

**Felipe Augusto Cunha**



**CONSTRUÇÃO E ESTUDOS PSICOMÉTRICOS DA ESCALA  
DE DISTORÇÕES COGNITIVAS DEPRESSIVAS - EDICOD**

**Apoio:**



**CAMPINAS  
2017**

**Felipe Augusto Cunha**

**CONSTRUÇÃO E ESTUDOS PSICOMÉTRICOS DA  
ESCALA DE DISTORÇÕES COGNITIVAS DEPRESSIVAS -  
EDICOD**

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

153.4 Cunha, Felipe Augusto.  
C978c Construção e estudos psicométricos da Escala de Distorções Cognitivas Depressivas - EDICOD / Felipe Augusto Cunha. -- Campinas, 2017.  
97 p.

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

Orientação de: Makilim Nunes Baptista.

1. Pensamentos. 2. Distorções. 3. Construção.  
4. Psicometria. I. Baptista, Makilim Nunes. II. Título.

Ficha catalográfica elaborada pelas bibliotecárias do Setor de Processamento Técnico da Universidade São Francisco.



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

Felipe Augusto Cunha defendeu a dissertação "CONSTRUÇÃO E ESTUDOS PSICOMÉTRICOS DA ESCALA DE DISTORÇÕES COGNITIVAS DEPRESSIVAS - EDICOD" 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

## Dedicatória

Dedico meu trabalho ao tempo, porque sem ele não seria possível concluir nada...

Eu ouvi um som diferenciado no meu silêncio, a partir disso, surgiram todos os sons possíveis do tilintar do relógio pendurado na parede. Esses barulhos me chamaram atenção e quando me virei, vi o senhor tempo me cobrando dos meus afazeres e colocando prazo em tudo que faço. Várias linhas foram divididas entre esse compasso de tempo, entre o ódio e o amor, soluções e dúvidas sempre surgiram.

Vidas que se separaram para sempre nessa ordem cronológica de calcular seu futuro, e vidas que se encontraram todos os dias, mas será que prestamos atenção no outro que está amarrando nosso tempo? As vezes não tem como ter controle por tudo e todos, as vezes o controle é o próprio tempo não dominado por você.

Nesse meio tempo, vários amores que se reencontram, amores que renasceram das cinzas feito fênix, amores que nascem sem propósito algum e amores que morrem só por não querer existir mais.

Vagamos por este universo repleto de tantas verdades absolutas, que se perdem tão rapidamente como se tentássemos segurar os ponteiros soltos de um relógio antigo. Sentimos que se vão tristezas porque se perderam alegrias.

Você pensava tanto que queria algo, mas o tempo fez afastar o seu querer, porque o querer se perdeu de ti.

As paredes ao seu redor desmoronaram todas, e agora só que começou a notar como o universo é mais vasto e bonito. Um outro caminho se abriu e o seu tempo sorriu de volta.

Não vai perde-lo novamente por esses caminhos desconhecidos; não reparou que o relógio te mostrava o tempo exato?

Pare de correr contra o tempo,

Para de olhar para o lado,

Para de criar desculpas pequenas para se distrair... apenas pare, porque de algum modo o seu tempo está se esgotando e você ainda não percebeu.

## Agradecimentos

A priori queria falar sobre o “Agradecimento”, originado da palavra “Grato”, ela vem do latim *Gratus*, que tanto quer dizer “agradecido” como “agradável”. E pensando no sentido de como foi agradável construir esse trabalho na companhia de algumas pessoas especiais, inicio meu agradecimento.

Como sabemos a família é essencial nessa trajetória, apoiando de várias formas, sendo estas emocionais, físicas e até mesmo financeiras, por isso deixo meu carinho para minha Mãe Bete, por ensinar-me a ser valente e não cair por qualquer situação; minha avó Dulce, por incentivar-me a ser um humano melhor e íntegro, minha tia Daniela por mostrar-me que a vida tem que ser vivida com muita disciplina e responsabilidade, meu avô Roberto por ensinar-me como um homem deve agir perante uma família; meu irmão Luis Henrique, mesmo sendo mais seco emocionalmente, por me ajudar e mostrar que o amanhã sempre será um dia melhor, minha irmã Rafaela por alcançar superação em seus objetivos físicos e emocionais, e me mostrar que não estou na profissão errada; minha sobrinha, Valentina, que me inspira todos os dias com sua alegria e ingenuidade de viver, fazendo-me acreditar que ainda o universo tem conserto. Por último e não menos importante, agradeço meu pai, por me ajudar a desconstruir vários preconceitos e servir como um alicerce durante essa jornada acadêmica.

Em relação a amizade sou um indivíduo privilegiado, durante toda a minha trajetória construí vários laços, alguns fracos que desfizeram-se durante o tempo e outros bem apertados, e esses consigo nomear, como por exemplo, Rubia, uma moça diferente, reservada e as vezes calada, mais muito expressiva nos seus olhares de aprovação, me ajudou construir uma jornada mais leve e feliz; outra pessoa especial chamada Taíssa, que entrou na minha vida de uma forma sutil, demonstrando ser frágil e distante, mas ao

contrário do que pensa é extremamente forte, tão forte que me incentivou em tomar algumas decisões no meu dia a dia, me ajudando com dúvidas de todos os contextos. Outra amiga incrível que ganhei nesses anos foi a “Ana Bacana”, uma garota incrível e excêntrica, que me ajudou nesse caminho árduo e me distraiu várias vezes quando não conseguia mais produzir nenhum conteúdo acadêmico. Logo em seguida vem a Renéia, uma mulher mais madura, porém sábia, com ela aprendi a ver a vida de uma forma mais positiva e harmônica, porque todos os dias ela me dava um bom dia tão animado, que era a chance de enxergar que aquele dia seria mais positivo. Gabriela Crevilari, também é outro nome que não podia faltar nos meus agradecimentos, considerada como a minha amiga mais antiga, queria que soubesse que me espelho até hoje na sua determinação e inteligência. Queria deixar aqui também o agradecimento para os meus novos amigos que construí durante o mestrado, que me ajudaram e me incentivaram nos momentos mais chatos, por isso, Ana Deyvis, Catarina Sette, Camila Camillo, Naira, Ariela, e os demais, deixo esse “obrigado” para vocês. Fechando o quadro das amizades, deixei para falar sobre Gabriela Cremasco, um ser iluminado e especial, que surgiu em minha vida por “coincidência científica”, e sem ela não seria a metade do que construí até o momento, sempre me ajudando, me criticando e avaliando, mas para o meu bem. Com ela quero ter muitos mais muitos anos de companhia, porque somente ela consegue “normatizar e padronizar” minha rotina, e se um dia for comprovado que existe anjos na terra, “Gabi Crê”, seria um em minha vida. Obrigado por tudo “best frenons”. Por fim, também fazendo parte das pessoas importantes na minha trajetória de estudos, gostaria de citar Bruno Kikuchi, que conheci faz pouco tempo, mas mesmo com esse intervalo curto de relação, consegui aprender e ver a vida de uma maneira mais simples e positiva; e obrigado pelas escutas e sugestões carinhosas durante essa etapa final e mais difícil de minha dissertação, você fez muita diferença.

Quero agradecer também todos os professores da pós, por estarem sempre presentes na minha trajetória acadêmica. Ressaltando especialmente um professor, que entrou na minha vida há anos, com ele aprendi a ser mais disciplinado, organizado e cumprir metas. Com esse professor aprendi também enxergar o outro com mais humildade, e saber que as pessoas têm suas particularidades que os tornam especiais, por isso deixo meu “muito obrigado” para o professor Makilim, que considero hoje em dia como um “pai acadêmico” e sem ele nem estaria terminando meu trabalho e escrevendo todos esses agradecimentos.

Para todos citados anteriormente, meu Muito Obrigado!



## Resumo

Cunha, F. A. (2017). *Construção e estudos psicométricos da Escala de Distorções Cognitivas Depressivas - EDICOD*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia, Universidade São Francisco, Itatiba.

O objetivo principal deste estudo foi construir uma escala para rastrear distorções cognitivas depressivas, baseadas no modelo cognitivo da depressão de Aaron Beck. Segundo a teoria cognitiva, que é definida a partir das visões negativas que o indivíduo tem durante sua vida, considerando suas experiências, ocasiões e as várias formas de enfrentar o mundo (ambiente), a si mesmo e o futuro. Essa classificação é denominada como tríade cognitiva, que junto dos esquemas e erros cognitivos compõem os substratos responsáveis pela gênese da depressão. Os erros cognitivos, também classificados como distorções cognitivas, compõem uma parcela importante para a manutenção dos sintomas depressivos, dentre esses, o pensamento negativista e os erros lógicos, levando o sujeito adoecer emocionalmente, podendo gerar um episódio depressivo. Também teve como objetivos específicos realizar uma revisão integrativa da literatura sobre o tema das distorções, bem como buscar evidências de validade baseada no conteúdo, na estrutura interna e também na fidedignidade, recorrendo a análise fatorial exploratória e Teoria de Resposta ao Item (TRI). Então o estudo foi dividido em três artigos, a saber, “Revisão integrativa da literatura sobre distorções cognitivas”; “Construção e análises psicométricas preliminares da Escala de Distorções Cognitivas – EDICOD e “Evidência de validade baseada na relação com variáveis externas para a Escala de Distorções Cognitivas Depressivas – EDICOD”. Nesses artigos foram feitas análises psicométricas para verificar as qualidades psicométricas da EDICOD, sendo as primeiras análises focadas na estrutura interna, em que foi possível encontrar uma solução de três fatores, totalizando 36 itens, explicando 57,18% da variância total, com confiabilidade dos fatores entre 0,93 e 0,95. Já na análise de TRI, foi possível perceber que os itens foram pertinentes para o rastreamento de distorções cognitivas na amostra específica. E por fim, no último artigo, apresentam as correlações da EDICOD com outros quatro instrumentos, que rastreiam sintomas e pensamentos depressivos; autorregulação emocional e pensamentos disfuncionais. A partir desses estudos, as evidências encontradas indicaram que a EDICOD apresenta indícios suficientes para ser um instrumento psicológico ideal para utilização clínica, porém necessita de mais estudos futuros para aprimorar as dimensões da escala.

**Palavras-chave:** pensamentos; distorção; construção; psicometria

## Abstract

Cunha, F. C. (2017). *Construction and Psychometric Studies of the Depressive Cognitive Distortion Scale – EDICOD*. Master's Thesis, Post-Graduate Studies in Psychology, University São Francisco, Campinas, São Paulo.

The main objective of this study was to construct a scale to track depressive cognitive distortions, based on the cognitive model of depression of Aaron Beck. That according to cognitive theory, it is defined from the negative views that the individual has during his life, considering his experiences, occasions and the various ways of facing the world (environment), himself and the future. This classification is called cognitive triad, which together with the schemas and cognitive errors make up the substrates responsible for the genesis of depression. Cognitive errors, also classified as cognitive distortions, constitute an important part for the maintenance of depressive symptoms, among them, negative thinking and logical errors, causing the subject to become emotionally ill, which can generate a depressive episode. It also had as other objectives to carry out an integrative review of the literature on the subject of distortions, as well as to seek evidence of validity based on content, internal structure and also reliability, using exploratory factorial analysis and Item Response Theory (TRI). Then the study was divided into three articles, namely, "Integrative Review of the Literature on Cognitive Distortions"; "Construction and preliminary psychometric analysis of the Cognitive Distortion Scale - EDICOD and" Evidence of validity based on the relationship with external variables for the Depressive Cognitive Distortion Scale - EDICOD ". In these articles, psychometric analyzes were performed to verify the psychometric qualities of EDICOD. The first analyzes were focused on the internal structure, where it was possible to find a solution of three factors, totaling 36 items, explaining 57.18% of the total variance, with reliability of Between 0.93 and 0.95. Already in the analysis of TRI, it was possible to perceive that the items were pertinent for the tracking of cognitive distortions in the specific sample. Finally, in the last article, they present EDICOD correlations with four other instruments, which track depressive symptoms and thoughts; Emotional self-regulation and dysfunctional thoughts. From these studies the evidences found indicated that EDICOD presents sufficient evidence to be an ideal psychological instrument for clinical use, but it needs more future studies to improve scale dimensions.

**Keywords:** thoughts; distortion; construction; Psychometry

## Sumário

LISTA DE FIGURAS .....	x
LISTA DE TABELAS .....	xi
LISTA DE ANEXOS .....	xii
INTRODUÇÃO .....	1
Revisão integrativa da literatura sobre distorções cognitivas (Artigo 1) .....	11
MÉTODO .....	15
RESULTADOS .....	16
DISCUSSÃO .....	26
REFERÊNCIAS .....	29
Construção e análises psicométricas preliminares da Escala de Distorções Cognitivas	
Depressivas - EDICOD (Artigo 2).....	34
MÉTODO .....	41
PARTICIPANTES.....	42
INSTRUMENTOS.....	46
PROCEDIMENTOS .....	46
RESULTADOS .....	47
DISCUSSÃO .....	56
REFERÊNCIAS .....	60
Evidência de validade baseada na relação com variáveis externas para a Escala de	
Distorções Cognitivas Depressivas - EDICOD (Artigo 3).....	64
MÉTODO .....	71
PARTICIPANTES.....	71
INSTRUMENTOS.....	71

PROCEDIMENTOS .....	74
RESULTADOS .....	75
DISCUSSÃO .....	80
REFERÊNCIAS .....	83
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	87
REFERÊNCIAS .....	89
ANEXOS.....	94

## Lista de figuras

### **Introdução**

Figura 1- Modelo Cognitivo da Depressão.....2

### **Artigo 1**

Figura 1- Fluxograma da análise dos artigos .....17

### **Artigo 2**

Figura 1- Descrição das etapas de criação da Escala EDICOD .....17

Figura 2- Mapa de pessoas e itens para o Fator 1 e 2.....51

Figura 3- Mapa de pessoas e itens para o Fator 3 .....52

Figura 4- Categorias de resposta do F1 .....54

Figura 5- Categorias de resposta do F2.....55

Figura 6- Categorias de resposta do F3.....55

## Lista de tabelas

### Artigo 1

Tabela 1- Artigos recuperados a partir da revisão integrativa .....	18
Tabela 2- Artigos por ano de publicação.....	23
Tabela 3- Revistas encontradas.....	24
Tabela 4- Testes psicológicos utilizados nos estudos .....	24
Tabela 5- Tipo de amostra das pesquisas .....	25

### Artigo 2

Tabela 1- Os 11 tipos de distorções cognitivas.....	36
Tabela 2- Cargas fatoriais dos componentes rotados da EDICOD .....	50
Tabela 3- Correlação fatorial EDICOD.....	51
Tabela 4- Resumo das estatísticas descritivas de pessoas e itens .....	52
Tabela 5- Estatísticas dos itens da EDICOD pelo modelo de Rasch (F1).....	53
Tabela 6- Estatísticas dos itens da EDICOD pelo modelo de Rasch (F2).....	54
Tabela 7- Estatísticas dos itens da EDICOD pelo modelo de Rasch (F3).....	54

### Artigo 3

Tabela 1- Tipos de distorções cognitivas .....	67
Tabela 2- Frequência de sintomatologia depressiva e pensamentos depressivos .....	76
Tabela 3- Diferença de média entre os grupos .....	77
Tabela 4- Coeficiente de correlação de Pearson ( $r$ ) para as escalas utilizadas nos dois grupos .....	78
Tabela 5- Regressão linear múltipla entre a EDICOD e os instrumentos .....	79

**Lista de anexos**

Anexo 1- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	95
Anexo 2- Carta de Aprovação do Comitê de Ética .....	96

## Introdução

A teoria cognitiva tem como principais premissas as cognições e os pensamentos, que são fundamentais no estudo de diversos transtornos psiquiátricos, como por exemplo, a depressão e a ansiedade (Beck, 1967). Aproximadamente há cinco décadas a literatura vem registrando o papel da cognição na depressão sob a ótica da teoria cognitiva. Alguns experimentos empíricos foram importantes na consolidação da temática, como a observação que Aaron Beck fez sobre os pacientes depressivos, revelando que os indivíduos demonstravam conteúdos idiossincráticos, padrões de erros parecidos, alguma rigidez em comportamentos e pensamentos distorcidos (Beck, 1979).

O foco principal do estudo da teoria cognitiva é a natureza e a função dos aspectos cognitivos, sendo esses o processamento de informação que é o ato de atribuir significado a algo. A teoria cognitiva tem como proposta oferecer maneiras para corrigir erros de pensamentos envolvidos com várias psicopatologias, a partir da observação e ajustes de pensamentos e comportamentos disfuncionais (Biggs & Rush, 1999).

A partir dessas considerações, Beck et al. (1982) comentam que a visão cognitiva explica os indivíduos depressivos a partir de experiências, eventos e forma que enfrentam a si, o futuro e o mundo de uma maneira mais negativa e individual. A combinação desses três conceitos permite observar como a pessoa nota e estabelece comportamentos com a realidade do ambiente, e alguns desses elementos foram considerados substratos para entender a depressão, tais como a tríade cognitiva (visão adulterada de si, futuro e mundo); Esquemas (organização dos níveis de pensamentos e imagens em estruturas cognitivas, crenças centrais, intermediárias e pensamentos) e os Erros Cognitivos (processamento falho nos pensamentos, distorções cognitivas) (Butler, Chapman, Forman, & Beck, 2006). A seguir, será apresentada a Figura 1, que traz uma



representação dos substratos para entender a depressão sob a perspectiva do modelo cognitivo.

