0,05$), indicando que quanto maior a sintomatologia depressiva apresentada, pior a percepção de suporte social do sujeito. Adicionalmente, as pacientes com sintomatologia depressiva apresentaram maior quantidade de pontos dolorosos no corpo, com maior frequência e intensidade de dor.

Outra pesquisa utilizando o instrumento foi o estudo de Sette, Capitão, e Carvalho (2016) que teve como intuito investigar a sintomatologia depressiva em pacientes oncológicos, além de possíveis diferenças quanto ao gênero, qualidade de vida e suporte social. A amostra foi composta por 68 pacientes, na faixa etária entre 25 a 83 anos ($M=55,4$; $DP=13,3$), sendo 85,3% do sexo feminino. Foram aplicados um questionário sociodemográfico, a Escala de Percepção do Suporte Social - versão adulto (EPSUS-A), a *Medical Outcomes Short-Form Health Survey* (SF-36), bem como a EBADEP-HOSP-AMB. De forma geral, os resultados indicaram que as pessoas que declararam ter histórico de depressão pontuaram mais alto na EBADEP-HOSP-AMB. Quanto à variável sexo, as mulheres apresentaram mais sintomas de depressão, além do que, foi verificado que as pessoas com menor percepção de suporte social também apresentaram mais sintomatologia depressiva.

O único estudo que se propôs a buscar evidências de validade baseada na estrutura interna para a EBADEP-HOSP-AMB até o presente momento foi o de Marques (2016). A

amostra foi composta de 75 pacientes com lesão encefálica, sendo 46 (61,3%) do sexo masculino, com média de idade de 44,0 anos ($DP=11,4$). Dois itens tiveram desajustes de *infit* e *outfit* (6- “Tenho vontade de fazer coisas que gostava antes” e 3- “Sinto que as pessoas me apoiam”), e dois itens tiveram desajustes de *outfit* (9- “Continuo a (o) mesma (o) com as pessoas” e 23- “Prefiro a solidão”). A análise de Teoria de Resposta ao Item (TRI) evidenciou os itens mais fáceis e mais difíceis de serem endossados. Os mais fáceis foram (5- “Parece que me falta alguma coisa na vida”, 29- “Perco a paciência por muito pouco”, 15- “Está mais difícil decidir sobre as coisas”, 7- “Tenho chorado muito”, 8- “Tenho sentido vontade de chorar”, 16- “Consigo me virar sozinho (a)” e 4- “Resolvo meus problemas”). Já os mais difíceis foram (26- “Morrer é a solução para os problemas”, 35- “Tenho pensado em me machucar de propósito” e 28- “Não gosto de mim”). A autora concluiu o estudo com a necessidade de se buscar novas evidências de validade para o instrumento com amostras compostas por pessoas com outros diagnósticos.

Com base no exposto, ressalta-se que para um instrumento ser considerado útil para o que se propõe a avaliar, é necessário que ele apresente determinadas características. Assim, é imprescindível que um teste psicológico possua adequadas propriedades psicométricas, ou seja, estudos de evidências de validade e confiabilidade (Adánez, 1999). Dentre as evidências de validade propostas pela AERA, APA, e NCME (2014), o objetivo do presente estudo foi buscar evidências de validade baseada na estrutura interna para a EBADEP-HOSP-AMB.

Método

Participantes

Foram participantes do estudo 210 pacientes com Doença Renal Crônica (DRC) em tratamento de hemodiálise, sendo 112 (53,3%) do sexo masculino, com idades entre 18 e 82

anos ($M=53,40$; $DP=14,40$), com tempo de tratamento entre 1 mês e 28 anos. Em relação a escolaridade 3,8% se declararam analfabetos, 23,8% com fundamental incompleto, 32,9% com fundamental completo, 5,2% com ensino médio incompleto, 24,3% ensino médio completo, 1,4% superior incompleto e 8,6% superior completo. A amostra foi proveniente de instituições de saúde públicas e privadas de cidades do interior do estado de São Paulo e os sujeitos escolhidos por conveniência.

Instrumento

Escala Baptista de Depressão (Versão Hospital-Ambulatório) (EBADEP-HOSP-AMB; Baptista, 2013): foram desenvolvidos 43 itens, em escala do tipo Likert de três pontos (0= sim; 1= às vezes e 2= não), com mínima de zero e máxima de 86 pontos, em que quanto menor a pontuação, menor a sintomatologia depressiva apresentada pelo sujeito. O participante deve responder ao instrumento se baseando em seus sentimentos de no mínimo, duas semanas. Foram realizados estudos da EBADEP-HOSP-AMB com amostras de pacientes oncológicos (Sette et al., 2016), fibromiálgicos e oncológicos (Messias, 2014) e lesão encefálica (Marques, 2016).

Procedimentos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade São Francisco (CAAE: 59264816.7.0000.5514) e os participantes concordaram em participar do estudo por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que continha as informações referentes ao estudo. As aplicações ocorreram de forma individual durante as sessões de hemodiálise com duração aproximada de 30 minutos.

As análises foram realizadas pelos programas *FACTOR* (versão 10.5.01) (Lorenzo-Seva & Ferrando, 2006) e *Winsteps* (versão 3.70.0) (Linacre, 2010). A estrutura interna da EBADEP-HOSP-AMB foi verificada por meio da análise fatorial exploratória, com método de estimação *Unweighted Least Squares* (ULS), a partir de uma matriz de correlações

policóricas por se tratar de escalas do tipo Likert. Para avaliar a dimensionalidade da escala foram utilizados os métodos de retenção *Minimum Average Partial* (MAP) (Velicer, 1976), HULL (Lorenzo-Seva, Timmerman, & Kiers, 2011) e análise paralela com permutação de valores (Timmerman, & Lorenzo-Seva, 2011), com rotação oblíqua *direct oblimin*. O índice *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) e o teste de esfericidade de Bartlett foram utilizados para verificar se os dados eram passíveis de análise fatorial e a consistência interna foi calculada por meio do alfa de Cronbach.

Os dados foram analisados ainda pela Teoria de Resposta ao Item (TRI) com modelo de resposta gradual (*Rating Scale Model*). Foi considerado como sendo ideal itens que apresentaram valores acima de 0,30 na correlação item-total (Linacre & Wright, 1991). Já o ajuste dos itens, avaliados por meio das medidas de *infit* e *outfit* foram classificados como adequados quando dentro do intervalo entre 0,60 e 1,40 (Linacre, 2010).

Resultados

Antes da realização da análise fatorial, foram excluídos um total de oito itens (3, 9, 11, 15, 16, 17, 19 e 32) que geraram dificuldades no momento das aplicações. Assim, a análise propriamente dita da EBADEP-HOSP-AMB foi realizada com 35 itens. Os métodos de retenção MAP e análise paralela recomendaram a retenção de até dois fatores e o HULL recomendou um fator. Em função disso, foram testados modelos de um e dois fatores, sendo encontrado um melhor ajuste para o modelo de dois fatores. O *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) e o teste de esfericidade de Bartlett indicaram que os dados eram passíveis de análise fatorial (KMO= 0,93, $\chi^2= 2038,7$, $p < 0,001$). Ao se fixar um número de 2 fatores, 15 itens apresentaram cargas cruzadas, ou não carregaram em nenhum fator, o que resultou em uma versão com 20 itens, sendo utilizado como critério para inclusão do item uma carga fatorial mínima de 0,30. A análise dos 20 itens indicou um índice de ajuste *Global Fit Index*

(GFI) = 0,98, sendo explicados 56% da variância total dos itens [*eigenvalues* = 8,78 (44%); 2,36 (12%)], com comunalidades entre 0,29 e 0,81. A distribuição dos itens nos fatores é apresentada na Tabela 1.

Tabela 1.

Análise Fatorial Exploratória ULS com correlações policóricas

Item	F 1	F 2	H ²
01. Sinto-me cada vez mais sozinho (a)	0,67		0,45
05. Parece que me falta alguma coisa na vida	0,53		0,34
07. Tenho chorado muito	0,77		0,48
08. Tenho sentido vontade de chorar	0,73		0,48
13. Estou me sentindo mais triste	0,83		0,65
14. Estou acreditando menos em mim	0,82		0,70
24. Tenho me sentido angustiado (a)	0,91		0,81
30. Pensar no futuro me desanima	0,55		0,40
33. Meus dias têm sido vazios	0,74		0,72
34. Tenho estado mais irritado (a)	0,52		0,29
36. Tenho pensado mais sobre morte	0,55		0,43
40. Viver está cada vez mais difícil	0,59		0,41
41. As coisas me agradam menos do que antigamente	0,56		0,40
43. Sinto-me menos útil	0,53		0,44
02. Gosto da minha aparência		0,59	0,34
18. Sinto-me feliz com a minha vida		0,68	0,52
21. Consigo me concentrar nas atividades		0,55	0,46
27. Gosto da minha vida		0,82	0,65
28. Gosto de mim		0,83	0,66
42. Sinto prazer em realizar minhas atividades		0,66	0,66
<i>Eigenvalues</i>	8,78	2,36	-
Variância explicada	44%	12%	-

A correlação entre os fatores foi de 0,46, tratando-se de uma correlação moderada conforme os critérios propostos por Dancey e Reidy (2006) e todos os itens tiveram cargas fatoriais acima de 0,50. Os coeficientes de fidedignidades dos fatores rotacionados foram de 0,95 para o fator 1 e de 0,89 para o fator 2. Conforme recomendado por George e Mallery (2003), $\alpha > 0,90$ = excelente; $\alpha > 0,80$ = bom; $\alpha > 0,70$ = aceitável; $\alpha > 0,60$ = questionável; $\alpha > 0,50$ = pobre e $\alpha < 0,50$ = inaceitável. Desse modo, a EBADEP-HOSP-AMB apresentou confiabilidade excelente e boa para o primeiro e o segundo fator, respectivamente. O primeiro fator ficou composto de 14 itens referentes a sintomas da

depressão, tais como, choro, desesperança, irritabilidade, anedonia, tristeza, dentre outros, sendo denominado inicialmente de “Aspectos negativos”. O segundo fator, com os seis itens restantes, se refere a aspectos que vão de encontro à sintomatologia depressiva, tais como, felicidade, prazer na realização de atividades, autoestima, dentre outros, sendo nomeado inicialmente de “Aspectos positivos”.

Posteriormente, os dados foram analisados pela TRI, a partir do modelo de Rasch. Serão apresentadas as estatísticas descritivas sumarizadas referentes ao traço latente (theta), dificuldade dos itens (b), além dos índices de *infit* e *outfit* e fidedignidade de cada fator. Os resultados podem ser observados na Tabela 2.

Tabela 2.
Estatísticas descritivas sumarizadas das pessoas e dos itens

Fator	Medidas	Pessoas			Itens			Fidedignidade
		Theta	<i>Infit</i>	<i>Outfit</i>	b	<i>Infit</i>	<i>Outfit</i>	
F1	Média	-0,27	1,01	1,02	0,00	1,00	1,02	0,92
	DP	1,17	0,32	0,62	0,56	0,18	0,27	
	Máximo	2,44	1,90	4,57	1,26	1,21	1,40	
	Mínimo	-2,41	0,32	0,15	-0,97	0,60	0,53	
F2	Média	-1,15	0,99	0,91	0,00	1,06	0,91	0,82
	DP	1,09	0,54	0,68	0,94	0,15	0,21	
	Máximo	2,41	2,42	2,99	1,50	1,24	1,30	
	Mínimo	-2,36	0,12	0,14	-1,23	0,83	0,61	

Como mostra a Tabela 2, a média e desvio padrão de theta dos respondentes no fator 1 ficou próxima a média dos itens, sugerindo que os itens tendem a ser ajustados para essas pessoas. Já no fator 2, a média de theta ficou pouco mais de um logit abaixo da média dos itens, indicando que os itens desse fator foram difíceis para os respondentes. A fidedignidade do fator 1 foi considerada excelente e a do fator 2 considerada boa. A média dos valores de *infit* e *outfit* ficaram dentro do limite esperado de 0,60 a 1,40 (Linacre, 2010). Foi realizada uma análise dos itens que constituem os dois fatores quanto

aos índices de *infit* e *outfit*, dificuldade (b) e correlação item-total. Os resultados referentes ao fator 1 são apresentados na Tabela 3 e os do fator 2 indicados na Tabela 4.

Tabela 3.

Análise de Teoria de Resposta ao Item do fator 1

Item	Escore bruto	N	Dificuldade (b)	<i>Infit</i>	<i>Outfit</i>	Correlação Item-Total
01	144	210	0,20	1,12	1,24	0,64
05	245	210	-0,97	1,13	1,32	0,66
07	118	210	0,54	1,08	1,38	0,62
08	198	210	-0,44	0,98	0,96	0,69
13	176	210	-0,19	0,81	0,89	0,72
14	133	210	0,34	0,80	0,66	0,71
24	163	210	-0,03	0,60	0,53	0,77
30	125	210	0,44	1,13	1,28	0,63
33	141	210	0,23	0,77	0,61	0,72
34	148	210	0,15	1,21	1,40	0,61
36	72	210	1,26	1,07	0,96	0,57
40	187	210	-0,31	1,13	1,08	0,67
41	220	210	-0,69	1,10	1,06	0,68
43	205	210	-0,52	1,12	0,96	0,67
Média	162,5	210,0	0,00	1,00	1,02	-
DP	44,3	0,00	0,56	0,18	0,27	-

Os dados da Tabela 3 demonstram que os valores de *infit* e *outfit* estiveram dentro do intervalo de 0,60 a 1,40 (Linacre, 2010) com exceção do item 24 (“Tenho me sentido angustiado (a)”) que apresentou *outfit* abaixo do esperado. Verificou-se que os itens mais fáceis foram o 5 (“Parece que me falta alguma coisa na vida”) e o 41 (“As coisas me agradam menos do que antigamente”) que apresentaram valores de b igual a -0,97 e -0,69, respectivamente. Já os itens mais difíceis foram o 36 (“Tenho pensado mais sobre morte”) e o 7 (“Tenho chorado muito”) com dificuldade igual a 1,26 e 0,54, respectivamente. Em relação as correlações item-total nenhum dos itens apresentou cargas inferiores a 0,30. Foram obtidas correlações moderadas a altas com valores entre 0,57 a 0,77.

Tabela 4.
Análise de Teoria de Resposta ao Item do fator 2

Item	Escore bruto	N	Dificuldade (b)	<i>Infit</i>	<i>Outfit</i>	Correlação Item-Total
02	87	210	-0,61	1,24	1,30	0,71
18	117	210	-1,23	0,83	0,82	0,80
21	94	210	-0,76	0,99	0,99	0,75
27	45	210	0,57	0,99	0,85	0,70
28	26	210	1,50	1,23	0,61	0,62
42	46	210	0,56	1,11	0,92	0,68
Média	69,2	210	0,00	1,06	0,91	-
DP	32,2	0,00	0,94	0,15	0,21	-

Como pode ser observado na Tabela 4, todos os itens do fator 2 apresentaram índices de *infit* e *outfit* dentro do intervalo estipulado. Verificou-se que os itens mais fáceis foram o 18 (“Sinto-me feliz com a minha vida”) e o 21 (“Consigo me concentrar nas atividades”), com valores de dificuldade igual a -1,23 e -0,76. Os itens 28 (“Gosto de mim”) e 27 (“Gosto da minha vida”) foram os mais difíceis, com b igual 1,50 e 0,56, respectivamente. É importante frisar que a EBADEP-HOSP-AMB não avalia habilidade, ou seja, os itens considerados difíceis são aqueles com menor frequência de respostas. Foram verificadas correlações com magnitudes moderadas a fortes que variaram entre 0,62 e 0,80. Posteriormente, foi feita uma análise das categorias de pontuação na escala Likert (0 a 2) da EBADEP-HOSP-AMB, como mostra a Tabela 5.

Tabela 5.
Categorias de respostas da EBADEP-HOSP-AMB

Fator	Categoria de resposta	%	Média observada	Limiar
Fator 1	0	56	-1,06	-1,24
	1	11	-0,24	0,00
	2	33	0,82	1,24
Fator 2	0	78	-1,83	-1,58
	1	11	-0,54	0,00
	2	11	0,54	1,58

Verificou-se que, à medida que as opções do instrumento aumentavam de valor (de 0 a 2), aumentaram também as médias observadas dos níveis de theta, ou seja, do nível de sintomatologia associadas a probabilidade da pessoa em endossar cada uma das possibilidades de resposta. A Figura 1 representa as categorias de pontuação, sendo o primeiro mapa referente ao fator 1 e o segundo mapa correspondente ao fator 2.

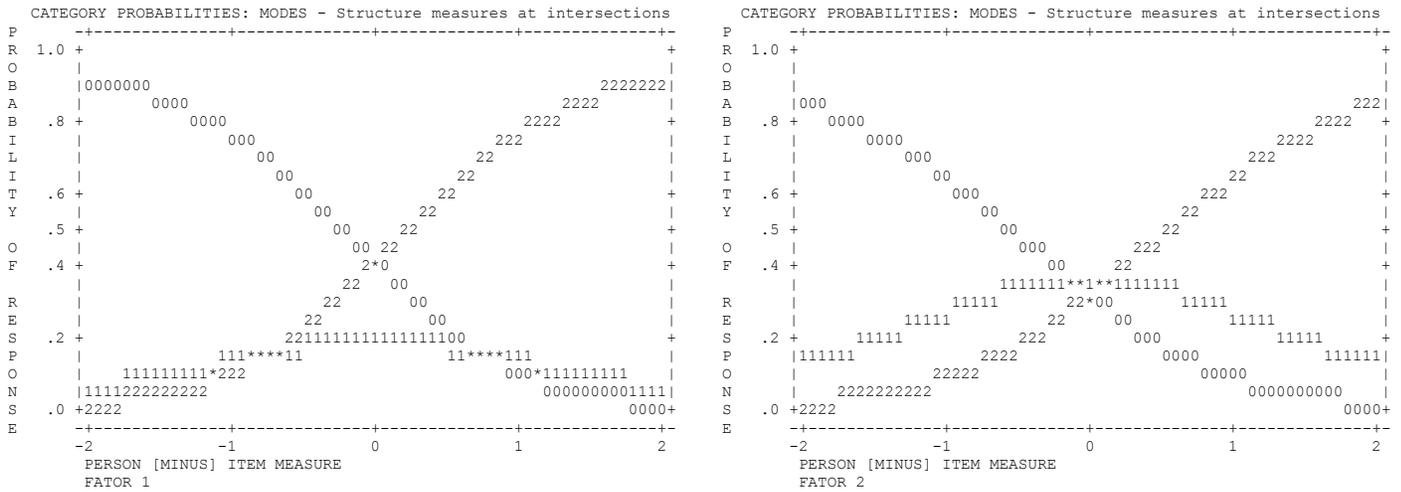


Figura 1. Probabilidade de resposta para o fator 1 e para o fator 2

A Figura 1 indica a probabilidade de endosso a uma categoria de resposta. A intersecção entre duas categorias se refere ao valor do limiar (*threshold*) estimado dessas categorias. No mapa correspondente ao fator 1, observa-se que o limiar de transição da categoria 0 para a categoria 1 equivale ao valor de 0,74 de theta e da categoria 1 para a categoria 2 equivale a -0,74. Observa-se que a categoria 1 é pouco representativa, não se distinguindo, ao contrário das categorias 0 e 2. Já no mapa referente ao fator 2, o limiar da categoria 0 para 1 corresponde ao valor -0,14 de theta e da categoria 1 para a categoria 2 equivale a 0,14. Verificou-se que no fator 2 a categoria de resposta 1 foi um pouco mais representativa em relação a essa mesma categoria no fator 1. Já as categorias extremas (0 e 2) foram bem representativas em ambos os fatores. A seguir, são apresentados os mapas de

itens, que indicam a distribuição do nível do traço latente das pessoas, além da dificuldade dos itens. O mapa de itens do fator 1 e do fator 2 são representados na Figura 2.



Figura 2. Mapa de pessoas e itens do fator 1 e do fator 2

Referente ao primeiro mapa da Figura 2, correspondente ao fator 1, observa-se que a maior parte das pessoas se agruparam entre -3 e 2, sendo que cada # equivale a duas pessoas, ao passo que os itens ficaram entre -1 e 1. Em relação a distribuição dos itens na escala theta, verifica-se que alguns respondentes apresentaram um nível de theta mais alto que a dificuldade do item mais difícil da escala. Apesar de existirem lacunas entre os itens e as pessoas, observa-se que a média das pessoas se localizou próxima da média dos itens no fator. Como já relatado, o item 5 foi o mais fácil, enquanto que o 36 o mais difícil.

O segundo mapa de itens referente ao fator 2 indica que, mesmo com a variação da escala aproximadamente entre -3 e 3, a maior parte das pessoas ficaram agrupadas entre -3 e -1, em que # equivale a 8 pessoas, enquanto que os itens entre -1 e 1. Assim, pode-se observar que alguns itens foram difíceis de serem endossados pelos respondentes, apresentando uma dificuldade média dos itens alta em relação ao nível médio de theta. Ressalta-se que o item mais difícil foi o 28 e o mais fácil o 18.

Discussão

A presente pesquisa teve como objetivos verificar a estrutura interna da Escala Baptista de Depressão (Versão Hospital-Ambulatório) - EBADEP-HOSP-AMB com base na análise fatorial exploratória e Teoria de Resposta ao Item (TRI), a partir do modelo de um parâmetro de Rasch. Os resultados da análise fatorial exploratória *Unweighted Least Squares* com correlações policóricas indicaram para a manutenção de 20 itens dos 35 analisados em dois fatores, visto que oito itens foram excluídos inicialmente por não serem adequados, sendo o fator 1, intitulado inicialmente de “Aspectos negativos” composto por 14 itens e o fator 2, chamado de “Aspectos positivos” pelos outros seis. As cargas fatoriais dos itens apresentaram magnitudes moderadas a altas em ambos fatores.

Como já relatado, os itens da EBADEP-HOSP-AMB foram baseados em indicadores de manuais diagnósticos (APA, 2002; OMS, 1993), na terapia cognitiva (Beck et al., 1997) e visão comportamental (Ferster et al., 1977). A respeito disso, os instrumentos de depressão podem variar em termos da quantidade de itens para cada categoria de sintomas. Dentre essas possibilidades, têm-se as categorias propostas por Thompson (1989), que são: humor, que corresponde a tristeza, anedonia, choro, consistindo em uma categoria essencial para avaliação da depressão; sociais, que se referem a apatia, dificuldade na realização de tarefas e isolamento; cognitivos, que equivalem a desesperança, culpa, desamparo, indecisão, ideação suicida; vegetativos/somáticos, que corresponde a alterações no sono, apetite, peso, fadiga; motores, referentes a inibição, agitação ou retardo; ansiedade; e irritabilidade.