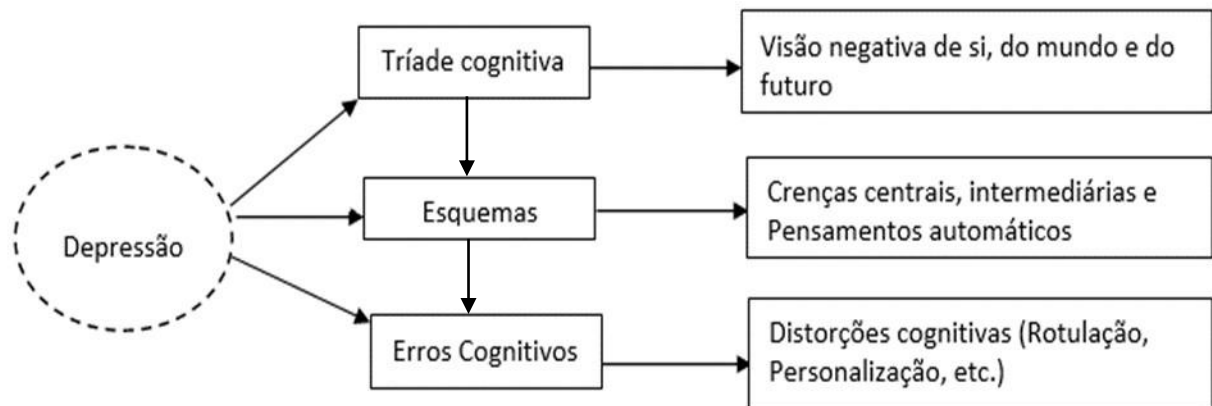


Figura 1. Modelo Cognitivo da Depressão. (Elaborada com base em Beck et al., 1982)

Com base no esquema da Figura 1, pode-se explicar os três substratos da depressão, sendo o primeiro, os componentes da tríade cognitiva. Definido como a visão negativista que o sujeito tem sobre si próprio, vendo-se como errado, doente e incoerente, atribuindo experiências negativas e desagradáveis a uma falha psicológica, moral ou física em si mesmo. No seu modo de enxergar, o indivíduo acredita que não tem valor e os seus defeitos o tornam indesejável, por isso não consegue alcançar a felicidade e a satisfação (Beck, 1997).

O segundo componente da tríade cognitiva corresponde ao ato da pessoa acreditar nas suas experiências do presente de uma forma negativa, vendo o mundo em que vive como um lugar exigente e responsável por colocar obstáculos para dificultar sua trajetória de vida. E por fim o terceiro elemento é embasado na visão negativa do futuro, quando o sujeito deprimido acredita que seu futuro está fadado ao fracasso, por isso não tenta modificar sua rotina, porque tem certeza que nada pode melhorar. Portanto, a visão negativa é considerada um fator primordial para um episódio depressivo, interpretando que

peessoas depressivas, processam informações e pensamentos de forma distorcida (Beck, 1997; Dobson, 1989).

Ainda, conceitualizando os substratos da depressão (Figura 1), os esquemas são obtidos durante o processo do desenvolvimento psicológico, atuando como filtros em que as experiências e informações são processadas, sendo considerada estruturas cognitivas internas duradouras de armazenamento de características genéricas ou prototípicas de ideias, experiências ou estímulos. Os esquemas são responsáveis por determinar como os fenômenos são percebidos e entendidos aos níveis de organização de pensamentos, sendo esses as crenças centrais, intermediárias e os pensamentos automáticos (Beck & Alford, 2009).

As crenças centrais são definidas como estruturas que formam o nível mais fundamental do indivíduo. Estas são globais, rígidas e supergeneralizadas. Dentro desse substrato encontra-se também os pensamentos que são considerados mais profundos e funcionam como verdades absolutas para os indivíduos, sendo importantes no momento de avaliar eventos de vida. As crenças centrais, por serem estruturas mais enraizadas, conseqüentemente são mais difíceis de serem notadas pela pessoa e quando por alguma situação os torna disfuncionais tende a desenvolver alguns medos, como por exemplo o de ser desamparado ou o de não ser aceito e querido. Levando em consideração a classificação dos substratos pertencentes a estrutura cognitiva mencionada anteriormente, existe uma hierarquia em que quanto mais elevado for o nível do pensamento, possivelmente mais difícil será o seu acesso, definindo a crença central como o terceiro nível (Beck & Alford, 2009; Knapp, 2004).

Young, Rygh, Weinberger e Beck (2014) elucidam também que as crenças centrais são desenvolvidas principalmente nas experiências mais importantes da infância do indivíduo, e são levadas por toda a vida. Essas crenças, quando distorcidas, promovem

pensamentos errôneos no nível de autoconceitos, como, por exemplo, “o mundo é perigoso”, “ninguém me ama”, “O futuro sempre será injusto”. Com isso o sujeito não consegue observar maneiras alternativas de driblar os pensamentos negativos, tornando-se dependente das crenças e repetindo frequentemente alguns comportamentos errôneos.

Já as crenças intermediárias mantêm em sua estrutura atitudes, suposições e regras sociais, sendo responsáveis em assumir o segundo nível do pensamento. Essas crenças são consideradas mais enraizadas do que os pensamentos automáticos e menos rígidas que as crenças centrais, portanto as crenças intermediárias funcionam como um regulador entre esses níveis (Knapp, 2004). As crenças intermediárias são estabelecidas também como ideias ou formas de entendimentos mais profundos que surgem com frequência de maneira desarticulada que os indivíduos dispõem sobre si, os outros e o mundo que resultam em uma forma de pensamentos automáticos recorrentes (Ellis, David, & Lynn, 2010).

Conceituando o nível cognitivo primário e mais superficial, encontram-se os pensamentos automáticos (PA). Os PA's agem de forma mais rápida quando comparado às crenças. Esses pensamentos estão relacionados a forma com que o indivíduo percebe as situações presentes no seu cotidiano. Esses pensamentos podem ser positivos ou negativos, podendo ocorrer em formato de imagens e são as cognições mais fáceis de acessar, por estarem em um nível mais superficial dentre os esquemas (Beck & Dozois, 2011; Knapp, 2004).

Os pensamentos automáticos negativos também são fatores responsáveis por manter o humor deprimido no indivíduo; porque essas distorções cognitivas fazem com que o indivíduo pense e selecione somente as informações negativas provindas do ambiente. Quando o sujeito apresenta sintomas depressivos acentuado os PA's não estabelecem uma relação direta com os acontecimentos que estão ocorrendo na vida da pessoa, manifestando de forma não controlada, o que faz intensificar os sintomas da depressão, reforçando um

ciclo vicioso dos PA's negativos. Por causa desse ciclo ocorrem distorções cognitivas em que o depressivo apenas consegue recordar de acontecimentos negativos vivenciados em sua vida (Moore & Garland, 2003).

A partir das definições sobre os substratos da visão cognitiva da depressão (Figura 1), um fenômeno importante a ser explorado são as distorções cognitivas que foram descritas por Beck, com o intuito de definir os principais erros lógicos que o indivíduo depressivo possui durante o processo do adoecimento emocional. Vale ressaltar que o sujeito que sofre com o transtorno depressivo, não precisa necessariamente ter ativados os três substratos da depressão pela visão cognitiva (Tríade cognitiva; Esquemas e Erros Cognitivos), porque dependendo do grau e do nível da depressão, uma estrutura pode funcionar mais negativamente, comparando-se com as outras, de modo que o modelo cognitivo da depressão é considerado um formato relacional, porque os fenômenos responsáveis pela tríade estão todos relacionados entre si (Beck, 1967; Beck et al., 1997; Knapp, 2004; Knapp & Beck, 2008; Wood, 2010).

Outros autores como Gonca e Isik (2001) elucidam que as distorções cognitivas podem também ser concebidas como um modo de distorção sobre uma determinada informação social que é processada inadequadamente, dando atenção e selecionando somente os fatores negativos. Indivíduos com sintomas depressivos tendem a prestar mais atenção e lembrar mais de informações, recorrendo aos esquemas cognitivos negativos, que envolveram tarefas dos processos da atenção e da memória.

Gotlib e Joorman (2010) afirmam que outra forma de caracterizar a depressão é pelo aumento de informações negativas e pelos impedimentos do sujeito em se afastar desses pensamentos negativos constantes, apresentando um déficit no seu controle cognitivo. Durante esse processo três mecanismos de base encontram-se envolvidos; os processos inibitórios e os déficits na memória de trabalho; as respostas ruminativas ao estado de

humor e os acontecimentos de vida negativos e, o terceiro e último mecanismo, denomina-se pela incapacidade para usufruir estímulos positivos para regular o humor negativo.

A visão negativista do indivíduo não é considerada um sintoma, mas, responsável por ser um agravante durante o processo de adoecimento do depressivo. Essas pessoas costumam distorcer a realidade e utilizar um caráter negativista nas interpretações que faz sobre si, o futuro e o mundo. Baseando-se nas três componentes da tríade cognitiva, a visão negativista de si mesmo é a mais frequente em depressivos, responsável em baixar a autoestima fazendo com que passem a enxergar o mundo de maneira negativa e as outras pessoas também (Beck, 1976; Willner, 1984).

A visão negativista não faz parte dos critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais ([DSM-5]; APA, 2014), que apresenta os sintomas patológicos para caracterizar um Episódio Depressivo Maior, sendo que estes devem se manter por um período mínimo de 14 dias. Os principais sintomas apresentados são: humor deprimido na maior parte do dia; interesse ou prazer acentuadamente diminuídos por todas ou quase todas as atividades (anedonia); perda ou ganho significativo de peso sem estar em dieta, 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.

A partir dos principais sintomas listados pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5 (APA, 2014), o episódio depressivo maior também está imbricado com outros tipos de sintomas considerados cognitivos, tais como a autoestima e autoconfiança reduzida, autocrítica, desesperança e negatividade generalizada, sendo esses

não mencionados pelo DSM-5. Por isso a importância de estudar e comentar sobre os outros tipos de sintomas da depressão, não somente os fisiológicos (Wilkinson, 2009).

Considerando os principais sintomas cognitivos, a autoestima é definida de forma como a pessoa sente-se no geral consigo própria, sendo um componente avaliativo e valorativo, relacionados com as habilidades reais do indivíduo (Dutton & Brown, 1997). Já a autoconfiança é a capacidade que a pessoa tem de acreditar em si própria, mostrando confiança nos aspectos que englobam sua vida, sendo esses físicos, emocionais ou pessoais. Os sujeitos deprimidos que têm autoestima e autoconfiança de forma reduzida criam mais sintomas negativos e dificuldade de enxergar o ambiente de forma coerente e positiva (Kernis, 2003).

Ainda explicando os sintomas cognitivos da depressão, a autocrítica é definida como o self relacionando-se consigo mesmo, considerado como um comportamento psicológico reflexivo, usado por diversos indivíduos no intuito do próprio self contra-atacar as críticas autodirigidas. Assim sendo, a autocrítica seria os sinais latentes negativos que aparecem em cada pessoa nas situações de insucesso ou perda, fazendo com que esses indivíduos se sintam fracassados e constrangidos (Whelton & Greenberg, 2005).

Outro fator cognitivo associado diretamente com a depressão é a desesperança, que corresponde a um sistema de esquemas cognitivos em que as expectativas negativas acerca do futuro são denominadoras (Minkoff, Bergman, Beck, & Beck, 1979). Quando não se tem esperança no futuro, supõe-se que nada vai dar certo, não alcançando o sucesso e os seus objetivos e conseqüentemente para o indivíduo qualquer problema nunca será resolvido; a desesperança também está ligada diretamente com a intenção suicida, sendo identificada mais fortemente com a ideação suicida do que com o próprio transtorno depressivo (Beck, Steer, Kovacs, & Garrison, 1985). Por fim, a negatividade generalizada, segundo Bockting, Hollon, Jarrett, Kuyken e Dobson (2015) é formada pelos pensamentos

automáticos negativos e as distorções cognitivas que o indivíduo frequentemente tem durante o processo da depressão. Portanto, quando a pessoa depressiva começa a focar suas perspectivas de forma negativa os sintomas depressivos tendem a reforçar a tríade cognitiva, levando o sujeito a nutrir seus esquemas inadequados e determinados pensamentos negativos, auxiliando no tratamento da depressão (Wood, 2010).

No estudo de Rnic, Davi, Dozois e Martin (2016), os autores pesquisaram sobre a influência das distorções cognitivas, desencadeadoras de sintomas depressivos em estudantes universitários. No total foram 208 participantes, sendo que o maior número da amostra foi composto por mulheres (70%) e a faixa etária ficou na média de 18,46 anos. Os testes utilizados na aplicação, foram o *Cognitive Distortions Scale* (CDS), *Humor Styles Questionnaire* (HSQ) e o *Beck Depression Inventory-II* (BDI-II). Foram realizadas análises de comparação de médias e também de correlação de Pearson; foi observado correlações fracas a moderadas entre todos os instrumentos ( $r=0,18$  a  $r=0,35$ ), confirmando a hipótese da pesquisa, sendo que ao passo que o sujeito pontua em sintomas depressivos, as distorções cognitivas aumentam positivamente.

Roberts (2015) realizou um estudo sobre a validação de um instrumento para avaliar distorções cognitivas, nessa pesquisa o autor utilizou três testes psicológicos, *Inventory of Cognitive Distortions* (ICD), *Dysfunctional Attitude Scale* (DAS) e *Perceived Stress Scale* (PSS). Totalizando uma amostra de 474 sujeitos do público geral, com idades entre 18 e 86 anos, e o sexo feminino (59%) foi o mais predominante. Os principais resultados apontaram que as mulheres apresentaram maior nível de distorção cognitiva, e as idades entre 18 e 29 anos, ficaram entre as mais que pontuaram distorções também. E com o uso da análise de regressão foi possível prever a relação da depressão e stress com as distorções cognitivas.

Em um estudo mais antigo, mas importante de ressaltar, Giles e Shaw (1987) pesquisaram a relação de distorções cognitivas e depressão em um grupo específico, que no caso foram somente mulheres (n=24), divididos em três grupos distintos, tais como depressivas, não depressivas e não depressivas provindas de outros ambulatórios médicos. Essas pacientes foram avaliadas a partir de três instrumentos psicológicos; *Beck Depression Inventory* (BDI), *Hamilton Rating Scale for Depression* (HRS-D) e *Dysfunctional Attitude Scale* (DAS). Resultados indicaram que o score geral desses instrumentos foi estatisticamente significativamente maior no grupo das pacientes depressivas ( $r= 0,70$ ;  $p=0,001$ ); demonstrando que ao passo que aumenta a visão negativista do sujeito, maior tendência em desencadear sintomas depressivos.

A partir dos estudos supracitados, percebe-se a importância de pesquisar sobre as distorções cognitivas e tipos de pensamentos negativos. Porém a literatura do tema é escassa, não se encontra muitos estudos nacionais, principalmente sobre elaboração de instrumentos que compõem esse fenômeno que é pouco abordado. Algumas dificuldades geradas por falta de informação sobre determinado construto são no momento de avaliar, que segundo Parpinelli e Lunardelli (2006) comentam a avaliação psicológica tem como intuito obter informações sobre dimensões psicológicas de um indivíduo ou grupo. Assim, um maior conhecimento a respeito da população geral, tendo em vista que as informações levantadas podem ser uma ferramenta auxiliar nas tomadas de decisões, além de planejamento de intervenções, sendo que a aplicação de ferramentas psicológicas pode se constituir como uma parte de grande importância no processo de avaliação.

Hutz, Bandeira e Trentini (2015) propõem que, para construir um teste psicológico que possa ser reconhecido como um instrumento científico e para que seja possível fazer uso dele com segurança, alguns passos devem ser seguidos. Considerando que o passo inicial para a construção de um teste psicológico é a definição dos objetivos, que consiste



justamente na verificação do que o teste vai avaliar. Concluídas essas etapas, o passo seguinte consiste na definição do domínio que irá ser investigado, ou seja, a conceituação do construto. Para isto, deve-se tomar como base a literatura pertinente, os peritos da área, além da experiência do pesquisador. O procedimento a ser seguido refere-se à construção dos itens do teste, ou seja, a operacionalização do construto, bem como a especificação das suas instruções (Pasquali, 2009).

Por fim para concluir a construção de um instrumento, o procedimento a ser realizado refere-se às análises estatísticas para obtenção de evidências de validade e fidedignidade, bem como a elaboração de normas para interpretação dos resultados. Quando um teste psicológico não possui evidências de validade, não se pode afirmar com segurança que as interpretações feitas a partir das respostas de um sujeito em determinado instrumento são confiáveis (AERA, APA e NCME, 2014).

A partir dos aspectos abordados até o momento, a presente pesquisa teve como objetivos construir uma Escala de Distorções Cognitivas Depressivas (EDICOD) e buscar evidências de validade baseadas no conteúdo, na estrutura interna e com relações com variáveis externas. Esses estudos foram realizados e descritos em três artigos, sendo o primeiro denominado como Revisão integrativa da literatura sobre distorções cognitivas (artigo 1); Construção e análises psicométricas preliminares da Escala de Distorções Cognitivas Depressivas – EDICOD (artigo 2) e Evidência de validade baseada na relação com variáveis externas para a Escala de Distorções Cognitivas Depressivas – EDICOD (artigo 3). A seguir serão apresentados todos os artigos na íntegra.

## **Revisão integrativa da literatura sobre distorções cognitivas (Artigo 1)**

### **Resumo**

O objetivo deste estudo foi averiguar artigos a partir de uma revisão integrativa de literatura sobre as pesquisas que utilizam instrumentos para a avaliação de distorções cognitivas depressivas no Brasil e no mundo. Foi realizada uma revisão integrativa nas bases de dados *Scielo e Psycinfo* com critérios de inclusão e exclusão definidos, entre os anos de 2007 e 2017. Foram encontrados 1.840 artigos, desses somente 15 estudos foram incluídos na síntese interpretativa. Entre os principais resultados encontrados, poucos instrumentos nos estudos avaliavam de fato as distorções cognitivas, sendo esses, CEQ, CTI, DCS, CES e HIT-Q. Os construtos que aparecem mais associados aos estudos foram depressão, crenças e pensamentos automáticos negativos; ocorrendo em uma amostra consideravelmente com número grande de ambos os sexos, na maioria das vezes em universitários e grupo clínico (depressivos). O ano de maior publicação em revistas científicas foi 2012, por ser um tema não tão pesquisado, interferindo na quantidade de publicações de uma forma geral. Considerando as revistas em especial, não teve predominância significativa e grande repetição de publicação nas revistas. Por fim a grande parte dos artigos focou nas propriedades psicométricas dos instrumentos, considerado um ponto importante para o avanço na área da psicologia e pesquisa.