Para o desenvolvimento da EBADEP-HOSP-AMB não foram incluídos itens em relação a sintomas da depressão que poderiam se sobrepor a condição clínica do paciente, ou seja, itens referentes as categorias vegetativos/somáticos e motores conforme a classificação relatada. Assim, o fator 1, incluiu itens referentes as categorias humor, sociais, cognitivos e irritabilidade. Já o fator 2, ficou composto de itens referentes as categorias humor e cognitivos. O item 21 (“Consigo me concentrar nas atividades”) corresponde a categoria sintomas cognitivos segundo Calil e Pires (1998), psíquicos conforme Del Porto (1999) ou concentração com base em Santor, Gregus, e Welch (2006), sendo que no presente estudo, o item foi classificado como cognitivo. Assim, como indicado por Calil e Pires (1998), o processo de construção dos itens é influenciado pela categorização de sintomas utilizada por determinado autor, e existem divergências entre pesquisadores quanto a inserção dos sintomas em determinadas categorias.

As análises de TRI demonstraram índices de *infit* e *outfit* adequados para os itens dos dois fatores, com exceção ao *outfit* de um dos itens que ficou fora do intervalo (Linacre,

2010). Outro aspecto avaliado pelo modelo diz respeito a correlação item-total, sendo que na presente pesquisa foram obtidos valores moderados a fortes para todos os itens da escala (Linacre & Wright, 1991). Marques (2016) observou em seu estudo com amostra de pacientes com lesão encefálica que o item 5 (“Parece que me falta alguma coisa na vida”) foi considerado um dos mais fáceis, enquanto que o item 28 (“Não gosto de mim”) foi um dos itens mais difíceis. No presente estudo, foram observados resultados semelhantes, tendo em vista que o item 5 foi o item mais fácil em relação ao fator 1, ao passo que item 28 foi considerado o mais difícil no fator 2.

No que diz respeito a fidedignidade, comparou-se os valores obtidos pelo alfa de Cronbach e pelo modelo de Rasch para ambos os fatores. Como é possível observar nos resultados apresentados, os valores de fidedignidade a partir da Teoria de Resposta ao Item (TRI) são um pouco mais baixos comparados aos obtidos a partir da Teoria Clássica dos Testes (TCT). Isso ocorre porque no modelo de Rasch é possível existir diferentes índices de precisão local na escala, ou seja, a precisão pelo modelo de Rasch se refere a média das precisões locais, gerando uma taxa menor de resíduos e, portanto, uma precisão menor e mais real, ao passo que na teoria clássica, tem-se um único índice (Linacre, 2010). Independente do modelo utilizado, a fidedignidade se mostrou excelente para o fator 1 e boa para o fator 2 (George & Mallery, 2003). Ainda sobre a fidedignidade, os valores obtidos para a EBADEP-HOSP-AMB foram semelhantes aos encontrados por Bergerot et al. (2014) que avaliaram a estrutura interna da HADS, um dos principais instrumentos de avaliação de depressão e ansiedade no âmbito hospitalar e ambulatorial, em que foi encontrado um alfa de 0,84 para a subescala de depressão. A variância explicada obtida no presente estudo foi de 56%. No estudo de Barth e Martin (2005) com a HADS a variância explicada foi de 67%.

As curvas de probabilidade possibilitam verificar se as pessoas que responderam aos itens estão utilizando a escala da forma esperada pelo pesquisador (Elliott et al., 2006). Na presente pesquisa, foi utilizada uma escala Likert de 3 pontos (com variação de 0 a 2). A curva 1 (“às vezes”) se mostrou inadequada no fator 1, indicando uma ausência de uma região distinta na escala de theta. Já no fator 2, a curva de resposta 1 foi mais representativa, enquanto que as categorias 0 e 2 foram bem discriminativas para ambos os fatores. Assim, os mapas correspondentes aos fatores 1 e 2 indicam que uma escala dicotômica seria suficiente para responder ao instrumento. Portanto, torna-se necessária a realização de outros estudos que verifiquem a curva de probabilidade.

A média de theta dos respondentes nos fatores da escala ficou abaixo da média de dificuldade dos itens, indicando que os itens foram difíceis de serem endossados pela amostra. É importante ponderar que a amostra foi composta por pacientes com doença renal crônica que, em sua maioria não possuem diagnóstico psiquiátrico, sendo esperado, portanto, que os itens apresentassem uma média de dificuldade maior que a média de theta das pessoas. A média de theta para o fator 1 “Aspectos negativos”, mesmo que inferior, ficou mais próxima da média de dificuldade do item, enquanto que em relação ao fator 2 “Aspectos positivos”, a média de theta ficou abaixo da média da dificuldade, o que demonstra que para a amostra em questão, os itens do fator 2, que avaliam os aspectos contrários a depressão, foram mais difíceis do que os do fator 1, que avaliam os sintomas do transtorno. Desse modo, observa-se que, como relatado por Katon (2003), pessoas em tratamento ambulatorial, no caso a presente pesquisa composta por pacientes com doença renal crônica em hemodiálise, tendem a apresentar maior sintomatologia depressiva em comparação a população geral, talvez por isso a média das pessoas, no fator 1, tenha se aproximado da média dos itens.

A EBADEP-HOSP-AMB é um instrumento construído no Brasil e as evidências obtidas até o presente momento tem se mostrado satisfatórias. Trata-se de uma ferramenta de aplicação rápida, com itens redigidos de forma simples, possibilitando a compreensão de pessoas com pouca escolaridade. Já foram obtidas algumas evidências de validade para o instrumento, a partir de pesquisas realizadas com amostras de pacientes com lesão encefálica (Marques, 2016), oncológicos e fibromiálgicos (Messias, 2014) e oncológicos (Sette et al., 2016).

Tendo em vista que foi encontrada uma solução com dois fatores para a EBADEP-HOSP-AMB no presente estudo, é importante averiguar a possibilidade de um viés semântico, pois a escala pode ser unifatorial. As análises de dimensionalidade de instrumentos com uma parcela dos itens escritos de forma positiva e outros de forma negativa têm demonstrado estruturas fatoriais diferentes, sendo muitas associadas mais pela junção dos itens pelo modo que foram redigidos e não relacionada a faceta do construto avaliado, o que é conhecido como *method effects* (Lindwall et al., 2012). Portanto, para estudos futuros recomenda-se a utilização análises que testem esse tipo de viés.

Conclui-se que os resultados obtidos em relação a EBADEP-HOSP-AMB na presente pesquisa foram satisfatórios, sendo verificadas propriedades psicométricas adequadas para a escala, tanto em relação a análise fatorial exploratória, quanto pela TRI. Apesar disso, é desejável que para os próximos estudos sejam obtidas amostras mais representativas, de pacientes com outras doenças, no intuito de verificar se a estrutura fatorial encontrada é verificada em outras pesquisas.

Referências

- Adánez, G. A. (1999). Procedimientos de construcción y análisis de tests psicométricos. Em S. M. Wechesler, & R. S. L. Guzzo. *Avaliação Psicológica: Perspectiva Internacional* (pp. 57-100). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- American Educational Research Association, American Psychological Association, National Council on Measurement in Education (2014). *Standards for Educational and Psychological Testing*. Washington, DC: American Psychological Association.
- American Psychiatric Association. (2002). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR*. (4a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Baptista, M. N. (2012). *Escala Baptista de Depressão versão Adulto - EBADEP-A*. São Paulo: Vetor.
- Baptista, M. N. (2013). *Escala Baptista de Depressão – (Versão Ambulatório) – EBADEP-HOSP-AMB*. Relatório Técnico não publicado. Programa de Pós-Graduação Stricto-Sensu em Psicologia da Universidade São Francisco. Itatiba. São Paulo.
- Baptista, M. N., & Borges, L. (2016). Revisão integrativa de instrumentos de depressão em crianças/adolescentes e adultos na população brasileira. *Avaliação Psicológica*, 15(n. esp), 19-32. doi: 10.15689/ap.2016.15ee.03
- Barth, J., & Martin, C. R. (2005). Factor structure of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in German coronary heart disease patients. *Health Qual Life Outcomes*, 3(15), 1-9. doi: 10.1186/1477-7525-3-15
- Beck, A. T., Rush, A. J, Shaw, F. B., & Emery, E. (1997). *Terapia cognitiva da depressão*. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Bergerot, C. D., Laros, J. A., & Araujo, T. C. C. (2014). Avaliação de ansiedade e depressão em pacientes oncológicos: comparação psicométrica. *Psico-USF, 19*(2), 187-197. doi: 10.1590/1413-82712014019002004
- Calil, H. M., & Pires, M. L. N. (1998). Aspectos gerais das escalas de avaliação de depressão. *Revista de Psiquiatria Clínica, 25*(5), 240-244. Recuperado de <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol25/n5/depre255a.htm>
- Cosco, T. D., Doyle, F., Ward, M., & McGee, H. (2012). Latent structure of the Hospital Anxiety And Depression Scale: A 10-year systematic review. *Journal of Psychosomatic Research, 72*(3), 180-184. doi.org/10.1016/j.jpsychores.2011.06.008
- Dancey, C. P. & Reidy, J. (2006). *Estatística sem matemática para psicologia usando SPSS para Windows*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Del Porto, J. A. (1999). Conceito e diagnóstico. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 21*(1), 6-11. doi: 10.1590/S1516-44461999000500003
- Elliott, R., Fox, C. M., Beltyukova, S. A., Stone, G. E., Gunderson, J., & Zhang, X. (2006). Deconstructing therapy outcome measurement with Rasch analysis: The SCL-90-R. *Psychological Assessment, 18*, 359-372. doi: 10.1037/1040-3590.18.4.359
- Ferster, C. B., Culbertson, S., & Boren, M. C. (1977). Depressão clínica. Em C. B. Ferster, S. Culbertson, & M. C. Boren, *Princípios do Comportamento* (pp. 699-725). São Paulo: Hucitec.
- George, D. & Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference. 11.0 update* (4th ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- Hung, M., Bounsanga, J., Tang, P., Chen, W., & Cheng, C. (2015). The Factor Structure of the Hospital Anxiety and Depression Scale in Orthopedic Trauma Patients. *Journal of Clinical Medicine Research, 7*(6), 453-459. doi: 10.14740/jocmr2140w

- Katon, W. J. (2003). Clinical and Health Services Relationships Between Major Depression, Depressive Symptoms, and General Medical Illness. *Biological Psychiatry*, *54*(3), 216-226. doi:10.1016/S0006-3223(03)00273-7
- Linacre, J. M. (2010). *A user's guide to Winsteps, Program Manual 3.70.0*. Chicago: Winsteps.com.
- Linacre, J. M., & Wright, B. D. (1991). *WINSTEPS – Rasch-Model computer programs*. Chicago: MESA Press.
- Lindwall, M., Barkoukis, V., Grano, C., Lucidi, F., Raudsepp, L., Liukkonen, J., & Thøgersen-Ntoumani, C. (2012). Method effects: The problem with negatively versus positively keyed items. *Journal of Personality Assessment*, *94*(2), 196–204. doi: 10.1080/00223891.2011.645936
- Lorenzo-Seva, U., & Ferrando, P. J. (2006). FACTOR: A computer program to fit the exploratory factor analysis model. *Behavioral Research Methods*, *38*(1), 88-91. doi:10.3758/BF03192753
- Lorenzo-Seva, U., Timmerman, M. E., & Kiers, H. A. L. (2011). The Hull method for selecting the number of common factors. *Multivariate Behavioral Research*, *46*(2), 340-364. doi: 10.1080/00273171.2011.56452
- Marques, M. A. B. (2016). Sintomas da depressão após lesão encefálica: Evidências de validade para EBADEP-HOSP-AMB. (Tese de Doutorado, Universidade São Francisco, Itatiba, S. P.). Recuperado de <https://www.usf.edu.br/>
- Messias, C. R. (2014). *Sintomatologia Depressiva e Associações com Dor Crônica, Saúde Geral e Suporte Social em Pacientes Fibromiálgicos e Oncológicos* (Dissertação de mestrado, Universidade São Francisco, Itatiba, S.P.) Recuperado de <http://www.usf.edu.br>

- Organização Mundial da Saúde (OMS). (1993). *Classificação dos transtornos mentais e do comportamento – CID-10: descrições e diretrizes diagnósticas*. (10a ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Razavi, D., Delvaux, N., Farvacques, C., & Robaye, E. (1990). Screening for adjustment disorders and major depressive disorder in cancer patients: a clinical model. *British Journal of Psychiatry*, *156*(1), 79-83. doi: 10.1192/bjp.156.1.79
- Rodgers, J., Martin, C. R., Morse, R. C., Kendell, K., & Verril, M. (2005). An investigation into the psychometric properties of the Hospital Anxiety and Depression Scale in patients with breast cancer. *Health and Quality of Life Outcomes*, *3*, 41-53. doi: 10.1186/1477-7525-3-41.
- Santor, D. A., Gregus, M., & Welch, A. (2006). Eight Decades of Measurement in Depression. *Measurement*, *4*(3), 135-155. Recuperado de [http://www.scalesandmeasures.net/files/files/Santor%20et%20al_%20\(2006\)%20Eight%20Decades%20\(1\).pdf](http://www.scalesandmeasures.net/files/files/Santor%20et%20al_%20(2006)%20Eight%20Decades%20(1).pdf)
- Serafini, A. J., Budzyn, C. S., & Fonseca, T. L. R. (2017). Tipos de testes: Características e aplicabilidade. Em M. R. C. Lins, & J. C. B. Borsa. *Avaliação Psicológica: Aspectos teóricos e práticos* (pp. 56-75). Rio de Janeiro: Editora Vozes.
- Sette, C. P., Capitão, C. G., & Carvalho, L. F. (2016). Depressive symptoms in patients with cancer. *Open Journal of Medical Psychology*, *5*(1), 7-16. doi: 10.4236/ojmp.2016.51002.
- Thompson, C. Affective disorders. (1989). Em C. Thompson. *The Instruments of Psychiatric Research* (pp. 87-126). London: John Wiley & Sons Ltd.
- Timmerman, M. E., & Lorenzo-Seva, U. (2011). Dimensionality Assessment of Ordered Polytomous Items with Parallel Analysis. *Psychological Methods*, *16*(2), 209-220. doi: 10.1037/a0023353

Velicer, W. F. (1976). Determining the number of components from the matrix of partial correlations. *Psychometrika*, 41(3), 321-327. doi: 10.1007/BF02293557

World Health Organization (WHO) (2017). *Depression and other common mental disorders: Global health estimates*. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/management/depression/prevalence_global_health_estimates/en/

Artigo 3

Depressão, ansiedade e pensamentos depressivos em doentes renais crônicos em hemodiálise

Resumo

O objetivo do presente estudo foi buscar evidências de validade baseadas na relação com variáveis externas para a Escala Baptista de Depressão Versão Hospital-Ambulatório (EBADEP-HOSP-AMB). Foram participantes 210 pacientes, com doença renal crônica em tratamento de hemodiálise, provenientes de instituições de saúde públicas e privadas do interior do estado de São Paulo. A idade variou entre 18 e 82 anos ($M=53,40$; $DP=14,40$), sendo 112 (53,3%) do sexo masculino. Foram aplicados um questionário sociodemográfico/saúde, juntamente com a EBADEP-HOSP-AMB, a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS), além da Escala de Pensamentos Depressivos (EPD) e as aplicações ocorreram de forma individual durante as sessões de hemodiálise. Foi verificada a relação entre os instrumentos além de possíveis diferenças de média em função das variáveis sociodemográficas. Os principais resultados indicaram correlações significativas de magnitudes moderadas a altas entre os instrumentos, além do que foi observado que as mulheres e as pessoas que relataram ter diagnóstico de depressão pontuaram mais na maioria das escalas apresentando mais sintomatologia depressiva, pensamentos depressivos, bem como ansiedade.

Palavras-chave: sintomatologia depressiva; doença renal; evidências de validade.

Depression, anxiety and depressive thoughts in chronic kidney patients on hemodialysis

Abstract

The objective of the present study was to find evidence of validity based on the relationship with external variables for the Baptist Depression Scale (Hospital-Ambulatory Version) - EBADEP-HOSP-AMB. Participants were 210 patients with chronic renal disease undergoing hemodialysis treatment from public and private health institutions in the interior of the state of São Paulo. Age ranged from 18 to 82 years ($M = 53.40$, $SD = 14.40$), of which 112 (53.3%) were male. A sociodemographic / health questionnaire was applied, together with the EBADEP-HOSP-AMB, the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), as well as the Depressive Thoughts Scale (EPD) and the applications occurred individually during the hemodialysis sessions. The relationship between the instruments was verified, besides possible differences of mean according to the sociodemographic variables. The main results indicated significant correlations of moderate to high magnitudes between the instruments, in addition to which it was observed that women and people who reported having a diagnosis of depression scored more on most scales presenting more depressive symptoms, depressive thoughts as well as anxiety.

Keywords: depressive symptomatology; kidney disease; evidence of validity.

Introdução

Estimativas da *World Health Organization* (WHO, 2017) indicam que atualmente mais de 300 milhões de pessoas no mundo têm depressão, ocasionando consequências importantes em termos de perda da saúde, sendo classificada como a principal contribuinte para as mortes por suicídio que chegam a, aproximadamente, 800 mil por ano. É caracterizada principalmente pela presença do humor deprimido e a perda de interesse ou prazer, além de sentimento de culpa, baixa autoestima e baixa concentração, e tende a prejudicar de forma significativa o dia-a-dia das pessoas acometidas. As taxas de prevalência variam de acordo com a idade, com maior frequência na idade adulta mais avançada (acima de 7,5% entre as mulheres com idades entre 55 a 74 anos e acima de 5,5% entre os homens, indicando que o transtorno é mais frequente em mulheres).

Os sintomas da depressão surgem a partir da interpretação que o sujeito tem em relação a si, mundo e futuro (tríade cognitiva) conforme relatado por Beck, Rush, Shaw, e Emery (1997). Portanto, verificar a forma com que as pessoas avaliam suas experiências auxiliaria na identificação da sintomatologia depressiva, tendo em vista que, quanto maior a sua gravidade, maior tende a ser as interpretações negativas do sujeito (Lynch, Moore, Moss-Moris, & Kendrick, 2011).

Assim como a depressão, os transtornos de ansiedade também afetam pessoas a nível mundial e as estimativas indicam para um total de 264 milhões de acometidos, sendo mais comum nas mulheres (4,6%) do que nos homens (2,6%). As taxas globais de depressão e ansiedade são de 4,4% e 3,6%, respectivamente, além do que muitas pessoas vivenciam esses transtornos de forma simultânea e ambas podem apresentar sintomatologia com variação de leve a grave (WHO, 2017).

A ansiedade pode ser compreendida como um sentimento desagradável que proporciona reações de medo, apreensão, tensão e desconforto. Trata-se de uma condição relacionada ao futuro, em que a possibilidade de um acontecimento negativo gera essas reações como uma resposta ao perigo eminente, real ou percebido. Quando deixa de ser um componente adaptativo e passa a ser desproporcional em relação a realidade, a ansiedade torna-se patológica, gerando consequências como, diminuição da qualidade de vida, problemas emocionais e de desempenho nas atividades (Castillo, Recondo, Asbahr, & Manfro, 2000; Pinto, Martins, Pinheiro, & Oliveira, 2015).

Watson (2009) denotou que as pesquisas sobre a relação da ansiedade com a depressão têm recebido atenção ao longo dos anos, sendo obtidas fortes associações em amostras de crianças, universitários e populações clínicas. A diferenciação entre esses construtos é descrita como complexa em decorrência da grande associação entre sintomas da ansiedade e depressão, além da sobreposição de sintomas específicos de cada uma, ocasionando problemas nos instrumentos, visto que eles apresentam correlações fortes, mas discriminação moderada (Clark & Watson, 1991; Watson et al., 1995).

Para elucidar a relação entre sintomas de ansiedade e de depressão, Clark e Watson (1991) propuseram a chamada teoria tripartite. A teoria parte do pressuposto que, para uma descrição minuciosa do domínio afetivo, é necessário verificar tanto os elementos únicos de cada uma das síndromes como os seus elementos em comum. Desse modo, pessoas com transtornos depressivos poderiam apresentar sintomatologia de ansiedade ou vice-versa. De acordo com esse modelo, a ansiedade e a depressão compartilham um elemento comum, o afeto negativo, que corresponde à sobreposição dos sintomas. O afeto negativo se refere a um conjunto de estados, tais como, raiva, culpa, medo, tristeza, desprezo, preocupação, angústia, dentre outros, sendo que os estados de calma e relaxamento representariam uma ausência desse afeto. Os autores relataram que indivíduos com sintomatologia depressiva

tendem a apresentar poucos afetos positivos e muitos afetos negativos, ao passo que, pessoas com sintomas de ansiedade, tendem a demonstrar altos níveis de excitação fisiológica e também altos níveis de afetos negativos.

Assim, a diferenciação entre a depressão e ansiedade ocorre em razão de fatores específicos de cada um dos transtornos, como a anedonia, que se refere a um aspecto específico da depressão, que corresponde a perda do prazer. A excitação fisiológica, denominada de hiperestimulação pelos autores, diz respeito ao quesito característico da ansiedade, sendo representada por tensões somáticas, falta de ar, tonturas, vertigens e boca seca (Anderson & Hope, 2008; Clark & Watson, 1991). Embora os estudos apontem a associação das doenças crônicas em geral com transtornos mentais, a Doença Renal Crônica (DRC), especificamente, tem maior relação com a presença de transtornos como depressão e ansiedade, apresentando taxas que variam de 20% e 30% para depressão e de 30% e 45% para ansiedade em pacientes em hemodiálise (Feroze et al., 2012).

Theofilou (2011) realizou um estudo com objetivo de verificar a relação da depressão e ansiedade com características sociodemográficas em uma amostra de 144 pacientes com doença renal crônica. Os participantes responderam ao *General Health Questionnaire* (GHQ-28), a *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (CES-D) e a *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI I/STAI II). Os principais resultados indicaram que as mulheres apresentaram mais sintomatologia depressiva na subescala de depressão do GHQ e também mais sintomas de ansiedade. Além disso, os pacientes com menor escolaridade, com idade superior a 45 anos, divorciados e viúvos, tiveram escores mais altos na escala de depressão.

Dias, Shiozawa, Miorin, e Cordeiro (2015) avaliaram a prevalência de sintomas da depressão e ansiedade em pacientes em hemodiálise por meio da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS). Foram participantes 81 pacientes, sendo 41 (50,62%) do

sexo feminino e, em relação à etiologia da doença, a maior parte (60,4%) não tinha especificação, 18,5% em decorrência da hipertensão arterial, 11,1% devido à glomerulonefrite crônica e 9,8% por conta da diabetes. A principal comorbidade identificada foi a hipertensão arterial (53,0%), juntamente com a associação de hipertensão e diabetes (18,5%) e diabetes melitus (3,0%). Os resultados demonstraram que 19 (23,4%) pacientes do estudo apresentaram sintomas de depressão e 17 (20,9%) de ansiedade.