**Palavras-Chave:** distorções; revisão; depressão

### **Abstract**

The objective of this study was to perform an integrative review of the literature on the studies that use instruments for the evaluation of depressive cognitive distortions in Brazil and in the world. An integrative review was performed on the Scielo and Psycinfo databases with defined inclusion and exclusion criteria between 2007 and 2017. There were 1,840 articles, of which only 15 studies were included in the interpretative synthesis. Among the main results, few instruments in the studies actually evaluated cognitive distortions, such as CEQ, CTI, DCS, CES and HIT-Q. The constructs that appear most associated with the studies were depression, beliefs and negative automatic thoughts; Occurring in a considerably large sample of both sexes, mostly in university students and clinical (depressive) group. The year of greatest publication in scientific journals was 2012, as it is a not so researched subject, interfering in the amount of publications in a general way. Considering the journals in particular, it did not have significant predominance and great repetition of publication in the magazines. Finally, most of the articles focused on the psychometric properties of the instruments, considered an important point for advancement in the area of psychology and research.

**Keywords:** distortions; review; depression

## Introdução

As distorções cognitivas estão inseridas no modelo cognitivo da depressão, sendo desenvolvidas por Beck (1967) no intuito de definir os erros cognitivos de processamento, geralmente presentes nos indivíduos depressivos. Esses sujeitos costumam recorrer aos pensamentos negativos, criando um padrão de raciocínio idiossincrático, resultando em visões distorcidas negativas sobre seu ambiente, sobre si e o futuro (Tríade Cognitiva). Os pensamentos e atitudes imprecisas fazem com que o deprimido ative somente seus pensamentos automáticos negativos, agindo como um preditor central na gênese e regulação das distorções negativas, como por exemplo, a depressão, ansiedade ou sentimento de culpa (Knapp & Beck, 2008).

Com base no modelo cognitivo, a depressão pode ser considerada um resultado dos próprios pensamentos e distorções negativas, mas não desconsiderando o propósito das causas multifatoriais da depressão, tais como os fatores psicológicos, socioculturais e biológicos (Zugman & Neufeld, 2012). Segundo a *American Psychiatric Association* (APA, 2014), a depressão é definida a partir da presença simultânea de vários sintomas, tais como o humor deprimido e/ou perda de interesse nas atividades do cotidiano (anedonia), perda ou ganho significativo de peso sem estar em dieta, 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.

Apesar dos critérios diagnósticos supracitados, muitos autores desenvolveram modelos e formas de explicação para o transtorno depressivo, porém, os processos cognitivos postulados na teoria cognitiva e comportamental desempenham um importante

papel na compreensão dos sintomas depressivos e também sobre a manutenção e a freqüenciadas distorções cognitivas (Beck, 1967; Coyne & Gotlib, 1983; Sanz & Vázquez, 2008; Tems, Stewart, Skinner, Hughes, & Emslie, 1993). Hofmann, Asmundson e Beck (2013) verificaram que os pensamentos distorcidos e erros cognitivos são mais comuns em indivíduos depressivos do que em pessoas que não apresentam sintomas de depressão.

O trabalho de Aaron Beck foi especialmente focado no entendimento da depressão por uma ótica da teoria cognitiva, considerando o transtorno associado a uma falha no processo de pensamento, já que os sujeitos que sofrem com sintomas depressivos, tendem a criar mais pensamentos negativos quando confrontados com uma experiência aversiva no seu cotidiano. Beck propôs também que tipos de pensamentos negativos e de rejeição não são características principais somente da depressão, mas importantes no desenvolvimento da patologia como um todo (Hofmann, Asmundson, & Beck, 2013).

Hollon et al. (2005) baseados no modelo cognitivo da depressão, perceberam que o grupo dos participantes com diagnóstico de transtorno depressivo possuem mais pensamentos automáticos negativos que o grupo considerado saudável. Garratt, Ingram, Rand e Sawalani (2007) também compararam grupos clínicos e não clínicos para avaliar se as distorções cognitivas seriam diferentes em ambos os grupos. No grupo dos depressivos foi averiguado que os sujeitos apresentaram mais visões negativas sobre a vida, concluindo que os mesmos mostraram problemas em esboçar comportamentos adequados e não sabiam classificar o que seria um comportamento correto ou errôneo, o que é condizente com a teoria de Beck (1967) no que se refere à dificuldade dos depressivos de diferenciar o pensamento saudável do patológico.

Segal et al. (2006) presenciaram maior prevalência dos pensamentos distorcidos nos depressivos, considerando uma relação entre os pensamentos automáticos negativos, distorções cognitivas e depressão. Por fim, Quilty, McBride, e Bagby (2008)

averiguaram pensamentos automáticos negativos na população geral, sendo que os resultados mostraram que as pessoas com maior presença de sintomas depressivos também apresentaram pensamentos suicidas e desesperança.

Diante dos estudos supracitados, considera-se que aferir e mensurar o nível de distorção cognitiva do sujeito é necessário. Portanto, a avaliação psicológica torna-se de grande importância para auxiliar e guiar os profissionais no momento de realizar um processo de rastreamento, com o objetivo de identificar os problemas psicológicos. Os instrumentos também auxiliam os psicólogos na prática clínica ou mesmo no âmbito da pesquisa científica, possibilitando planejamentos de futuros estudos e intervenções mais precisas durante o tratamento terapêutico (Lins & Barbosa, 2017).

Outro ponto relevante sobre a avaliação psicológica, refere-se a importância de fazer um diagnóstico preciso e adequado, levando em conta comorbidades e diagnóstico diferencial presentes no transtorno avaliado, resultando em uma melhora do prognóstico, possibilitando informações sobre curso, prevalência e possibilidades de tratamento. Por isso a importância de profissionais da psicologia, sendo esses clínicos ou pesquisadores, terem como ferramentas de trabalho, instrumentos precisos e adequados para a avaliação de distorções cognitivas, tanto para avaliar os sintomas em seus níveis variados quanto para triagem desses sintomas (Beck & Dozois, 2011). Quando um instrumento é considerado adequado, por si próprio consegue fornecer um aparato responsável pela padronização, resultando em segurança para o aplicador, contendo os indicadores para a avaliação de um construto, traço latente ou algum estilo de processo mental subjacente (Primi, 2010).

Uma das formas existentes para mensurar e conhecer testes psicológicos sobre determinado tema, é realizando uma revisão da literatura para se aprofundar mais no tema de pesquisa, por isso foi feita uma Revisão Integrativa (RI) que segundo Whitemore e Knafl (2005), é a abordagem mais ampla comparada com outros métodos de revisão. Por

isso quando é utilizada durante uma pesquisa é permitido a inclusão de estudos não experimentais e experimentais para ter um entendimento mais completo do construto analisado. Outro ponto interessante na RI é a possibilidade de acrescentar vários propósitos no momento da pesquisa, como por exemplo, definição de conceitos, revisão de teorias e evidências e/ou análise de diversos problemas metodológicos de um construto particular. Assim esse tipo de revisão proporciona um panorama compreensível dos conceitos revisados em um modelo amplo e esclarecedor para o pesquisador. Assim, o objetivo deste estudo foi realizar uma revisão integrativa de literatura sobre estudos que utilizaram instrumentos disponíveis para a avaliação de distorções cognitivas depressivas.

## **Método**

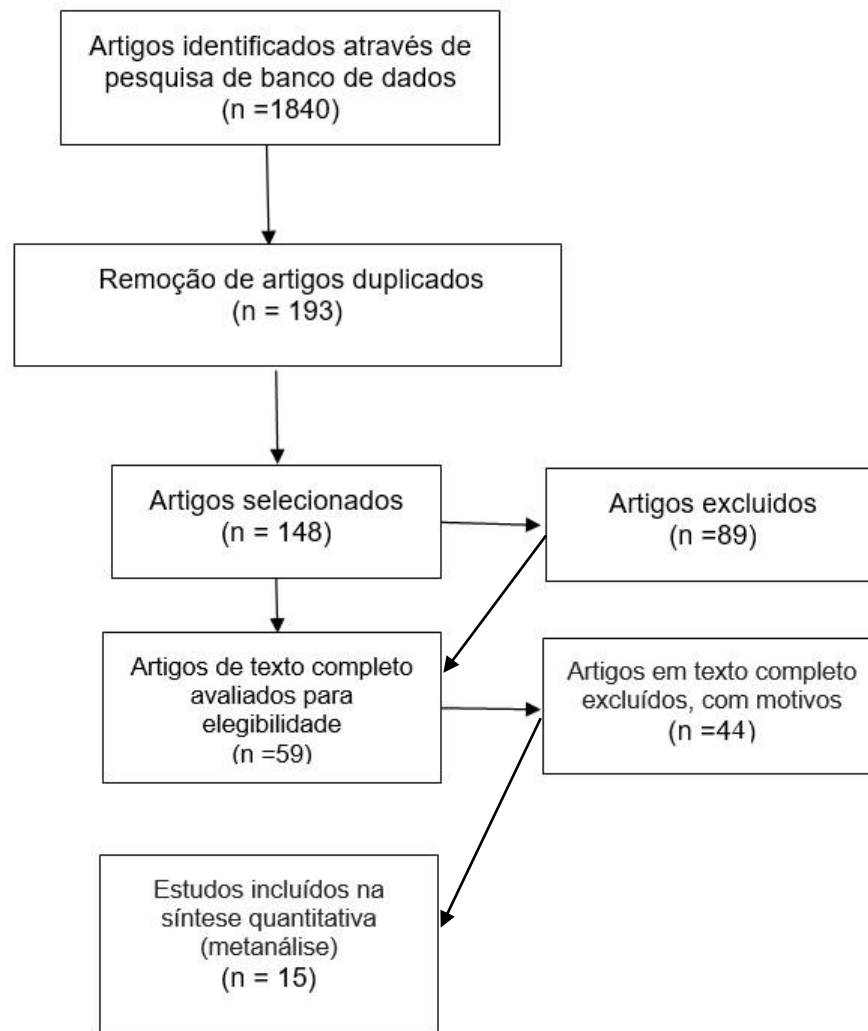
Foi realizada uma revisão integrativa da literatura científica internacional e nacional acerca dos estudos que utilizaram como método de pesquisa, instrumentos de avaliação sobre crenças e distorções cognitivas depressivas. Ocorreu entre o ano de 2007 e fevereiro de 2017 nos bancos de dados científicos *Scielo* e *Psycinfo*. Foram utilizados os seguintes termos de busca: *Depression thoughts, Beliefs, Cognitive Distortion*, que foram cruzadas com outros descritores, tais como, *Scale, Test e Assessment*, com operadores *booleanos* como por exemplo (*depression thoughts OR beliefs OR cognitive distortion*) AND (*scale OR test OR assessment*). Esses termos também foram utilizados em português, para pesquisar no banco de dados nacional, como por exemplo (*pensamentos depressivos OR crenças OR distorção cognitiva*) AND (*escala OR teste OR avaliação*).

Como forma de inclusão os estudos deveriam apresentar na metodologia instrumentos com a temática referente as distorções cognitivas, crenças e depressão. Os resumos e textos completos dos artigos foram recuperados para serem selecionados por critérios de inclusão e exclusão. Foram excluídos então os estudos duplicados e os quais

não foi possível recuperar nem o texto completo nem o resumo, além dos estudos cujo foco principal foi avaliação de outros construtos que não as distorções cognitivas e crenças. Os estudos inseridos na revisão elucidaram-se na descrição dos instrumentos e nos marcadores teóricos definidos na literatura, com ênfase para aspectos alusivos à avaliação e testagem psicológica (Primi, 2010). Cada artigo foi lido e revisado para ter subsídios para auxiliar no momento de resumir informações necessárias relativas à caracterização dos instrumentos, quais sejam, averiguar nome ou versão do instrumento, tipo de instrumento, se foi adaptado em outros países, contexto populacional e faixa etária do estudo. Além das evidências de seu ajustamento para a avaliação das distorções cognitivas tais como a validade, fidedignidade, número de dimensões e itens dos testes psicológicos encontrados na pesquisa (Pasquali, 2009).

## **Resultados**

No total foram encontrados 1.840 artigos, sendo 1.809 da base de dados *Psycinfo* e 31 artigos do *Scielo*. Deles 193 artigos foram excluídos por serem repetidos, restando 1.491 estudos. Somente 148 foram selecionados por apresentaram como foco instrumentos de avaliação (*Psycinfo*: 143 e *Scielo*:5), em seguida foram excluídos 89 artigos por não serem condizentes com a necessidade da pesquisa e também por não seguirem os critérios de inclusão. Os textos completos dos 59 estudos foram analisados a partir dos critérios de inclusão e exclusão citados anteriormente. Após a análise dos estudos, foram eliminados mais 43 artigos por não condizerem com o tema principal da pesquisa, como por exemplo, nessas pesquisas não foram encontradas escalas específicas para avaliar distorções cognitivas, crenças ou pensamentos negativos. Assim, restaram 15 estudos que foram incluídos na síntese quantitativa. A seguir será apresentado na figura 1 o resultado das etapas seguidas na revisão.



*Figura 1:* Fluxograma da análise dos artigos

A partir dos 15 estudos restantes, foram analisados e classificados a partir de alguns descritores, tais como, autores/ano; revista científica; principais objetivos do estudo; amostra; instrumentos utilizados e principais resultados encontrados. Essa análise pode ser observada na Tabela 1.



Tabela 1

*Artigos recuperados a partir da revisão integrativa*

<b>ID</b>	<b>Autor/Ano</b>	<b>Revista</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Amostra</b>	<b>Instrumentos</b>	<b>Principais Resultados</b>
1	Teodoro, Ohno & Froeseler (2016)	Psicologia: Teoria e Prática	Investigar a estrutura fatorial e propriedades psicométricas do Inventário da Tríade Cognitiva (ITC).	404 universitários	Inventário da Tríade Cognitiva (ITC)	Os resultados apontaram para a adequação das propriedades psicométricas do ITC nessa amostra. Demonstrando a solução de seis fatores como mais adequada.
2	Adler, Strunk & Fazio (2015)	Behavior Therapy	Avaliar crenças irracionais em pacientes depressivos a partir de testes específicos.	86 pacientes com diagnóstico de depressão	Ways of Responding Scale (WOR), Implicit Association Test (AIT) e Dysfunctional Attitude Scale (DAS)	29 (66%) dos pacientes apresentaram melhoras nos sintomas depressivos a partir de 12 semanas de terapia comportamental cognitiva.
3	Cristea, Huibers, David, Hollon, et al. (2015)	Clinical Psychology Review	Realizar uma meta-análise sobre o fator da terapia cognitiva comportamental (TCC) nos pensamentos disfuncionais.	26 estudos, totalizando 2002 pacientes depressivos.	Beck Depression Inventory -II (BDI-II), Hamilton Rating Anxiety Scale (HARS), Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MDRS), Automatic Thoughts Questionnaire (ATQ) e Dysfunctional Attitude Scale (DAS)	A qualidade metodológica dos estudos foi inferior a ideal. Verificou-se um efeito moderado da TCC em relação aos grupos controle sobre o pensamento disfuncional e houve uma forte associação entre os efeitos do pensamento disfuncional com a depressão.
4	Segerstrom et al. (2014)	Anxiety, Stress, & Coping	Avaliar tipo de pensamentos repetitivos, negativos e sintomas depressivos em estudantes.	97 mulheres estudantes de um curso de psicologia.	Beck Depression Inventory (BDI), Cognitive Erros Questionnaire (CEQ).	42 mulheres que relataram ter mais pensamentos repetitivos negativos, apresentaram mais sintomas depressivos (38%), diferente do restante da amostra que apresentaram 8% de pensamentos depressivos.

Tabela 1

*Artigos recuperados a partir da revisão integrativa (continuação)*

<b>ID</b>	<b>Autor/Ano</b>	<b>Revista</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Amostra</b>	<b>Instrumentos</b>	<b>Principais Resultados</b>
5	Dunlop, Kelley, Mletzko, Velasquez, et al. (2012)	Journal of Psychiatric Research	Avaliar as crenças depressivas negativas dos pacientes que optam pelo uso de medicação ou terapia psicológica.	40 pacientes depressivos	Beck Depression Inventory (BDI), Hamilton Rating Anxiety Scale (HARS), Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MDRS) e Cognitive Triad Inventory (CTI).	Entre os pacientes que expressam uma preferência de tratamento terapêutico as crenças depressivas foram leves em 9 (21%), moderada em 21 (50%) e alta em 12 (29%).
6	Marchetti, Koster, & Raedt (2012)	Consciousness and Cognition	Avaliar diretamente ou indiretamente pensamentos negativos e/ou aumento desses nos estudantes.	79 estudantes universitários	Sustained Attention on Response Task (SART) e Scrambled Sentences Task (SST)	Os resultados mostram que em indivíduos com níveis elevados de sintomas depressivo, é maior tendência em pontuar alto em pensamentos negativos também.
7	Carneiro & Baptista (2012)	Revista Brasileira de Terapias Cognitivas	Construir, realizar avaliação de conteúdo e análise fatorial da Escala de Pensamentos Depressivos - EPD, elaborada segundo a tríade cognitiva.	639 (582 público geral e 37 depressivos)	Escala de Pensamentos Depressivos (EPD) e Escala de Depressão de Hamilton (HAM D).	A escala foi reduzida a 34 itens, com cinco fatores interpretáveis e não aleatórios, sendo eles nomeados como Baixa autoestima/desvalorização, Relacionamento interpessoal, Autovalorização, Expectativas negativas/insatisfação e Desajustamento social. Os índices de fidedignidade demonstraram que há a necessidade de outros estudos na configuração da escala.