Stasiak, Bazan, Kuss, Schuinski, e Baroni (2014) também verificaram a prevalência de depressão e ansiedade em pacientes renais. Dos 155 participantes, 128 estavam em tratamento de hemodiálise, sendo 70 (54,7%) do sexo masculino, com idade média de 54,95 anos e 27 em diálise peritoneal. Foram aplicados o Inventário de Depressão de Beck (BDI), o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) e a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS). Referente aos pacientes em hemodiálise, foram verificados sintomas de depressão em 22,6% segundo o BDI e em 9,3% pela HADS-depressão e ansiedade em 25,7% pelo BAI e em 11,7% a partir da HADS-ansiedade. Não foram obtidas diferenças significativas em relação ao sexo para ambos os construtos. A prevalência de depressão foi maior quando avaliada pelo BDI em relação a HADS-depressão, o que pode ter ocorrido devido ao fato de o BDI verificar também os sintomas vegetativos, o que pode enviesar os dados pelo tipo da amostra avaliada.

É importante ponderar que pacientes com alguma doença têm maior probabilidade de apresentarem sintomas somáticos comuns a depressão em decorrência da sua própria condição clínica (Baptista, 2012). Assim, é necessário que os instrumentos que tenham como objetivo avaliar a sintomatologia depressiva no ambiente hospitalar/ambulatorial sejam construídos pensando nas especificidades desse contexto, não existindo ainda uma ferramenta normatizada para o contexto brasileiro. A Escala Baptista de Depressão (Versão Hospital-Ambulatório) - EBADEP-HOSP-AMB (Baptista, 2013) foi desenvolvida com

base em descritores da depressão, no entanto, não apresenta em sua composição os sintomas vegetativos/somáticos como, diminuição ou aumento do apetite, insônia ou hipersonia, agitação ou retardo psicomotor e fadiga ou perda de energia. Alguns estudos foram realizados utilizando o instrumento, sendo obtidas evidências de validade baseada na relação com variáveis externas para a escala (Marques, 2016; Messias, 2014).

Nesse tipo de evidência, busca-se a relação entre os escores do instrumento e outras variáveis medindo a mesma característica, características relacionadas ou características diferentes, sendo que outras variáveis podem ser sexo, idade, critérios diagnósticos, dentre outras (AERA, APA, NCME, 2014). Conforme os critérios estabelecidos por Prieto e Muñiz (2000), considera-se adequadas correlações com magnitudes superiores a 0,40 e excelentes aquelas com magnitudes a partir de 0,60 em se tratando de instrumentos similares, no entanto, não são apresentados valores esperados para construtos relacionados.

A partir do exposto, o objetivo desta pesquisa foi buscar evidências de validade baseada na relação com variáveis externas para EBADEP-HOSP-AMB, juntamente com a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) e a Escala de Pensamentos Depressivos (EPD). Além disso, foram verificadas a prevalência de sintomatologia depressiva, pensamentos depressivos e sintomas de ansiedade da amostra, além de possíveis diferenças de média em relação às variáveis sociodemográficas.

Método

Participantes

Participaram da pesquisa 210 pacientes com Doença Renal Crônica (DRC) em tratamento de hemodiálise, escolhidos por conveniência, de três instituições de saúde públicas e privadas de municípios do interior do estado de São Paulo. A idade dos pacientes variou entre 18 a 82 anos ($M=53,40$; $DP=14,40$) e 11 (5,2%) pacientes relataram

diagnóstico atual de depressão. O tempo de tratamento variou de 1 mês a 28 anos em hemodiálise. Foram levantados dados referentes a outras questões sociodemográficas e de saúde, tais como escolaridade, sexo, estado civil, trabalho, causa da doença e presença de comorbidades, como pode ser verificado na Tabela 1.

Tabela 1.
Caracterização sociodemográfica da amostra

		N (%)
Sexo	Masculino	112 (53,3)
	Feminino	98 (46,7)
Escolaridade	Analfabetos	8 (3,8)
	Fundamental Incompleto	50 (23,8)
	Fundamental Completo	69 (32,9)
	Médio Incompleto	11 (5,2)
	Médio Completo	51 (24,3)
	Superior Incompleto	3 (1,4)
	Superior Completo	18 (8,6)
Estado Civil	Solteiro	49 (23,3)
	Casado	97 (46,2)
	Divorciado	31 (14,8)
	Viúvo	21 (10,0)
	Amasiado	12 (5,7)
Causa da Doença	Sem especificação	34 (16,2)
	Pressão alta	82 (39,0)
	Diabetes	20 (9,5)
	Pressão alta e diabetes	27 (12,9)
	Glomerulonefrite	11 (5,2)
	Rim policístico	8 (3,8)
	Lúpus	3 (1,4)
	Outros	25 (11,9)
Outras doenças	Não	78 (37,1)
	Sim	132 (62,9)
	Qual	
	Pressão alta	69 (32,9)
	Diabetes	16 (7,6)
	Pressão alta e diabetes	36 (17,1)
	HIV	5 (2,4)
	Lúpus	4 (1,9)
Outros	2 (1,0)	

Instrumentos

Questionário Sociodemográfico/Saúde: composto por questões como idade, sexo, estado civil, escolaridade, causa da doença, tempo de tratamento, se tem alguma outra doença e diagnóstico atual de depressão.

Escala Baptista de Depressão (Versão Hospital-Ambulatório) (EBADEP-HOSP-AMB; Baptista, 2013): trata-se de um instrumento de rastreamento da sintomatologia depressiva, direcionada a amostras ambulatoriais/hospitalares, construído a partir de indicadores sintomáticos de depressão provenientes de teorias da depressão, como a Cognitiva (Beck et al., 1997) e a Comportamental (Ferster, Culbertson, & Boren, 1977), além dos manuais internacionais de diagnóstico da Associação Americana de Psiquiatria, DSM-IV-TR e da Organização Mundial de Saúde, CID-10 (APA, 2002; OMS, 1993). O instrumento é derivado dos descritores da Escala Baptista de Depressão (Versão Adulto) - EBADEP-A (Baptista, 2012), no entanto, sem os descritores vegetativos. A análise preliminar da estrutura interna por meio da análise fatorial exploratória indicou uma solução de dois fatores, com variância total de 56%. A escala ficou composta por 20 itens, em escala do tipo Likert de três pontos, de zero a dois, sendo que Fator 1, denominado de “Aspectos negativos” (14 itens), apresentou confiabilidade de 0,95 e o Fator 2, chamado de “Aspectos positivos” (6 itens), indicou confiabilidade de 0,89. Foram verificados bons índices de ajuste para os fatores pela Teoria de Resposta ao Item (TRI) (Cremasco & Baptista, 2017). Exemplos de itens: “Sinto-me cada vez mais sozinha (o)”; “Gosto da minha aparência”; “Tenho chorado muito”; “Gosto de mim”.

Escala de Pensamentos Depressivos (EPD; Carneiro & Baptista, 2016): o instrumento tem como objetivo avaliar o quanto o indivíduo apresenta distorções sobre si e futuro e o quão funcional é sua percepção a respeito das pessoas com quem convive,

contendo 26 itens, em escala do tipo Likert de três pontos, de um a três, dividido em dois fatores chamados de Fator 1 (Baixa autoestima/desesperança) e Fator 2 (Funcionalidade nas relações), que deve ser pontuado de forma inversa. A escala foi construída com base na tríade cognitiva (Beck et al., 1997). Foram realizados estudos de evidências de validade e precisão com amostras do estado de São Paulo e Minas Gerais, fazendo parte das pesquisas estudantes universitários, trabalhadores administrativos, profissionais de saúde, bem como pacientes com diagnóstico, confirmados pela *Structured Clinical Interview for DSM-IV* (SCID). Em relação aos índices de confiabilidade, o Fator 1 apresentou alfa de Cronbach de 0,93 e o Fator 2, alfa com valor de 0,89.

Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS; Zigmond & Snaith, 1983): o instrumento adaptado para o Brasil por Botega, Bio, Zomignani, Garcia Júnior, e Pereira (1995) tem o intuito de avaliar graus leves de transtornos de ansiedade e/ou depressão em ambientes não psiquiátricos. A escala é composta por 14 itens, com respostas do tipo Likert de quatro pontos, de zero a três, sendo dividida em duas subescalas em que metade dos itens avaliam ansiedade (HADS-A) e o restante avaliam depressão (HADS-D), com pontuação mínima de zero e máxima de 21 pontos para cada subescala. Foi adotado o ponto de corte ≥ 9 para as duas subescalas, como indicado pelos autores da escala. Os índices de confiabilidade das subescalas de ansiedade e depressão apresentaram alfa de 0,84 e 0,83, respectivamente.

Procedimentos

Após a autorização das instituições e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade São Francisco (CAAE: 59264816.7.0000.5514), os participantes responderam aos instrumentos mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), impresso em duas vias, no qual constavam todas as informações pertinentes ao estudo em questão. Os instrumentos foram aplicados de forma individual

durante as sessões de hemodiálise, sendo que os itens foram lidos para os pacientes devido a condição física deles no momento do tratamento e em decorrência da fístula. Foram aplicados o Questionário Sociodemográfico/Saúde, seguido da EBADEP-HOSP-AMB, a EPD e a HADS, tendo duração aproximada de 30 minutos.

Os dados foram analisados por meio do programa *Statistic Package for Social Sciences* - SPSS (versão 21). O teste de correlação de Pearson foi utilizado para verificar a relação entre os construtos. Para avaliar possíveis diferenças de média foi utilizado o teste *t* de Student (dois grupos) e a análise de variância ANOVA (três grupos), sendo adotado nível de significância de 0,05. Para realização das análises, o estado civil foi dividido em solteiros, incluindo as pessoas solteiras, divorciadas e viúvas ($N= 101$; 48,1%) e não solteiros, correspondente as pessoas casadas e amasiadas ($N= 109$; 51,9%).

Resultados

A primeira análise apresenta a classificação dos pacientes conforme a pontuação bruta na EPD. O nível de pensamentos depressivos é dividido em baixo, médio-baixo, médio-alto e alto, conforme as normas da escala. Os resultados referentes a essa análise podem ser observados na Tabela 2.

Tabela 2.

Classificação dos pacientes segundo as normas da EPD

	Baixo	Médio Baixo	Médio Alto	Alto
EPD-Baixa autoestima/desesperança	66 (31,43%)	33 (15,71%)	39 (18,57%)	72 (34,29%)
EPD-Funcionalidade nas relações	129 (61,43%)	39 (18,57%)	24 (11,43%)	18 (8,57%)

Os dados da Tabela 2 demonstram que no fator Baixa autoestima/desesperança um total de 111 (52,86%) pacientes ficaram alocados nas categorias médio-alto/alto. Já no fator Funcionalidade nas relações, 42 (20,0%) pessoas se localizaram nas categorias médio-

alto/alto. Isso indica que, aproximadamente, metade da amostra apresentou maior frequência de pensamentos depressivos em relação a si próprio, bem como uma visão negativa em relação ao futuro. Foi observada uma frequência menor de pacientes nas categorias citadas em relação ao segundo fator, denotando um menor número de pacientes com pensamentos negativos em relação ao mundo e com as pessoas de sua convivência, comparadas ao primeiro fator, no entanto, esses dados são relevantes, visto que 20% da amostra pontuou alto nesse fator.