Tabela 1

*Artigos recuperados a partir da revisão integrativa (continuação)*

<b>ID</b>	<b>Autor/Ano</b>	<b>Revista</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Amostra</b>	<b>Instrumentos</b>	<b>Principais Resultados</b>
8	Philips & Hine (2012)	Assessment	Investigar e explicar a estrutura latente e quatro cognições implícitas e quatro explícitas associadas à depressão (ou seja, crenças disfuncionais implícitas e explícitas/ Interpretações, auto-estima, viés de memória negativo e viés de memória positivo).	355 estudantes universitários	Zung Self-Rating Depression Scale (ZDS), Scrambled Sentences Test (SST), Rosenberg Self-Esteem Scale (RSE) e Dysfunctional Attitude Scale (DAS)	Os participantes variaram de não deprimidos a moderadamente deprimidos, pontuação média de ZDS foi de 40,5 aproximou a média esperada de 39 em uma amostra não clínica. 70 participantes relataram níveis de sintomas depressivos indicativos de depressão leve a moderada.
9	Zauszniewski & Bekhet (2012)	Western Journal of Nursing Research	Estabelecer uma pontuação de corte para Depressive Cognitive Scale (DCS), usando uma curva ROC para identificar se o pensamento negativo sério, pode levar à depressão clínica.	629 sujeitos com depressão.	Center for Epidemiological Studies–Depression Scale (CES-D) e Depressive Cognition Scale (DCS).	Os resultados indicaram que o DCS discriminou com precisão entre os participantes com e sem pensamento depressivo grave em 80% dos casos e estabeleceu um ótimo equilíbrio de sensibilidade (73,9-76,6%) e especificidade (69,0-75,3%). Em uma pontuação de 7. Os resultados indicam que o DCS também pode rastrear risco de depressão clínica.

Tabela 1

*Artigos recuperados a partir da revisão integrativa (continuação)*

<b>ID</b>	<b>Autor/Ano</b>	<b>Revista</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Amostra</b>	<b>Instrumentos</b>	<b>Principais Resultados</b>
10	Dozois, Ogniewicz & Seeds (2011)	International Journal of Cognitive Therapy	Desenvolvimento inicial da escala de distorções cognitivas (CDS)	318 estudantes universitários	Automatic Thoughts Questionnaire–Negative (ATQ), Cognition Depressive Scale (CDS), Automatic Thoughts Questionnaire–Positive (ATQ-P), Beck Depression Inventory (BDI-II), Depression Anxiety Stress Scales-21 (DASS-21), Dysfunctional Attitudes Scale (DAS), Positive and Negative Affect Schedule (PANAS), Shipley Institute for Living Scale (Shipley) e State-Trait Anxiety Inventory (STAI).	Os resultados demonstraram que a confiabilidade geral da escala foi de ( $\alpha = 0,85$ ). Os coeficientes de confiabilidade para as duas subescalas foram aceitáveis (subescala interpessoal, $\alpha = .75$ ; subescala Achievement, $\alpha = .79$ ).
11	Matta, Bizarro & Reppold (2009)	Psico-Usf	Verificar as relações entre as crenças irracionais a partir de vários instrumentos.	157 estudantes universitários	Questionário de Crenças Irracionais (QCI), Escala de Crenças Irracionais (ECI) e Escala Fatorial de Neuroticismo (EFN).	A Escala de Crenças revelou índice de precisão de 0,78. Não houve diferenças significativas entre as médias nos resultados desse instrumento quando comparados homens e mulheres.
12	Nemeroff, Hoyt, Huebner & Proescholdbell (2008)	Health Psychology	Apresentar informações psicométricas e dados de validação da Cognitive Escape Scale (CES).	709 sujeitos do sexo masculino com diagnóstico de HIV.	Perceived Stress Scale (PSS), Beck Depression Inventory (BDI) e Cognitive Escape Scale (CES).	As análises fatoriais exploratórias e confirmatórias apoiaram uma estrutura de três fatores para a CES, sugerindo três estratégias de “escape” cognitivo: fatalismo/pensamento de curto prazo, supressão/distração do pensamento e uso de álcool/drogas. As soluções foram semelhantes às observadas na amostra exploratória (fator 1 $\alpha=0,85$ ; fator 2 $\alpha= 0,81$ e fator 3 $\alpha=0,83$ ).

Tabela 1

*Artigos recuperados a partir da revisão integrativa (continuação)*

<b>ID</b>	<b>Autor/Ano</b>	<b>Revista</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Amostra</b>	<b>Instrumentos</b>	<b>Principais Resultados</b>
13	Nas, Brugman & Koops (2008)	European Journal of Psychological Assessment	Investigar as propriedades psicométricas do The How I Think Questionnaire (HIT-Q)	311 menores infratores.	The How I Think Questionnaire (HIT-Q) e Social Information Processing (SIP).	O $\alpha$ de Cronbach dos quatro tipos de distorção cognitiva, as quatro categorias de comportamento anti-social do DSM-IV e os itens de resposta anômala variaram de 0,66 a 0,92. O alfa variou de 0,83 a 0,88 e 0,87 a 0,91, respectivamente, e a $\alpha$ de Cronbach global variou de 0,90 a 0,94.
14	Orsini, Tavares & Trócolli (2007)	Psico-USF	Adaptação brasileira da Escala de Atitudes Disfuncionais (DAS).	273 universitários	Escala de Atitudes Disfuncionais (DAS), Inventário Beck de Depressão (BDI) e Escala de Bem-estar.	As correlações item-total apresentaram valores de -0,0086 a 0,5832 (DAS-A) e 0,0824 a 0,5236 (DAS-B).
15	Butler, Beck & Cohen (2007)	Cognitive Therapy Research	Desenvolver e analisar as propriedades psicométricas de uma versão abreviada da Personality Belief Questionnaire (PBQ).	920 pacientes adultos psiquiátricos.	Personality Belief Questionnaire (PBQ), Beck Depression Inventory (BDI-II), Dysfunctional Attitudes Scale (DAS), Beck Anxiety Inventory (BAI), NEO Five Factor Inventory (NEO-FFI)	A consistência interna (alfa de Cronbach) da PBQ foram as seguintes: Evitativa (.84), Dependente (.89), Passivo-Agressivo (.86), Obsessivo-Compulsivo (.90), Narcisista (.83), Histrionico (.89), Esquizóide (.79), e Paranóide (.91).

A primeira categoria de classificação dos artigos foi sobre os anos de publicação desses estudos. A Tabela 2 apresenta o número de publicações por ano divididos por frequência e porcentagem, descritos a seguir.

Tabela 2

*Artigos por ano de publicação*

Anos de publicação	<i>F</i>	%
2016	1	6,67
2015	2	13,33
2014	1	6,67
2012	5	33,33
2011	1	6,67
2009	1	6,67
2008	2	13,33
2007	2	13,33

A partir da Tabela 2, alguns apontamentos são necessários. Dos 15 artigos selecionados o ano de 2012 foi o que teve mais publicações. Em seguida os demais anos com mais publicações foram 2015, 2008 e 2007 e respectivamente 2016, 2014, 2011 e 2009, e nos anos de 2013 e 2010 não foram encontrados nenhum artigo referente ao tema pesquisado.

Em relação as revistas que os artigos foram publicados também foi feita uma categorização e contabilização dos estudos recuperados. No total foram 14 revistas, sendo que dentre essas 12 são específicas da área da psicologia e duas da área da saúde. As revistas estão descritas na Tabela 3.

Tabela 3  
*Revistas encontradas.*

	<i>F</i>	%
PsicoUSF	2	13,29
Psicologia: Teoria e Prática	1	6,67
Behavior Therapy	1	6,67
Clinical Psychology Review	1	6,67
Anxiety, Stress, & Coping	1	6,67
Journal of Psychiatric Research	1	6,67
Consciousness and Cognition	1	6,67
Revista Brasileira de Terapias Cognitivas	1	6,67
Assessment	1	6,67
Western Journal of Nursing Research	1	6,67
International Journal of Cognitive Therapy	1	6,67
Health Psychology	1	6,67
European Journal of Psychological Assessment	1	6,67
Cognitive Therapy Research	1	6,67

Outra categoria importante avaliada nos artigos foram os testes psicológicos utilizados nas pesquisas. Observou-se que dos 15 estudos, apenas um utilizou somente um único instrumento, ao passo que os demais usaram vários testes. Os testes mais utilizados nas pesquisas pertinentes ao construto de distorções, foram respectivamente o DAS e o ATQ, os demais instrumentos foram utilizados somente uma vez. A seguir serão descritos na Tabela 4 os instrumentos específicos que avaliam as distorções cognitivas e crenças.

Tabela 4  
*Testes psicológicos utilizados nos estudos*

Instrumentos	<i>F</i>	%
Dysfunctional Attitude Scale (DAS)	5	29,42
Automatic Thoughts Questionnaire (ATQ)	2	11,78
Inventário da Tríade Cognitiva (ITC)	1	5,88
Thoughts Questionnaire–Positive (ATQ-P)	1	5,88
Cognitive Erros Questionnaire (CEQ).	1	5,88
Cognitive Triad Inventory (CTI).	1	5,88
Escala de Pensamentos Depressivos (EPD)	1	5,88
Depressive Cognition Scale (DCS).	1	5,88
Questionário de Crenças Irracionais (QCI)	1	5,88
Escala de Crenças Irracionais (ECI)	1	5,88
Cognitive Escape Scale (CES).	1	5,88
The How I Think Questionnaire (HIT-Q)	1	5,88

A maioria dos estudos incluídos na revisão trata de instrumentos psicológicos internacionais. Apenas cinco testes são validados no Brasil, tais como a Escala de Pensamentos Depressivos (EPD), Escala de Atitudes Disfuncionais (DAS), Inventário da Tríade Cognitiva (ITC), Questionário de Crenças Irracionais (QCI) e Escala de Crenças Irracionais (ECI). Os demais instrumentos internacionais são *The How I Think Questionnaire* (HIT-Q), *Cognitive Escape Scale* (CES), *Automatic Thoughts Questionnaire–Negative* (ATQ), *Automatic Thoughts Questionnaire–Positive* (ATQ-P), *Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS), *Cognitive Triad Inventory* (CTI), *Depressive Cognition Scale* (DCS), *Cognitive Erros Questionnaire* (CEQ). Somente a escala HIT-Q é aplicada em crianças e adolescentes, as demais são todas voltadas para sujeitos maiores de 18 anos.

Os sujeitos que fizeram parte das pesquisas também foram analisados para revisão. Entre os 15 artigos, compuseram 5 tipos de amostras, tais como universitários, Depressivos, Clínico (HIV), menores infratores e estudantes do ensino médio. A Tabela 5 mostra qual foi a frequência dos grupos citados.

Tabela 5  
*Tipo de amostra das pesquisas*

<b>Tipo de amostra</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Universitários	7	43,75
Depressivos	5	31,25
Clínico (HIV)	1	6,25
Menores infratores	1	6,25
Estudantes do ensino médio	1	6,25
Pacientes psiquiátricos	1	6,25

As amostras mais frequentes foram os universitários e os depressivos. Em relação aos universitários, supõe-se maior frequência pelo fato de ser um grupo de fácil acesso para a coleta de dados. Os depressivos, que no caso constituem um grupo clínico, considerado de difícil acesso, mesmo assim ficaram entre as amostras mais utilizadas, por se



tratarem de estudos específicos com grupos diagnosticados com depressão. E as demais amostras ficaram cada uma em apenas um estudo.

### **Discussão**

O presente estudo demonstrou que no Brasil não foi encontrado nenhum instrumento psicológico específico sobre distorções cognitivas depressivas. A escala que mais se aproximou do conteúdo pesquisado foi a EPD, mas ainda assim não aborda os construtos específicos, diretamente ligados as distorções propriamente ditas. Os estudos recuperados a partir da revisão foram em grande parte internacionais, mas com adaptações de outras culturais para o Brasil, demonstrando que a prática de adaptação e tradução dos instrumentos são mais comuns do que a criação do instrumento propriamente dito (Cassep-Borges, Balbinotti, & Teodoro, 2010).

A maioria dos instrumentos encontrados nesta revisão, foi do tipo objetivo, como por exemplo, inventários e escalas de autorrelato. Existem algumas vantagens em utilizar meios de testagem desse estilo, por serem mais simples para administrar, mais rápido para aplicação e também o menor custo para adquirir este tipo de instrumento psicológico (Picon, 2003). No entanto, não foi objetivo do estudo avaliar os processos de adaptação transcultural dos testes encontrados, focando somente então, nos instrumentos usados na metodologia dos estudos, ano de publicação, revistas, objetivo principal da pesquisa, os principais resultados e o público alvo.

Considerando os objetivos principais das pesquisas, diversos construtos foram associados na revisão de distorção cognitiva, entre eles a depressão, crenças e pensamentos automáticos negativos. Esses fenômenos psicológicos estão interligados entre si, por serem os principais processos do adoecimento emocional que o depressivo passa, fazendo com que o sujeito recupere apenas seus pensamentos automáticos negativos. Por sua vez, são aquelas cognições mais fáceis e rápidas para acessar, interligado com as formas que o

indivíduo observa as situações ocorridas no seu cotidiano; interferindo diretamente na manutenção do quadro depressivo (Hofmann, Asmundson, & Beck, 2013; Knapp & Beck, 2008).

Não foi encontrado nenhum estudo de revisão da literatura sobre distorções cognitivas, mas retomando aos fenômenos psicológicos que estão interligados com o mesmo, que no caso foi a depressão, Baptista e Borges (2016) realizaram uma revisão integrativa de literatura brasileira sobre instrumentos psicológicos de depressão. A metodologia utilizada foi a de revisão integrativa, em um período de 11 anos, entre 2005 e 2015. Como critério de inclusão foram estabelecidos artigos que usaram instrumentos psicológicos sobre depressão e as variáveis analisadas foram os testes, construtos associados à depressão, tamanho, tipo e faixa etária da amostra, revista, ano de publicação e propriedades psicométricas dos testes. Em suma foram identificados pela pesquisa várias medidas para a avaliação da depressão, nacionais e internacionais, dentre elas o *Beck Depression Inventory* (BDI), Center of Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), Escala Baptista de Depressão - versão Adulto (EBADEP-A), Escala de Avaliação de Depressão para Crianças (EADC), entre outras.

Outra categoria avaliada no estudo foi o tipo de amostra, sendo que o público de universitários foi a maior, quando comparado todos os artigos recuperados. Isso pode ser decorrente por se tratar de uma amostra mais acessível e fácil de contato no momento de obter autorização das instituições. Porém o segundo público que teve números expressivos na amostra, foram os depressivos, mesmo sendo um grupo de difícil acesso, várias pesquisas trouxeram estudos voltados para essa população. Uma das explicações é que por se tratar de pesquisas internacionais, os financiamentos e facilidades para realizar pesquisas com grupos clínicos são mais acessíveis, diferente da realidade nacional, principalmente na área da psicologia (Prieto & Muniz, 2000).

Considerando os anos de publicação dos artigos nas revistas científicas, o número de publicação no Brasil, segundo a revisão integrativa, não pode ser considerado crescente. Quando comparado aos estudos internacionais, a diferença é expressiva, visto que, apenas quatro estudos brasileiros foram encontrados, frente a 11 artigos internacionais, sendo esses mais pertinentes ao tema pesquisado. Houve um considerável aumento de publicações no ano de 2012, porém os outros anos se mantiveram na média de dois artigos por ano. É necessário destacar também, que a maioria das publicações ocorreram na área da psicologia e editoradas na maioria das vezes por revistas de *qualis A2*.

Outro ponto relevante nos resultados da pesquisa, foi que na maioria dos artigos o foco principal dos estudos teve como principal foco as análises psicométricas de alguns instrumentos psicológicos. Demonstrando uma certa atenção dos estudiosos da área em produzir testes adequados. Como por exemplo, a pesquisa de Teodoro, Ohno e, Froeseler (2016) que teve como objetivo investigar a estrutura fatorial e propriedades psicométricas do Inventário da Tríade Cognitiva (ITC). Outro estudo brasileiro de Carneiro e Baptista (2012) que teve a intenção de construir, realizar avaliação de conteúdo e análise fatorial da Escala de Pensamentos Depressivos (EPD), para possível adequação do instrumento em construção. Por fim percebe-se a necessidade de prosseguir com estudos dessa tipologia para garantir novos resultados e fontes confiáveis de pesquisa.

É de suma importância destacar que durante o estudo ocorreram algumas limitações, sendo uma delas a dificuldade de encontrar artigos propriamente ditos como revisão de literatura sobre distorção cognitiva, tanto nacional quanto internacional, além do que o ano da pesquisa foi somente até fevereiro de 2017, podendo gerar vieses de informação referente a esse ano em especial. Orienta-se então, possíveis estudos futuros utilizando outros tipos de palavras-chave, aumentando a chance de novos achados científicos com o intuito de favorecer novas contribuições para o ensino da avaliação psicológica.