Em seguida, foi analisada a prevalência de sintomatologia depressiva e ansiosa pela HADS, conforme o ponto de corte ≥ 9 . Os resultados indicaram que 62 (29,5%) pacientes apresentaram sintomatologia depressiva e que o mesmo número de pacientes apresentou sintomas de ansiedade (29,5%). Verificou-se a relação entre os construtos, sendo encontradas correlações positivas entre as escalas com magnitudes moderadas a fortes conforme a classificação proposta por Dancey e Reidy (2006). Os valores das correlações são apresentados na Tabela 3.

Tabela 3.

Correlações entre a EBADEP-HOSP-AMB, EPD e HADS

	EPD-Baixa autoestima/ desesperança	EPD Funcionalidade nas relações	HADS-D	HADS-A
EBADEP-HOSP-AMB Fator 1	0,81**	0,56**	0,79**	0,70**
EBADEP-HOSP-AMB Fator 2	0,62**	0,54**	0,62**	0,46**
EBADEP-HOSP-AMB Total	0,83**	0,60**	0,81**	0,70**

Nota. ** $p < 0,01$. Fatores da EBADEP-HOSP-AMB: F1 Aspectos Negativos; F2 Aspectos Positivos

Conforme apresentado na Tabela 3, o fator 1 da EBADEP-HOSP-AMB apresentou correlações fortes com a EPD-Baixa autoestima/desesperança, HADS-D e HADS-A e moderada com a EPD-Funcionalidade nas relações, demonstrando que o aumento de

sintomas da depressão se relacionou de forma positiva com os pensamentos depressivos e ansiedade. Já o fator 2 da EBADEP-HOSP-AMB indicou para correlações moderadas com a EPD-Baixa autoestima/desesperança e EPD-Funcionalidade nas relações e com a HADS-A e HADS-D. Por fim, as correlações da EBADEP-HOSP-AMB-Total com os demais instrumentos foram fortes, com exceção a EPD-Funcionalidade nas relações, que foi moderada. O teste t de Student foi utilizado para identificar possíveis diferenças de média entre os pacientes na EBADEP-HOSP-AMB, EPD e HADS em função do sexo, sendo encontradas diferenças significativas. Os resultados obtidos podem ser observados na Tabela 4.

Tabela 4.
Análise de diferença de média em função do sexo

	Sexo	N	Média	Desvio Padrão	t	gl	p	d
EBADEP-HOSP-AMB- Total	Feminino	98	15,07	11,25	2,900	193,232	0,004*	0,40
	Masculino	112	10,83	9,74				
EBADEP-HOSP-AMB- Aspectos Negativos	Feminino	98	12,72	9,35	2,949	190,553	0,004*	0,41
	Masculino	112	9,18	7,87				
EBADEP-HOSP-AMB- Aspectos Positivos	Feminino	98	2,35	2,99	1,799	208	0,074	0,25
	Masculino	112	1,65	2,61				
HADS-Ansiedade	Feminino	98	7,70	5,54	3,641	208	0,001*	0,50
	Masculino	112	5,11	4,79				
HADS- Depressão	Feminino	98	7,01	5,03	2,765	208	0,006*	0,38
	Masculino	112	5,17	4,61				
EPD-Baixa autoestima/desesperança	Feminino	98	24,09	9,42	2,375	185,385	0,019*	0,33
	Masculino	112	21,27	7,54				
EPD-Funcionalidade nas relações	Feminino	98	15,65	4,88	0,952	208	0,342	0,13
	Masculino	112	15,00	5,02				

Nota. *p<0,05

Como mostra a Tabela 4, as mulheres tiveram pontuações superiores em relação aos homens em todos os instrumentos, indicando que elas apresentaram mais sintomas depressivos, pensamentos de depressão e ansiedade comparadas ao sexo masculino. O tamanho do efeito foi verificado pelo d de Cohen que variou de pequeno a médio (Cohen, 1988). As diferenças observadas foram significativas, com exceção ao fator Aspectos

Positivos da EBADEP-HOSP-AMB e ao fator Funcionalidade nas relações da EPD, que apresentaram p maior que 0,05. Em seguida, comparou-se também as diferenças de média nas escalas em função de ter relatado diagnóstico de depressão atual. Os resultados estão indicados na Tabela 5.

Tabela 5.

Análise de diferença de média em função do diagnóstico de depressão

	Diagnóstico atual de depressão	N	Média	Desvio Padrão	t	gl	p	d
EBADEP-HOSP-AMB- Total	Sim	11	24,36	13,16	3,811	208	0,001*	1,04
	Não	199	12,17	10,17				
EBADEP-HOSP-AMB- Aspectos Negativos	Sim	11	18,91	9,51	3,212	208	0,002*	0,94
	Não	199	10,39	8,52				
EBADEP-HOSP-AMB- Aspectos Positivos	Sim	11	5,45	4,46	4,401	10,371	0,021*	1,01
	Não	199	1,78	2,57				
HADS- Ansiedade	Sim	11	12,73	6,62	4,283	208	0,001*	1,15
	Não	199	5,96	5,01				
HADS- Depressão	Sim	11	11,18	6,05	3,699	208	0,001*	1,01
	Não	199	5,74	4,67				
EPD-Baixa autoestima/desesperança	Sim	11	31,82	9,83	3,786	208	0,001*	1,08
	Não	199	22,07	8,22				
EPD-Funcionalidade nas relações	Sim	11	16,55	5,61	0,852	208	0,395	0,25
	Não	199	15,24	4,92				

Nota. * $p < 0,05$

Os resultados referentes a Tabela 5 demonstram que as pessoas que relataram estar diagnosticadas com depressão tiveram pontuações superiores em relação aos que não indicaram ter o diagnóstico. Foi verificado um tamanho de efeito grande em todos os instrumentos, com exceção ao fator Funcionalidade nas relações da EPD, que apresentou p maior que 0,05 e um tamanho de efeito pequeno. Em relação a escolaridade, idade, estado civil e presença de outras doenças não foram obtidas diferenças significativas em nenhum dos construtos mensurados.

Discussão

Tendo em vista os objetivos do presente estudo, foi possível encontrar evidências de validade baseada na relação com variáveis externas para a Escala Baptista de Depressão (Versão Hospital-Ambulatório) – EBADEP-HOSP-AMB. Os dados obtidos a partir do questionário sociodemográfico e de saúde indicaram que em relação a etiologia da doença renal, uma das principais causas foi a pressão alta. A maior parte da amostra relatou a presença de comorbidades, sendo as mais presentes a pressão alta, seguida da pressão alta e a diabetes juntas, demonstrando que esses dados foram semelhantes aos encontrados no estudo de Dias et al. (2015). Bastos, Bregman, e Kirsztajn (2010) relataram que dentre as pessoas com maior risco para DRC, encontram-se os hipertensos e os diabéticos.

De forma geral, uma boa parte da amostra apresentou pensamentos negativistas, com baixa autoestima e desesperança, além de, mesmo que em uma porcentagem menor, uma visão negativa frente ao mundo e nos relacionamentos interpessoais, com base na EPD. Tendo em vista a complexidade em avaliar a depressão em pessoas com questões médicas associadas, o diagnóstico deve ser pautado principalmente nos aspectos psicológicos da depressão, tais como anedonia, culpa, baixa autoestima e desesperança, por exemplo (Bautovich, Katz, Smith, Loo, & Harvey, 2014). Além disso, avaliar a visão que as pessoas têm de si, mundo e futuro pode contribuir para identificar possíveis sintomas depressivos visto que, quanto mais grave a depressão, a visão negativa também tende a ser maior (Beck et al., 1997).

Aproximadamente um terço dos pacientes apresentaram sintomatologia de depressão e ansiedade conforme os critérios da HADS. Esse resultado corrobora o relatado por Feroze et al. (2012) que indicaram que, em se tratando de pacientes renais crônicos, a prevalência de sintomatologia depressiva tende a variar entre 20% e 30%. Apesar de

frequente, a ansiedade em pacientes renais é pouco estudada. A cronicidade da doença e a hemodiálise tendem a ocasionar estresse constante, além do que os pacientes se percebem intimidados, com sentimentos ambíguos entre o medo da vida e da morte (Dias et al., 2015).

As análises de correlação entre os fatores da EBADEP-HOSP-AMB e sua pontuação total, a EPD-Baixa autoestima/desesperança, EPD-Funcionalidade nas relações, HADS-A e HADS-D, demonstraram que todas as correlações foram significativas com magnitudes que variaram de moderadas a fortes, indicando que o aumento da sintomatologia depressiva se relacionou positivamente com os pensamentos depressivos e sintomas de ansiedade da amostra (Dancey & Reidy, 2006). Conforme os critérios em relação aos valores de magnitude das correlações estabelecidos por Prieto e Muñiz (2000), no presente estudo, a maior parte das correlações foram consideradas excelentes.

As variáveis sociodemográficas foram analisadas e comparadas com os resultados encontrados na literatura. Como exemplo, foi observado no presente estudo que as mulheres apresentaram maior média no fator Baixa autoestima/desesperança da EPD quando comparadas aos homens. Esse fator é caracterizado pelos pensamentos de que tudo dará errado, de sentir-se um perdedor, de incapacidade na resolução de problemas e de ser ajudado por alguém, indicando que as mulheres apresentaram mais sentimentos de incapacidade e inadequação do que os homens. As mulheres também pontuaram mais no fator Aspectos Negativos e na EBADEP-HOSP-AMB em sua pontuação total, além da subescala de ansiedade e depressão da HADS, o que demonstra que o sexo feminino apresentou maior sintomatologia depressiva em ambos os instrumentos, além de mais sintomas de ansiedade, sendo que esse resultado vai ao encontro da literatura, que indica que as mulheres de forma geral tendem a ter mais depressão e ansiedade do que os homens (APA, 2014; WHO, 2017). As diferenças do presente estudo em relação a ansiedade e

depressão entre homens e mulheres foram semelhantes as encontradas por Theofilou (2011) que também obteve resultados significativos em uma amostra de doentes renais. No entanto, os resultados da pesquisa de Stasiak et al. (2014) vão de encontro aos do presente estudo, não sendo encontradas diferenças significativas entre os instrumentos no que se refere a essa variável.

Apesar de constituírem um grupo pequeno, os pacientes que relataram ter diagnóstico atual de depressão apresentaram mais sintomatologia depressiva e pensamentos depressivos, além de mais sintomas de ansiedade em relação aos que não indicaram terem o diagnóstico. Lynch et al. (2011) ponderaram que, quanto mais grave os sintomas de depressão, mais negativas são as avaliações que a pessoa faz. Além disso, como elucidado por Clark e Watson (1991), a depressão e a ansiedade compartilham o chamado afeto negativo, que se constitui em culpa, medo, tristeza, desprezo, angústia, dentre outros, sendo que pessoas com sintomatologia de depressão também podem apresentar sintomas de ansiedade ou vice-versa, o que torna difícil a distinção entre esses transtornos. Uma das possibilidades então, seria avaliar a anedonia, por exemplo, que se corresponde a um sintoma característico da depressão (Anderson & Hope, 2008; Clark & Watson, 1991).

Por fim, é importante considerar as limitações da presente pesquisa, quais sejam, a ausência de um grupo de pacientes renais crônicos com diagnóstico confirmado de depressão, visto que o diagnóstico atual de depressão foi relatado pelo paciente, carecendo de maiores investigações de modo a confirmar ou não essas hipóteses. Sugere-se para pesquisas futuras a aplicação da EBADEP-HOSP-AMB em amostras de pacientes com diagnóstico de outras doenças crônicas, além da aplicação da escala com outros instrumentos de avaliação da sintomatologia depressiva.

Referências

- American Educational Research Association, American Psychological Association, National Council on Measurement in Education (2014). *Standards for Educational and Psychological Testing*. Washington, DC: American Psychological Association.
- American Psychiatric Association. (2002). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR*. (4a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- American Psychiatric Association. (2014). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5*. (5a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Anderson, E. R., & Hope, D. A. (2008). A review of the tripartite model for understanding the link between anxiety and depression in youth. *Clinical Psychology Review*, 28(2), 275-287. doi: 10.1016/j.cpr.2007.05.004
- Baptista, M. N. (2012). *Escala Baptista de Depressão versão Adulto - EBADEP-A*. São Paulo: Vetor.
- Baptista, M. N. (2013). *Escala Baptista de Depressão – (Versão Ambulatório) – EBADEP-HOSP-AMB*. Relatório Técnico não publicado. Programa de Pós-Graduação Stricto-Sensu em Psicologia da Universidade São Francisco. Itatiba. São Paulo.
- Bastos, M. G., Bregman, R., & Kirsztajn, G., M. (2010). Doença renal crônica: Frequente e grave, mas também prevenível e tratável. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 56(2), 248-253. doi: 10.1590/S0104-42302010000200028
- Bautovich, A., Katz, I., Smith, M., Loo, C. K., & Harvey, S. B. (2014). Depression and chronic kidney disease: A review for clinicians. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(6), 530-541. doi: 10.1177/0004867414528589

- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, F. B., & Emery, E. (1997). *Terapia cognitiva da depressão*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Botega, N. J., Bio, M. R., Zomignani, M. A., Garcia Júnior, C., & Pereira, W. A. (1995). Transtornos do humor em enfermagem de clínica média e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Revista de Saúde Pública*, 29(5), 355-363. doi: 10.1590/S0034-89101995000500004
- Carneiro, A. M., & Baptista, M. N. (2016). *Escala de Pensamentos Depressivos (EPD)*. São Paulo: Hogrefe.
- Castillo, A. R. G., Recondo, R. Asbahr, F. R., & Manfro, G. G. (2000). Transtornos de ansiedade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(2), 20-23. doi: 10.1590/S1516-44462000000600006
- Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(3), 316-336. doi:10.1037/0021-843X.100.3.316
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. New York: Academic Press.
- Cremaço, G. S., & Baptista, M. N. (2017). *Análise de estrutura interna da Escala Baptista de Depressão (Versão Hospital-Ambulatório) EBADEP-HOSP-AMB*. Manuscrito não publicado.
- Dancey, C. P. & Reidy, J. (2006). *Estatística sem matemática para psicologia usando SPSS para Windows*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Dias, D. R., Shiozawa, P., Miorim, L. A., & Cordeiro, Q. (2015). Prevalência de sintomas depressivos e ansiosos em pacientes com doença renal crônica em programa de hemodiálise: Um estudo transversal. *Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade*

- de Ciências Médicas da Santa Casa São Paulo*, 60(2), 65-71. Recuperado de http://www.fcmscsp.edu.br/images/Arquivos_medicos/2015/04-AO83.pdf
- Feroze, U., Martin, D., Kalantar-Zadeh, K., Kim, J. C., Reina-Patton, A., & Kopple, J. D. (2012). Anxiety and Depression in Maintenance Dialysis Patients: Preliminary Data of a Cross-sectional Study and Brief Literature Review. *Journal of Renal Nutrition*, 22(1), 207–210. doi: 10.1053/j.jrn.2011.10.009
- Ferster, C. B., Culbertson, S., & Boren, M. C. (1977). Depressão clínica. Em C. B. Ferster, S. Culbertson, & M. C. Boren, *Princípios do Comportamento* (pp. 699-725). São Paulo: Hucitec.
- Lynch, J., Moore, M., Moss-Moris, R., & Kendrick, T. (2011). Are patient beliefs important in determining adherence to treatment and outcome for depression? Development of the beliefs about depression questionnaire. *Journal of Affective Disorders*, 133(1), 29-41. doi: 10.1016/j.jad.2011.03.019
- Marques, M. A. B. (2016). Sintomas da depressão após lesão encefálica: Evidências de validade para EBADEP-HOSP-AMB. (Tese de Doutorado, Universidade São Francisco, Itatiba, S. P.). Recuperado de <https://www.usf.edu.br/>
- Messias, C. R. (2014). *Sintomatologia Depressiva e Associações com Dor Crônica, Saúde Geral e Suporte Social em Pacientes Fibromiálgicos e Oncológicos* (Dissertação de mestrado, Universidade São Francisco, Itatiba, S.P.) Recuperado de <http://www.usf.edu.br>
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (1993). *Classificação dos transtornos mentais e do comportamento – CID-10: descrições e diretrizes diagnósticas*. (10a ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.

- Pinto, J. C., Martins, P., Pinheiro, T. B., & Oliveira, A. C. (2015). Ansiedade, depressão e stresse: Um estudo com jovens adultos e adultos portugueses. *Psicologia, Saúde & Doenças, 16*(2), 148-163. doi.org/10.15309/15psd160202
- Prieto, G., & Muñiz, J. (2000). Um modelo para evaluar la calidad de los test utilizados em España. *Papeles del Psicólogo, 77*, 65-72. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77807709>
- Stasiak, C. E. S., Bazan, K. S., Kuss, R. S., Schuinski, A. F. M., & Baroni, G. (2014). Prevalência de ansiedade e depressão e suas comorbidades em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise e diálise peritoneal. *Jornal Brasileiro de Nefrologia, 36*(3), 325–331. doi:10.5935/0101-2800.20140047
- Theofilou, P. (2011). Depression and anxiety in patients with chronic renal failure: the effect of sociodemographic characteristics. *International Journal of Nephrology, 2011*, 1-6. doi:10.4061/2011/514070
- Watson, D. (2009). Differentiating the Mood and Anxiety Disorders: A Quadripartite Model. *Annual Review of Clinical Psychology, 5*(1), 221-247. doi:10.1146/annurev.clinpsy.032408.153510
- Watson, D., Weber, K., Assenheimer, J. S., Clark, L. A., Strauss, M. E., & McCormick, R. A. (1995). Testing a tripartite model: I. Evaluating the convergent and discriminant validity of anxiety and depression symptom scales. *Journal of Abnormal Psychology, 104*(1), 3-14. doi: 10.1037/0021-843X.104.1.3
- World Health Organization (WHO) (2017). Depression and other common mental disorders: Global health estimates. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/management/depression/prevalence_global_health_estimates/en/

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370. doi:10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x

Considerações finais

A doença renal crônica (DRC) tem recebido maior atenção nos últimos anos dada a sua elevada prevalência. Em termos de saúde mental, a DRC tem sido evidenciada na literatura como uma das doenças mais associadas a depressão, ocasionando em diminuição da qualidade de vida, uma vez que esses pacientes geralmente apresentam menor aderência ao tratamento e recomendações médicas em relação aqueles que não tem depressão. Apesar disso, são poucas as iniciativas no sentido de se avaliar adequadamente a sintomatologia depressiva em doentes renais, uma vez que, apesar das pesquisas indicarem uma prevalência alta de depressão, muitos pacientes não são diagnosticados corretamente, sendo muitas vezes utilizadas medidas impróprias para o contexto em questão, que tendem a enviesar os dados obtidos devido a sobreposição de sintomas comuns, bem como pela avaliação superficial de muitos descritores importantes para caracterizar a depressão.

Tendo em vista que os sintomas vegetativos/somáticos estão presentes em diversas doenças e também na depressão, é importante que os instrumentos que tenham como objetivo avaliar esse construto levem em conta as especificidades do contexto para o qual foi desenvolvido. A EBADEP-HOSP-AMB é uma ferramenta que pode ser promissora para o contexto hospitalar/ambulatorial por se tratar se um instrumento criado a partir de diferentes descritores que não os somáticos, afim de se evitar possíveis vieses decorrentes da sobreposição de sintomas. Trata-se de um instrumento de autorrelato, com itens de fácil compreensão podendo ser utilizada com pessoas de diferentes níveis educacionais.

Com o objetivo de investigar as propriedades psicométricas da EBADEP-HOSP-AMB, a presente dissertação foi dividida em três estudos. O primeiro teve como proposta fazer um levantamento da literatura sobre a depressão e a doença renal crônica. Dentre os resultados encontrados, este estudo possibilitou verificar os principais construtos associados

a depressão e a doença renal, tais como a ansiedade e a qualidade de vida, bem como verificar as principais ferramentas utilizadas para avaliação da depressão nesse contexto.

O segundo estudo teve como proposta verificar a estrutura interna da EBADEP-HOSP-AMB por meio da Teoria Clássica dos Testes (TCT) e da Teoria de Resposta ao Item (TRI). Foram obtidos dois fatores a partir da análise fatorial exploratória, ficando a escala composta de 20 itens, sendo 14 no fator 1 (Aspectos negativos) e os demais no fator 2 (Aspectos positivos). A análise de precisão dos fatores demonstrou um alfa de 0,95 para o primeiro fator e de 0,89 para o segundo. Com a TRI foram verificados o *infit* e *outfit* dos itens sendo obtidos bons índices para ambos os fatores.

A terceira pesquisa objetivou buscar evidências de validade baseada na relação com variáveis externas para a EBADEP-HOSP-AMB. Além da EBADEP-HOSP-AMB, foram aplicadas a Escala de Pensamentos Depressivos (EPD) e a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS), bem como um questionário sociodemográfico e de saúde para caracterização da amostra. Alguns dos resultados demonstraram que, quanto as relações entre os construtos, foram obtidos valores satisfatórios, com correlações significativas de magnitudes moderadas a altas. As análises de diferenças de média indicaram resultados significativos em relação a variável sexo, em que as mulheres pontuaram mais nos instrumentos, apresentando mais sintomas de depressão e ansiedade, bem como pensamentos depressivos frente aos homens.

Embora tenham sido evidenciados resultados satisfatórios para a escala, é importante ressaltar as limitações observadas. Assim, novos estudos devem ser conduzidos com a EBADEP-HOSP-AMB, afim de conferir novas evidências de validade, com amostras mais amplas e de diagnósticos diversificados. Além disso, devem ser incluídas amostras de pacientes que também tenham o diagnóstico de depressão realizado por um profissional visto que, no presente estudo, o número de pessoas com diagnóstico foi

reduzido, além do que, o diagnóstico foi relatado pelo paciente, carecendo de uma avaliação para confirmar ou refutar a presença do diagnóstico.