## Referências

- \*Adler, A. D., Strunk, D. R., & Fazio, R. H. (2015). What changes in cognitive therapy for depression? An examination of cognitive therapy skills and maladaptive beliefs. *Behavior therapy*, 46(1), 96-109. doi.org/10.1016/j.beth.2014.09.001
- American Psychiatric Association – APA. (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais – DSM-V*. Porto Alegre: Artmed.
- Baptista, M. N. & Borges, L. (2016). Revisão integrativa de instrumentos de depressão em crianças/adolescentes e adultos na população brasileira. *Avaliação Psicológica*, 15, 9-32. doi:10.15689/ap.2016.15ee.03
- \*Butler, A. C., Beck, A. T., & Cohen, L. H. (2007). The personality belief questionnaire-short form: Development and preliminary findings. *Cognitive therapy and research*, 31(3), 357-370. doi:10.1007/s10608-006-9041-x
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T., & Dozois, D. J. A. (2011). Cognitive therapy: Current status and future directions. *Annual Review of Medicine*, 62, 397–409. doi.org/10.1146/annurev-med-052209-100032
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1982). *Terapia Cognitiva da Depressão*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Beck, A.T. (1979). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York: Meridian.
- Beck, A.T. (2005) The current state of cognitive therapy: A 40-year retrospective. *Arch Gen Psychiatry*, 62(9), 953-959. doi:10.1001/archpsyc.62.9.953
- \*Carneiro, A. M., & Baptista, M. N. (2012). Saúde geral e sintomas depressivos em universitários. *Salud & Sociedad: investigaciones en psicologia de la salud y*

*psicologia social*, 3(2), 166-178. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-74752012000200004](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-74752012000200004)

Cassepp-Borges, V., Balbinotti, M. A. A., & Teodoro, M. L. M. (2010). Tradução e validação de conteúdo: Uma proposta para a adaptação de instrumentos. In L. Pasquali, *Instrumentação psicológica: Fundamentos e práticas* (pp. 506-520). Porto Alegre: Artmed.

Coyne, J. C., & Gotlib, I. H. (1983). The role of cognition in depression: A critical appraisal. *Psychological bulletin*, 94(3), 472. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.94.3.472>

\*Covin, R., Dozois, D. J., Ogniewicz, A., & Seeds, P. M. (2011). Measuring cognitive errors: Initial development of the Cognitive Distortions Scale (CDS). *International Journal of Cognitive Therapy*, 4(3), 297-322. <https://doi.org/10.1521/ijct.2011.4.3.297>

\*Cristea, I. A., Huibers, M. J., David, D., Hollon, S. D., Andersson, G., & Cuijpers, P. (2015). The effects of cognitive behavior therapy for adult depression on dysfunctional thinking: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 42, 62-71. [doi:10.1016/j.cpr.2015.08.003](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.08.003)

\*Dunlop, B. W., Kelley, M. E., Mletzko, T. C., Velasquez, C. M., Craighead, W. E., & Mayberg, H. S. (2012). Depression beliefs, treatment preference, and outcomes in a randomized trial for major depressive disorder. *Journal of psychiatric research*, 46(3), 375-381. [doi:10.1016/j.jpsychires.2011.11.003](https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2011.11.003)

Garratt, G., Ingram, R. E., Rand, K. L., & Sawalani, G. (2007). Cognitive processes in cognitive therapy: Evaluation of the mechanisms of change in the treatment of

- depression. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 14, 224–239. doi:10.1111/j.1468-2850.2007.00081.x
- Hofmann, S., Asmundson, G. J. G., & Beck, A. T. (2013). The science of cognitive therapy. *Behavior Therapy*, 44, 199–212. doi:10.1016/j.beth.2009.01.007
- Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., Shelton, R. C., Amsterdam, J. D., Salomon, R. M., O'Reardon, J. P., et al. (2005). Prevention of relapse following cognitive therapy vs. medications in moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, 62, 417–422. doi:10.1001/archpsyc.62.4.417
- Knapp, P., & Beck, A. T. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Rev Bras Psiquiatr*, 30(2), 54-64.
- Lins, M. R. C., & Borsa, J. C. (2017). *Avaliação psicológica: Aspectos teóricos e práticos* (pp. 16-38) Editora Vozes Limitada.
- \*Marchetti, I., Koster, E. H., & De Raedt, R. (2012). Mindwandering heightens the accessibility of negative relative to positive thought. *Consciousness and cognition*, 21(3), 1517-1525. doi:10.1016/j.concog.2012.05.013
- \*Martins Teodoro, M. L., Moreira Ohno, P., & Verdolin Guilherme Froeseler, M. (2016). Estrutura fatorial e propriedades psicométricas do Inventário da Tríade Cognitiva. *Psicologia: teoria e prática*, 18(1), 48-61. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/1938/193846361007/>
- \*Matta, A. D., Bizarro, L., & Reppold, C. T. (2009). Crenças irracionais, ajustamento psicológico e satisfação de vida em estudantes universitários. *PsicoUSF*, 14(1), 71-81. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicousf/v14n1/v14n1a08.pdf>
- \*Nas, C. N., Brugman, D., & Koops, W. (2008). Measuring self-serving cognitive distortions with the “How I Think” Questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, 24(3), 181-189. doi:10.1027/1015-5759.24.3.181

- \*Nemeroff, C. J., Hoyt, M. A., Huebner, D. M., & Proescholdbell, R. J. (2008). The Cognitive Escape Scale: measuring HIV-related thought avoidance. *AIDS and Behavior, 12*(2), 305-320. doi:10.1007/s10461-007-9345-1
- \*Orsini, M. R. D. C. A., Tavares, M., & Tróccoli, B. T. (2006). Adaptação brasileira da Escala de Atitudes Disfuncionais (DAS). *PsicoUSF, 11*(1), 25-33. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S141382712006000100004&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S141382712006000100004&script=sci_abstract&tlng=es)
- Pasquali, L. (2009). *Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação*. Vozes.
- \*Phillips, W. J., & Hine, D. W. (2012). Exploring the factor structure of implicit and explicit cognitions associated with depression. *Assessment, 20*(4), 474-483. doi:10.1177/1073191112437595
- Prieto, G., & Muñoz, 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/html/778/77807709/>.
- Primi, R. (2010). Avaliação psicológica no Brasil: fundamentos, situação atual e direções para o futuro. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 26*, 25-36. Recuperado de <https://revistaptp.unb.br/index.php/ptp/article/view/477>
- Quilty, L. C., McBride, C. C., & Bagby, R. M. (2008). Evidence for the cognitive mediational model of cognitive behavioural therapy for depression. *Psychologica Medicine, 38*, 1531–1541. doi:10.1017/S0033291708003772
- Segal, Z. V., Kennedy, S., Gemar, M., Hood, K., Pedersen, R., & Buis, T. (2006). Cognitive reactivity to sad mood provocation and the prediction of depressive relapse. *Archives of General Psychiatry, 63*, 749–755. doi:10.1001/archpsyc.63.7.749

- \*Segerstrom, S. C., Stanton, A. L., Flynn, S. M., Roach, A. R., Testa, J. J., & Hardy, J. K. (2014). Episodic repetitive thought: Dimensions, correlates, and consequences. *Anxiety, Stress & Coping, 25*(1), 3-21. doi:10.1080/10615806.2011.608126
- Tems, C. L., Stewart, S. M., Skinner Jr, J. R., Hughes, C. W., & Emslie, G. (1993). Cognitive distortions in depressed children and adolescents: Are they state dependent or traitlike? *Journal of Clinical Child Psychology, 22*(3), 316-326. doi:10.1207/s15374424jccp2203\_2
- Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: Updated methodology. *Journal of advanced nursing, 52*(5), 546-553. doi: 10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x
- \*Zauszniewski, J. A., & Bekhet, A. K. (2012). Screening measure for early detection of depressive symptoms: the depressive cognition scale. *Western Journal of Nursing Research, 34*(2), 230-244. doi:10.1177/01939459103967
- Zugman, S., & Neufeld, C. B. (2012). Conceitualização cognitiva de um caso de paranóia de Freud. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, 8*(1), 47-54. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S180856872012000100007](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180856872012000100007)



## Construção e análises psicométricas preliminares da Escala de Distorções Cognitivas

### Depressivas – EDICOD (Artigo 2)

#### Resumo

A distorção cognitiva é considerada como um substrato do modelo cognitivo da depressão, definida por Aaron Beck. Essas distorções são caracterizadas por erros lógicos de pensamentos, retomando sempre a pensamentos negativistas, com o intuito de distorcer a realidade do sujeito, afetando suas visões sobre si, seu ambiente e futuro, podendo ser um preditor dos sintomas depressivos. A partir de algumas definições de 11 tipos de distorções, o objetivo do estudo foi apresentar as etapas de construção do instrumento intitulado com Escala de Distorções Cognitivas Depressivas (EDICOD) e buscar evidências de validade baseada no conteúdo e estrutura interna, utilizando análise fatorial exploratória e o modelo da Teoria de Resposta ao Item (TRI). Na primeira etapa de construção do estudo, foi necessário a participação de oito juízes, sendo esses, cinco psicólogos e três psiquiatras; com a participação de 27 estudantes de graduação para responder uma aplicação piloto para adequação dos itens. Na segunda etapa do estudo, fizeram parte da pesquisa, 459 indivíduos, divididos entre sujeitos não clínicos (429) e clínicos com diagnóstico de depressão (30), de ambos os sexos, com faixa etária entre 18 e 60 anos. As aplicações foram realizadas de forma individual para aqueles com diagnóstico de depressão e coletiva para os demais participantes. Os resultados principais apontaram que a EDICOD diferenciou os grupos, demonstrando que os indivíduos com diagnóstico de depressão, pontuaram mais em distorções cognitivas. Após a análise fatorial exploratória, a escala ficou reduzida, com apenas 36 itens, divididos em três fatores interpretáveis, nomeados como Abstração seletiva/personalização (F1), Inferência arbitrária/maximização (F2) e Pensamento dicotômico/hipergeneralização (F3). Os índices de confiabilidade demonstraram valores excelentes para as dimensões do instrumento, nos resultados provindos da TRI, poucos itens ficaram desajustados, segundo os valores de *infit* e *outfit*. Tais resultados demonstraram a necessidade de realizar novos estudos futuramente.

Palavras-chave: psicomетria; construção; instrumento; distorção

#### Abstract

Cognitive distortion is considered to be a substrate of the cognitive model of depression, defined by Aaron Beck. These distortions are characterized by logical errors of thoughts, always returning to negative thoughts, in order to distort the reality of the subject, affecting his visions about himself, his environment and future, and can be a predictor of depressive symptoms. Based on some definitions of 11 types of distortions, the objective of the study was to present the steps of constructing the instrument titled Depressive Cognitive Distortion Scale (EDICOD) and to seek evidence of validity based on content and internal structure using exploratory factorial analysis and Item Response Theory (TRI). In the first stage of construction of the study, it was necessary to have eight judges, five psychologists and three psychiatrists; Followed by 27 undergraduates to answer a pilot application for the appropriateness of the items. In the second stage of the study, 459 individuals were divided between nonclinical subjects (429) and clinicians with a diagnosis of depression (30), of both sexes, aged between 18 and 60 years. The applications were performed individually for those with a diagnosis of depression and collective for the other participants. The main results pointed out that EDICOD differentiated the groups, demonstrating that individuals

with a diagnosis of depression scored more on cognitive distortions. After the exploratory factorial analysis, the scale was reduced, with only 36 items, divided into three interpretable factors, named as selective abstraction / personalization (F1), arbitrary Inference / maximization (F2) and dichotomous thinking / hypergeneralization (F3). The reliability indexes showed excellent values for the dimensions of the instrument, in the results from TRI, few items were left out of adjustment according to infit and outfit values. These results demonstrated the need to carry out further studies in the future, in order to improve the scale, making future evidences of validity and precision.

Keywords: psychometry; construction; instrument; distortion

## **Introdução**

A distorção cognitiva, conhecida também como erro lógico é definida como um padrão rígido de processamento de informações, oriunda a partir das interpretações que o sujeito faz sobre seu cotidiano, interferindo no modo de pensar e agir, sobre possíveis eventos ambientais, como por exemplo, visões negativas da vida e seus acontecimentos futuros. Esses pensamentos são importantes para gerar e manter sintomas depressivos. Essas distorções foram observadas inicialmente por Aaron Beck na década de 1960, nas suas pesquisas com pacientes depressivos (Beck, 1967; Beck, 1979). A partir de determinadas regras e padrões comportamentais adquiridos durante a vida da pessoa depressiva, essas regras são acionadas em decorrência das suas fontes primárias, tais como a ansiedade, estresse e/ou pensamentos negativos (Rupke, Blecke, & Renfrow, 2006).

A literatura sofreu modificações durante as quatro últimas décadas, por isso serão apresentadas três modificações nas descrições das distorções cognitivas. Beck (1967) organizou os pensamentos distorcidos em seis tipos, sendo eles: inferência arbitrária; abstração seletiva; hipergeneralização; magnificação e minimização; personalização e pensamentos dicotômicos. No ano de 1979, Beck renomeou algumas distorções cognitivas e acrescentou mais seis tipos, tais como, adivinhação do futuro ou profecia autorrealizadora; desconsideração dos elementos positivos; raciocínio emocional ou emocionalização; rotulação; imperativo; catastrofização. Porém Wood (2010), reescreveu

algumas distorções cognitivas propostas por Knapp e Beck (2008), formulando então 11 tipos de pensamentos, e esses foram escolhidos como descritores teóricos para construir e formular os itens da Escala de Distorções Cognitivas Depressiva (EDICOD), conforme apresentados na Tabela 1.

Tabela 1

*Os 11 tipos de distorções cognitivas*

---

Filtro mental: você chega a conclusões após manter o foco nos detalhes negativos e deixar de fora de seu filtro os detalhes positivos.

Chegar a conclusões precipitadas: você chega a conclusões negativas, apesar de não ter evidências que as comprovem ou mesmo quando tem evidências contrárias a essas conclusões.

Supergenaralização: você mantém o foco nos resultados negativos de uma ou mais situações limitadas e usa esses resultados para criar regras e conclusões amplas e gerais sobre vários aspectos de sua vida.

Maximização e minimização: quando você pensa sobre você mesmo, sobre os outros ou sobre uma situação, você maximiza os aspectos negativos ou minimiza os aspectos positivos.

Personalização: quando algo ruim acontece, você assume a culpa por isso, mesmo quando a culpa não é sua.

Pensamento “tudo ou nada”: você vê apenas duas categorias para pessoas e situações; são ou totalmente bons ou totalmente ruins, perfeitos ou defeituosos, um sucesso ou um fracasso.

Catastrofização: você pensa que não haverá esperança em seu futuro e que será repleto de catástrofes, sem considerar outros resultados possíveis.

Leitura mental: você supõe saber o que as outras pessoas estão pensando ou sentindo, sem considerar outras possibilidades.

Ditar as leis: você tem uma ideia fixa e particular sobre como as coisas “deveriam” ser, e você fica chateado ou com raiva quando as suas expectativas não são atingidas.

Raciocínio emocional: você acredita que os seus sentimentos são julgamentos verdadeiros sobre quem você é.

Rotulação: você atribui um julgamento ou rótulo negativo a você mesmo, aos outros e às situações, sem olhar para todos os fatos.

---

*Nota:* elaborada com base nas distorções cognitivas de Wood (2010)

Pela descrição mencionada das distorções cognitivas, entende-se que avaliar e entender de qual forma os indivíduos interpretam algumas situações do seu cotidiano, seria uma das maneiras de explicar o surgimento de alguns sintomas da depressão, como por exemplo, a anedonia e o humor deprimido (Rangé, 1995). Considerando a importância de se entender as formas de distorções recorrentes no processo do adoecimento da depressão. Sendo assim, aplicar um instrumento psicológico em que seja possível identificar as falhas de pensamentos do sujeito, ajudaria o profissional avaliar os erros cognitivos específicos (Beck, 2005).

Parte-se do pressuposto que o foco principal do estudo são as distorções cognitivas e, por serem poucos os números de instrumentos que avaliam esse construto, foi realizada uma busca em novembro de 2016 nos bancos de dados científicos *Scielo* e *Psycinfo* sem limites de data estipulado. Foram utilizados os seguintes termos de busca: *Depression thoughts* e *Cognitive Distortion*, que foram cruzadas com outros descritores, tais como, *Scale*, *Test* e *Assessment*, com operadores *booleanos* como por exemplo (*depression thoughts* OR *beliefs* OR *cognitive distortion*) AND (*scale* OR *test* OR *assessment*). Como critérios de inclusão os estudos deveriam apresentar instrumentos com a temática referente as distorções cognitivas em depressão. A seguir serão apresentados alguns instrumentos que foram recuperados

No ensejo da avaliação psicológica, existem alguns testes específicos para averiguar tipos de distorções cognitivas, com o intuito de avaliar e rastrear os principais tipos de erros de pensamentos, como por exemplo o *Cognitive Error Questionnaire* (CEQ) (Lefebvre, 1981). Esse questionário é constituído por 24 itens no formato de escala Likert de cinco pontos sendo 0 (exatamente como eu penso) a 4 (como eu não

penso), e a pontuação variando de 0 a 96 pontos. Todos os itens são formulados por situações envolvendo pensamentos disfóricos refletindo quatro tipos de erros cognitivos baseados na teoria de Beck (1979). Dentre esses erros encontram-se os pensamentos distorcidos denominados de catastrofização, supergeneralização personificação e abstração seletiva. O CEQ apresentou o índice de confiabilidade no fator geral de 0,92. Pössel (2009) fez um estudo na Alemanha para avaliar as propriedades psicométrica da CEQ. Foram participantes 766 universitários, sendo 80% de mulheres (N=638), com média de idade 23,71 anos. Após a análise fatorial exploratória, foram definidos quatro fatores. A confiabilidade dos fatores foi de 0,62 em Catastrofização (F1), 0,73 para Supergeneralização (F2), 0,64 para Personificação (F3), 0,59 para Abstração Seletiva (F4).