Referências

- Alcantara, I., Schmitt, R., Schwarzthaupt, A. W., Chachamovich, E., Sulzbach, M. F. V., Padilha, R. T. L., ... Lucas, R. M. (2003). Avanços no diagnóstico do transtorno do humor bipolar. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 25(1), 22-32. doi: 10.1590/S0101-81082003000400004
- American Psychiatric Association. (2014). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5*. (5a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Baptista, M. N. (2004). Depressão e Gênero: Por que as mulheres se deprimem mais do que os homens? Em M. N. Baptista, *Suicídio e Depressão: atualizações* (pp. 50-61). Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan.
- Baptista, M. N. (2012). *Escala Baptista de Depressão versão Adulto - EBADEP-A*. São Paulo: Vetor.
- Baptista, M. N. (2013). *Escala Baptista de Depressão – (Versão Ambulatório) – EBADEP-HOSP-AMB*. Relatório Técnico não publicado. Programa de Pós-Graduação Stricto-Sensu em Psicologia da Universidade São Francisco. Itatiba. São Paulo.
- Bastos, M. G., Bregman, R., & Kirsztajn, G., M. (2010). Doença renal crônica: Frequente e grave, mas também prevenível e tratável. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 56(2), 248-253. doi: 10.1590/S0104-42302010000200028
- Bautovich, A., Katz, I., Smith, M., Loo, C. K., & Harvey, S. B. (2014). Depression and chronic kidney disease: A review for clinicians. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(6), 530-541. doi: 10.1177/0004867414528589
- Beck, A. T., Rush, A. J, Shaw, F. B., & Emery, E. (1997). *Terapia cognitiva da depressão*. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Brasil. (2014). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. *Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde/ Ministério da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Bromet, E., Andrade, L. H., Hwang, I., Sampson, N. A., Alonso, J., Girolamo, G.,... Kessler, R. C. (2011). Cross national epidemiology of DSM IV major depressive episode. *BMC Medicine*, 9(90), 1-16. doi: 10.1186/1741-7015-9-90
- Butler, A. C, Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 17-31. doi: 10.1016/j.cpr.2005.07.003
- Capitão, C. G., Scortegagna, S. A., & Baptista, M. N. (2005). A importância da avaliação psicológica na saúde. *Avaliação Psicológica*, 4(1), 75-82. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S167704712005000100009&script=sci_arttext
- Coutinho, M. P. L., & Costa, F. G. (2015). Depressão e insuficiência renal crônica: Uma análise psicossociológica. *Psicologia & Sociedade*, 27(2), 449-459. doi: 10.1590/1807-03102015v27n2p449
- Freitas, P. P. W., & Cosmo, M. (2010). Atuação do Psicólogo em Hemodiálise. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 13(1), 19-32. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v13n1/v13n1a03.pdf>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2013). *Pesquisa Nacional de Saúde - PNS: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas*. Recuperado de <ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>

- Justo, L. P., & Calil, H. M. (2006). Depressão: O mesmo acometimento para homens e mulheres? *Revista Psiquiatria Clínica*, 33(2), 74-79. doi:/10.1590/S0101-60832006000200007
- Knapp, P., & Beck, A. T. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(2), 54-64. doi:10.1590/S1516-44462008000600002
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (1993). *Classificação dos transtornos mentais e do comportamento – CID-10: descrições e diretrizes diagnósticas*. (10a ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2012). Depressão: Uma crise global. Dia da Saúde Mental. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/management/depression/wfmh_paper_depression_wmhd_2012.pdf.
- Powell, V. B., Abreu, N., Oliveira, I. R., & Susak, D. (2008). Terapia cognitivo-comportamental da depressão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(2), 73-80. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v30s2/a04v30s2>.
- Razzouk, D., Alvarez, C. E., & Mari, J. J. (2009). O Impacto Econômico e o Custo social da Depressão. Em: A. L. T. Lacerda, L. C. Quarantini, A. M. A. Miranda-Scippa, & J. A. Del Porto, *Depressão: do neurônio ao funcionamento social* (pp. 27-37). Porto Alegre: Artmed.
- Santos, M. S., Wolfart, A., & Jornada, L. (2011). Prevalência de transtornos depressivos em pacientes com insuficiência renal crônica participantes de programa de hemodiálise em uma clínica do Sul de Santa Catarina. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 40(2), 84-88. Recuperado de <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/868.pdf>

- Schuster, J. T., Feldens, V. P., Iser, B. P. M., & Ghislandi, G. M. (2015). Avaliação de sintomas depressivos em pacientes com insuficiência renal crônica submetidos à hemodiálise em Tubarão – Santa Catarina – Brasil. *Revista da Associação Médica do Rio Grande do Sul*, 59(1), 15-19. Recuperado de http://www.amrigs.com.br/revista/59-01/03_1457_Revista%20AMRIGS.pdf
- Sesso, R. C., Lopes, A. A., Thomé, F. S., Lugon, J. R., & Martins, C. T. (2016). Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2014. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 38(1), 54-61. doi: 10.5935/0101-2800.20160009
- Solomon, A. (2002). *O demônio do meio dia: uma anatomia da depressão*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Teng, C. T., Humes, E. C., & Demetrio, F. N. (2005). Depressão e comorbidades clínicas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32(3), 149-159. Recuperado de <http://www.revistas.usp.br/acp/article/viewFile/16326/18038>
- Tetta, C., Roy, T., Gatti, E., & Cerutti, S. (2011). The rise of hemodialysis machines: New technologies in minimizing cardiovascular complications. *Expert Review Cardiovascular Therapy*, 9(2), 155-164. doi: 10.1586/erc.10.194
- Valle, L. S., Souza, V. F., & Ribeiro, A. M. (2013). Estresse e ansiedade em pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise. *Estudos de Psicologia*, 30(1), 131-138. doi: 10.1590/S0103-166X2013000100014
- Van de Velde, S., Bracke, P., & Levecque, K. (2010). Gender differences in depression in 23 European countries. Cross-national variation in the gender gap in depression. *Social Science & Medicine*, 71(2), 305-13. doi:10.1016/j.socscimed.2010.03.035
- Wilkinson, P. (2009). Conceptualization about internalizing problems in children and adolescents. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(2), 373-381. doi:10.1590/S1413-81232009000200007

Wong, M. (2007). História e epidemiologia da depressão. Em: J. Licinio & M. Wong.

Biologia da depressão (pp.15-25). Porto Alegre: Artmed.

World Health Organization (WHO) (2010). *Depression*. Recuperado de

www.who.int/topics/depression/en/.

Anexos

Anexo 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Escala Baptista de Depressão Versão Hospital-Ambulatório (EBADEP-HOSP-AMB): estudos psicométricos com pacientes renais crônicos

Eu,.....,RG....., abaixo assinado, dou meu consentimento livre e esclarecido para participar como voluntário do projeto de pesquisa supra-citado, sob a responsabilidade dos pesquisadores Gabriela da Silva Cremasco e Makilim Nunes Baptista do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade São Francisco.

Assinando este Termo de Consentimento estou ciente de que:

- 1- O objetivo da pesquisa é buscar evidências de validade para a Escala Baptista de Depressão Versão Hospital- Ambulatório (EBADEP-HOSP-AMB);
- 2- Durante o estudo será aplicado um questionário de identificação, juntamente com a Escala Baptista de Depressão, a Escala de Pensamentos Depressivos e a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, sendo que a aplicação terá duração de, aproximadamente, 40 minutos;
- 3- Obtive todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre a minha participação na referida pesquisa;
- 4- A resposta a estes instrumentos não causam riscos conhecidos à minha saúde física e mental, podendo causar desconforto emocional;
- 5- Estou livre para interromper a qualquer momento minha participação na pesquisa, o que não me causará nenhum prejuízo;
- 6- Meus dados pessoais serão mantidos em sigilo e os resultados gerais obtidos na pesquisa serão utilizados apenas para alcançar os objetivos do trabalho, expostos acima, incluída sua publicação na literatura científica especializada;
- 7- Poderei contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade São Francisco para apresentar recursos ou reclamações em relação à pesquisa pelo telefone 11 - 24548981;
- 8- Poderei entrar em contato com o responsável pelo estudo, Gabriela da Silva Cremasco, sempre que julgar necessário pelo telefone 19 981000714;
- 9- Este Termo de Consentimento é feito em duas vias, sendo que uma permanecerá em meu poder e outra com o pesquisador responsável.

Local: _____ Data: ____/____/____

Assinatura do Participante: _____

Assinatura do Pesquisador Responsável: _____

Comitê de Ética
Av. São Francisco de Assis, 218, Jardim São José – Bragança Paulista - SP
CEP: 12916-900
Fone: (11) 2454-8981

Anexo 2 - Parecer Consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE SÃO
FRANCISCO-SP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Evidências de Validade para a Escala Baptista de Depressão (Versão Hospital Ambulatório) ¿ EBADEP-HOSP-AMB

Pesquisador: Gabriela Cremasco

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 59264816.7.0000.5514

Instituição Proponente: Universidade São Francisco-SP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.757.924

Apresentação do Projeto:

Considerando-se que os sintomas de depressão são mais prevalentes em pessoas acometidas de doenças físicas, é importante que haja instrumentos especificamente validados para essa população. O projeto em apreço se propõe a avaliar evidências de validade para esse contexto. Participarão da pesquisa 600 sujeitos, divididos em dois grupos de 300 pessoas com 18 anos ou mais, portadores de doenças crônicas. Os outros 300 serão pessoas que não tenham doenças crônicas. Todos eles responderão a instrumentos de avaliação da depressão, cujos escores serão analisados e comparados entre si.

Objetivo da Pesquisa:

Buscar evidências de validade baseada na estrutura interna e evidências de validade baseada na relação com variáveis externas para a Escala Baptista de Depressão (Versão Hospital-Ambulatório) – (EBADEP HOSP-AMB), com a Escala de Pensamentos Depressivos (EPD) e a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS).

Avaliação dos Riscos e Benefícios: Não há riscos nem benefícios diretos para os participantes.

Endereço: SAO FRANCISCO DE ASSIS 218

Bairro: JARDIM SAO JOSE

CEP: 12.916-900

UF: SP

Município: BRAGANCA PAULISTA

Telefone: (11)2454-8981

Fax: (11)4034-1825

E-mail: comite.etica@saofrancisco.edu.br



UNIVERSIDADE SÃO
FRANCISCO-SP



Continuação do Parecer: 1.757.924

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem elaborado e fundamentado. O delineamento proposto e o plano de análise de dados estão congruentes com os objetivos propostos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Estão adequadamente apresentados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

APÓS DISCUSSÃO EM REUNIÃO DO DIA 29/09/2016, O COLEGIADO DELIBEROU PELA APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISAS.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_778218.pdf	22/08/2016 17:12:26		Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	22/08/2016 17:11:27	Gabriela Cremasco	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Pesquisa.docx	18/08/2016 19:05:38	Gabriela Cremasco	Aceito
Outros	autorizacao_coleta4.jpg	18/08/2016 19:04:42	Gabriela Cremasco	Aceito
Outros	autorizacao_coleta3.jpg	18/08/2016 19:03:40	Gabriela Cremasco	Aceito
Outros	autorizacao_coleta2.pdf	18/08/2016 19:03:25	Gabriela Cremasco	Aceito
Outros	autorizacao_coleta1.jpeg	18/08/2016 19:02:04	Gabriela Cremasco	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	18/08/2016 18:56:41	Gabriela Cremasco	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP: Não

Endereço: SAO FRANCISCO DE ASSIS 218

Bairro: JARDIM SAO JOSE

CEP: 12.916-900

UF: SP

Município: BRAGANCA PAULISTA

Telefone: (11)2454-8981

Fax: (11)4034-1825

E-mail: comite.etica@saofrancisco.edu.br



UNIVERSIDADE SÃO
FRANCISCO-SP



Continuação do Parecer: 1.757.924

BRAGANCA PAULISTA, 30 de Setembro de 2016

Assinado por:
Alessandra Gambero
(Coordenador)

Endereço: SAO FRANCISCO DE ASSIS 218

Bairro: JARDIM SAO JOSE

CEP: 12.916-900

UF: SP

Município: BRAGANCA PAULISTA

Telefone: (11)2454-8981

Fax: (11)4034-1825

E-mail: comite.etica@saofrancisco.edu.br