Weissman (1979), a partir das considerações de Aaron Beck sobre os pressupostos da depressão na perspectiva cognitiva, elaborou um instrumento com o intuito de averiguar atitudes disfuncionais que estavam interligadas com o processamento cognitivo da depressão. A *Dysfunctional Attitude Scale* (DAS) foi criada por Weissman e Beck em 1978 e finalizada por Weissman (1979). A partir de uma lista de pensamentos depressivos, foi feita uma avaliação por juízes residentes em psiquiatria e após a análise de conteúdo a versão original baseou-se em 100 itens e os resultados finais indicaram duas formas equiparáveis da DAS, com 40 itens cada, sendo nomeadas DAS-A e DAS-B. Essa escala foi utilizada em alguns estudos (Cane, Olinger, Gotlib, & Kuiper, 1986; Dyck, Oliver, & Baumgart, 1985; Parker, Bradshaw, & Blignault, 1984) e a seguir será descrito uma das pesquisas mais completas. Para fazer as análises do estudo participaram 664 universitários. A análise fatorial exploratória com rotação varimax indicou dois fatores, sendo o primeiro (15 itens) explicando 47% da variância e o segundo fator (10 itens), com alfa de Cronbach de 0,87.

Outro instrumento psicológico que tem como objetivo medir sintomas cognitivos presentes na depressão em sujeitos que não foram considerados deprimidos clinicamente é o *Depressive Cognition Scale* (DCS). Essa escala foi criada por Zauszniewski (1995), e foi construída a partir de duas teorias, sendo essas, a teoria da depressão de Beck (1979) e a do desenvolvimento psicossocial de Erikson (1968). A DCS é composta por oito itens que são pontuados em uma escala do tipo Likert de seis pontos, sendo 0 (discordo totalmente) e 5 (concordo totalmente) e a pontuação variando entre 0 e 40 pontos. Cada item tem a função de mensurar aspectos cognitivos depressivos, a saber: desesperança, desamparo, impotência, inutilidade, solidão, vazio e sem sentido. Todos os itens são positivos como, por exemplo, “Estou esperançoso sobre o meu futuro”. Quando o resultado do instrumento demonstra uma pontuação mais alta, indica ausência de uma cognição depressiva. A DCS foi usada e testada nas populações (clínica e não-clínica) dos Estados Unidos, a confiabilidade do instrumento foi de 0,79 e a correlação item-total ficou entre 0,30 e 0,62 e considerada um instrumento unidimensional (Zauszniewski et al., 2001; Zauszniewski et al., 2002).

Covin (2011) fez um estudo com o objetivo de construir uma escala denominada de *Cognitive Distortion Scale* (CDS), responsável por averiguar a frequência de dez tipos de erros cognitivos definidas por Burns (1980), a saber: leitura mental, catastrofização, tudo ou nada, raciocínio emocional, filtro mental, generalização, personalização, “e se”, minimização do positivo e rotulação. Cada sentença da escala corresponde aos erros de pensamento em que o indivíduo tem que responder os 29 itens em uma escala do tipo Likert de sete pontos, sendo 1 (nunca) e 7 (o tempo todo), tais como, de sentença “Por favor, estima a frequência com que você se envolve em situações sociais (como quando está com amigos, parceiros ou familiares)” tendo como resultado, pontuação mínima de 29 e máxima de 203 pontos. A pesquisa foi realizada em estudantes e o alfa de Cronbach

foi de 0,91, em uma escala unidimensional, sendo que todas as cargas dos itens foram maiores que 0,50.

Em relação aos instrumentos que abordam pensamentos depressivos, Carneiro e Baptista (2016) construíram a Escala de Pensamentos Depressivos (EPD) com o objetivo de avaliar as distorções que o indivíduo tem sobre si, futuro e a percepção a respeito das pessoas com quem convive. A EPD teve como pressuposto teórico a visão cognitiva da depressão proposta por Aaron Beck, referente a tríade cognitiva (Beck et al., 1982) em que a escala foi pautada e estruturada. Participaram 619 pessoas de dois estados, São Paulo (n=546; n=82,1%) e Minas Gerais (n= 119; 17,9%) sendo estudantes do ensino médio e graduação, entre 18 e 64 anos ( $M=29,23$ ;  $DP=10,81$ ), dos quais 69,9% (n=465) do sexo feminino. A escala foi dividida em dois fatores, sendo o F1 (Baixa autoestima/desesperança) “Meus motivos para ser feliz se esgotaram”, “Todas as dificuldades que passei me fizeram ter pouca esperança sobre o futuro”, apresentando índice de confiabilidade de 0,93 e o F2 (Funcionalidade nas relações) “Me sinto deixado (a) de lado”, “Sou um (a) perdedor (a)”, com confiabilidade de 0,89, tendo como confiabilidade geral de 0,93. Os instrumentos contem 26 itens em escala tipo Likert de três pontos, sendo 1 (Não concordo) e 3 (Concordo totalmente), tendo como pontuação mínima de 26 e máxima de 78 pontos.

Os estudos descritos anteriormente serviram de base para analisar a proporção de testes que utilizaram a teoria cognitiva como forma de parâmetro na construção de instrumentos específicos para averiguar e rastrear intensidade de erros ou pensamentos distorcidos. Com o resgate dos instrumentos focados na teoria cognitiva e com base nos substratos da depressão, observa-se que a construção de instrumentos para avaliar padrões cognitivos é uma temática estudada há anos. A grande parte dos instrumentos supracitados foram compostos por testes, escalas e questionários autoaplicáveis. Esse

tipo de instrumento é amplamente usado por profissionais da área da saúde e pesquisadores, por ser mais fácil de administrar, por ser rápido e prático no momento da aplicação e ter um custo financeiro menor que outros tipos de instrumentos de avaliação (Picon, 2003).

Tendo em vista que no Brasil muitos instrumentos psicológicos têm sido criados para avaliar construtos distintos, existe somente um instrumento que avalia pensamentos depressivos, que no caso refere-se à Escala de Pensamentos Depressivos (EPD) (Carneiro & Baptista, 2016). Portanto, observa-se a importância de criar um teste psicológico que avalia especificamente os tipos de distorções cognitivas depressivas partindo do pressuposto da teoria cognitiva, para uso do profissional. Além dessas considerações, é importante ter um instrumento no âmbito clínica para rastrear determinados pensamentos negativos, auxiliando no tratamento da depressão (Wood, 2010). Diante dos aspectos abordados até o momento, a presente pesquisa teve como objetivo a construção de um instrumento indicado para avaliar 11 tipos de distorções cognitivas depressivas e buscar evidências de validade baseadas no conteúdo e evidências de validade baseadas na estrutura interna para a Escala de Distorções Cognitivas Depressivas (EDICOD).

### **Método**

O estudo de desenvolvimento da escala foi dividido em duas etapas, sendo a primeira, responsável pela construção dos itens da versão inicial do instrumento, baseado em descritores específicos, bem como buscar evidências de validade de conteúdo. Os itens foram desenvolvidos com foco na literatura referente ao tema, tanto nacional quanto internacional, que abordam construtos ligados as distorções cognitivas e depressão (Beck, 1979; Beck, Rush, Shaw & Emery, 1982; Knapp & Beck, 2008). A partir das sugestões dos juízes, foram realizadas adaptações da escala com o propósito de adequar os



itens. A segunda etapa teve como objetivo central realizar análises estatísticas para buscar evidência de validade baseada na estrutura interna e fidedignidade baseadas na Teoria Clássica (TCT) e Teoria de Resposta ao Item (TRI).

## **Estudo 1: Construção do Instrumento e Evidências de validade baseada no conteúdo**

### **Participantes**

Os participantes foram oito juízes, sendo cinco psicólogos com título de doutor há no mínimo dois anos, e que tinham conhecimento na área de psicometria e/ou especialização em saúde mental, principalmente sobre transtorno depressivo e três psiquiatras especialistas em avaliação de transtornos de humor e que atuavam com a abordagem da Teoria Cognitivo Comportamental (TCC), por no mínimo dois anos. Por fim, na fase da aplicação piloto, foi aplicado o instrumento em fase de construção em 27 estudantes de um curso de graduação de uma instituição privada de um município do interior do estado de São Paulo, ambos os sexos, a partir dos 18 anos.

### **Procedimentos**

Os itens do instrumento foram criados pelos autores do projeto sendo um doutor em psicologia, da área da saúde mental com experiência em construção de instrumentos e um mestrando em psicologia, a partir de 11 descritores de distorções cognitivas baseadas na teoria cognitivo comportamental (Wood, 2011). Essas distorções são nomeadas como, Filtro mental, Chegar a conclusões precipitadas, Supergenaralização, Maximização e Minimização, Personalização, Pensamento “tudo ou nada”, Catastrofização, Leitura mental, Ditar as leis, Raciocínio emocional e Rotulação. O instrumento foi construído no formato de uma escala tipo Likert de quatro pontos. Nesse sentido o sujeito deverá classificar cada afirmação em: “Discordo totalmente”; “Discordo pouco”; “Concordo pouco” e “Concordo totalmente”.

Inicialmente, foram elaborados 110 itens negativos, sendo 10 itens para cada tipo de distorção cognitiva. Na sequência, realizou-se o desenvolvimento do cabeçalho do instrumento, criando uma instrução com exemplos de como a escala deveria ser preenchida. Juntamente, revisou-se o instrumento procurando excluir itens que avaliassem descritores repetidos ou frases com duplo sentido. A escala possui quatro afirmações, tais como para cada tipo de distorção cognitiva e destinado para a população adulta, com idades entre 18 e 60 anos. Após a apreciação e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade São Francisco (CAAE 61631016.2.0000.5514) foi realizada uma primeira análise de conteúdo, feita por um grupo de oito juízes. Nesse momento os itens foram classificados a partir de uma escala tipo Likert que varia de 1 a 5, em que: “1 = Pouquíssima”; “2 = Pouca”; “3 = Média”; “4 = Muita” e “5 = MUITÍSSIMA”. Os itens foram classificados quanto à sua clareza de linguagem, pertinência prática, relevância teórica e dimensão teórica. Com bases nessas classificações o intuito dos juízes foi de analisar e marcar com um “X” cada item. As afirmações foram consideradas corretas, se pelo menos 80% dos juízes aprovassem os itens, como por exemplo, sendo de um mesmo descritor, como foi determinado pelos autores como correto. No caso os 11 descritores citados na Tabela 1, além de analisar o item na escala, a partir de uma planilha para facilitar a compreensão dos juízes, categorizando-o como uma afirmação objetiva e de fácil entendimento. Outra tarefa essencial para os juízes era de organizar os itens nos descritores propostos, a fim de verificar se aquele item estava relacionado ao descritor pelo qual foi construído. Junto dos itens, havia um espaço, em que os juízes poderiam colocar suas observações e anotações.

Por fim, quando ocorreu a aplicação piloto da Escala de Distorções Cognitivas (EDICOD) o aplicador selecionou 27 estudantes universitários por conveniência para realizar a aplicação de forma coletiva na própria sala de aula. O tempo aproximado da aplicação foi de 30

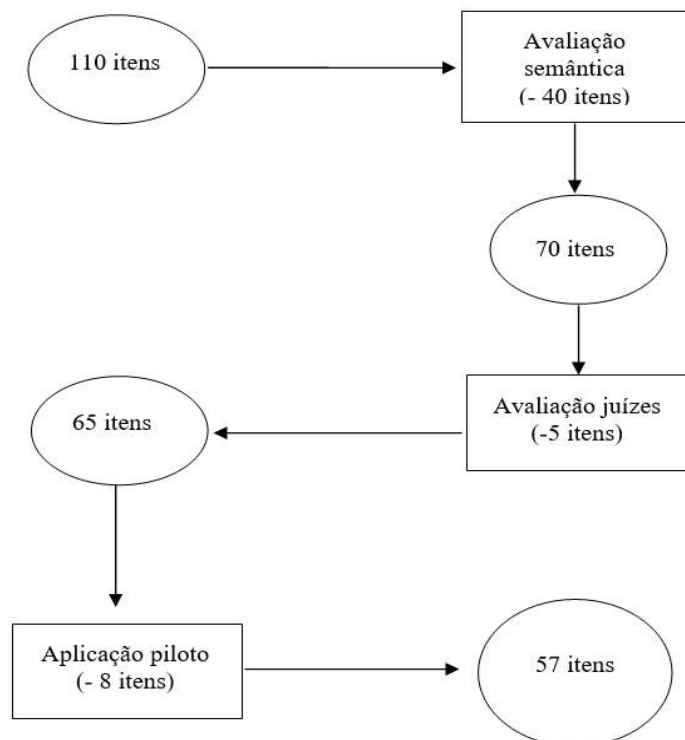
minutos. Junto do instrumento, foi disponibilizada uma folha para os sujeitos da pesquisa colocarem sugestões e dúvidas sobre os itens respondidos.

### **Análise de dados**

Foi realizada análise de conteúdo para observar a semântica dos itens e fazer as alterações necessárias a partir das pontuações e considerações dos juízes e dos 27 participantes da aplicação piloto, conforme observações feitas pelos participantes desta etapa. E também análise de precisão com o intuito de deixar os itens mais claros e precisos a partir das críticas dos juízes.

## **Resultados**

A partir dos critérios de exclusão considerados pelos juízes e da análise piloto, permaneceram 57 itens, todos com a semântica das frases negativas. As etapas realizadas para a criação do instrumento e sobre os itens excluídos podem ser visualizadas na Figura 1.



*Figura 1.* Descrição das etapas de criação da Escala de Distorções Cognitivas Depressivas (EDICOD).

Conforme demonstra a Figura 1, a EDICOD inicialmente teve 110 itens, após a avaliação semântica entre os autores foram excluídos 40 itens, por serem parecidos, sendo realizada a primeira redução dos itens. Depois foi realizada a aplicação piloto nos 27 estudantes universitários, sendo 66,7% (n=18) eram do sexo feminino.

Foram analisados os resultados das avaliações dos juízes, sendo que cinco itens foram retirados por não apresentarem concordância acima de 80%; tais como, “Tenho alterações no sono e apetite porque não consigo resolver meus problemas” e “Sei que as pessoas me olham torto porque sou um fracasso”. E os itens que os participantes na aplicação piloto mostraram dúvidas para responder, foram alterados (n=3; 27,3%) e excluídos (n=8; 72,7%); tais como, “Tenho vivenciado situações terríveis” e “Se eu perder o controle emocional será uma catástrofe”. A partir dos 57 itens restantes, foi realizado um estudo para buscar a segunda evidência de validade da escala, descrita a seguir.

## **Estudo 2: Evidência de validade baseada na estrutura interna por meio da Teoria Clássica dos Testes (TCT), Teoria de Resposta ao Item (TRI) e fidedignidade**

### **Participantes**

A amostra desta etapa da pesquisa foi composta por 459 sujeitos, divididos da seguinte forma:

**Grupo 1:** Sujeitos entre 18 e 60 anos (M= 27,51; DP=9,19), sendo que 63,4% (n=291) eram do sexo feminino. Desses indivíduos sem diagnóstico, 335 (73%) eram universitários e 94 (20,5%) funcionários de um hospital. Os dados foram coletados em duas instituições pertencentes a um município do estado de São Paulo, sendo essas uma universidade privada e um hospital público.

**Grupo 2:** Pacientes com diagnóstico de depressão com idades entre 19 e 45 anos ( $M=29,56$ ;  $DP=6,79$ ), sendo que 80% ( $n=24$ ) eram do sexo feminino, provindos de serviço de atendimento privado.

### **Instrumentos**

O instrumento aplicado foi a Escala de Distorções Cognitivas Depressivas (EDICOD) com 57 itens, em sua fase de construção e prévia a avaliação de juízes, além de um Questionário de Identificação contendo perguntas como: sexo, idade, escolaridade, histórico de doença mental e de avaliação psiquiátrica ou psicológica. Os dois grupos responderam o questionário de identificação.

### **Procedimentos**

Os sujeitos receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), impresso em duas vias, que constavam as informações pertinentes da pesquisa. No grupo 1, a aplicação foi realizada de forma coletiva em sala de aula (os sujeitos pertencentes ao grupo de estudantes) após a aprovação dos responsáveis institucionais. Os funcionários do hospital responderam aos testes na própria instituição de forma grupal e/ou individual, em um local específico da própria organização. Foi acrescentado o grupo dos funcionários do hospital com o intuito de ampliar a faixa etária da amostra. As instruções para a resposta do instrumento eram lidas coletivamente pelo aplicador para que cada aluno começasse o processo de respostas individualmente. A previsão de tempo para a execução dessa atividade foi aproximadamente 30 minutos.

No grupo 2 as aplicações foram individuais no próprio estabelecimento onde o sujeito encontra-se, no caso, uma clínica médica. A previsão de tempo para a execução dessa atividade foi de, aproximadamente, 50 minutos. Neste grupo ocorreu um aumento de tempo na aplicação porque os pacientes com diagnóstico de depressão apresentaram

dificuldades em compreender alguns itens dos instrumentos, por estarem debilitados pela depressão e/ou com efeitos de medicamentos.

### **Análise de Dados**

Os dados foram analisados por meio do programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences* – versão 23.0) e pelo programa Factor (versão 10.3.01). Inicialmente foi realizada análise paralela e logo em seguida uma análise fatorial exploratória para verificar a estrutura interna do instrumento em construção, sendo utilizado o método de estimação *Unweighted Least Squares* (ULS), a partir de uma matriz de correlações policóricas por se tratar de escalas do tipo Likert, com método de retenção *Minimum Average Partial* (MAP). As análises preliminares tiveram como objetivo diminuir o número dos itens do instrumento e reagrupar os fatores. O índice *Kaiser Meyer Olkin* – KMO, verificou a homogeneidade dos itens, para o critério de interpretação dos números de fatores a serem extraídos. Foi escolhido a rotação *oblimin* porque pressupõe que os fatores estejam correlacionados. Para a análise da confiabilidade foi utilizado o teste alfa de Cronbach, responsável em fornecer os dados sobre os itens da EDICOD, quanto o seu valor total e possíveis fatores. Outra análise que foi realizada, Teoria de Resposta ao Item (TRI). Essa análise foi utilizada para verificar parâmetros de itens e pessoas por meio do modelo de Rasch a partir do programa Winsteps. Cada um dos três fatores finais foi analisado separadamente para averiguar os parâmetros dos itens e os índices de ajuste, e também os resultados sobre a fidedignidade, correlações item Theta e análise do mapa de itens e pessoas.

### **Resultados**

Inicialmente foi utilizada análise paralela (AP) para verificar quantos fatores relevantes iriam ser encontrados na escala, sendo considerados o eigenvalue

correspondente ao percentil 95. Na AP foi obtida uma solução de até cinco fatores, pelo método de extração *Unweighted Least Squares* (ULS). A partir desses resultados, foi feita a verificação da adequação da amostra para análise fatorial a partir do índice *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) e o teste de esfericidade de *Barlett*, com o objetivo de verificar a circularidade da matriz. Foram utilizados outros dois métodos de retenção, *Minimum Average Partial* (MAP) e *Hull method*. O MAP considerou mais adequada uma solução de três fatores e o Hull uma solução de apenas um fator (Lorenzo-Seva & Van Ginkel, 2016; Lorenzo-Seva, 2003).

Foi verificado o melhor ajuste dos dados para o modelo de três fatores com os índices *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO=0,94) e *Bartlett* (12320,3;  $p < 0,001$ ); e o ajuste *Global Fit Index* (GFI) = 0,99. Desse modo, análise fatorial exploratória foi realizada utilizando o método de extração ULS, com rotação oblíqua (*weighted oblimin*) uma vez que existem pressupostos teóricos de que os fatores são correlacionados. Foram excluídos 19 itens na primeira rodada por terem cargas cruzadas e/ou por não carregarem em nenhum fator, restando então, 38 itens. Depois foi solicitado pela análise exploratória que fossem retirados mais dois itens que não carregaram em nenhum fator específico. Foi usado como critério de inclusão o item ter carga fatorial mínima de 0,50. Na segunda rodada dos itens a escala foi finalizada com 36 itens divididos em três fatores. Os fatores extraídos mostraram eigenvalues de 15,66 no primeiro, 2,79 no segundo e 2,12 no terceiro fator. Por fim, a análise fatorial foi realizada considerando os fatores, em que as comunalidades variaram entre 0,34 e 0,73 (Tabela 2).

Tabela 2

*Cargas Fatoriais dos Componentes Rotados da EDICOD*

Itens	Fatores			h <sup>2</sup>
	1	2	3	
41	0,55			0.66
45	0,78			0.63
46	0,71			0.45
47	0,78			0.66
49	0,77			0.61
50	0,66			0.54
51	0,62			0.73
54	0,71			0.46
06		0.54		0.36
07		0.64		0.45
08		0.77		0.45
10		0.80		0.54
12		0.70		0.58
17		0.52		0.35
18		0.53		0.37
36		0.73		0.53
37		0.64		0.62
48		0.70		0.63
52		0.57		0.66
53		0.54		0.66
55		0.52		0.52
05			0.60	0.34
11			0.74	0.52
13			0.55	0.27
15			0.75	0.57
16			0.53	0.54
22			0.62	0.36
23			0.77	0.58
24			0.55	0.48
28			0.63	0.57
31			0.68	0.63
32			0.75	0.60
33			0.68	0.69
39			0.73	0.52
40			0.84	0.64
43			0.55	0.44
Eigenvalues	15,66	2,79	2,12	
Var.Explicada	43,51%	7,76%	5,91%	



A solução encontrada explicou uma variância de 57,18%, dividida em três fatores nomeados como F1 (abstração seletiva/personalização) com 8 itens sobre pensamentos negativos focados apenas em detalhes negativos, sem observar os detalhes positivos; e quando algo ruim acontece com o indivíduo e acaba assumindo a culpa, mesmo sem ter. O F2 (inferência arbitrária/maximização e minimização) contém 13 itens que expressam pensamentos negativos de conclusão sobre determinado fato, apesar de ter evidências contrárias; e quando os pensamentos de si, do outro ou de alguma situação vivenciada, acaba maximizando os pontos negativos ou minimizando os aspectos positivos. E por último o F3 (pensamento dicotômico/hipergeneralização) formulado por 15 itens que remetem a ideia do sujeito possuir apenas duas possibilidades de categorizar os outros e as situações do cotidiano, sendo totalmente ruins ou bons; e quando mantém-se focado em aspectos negativos de uma ou mais situações limitadas, usando essas regras como conclusões amplas e gerais sobre vários aspectos da própria vida. Os fatores foram nomeados a partir das classificações dos tipos de distorções cognitivas, sendo que os itens com carga fatorial mais alta foi selecionado como opção para nomear os fatores.

Em seguida, foi feita uma análise para verificar as correlações entre os três fatores. Assim, na Tabela 3 pode ser observado que as correlações entre os fatores variaram entre 0,62 e 0,67. Com base em Dancey e Reidy (2006) essas correlações são classificadas como moderadas.

Tabela 3

*Correlação Fatorial EDICOD*

Fator	1	2	3
1	1,00	0,643	0,671
2	0,643	1,00	0,620
3	0,671	0,620	1,00
$\alpha$	0,93	0,93	0,95

Na Tabela 3 também são indicadas informações sobre a confiabilidade da Escala de Distorções Cognitivas Depressivas (EDICOD) para cada um dos três fatores. Os Alfas de Cronbach ficaram dentro do intervalo de valores de 0,93 a 0,95, indicando um nível alto para a consistência interna dos fatores da escala. Assim, foi observado que a EDICOD apresentou confiabilidade excelente para todos os fatores.

Outro modelo utilizado para analisar os dados da pesquisa foi a Teoria de Resposta ao Item (TRI). Inicialmente são apresentadas estatísticas descritivas sobre o traço latente (theta) dos participantes da pesquisa, os índices de ajuste (*Infit e Outfit*), e resumidamente os dados descritos na Tabela 4 para os itens, considerando o nível de dificuldade, os índices de ajuste, correlação item-theta e os índices de precisão modelada.

Tabela 4  
*Resumo das estatísticas descritivas de pessoas e itens*

Fator	Medidas	Pessoas				Itens		
		<i>Theta</i>	<i>Infit</i>	<i>Outfit</i>	<i>b</i>	<i>Infit</i>	<i>Outfit</i>	Precisão
F1	Média	-1,99	0,97	1,00	0,00	1,01	1,00	0,90
	(DP)	(1,39)	(0,52)	(0,74)	(0,65)	(0,14)	(0,16)	
	Max.	3,66	3,63	5,38	1,04	1,23	1,26	
	Min.	-3,46	0,11	0,10	-0,81	0,82	0,83	
F2	Média	-1,68	0,99	0,96	0,00	1,01	0,96	0,92
	(DP)	(1,26)	(0,47)	(0,58)	(0,57)	(0,14)	(0,23)	
	Max.	2,35	3,31	5,34	0,63	1,28	1,32	
	Min.	-3,70	0,20	0,21	-0,98	0,79	0,61	
F3	Média	-2,53	1,00	0,94	0,00	1,02	0,94	0,93
	(DP)	(1,28)	(0,40)	(0,61)	(0,65)	(0,21)	(0,41)	
	Max.	3,27	3,31	5,63	1,06	1,55	1,81	
	Min.	-3,94	0,36	0,29	-1,08	0,70	0,42	

\*Fatores da EDICOD: F1 abstração seletiva/personalização; F2 inferência arbitrária/maximização e minimização e F3 pensamento dicotômico/hipergeneralização.

A partir da Tabela 4 nota-se que todos os itens correspondentes aos três fatores do instrumento não foram endossados pela amostra, observados a partir da média de theta que foi negativo. Entre os fatores, o F3 apresentou a média menor de theta, demonstrando ser o menos endossado pelos respondentes do estudo. Por fim os valores de *Infit* e *Outfit* apresentaram bons ajustes, considerando os valores entre 0,60 e 1,40 (Linacre, 2010).

Outras análises foram realizadas com o intuito de aferir se a correlação item-total tem valores acima de 0,50 e também analisar as medidas de *Infit* e *Outfit*, considerando os valores de todos os itens do instrumento. A partir dos índices que foram encontrados, utilizou-se uma análise geral de todos os itens que fazem parte dos três fatores, descritos a seguir na Tabela 5, 6 e 7.

Tabela 5  
*Estatística dos itens da EDICOD pelo modelo de Rasch (F1)*

Item	Escore Bruto	N	Dificuldade ( <i>b</i> )	<i>Infit</i>	<i>Outfit</i>	Correlação Item-total
41	544	459	1,04	1,07	0,92	0,65
45	676	459	-0,61	0,88	0,85	0,80
46	578	459	0,49	1,18	1,26	0,67
47	699	459	-0,81	1,03	1,00	0,79
49	698	459	-0,81	0,85	0,86	0,81
50	626	459	-0,11	1,04	1,07	0,74
51	599	459	0,21	0,82	0,83	0,75
54	571	459	0,59	1,23	1,20	0,65
Média	623,9	459	0,00	1,01	1,00	
DP	56,7	0,0	0,65	0,14	0,16	

Tabela 6  
*Estatística dos itens da EDICOD pelo modelo de Rasch (F2)*

Item	Escore Bruto	N	Dificuldade (b)	Infit	Outfit	Correlação Item-total
06	877	459	-0,98	1,28	1,29	0,68
07	623	459	0,63	1,03	0,84	0,62
08	859	459	-0,89	1,03	1,11	0,71
10	871	459	-0,95	0,95	0,96	0,74
12	650	459	0,40	0,84	0,73	0,67
17	708	459	-0,02	1,22	1,25	0,61
18	636	459	0,51	1,15	1,32	0,58
36	642	459	0,46	1,05	0,92	0,63
37	745	459	-0,26	0,79	0,71	0,73
48	642	459	0,46	0,88	0,73	0,66
52	643	459	0,45	0,83	0,61	0,67
53	701	459	0,02	0,98	0,81	0,68
55	680	459	0,17	1,08	1,14	0,64
Média	713,6	459	0,00	1,01	0,96	
DP	91,3	0,0	0,57	0,14	0,23	

Tabela 7  
*Estatística dos itens da EDICOD pelo modelo de Rasch (F3)*

Item	Escore Bruto	N	Dificuldade (b)	Infit	Outfit	Correlação Item-total
05	656	459	-1,08	1,21	1,42	0,68
11	617	459	-0,71	1,05	1,06	0,68
13	530	459	0,48	1,55	1,81	0,47
15	505	459	1,06	0,93	0,42	0,55
16	561	459	-0,04	1,08	0,86	0,63
22	533	459	0,42	1,14	1,56	0,53
23	556	459	0,04	0,91	0,67	0,65
24	638	459	-0,91	1,05	1,06	0,70
28	602	459	-0,55	1,02	0,85	0,69
31	533	459	0,42	0,91	0,54	0,62
32	539	459	0,31	0,84	0,65	0,63
33	546	459	0,19	0,70	0,61	0,67
39	534	459	0,40	1,02	1,00	0,57
40	512	459	0,87	0,71	0,42	0,59
43	637	459	-0,90	1,21	1,17	0,68
Média	566,6	459	0,00	1,02	0,94	
DP	48,0	0,0	0,65	0,21	0,41	

Nas tabelas pode ser observado que no geral os itens apresentaram bons índices de adequação, a não ser por cinco itens (13, 15, 22, 31 e 40) com índices fora do valor usado como base para adequação (Linacre, 2010). O Fator 1 e no 2 não tiveram nenhum item com desajuste, já no fator 3, cinco itens ficaram com índice inadequado, respectivamente esses itens foram o 13 “Fico doente com bastante frequência, logo percebo que tenho pouco tempo de vida”; 15 “Todos me odeiam, então preferia não existir mais”; 22 “O mundo é um lugar péssimo e eu sou responsável por isso”; 31 “Ninguém gosta de mim, por isso vivo só” e o 40 “Sei que as pessoas me olham diferente porque sou um fracasso”. A partir da correlação item-total, quase todas foram adequadas, variando entre magnitudes moderadas e altas (Dancey & Reidy, 2006). Somente o item 13 que ficou abaixo do valor estabelecido (0,50). Outro ponto importante analisado foi o nível de dificuldade dos itens, que dividido entre os fatores, demonstraram no F1 a variação entre - 0,81 e 1,04; no F2: -0,98 a 0,63 e no F3: -1,08 a 1,06. Então os indivíduos que responderam a escala, necessitaram de um nível médio para concordar com o instrumento. O item com menor chance para ser endossado foi o 40 “Sei que as pessoas me olham diferente porque sou um fracasso” e o mais fácil o 6 “Mesmo que não tenho problemas sérios agora, fico pensando que o pior vai vir”.

A seguir, será apresentado na Figura 2 e 3 o mapa de pessoas e itens da escala divididos entre os três fatores específicos.

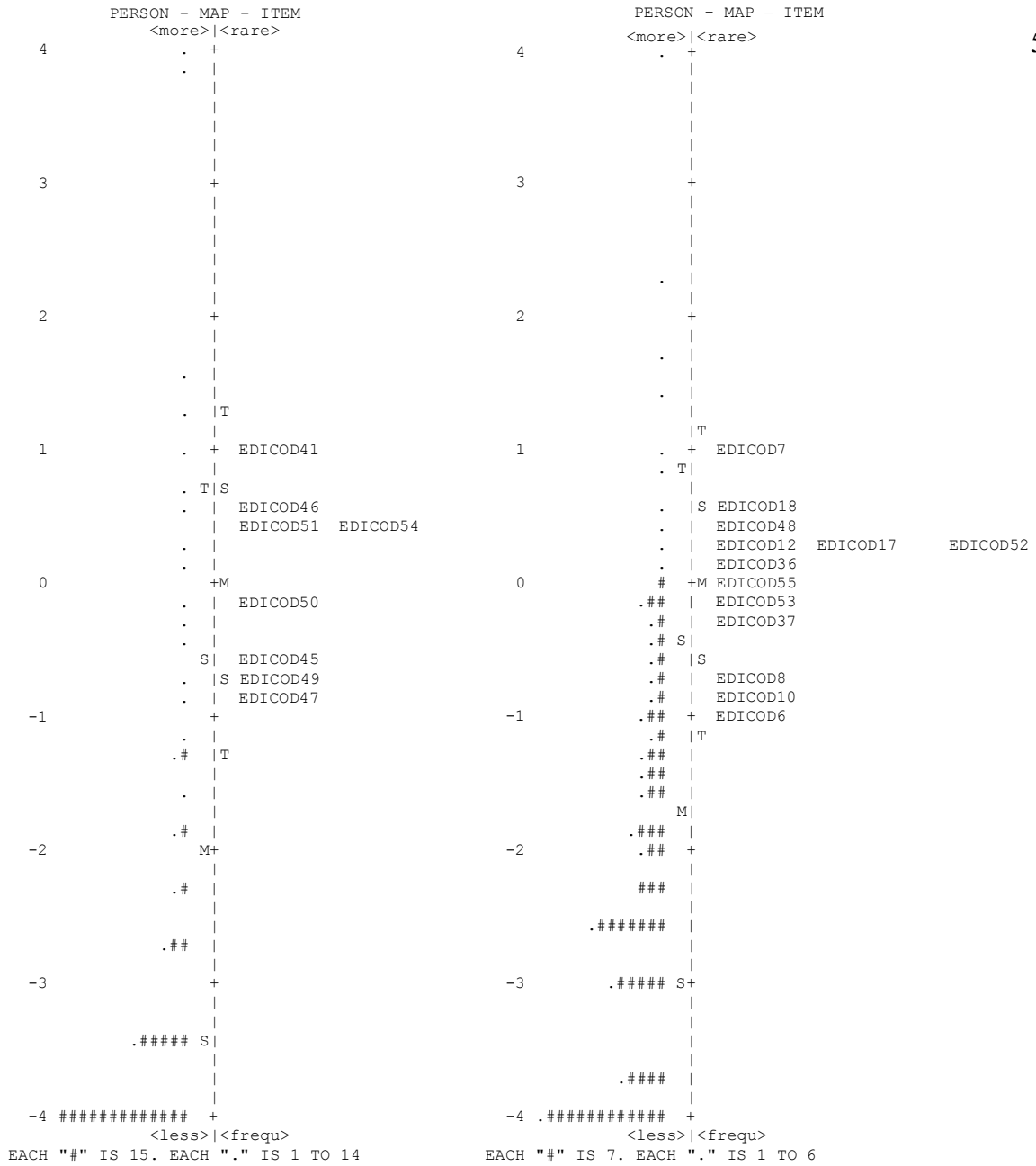


Figura 2. Mapa de pessoas e itens para o Fator 1 e 2.

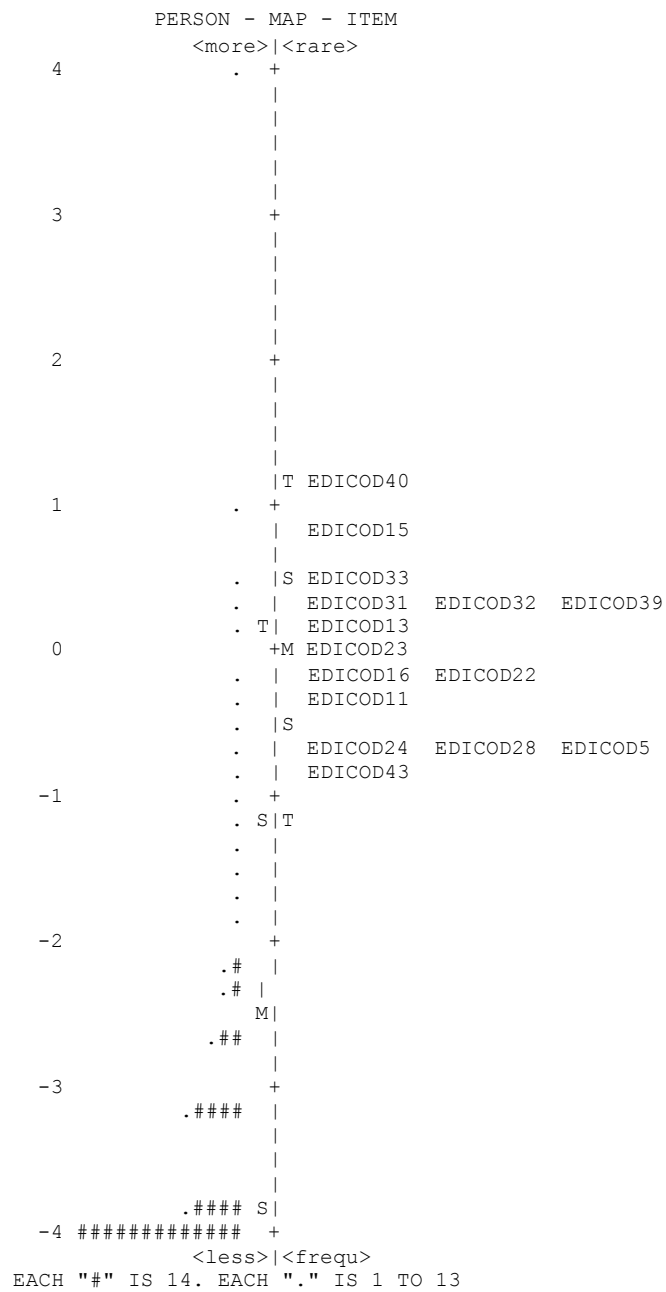


Figura 3. Mapa de pessoas e itens para o Fator 3.

O mapa de itens da Figura 2, responsável pela representação do Fator 1 (Abstração seletiva/personalização) demonstra que no geral as pessoas se agrupam entre -4 e -3 e os itens entre -1 e 1, mostrando que esses itens são considerados difíceis de serem pontuados pelos indivíduos e não cobriram todo o espectro da população. O item mais difícil, já que a escala em construção (EDICOD) não avalia habilidade, mas frequência de resposta, foi o 41 “É difícil alguém me escutar porque as pessoas sabem que eu não tenho valor” e o mais fácil o 47 “Estou angustiado porque as pessoas deveriam me dar mais valor”.

A Figura 2 que também foi representada pelo Fator 2, denominado de Influência arbitrária/maximização e minimização que apresentou resultados diferentes da Figura 1 da Figura 1, já que as pessoas se agrupam mais entre -4 e -2 e os itens entre -1 e 0,8, porém apresentam alguns espaços entre eles, mas algumas pessoas ficaram mais próximas da média de itens, considerado então um nível mediano de dificuldade de resposta. O item que apresentou uma frequência de resposta menor foi o 7 “Prefiro ficar triste do que acreditar em um futuro melhor”, e o mais fácil, o 6 “Mesmo que não tenho problemas sérios agora, fico pensando que o pior vai vir”. Entende-se que o item 7 teve menos respostas porque afere visão negativista de futuro. Como a maior parte da amostra é formada por um grupo não clínico, era esperado que esse item não tivesse uma pontuação alta.

Por fim, a Figura 3, do fator Pensamento dicotômico/hipergeneralização (F3), apresentou que o item 43 “Tenho poucos amigos porque os outros me acham diferente”, foi o mais respondido, por ser considerado mais fácil. E o item mais difícil foi o 40 “Sei que as pessoas me olham diferente porque sou um fracasso”. Nesse fator foi possível observar que o agrupamento das pessoas ficou entre -4 e -3 e os itens entre -1 e 1,



considerados difíceis para a população, o mesmo fenômeno ocorreu no fator 1, apresentados na Figura 2.

Outro critério avaliado na Escala de Distorções Cognitivas Depressivas (EDICOD) foi sobre as categorias de resposta para cada fator. Na figura 4, 5 e 6 a média  $b$  é considerada em zero, podendo ser analisado a probabilidade de endosso dos participantes para cada categoria de resposta, que no caso foi dividida em 1 (discordo totalmente), 2 (discordo um pouco), 3 (concordo um pouco) e 4 (concordo totalmente). No F1 o *threshold* entre a primeira e a segunda categoria é igual a -1,23, entre 2 e 3, igual a -0,27 e entre 3 e 4, igual a 1,50. Já no fator 2 o *threshold* entre a primeira e a segunda categoria de resposta ficou em -0,96, entre a segunda e a terceira ficou em -0,29 e entre a terceira e a quarta apresentou 1,25. Por último no F3 seguindo a mesma divisão de categorias entre os *threshold*, os valores respectivos ficaram entre -1,04, -0,10 e 1,14.

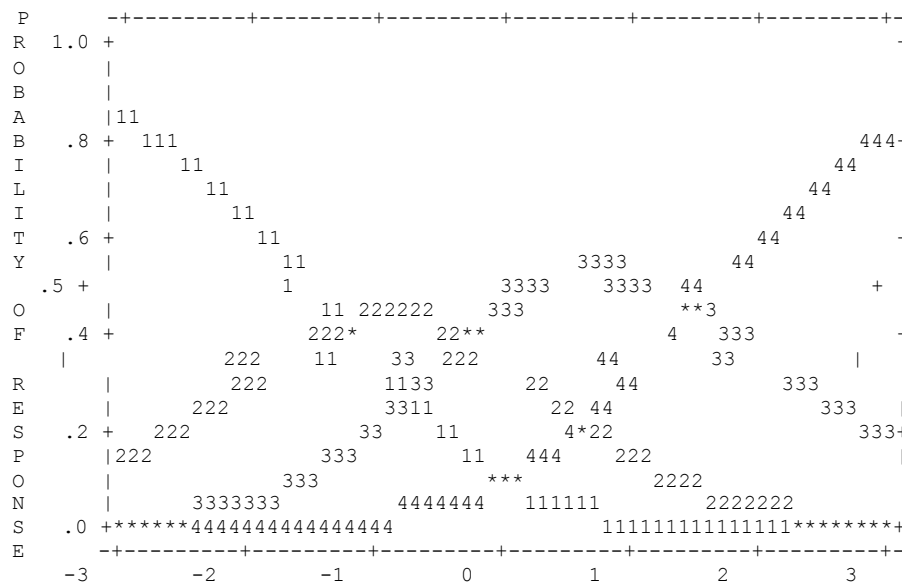


Figura 4. Categoria de resposta do F1.

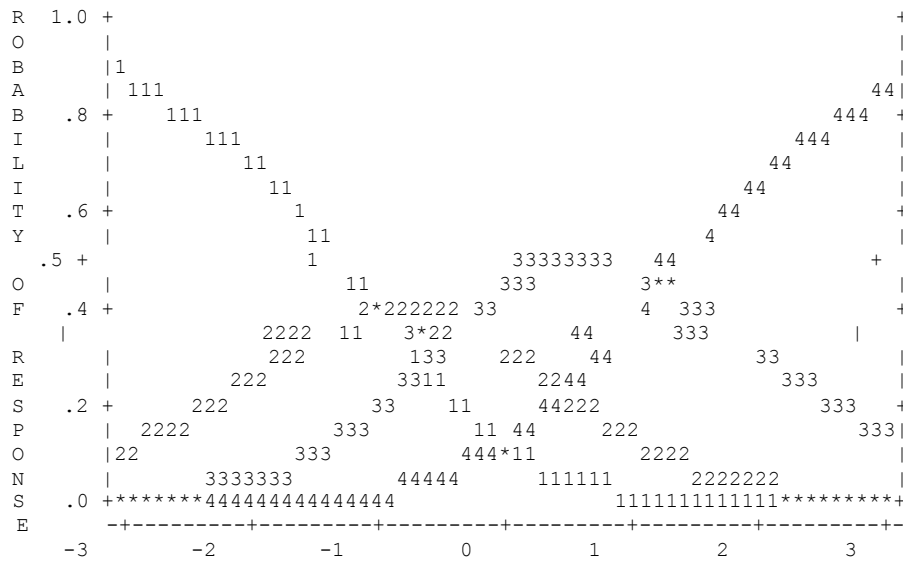


Figura 5. Categoria de resposta do F2.

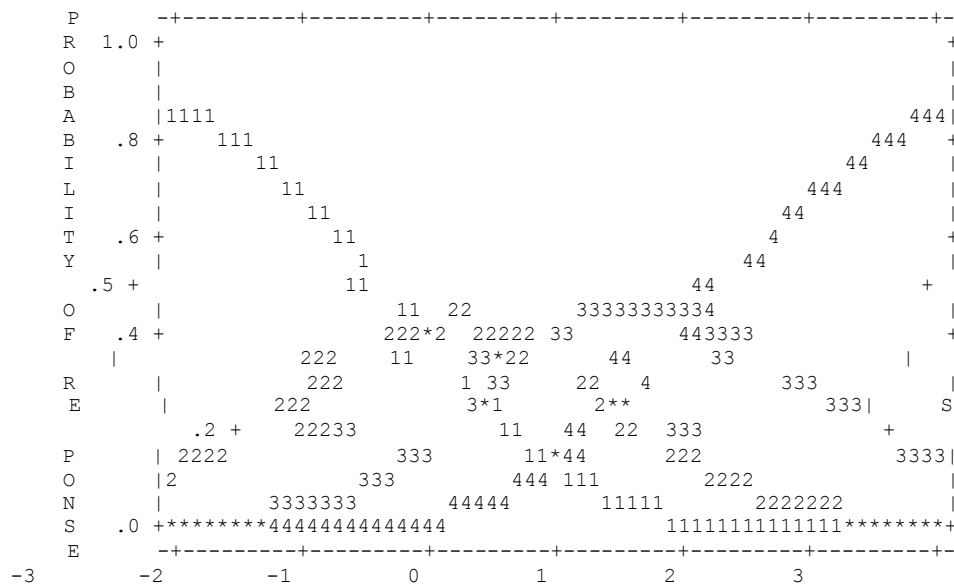


Figura 6. Categoria de resposta do F3.

Foi notado uma representação fácil de compreender em todas categorias, considerando os três fatores, como por exemplo nas Figuras 4, 5 e 6 onde as curvas não sobrepõem a faixa de theta. Quando ocorre essa divisão das curvas em várias regiões da escala theta, entende-se que o sujeito conseguiu diferenciar entre as categorias do

instrumento, demonstrando uma fácil compreensão entre a divisão da escala que no caso é Likert de quatro pontos.

## **Discussão**

O presente estudo realizou análises psicométricas preliminares da Escala de Distorções Cognitivas Depressivas (EDICOD), utilizando tanto a Teoria Clássica dos Testes (TCT), quanto a Teoria de Resposta ao Item (TRI), especificamente o modelo de um parâmetro de Rasch. Essas análises são essenciais no momento buscar validade de um instrumento, sendo essas bastante usadas pelo psicólogo na área de avaliação psicológica; utilizando como referencial teórico alguns nomes importantes da psicometria (Pasquali, 2004; Urbina, 2007).

Inicialmente, sobre a análise fatorial exploratória utilizada no trabalho, observou-se que a versão final do instrumento (EDICOD) ficou com 36 itens no total, já que esses itens apresentaram cargas fatoriais de moderada a alta entre os três fatores. Essas dimensões foram denominadas como abstração seletiva/personalização (F1); inferência arbitrária/maximização e minimização (F2) e pensamento dicotômico/hipergeneralização (F3). Uma maneira de entender esse resultado da divisão de três fatores é endossando a classificação das distorções cognitivas de Beck (1967), em que são divididas em seis tipos. Nesse sentido, mesmo o instrumento sendo baseado nas 11 descrições de distorções de Wood (2010), no momento da divisão dos fatores pela AFE, o modelo teórico mais pertinente que explicou a solução fatorial foi a divisão inicial proposta por Beck.

Assim, foi verificado que a escala não foi dividida conforme as divisões de Wood, mas sim em três fatores que sustentam as distorções definidas por Beck (1967). Uma das explicações é que o modelo cognitivo da depressão foi formulado a partir de visões de pessoas pertencentes a grupos clínicos de depressivos, mas nas amostras do estudo de

construção da escala, a maior parte dos participantes eram de pessoas sem diagnóstico, portanto era esperado que os tipos de distorções fossem identificados na população, mas não de uma forma genuína como a literatura demonstra (Knapp & Beck, 2008).

A EDICOD foi construída somente com itens negativos, com um certo cuidado para serem criados sentenças com visões distorcidas exageradas para que o respondente conseguisse identificar a partir da leitura, se o seu momento atual de pensamento é parecido com o conteúdo lido. Em uma pesquisa de Medeiros e Sougey (2010), foi relatado que os deprimidos apresentam mais crenças e distorções de pensamentos, e quando esses pensamentos negativos são regulados a partir de um processo psicoterapêutico, as chances desse sujeito em diminuir alguns sintomas da depressão são maiores. Por isso a importância de estudar e construir escalas que rastreiam esses tipos de pensamentos depressivos, para auxiliar na avaliação e na prevenção desses erros lógicos.

Em alguns estudos, realizados com a intenção de construir instrumentos psicológicos para rastrear distorções e/ou erros cognitivos, Lefebvre (1981) criou um instrumento intitulado de *Cognitive Error Questionnaire* (CEQ) baseado na teoria de Beck (1979), refletindo quatro tipos de distorções, tais como, catastrofização, supergeneralização, personificação e abstração seletiva. Porém os índices de confiabilidade não foram tão altos, quanto os encontrados nos fatores da EDICOD. Em outra pesquisa, Zauszniewski (1995) construiu o instrumento *Depressive Cognition Scale* (DCS) a partir do modelo cognitivo de Beck (1979), para mensurar aspectos cognitivos depressivos, como por exemplo, desesperança, inutilidade, solidão, entre outros. A confiabilidade do instrumento foi de 0,79, e os itens apresentaram cargas fatoriais entre 0,30 e 0,62, considerados índices adequados, mas não excelentes.

Weissman (1979) também foi outro pesquisador que construiu um instrumento utilizado mundialmente, a *Dysfunctional Attitude Scale* (DAS), uma escala que tem como

objetivo aferir os pensamentos disfuncionais na população geral. Esta escala foi utilizada em vários estudos, que no caso, dentre essas pesquisas uma foi feita no Brasil, por Orsini, Tavares e Tróccoli (2007) com o objetivo de fazer uma adaptação brasileira para a escala. Os principais resultados apontaram que o instrumento foi dividido em três fatores, e os valores de confiabilidades foram maiores que 0,70, porém a variância total explicada foi baixa, de 26%. Comparando esses resultados com a EDICOD, nota-se que a Escala de Distorções Cognitivas Depressivas, durante as análises preliminares, apresentou altos índices de confiabilidade e também uma variância total explicada alta, demonstrando evidências estatisticamente satisfatórias até o momento.

Em uma outra pesquisa nacional e mais atual, Carneiro e Baptista (2016) construíram um instrumento para averiguar pensamentos depressivos, a Escala de Pensamentos Depressivos (EPD). Os pressupostos teóricos entre as escalas são parecidos, ambos retomaram a teoria cognitiva como suporte para descrever os instrumentos, mas a EPD focou totalmente na descrição da Tríade Cognitiva, já a EDICOD utilizou somente as distorções cognitivas, sendo o foco principal a ser pesquisado. Beck (2010), comentou que o modelo cognitivo da depressão é formulado por vários substratos, sendo eles, os esquemas, a tríade e os erros de pensamento, porém, uma pessoa com sintomas depressivos, não necessariamente necessita ter todos esses fatores ativados, somente um deles é suficiente, para causar sofrimento emocional, desencadeando o processo depressivo. Assim sendo, nota-se que a EDICOD apresenta semelhanças com outros instrumentos, mas mesmo assim, contêm fatores importantes para rastrear determinados erros lógicos, que são as visões distorcidas do sujeito perante um evento específico.

Foi introduzido também para as análises o uso da TRI, para investigar a relação entre o traço latente do respondente imbricado ao item e, no geral, a maioria dos participantes responderam de uma forma esperada. Em relação aos parâmetros de ajustes

dos itens e pessoas, foram achados poucos itens com valores inadequados, tanto para *infit* quanto *outfit*, entre os valores de 0,60 e 1,40. Por isso foi sugerido a partir dos resultados que a escala pode ser considerada de bom ajuste, seguindo os valores esperados segundo a literatura (Linacre, 2010; Sisto, 2006).

A amostra dos respondentes a partir do mapa de itens, apresentou que os itens referentes ao fator 3 e o 2 da EDICOD foram considerados mais difíceis pela população geral, sendo pouco endossados. Em relação ao F2, foi avaliado como o fator com resultados mais mediano de respostas, apresentando itens com frequência de resposta maior, comparando-se com os outros dois fatores. Por fim, foi avaliado que a escala contém itens difíceis de serem respondidos e um dos motivos é porque o instrumento só compõem itens negativos e também a grande maioria dos participantes foram formados por sujeitos não clínicos, por isso a dificuldade de pontuação dos itens (Primi, 2010).

Foi verificado também, se as categorias de respostas para cada fator da escala foram consideradas adequadas. Em todos os fatores as categorias foram bem fáceis de compreender, porque as curvas não sobrepuseram a faixa de theta, resultando em um fácil entendimento do respondente entre a pontuação likert, demonstrando que a divisão de quatro pontos foi a mais pertinente. Concluiu-se que a partir desses resultados baseados na análise de TRI, o instrumento foi classificado como adequado.

A partir dos resultados fornecidos, tanto pela utilização da TCT e TRI, observou-se que a escala apresentou uma estrutura fatorial adequada, tanto para os três fatores, quanto a sua variância total explicada. Durante o processo de construção e análises psicométricas, vários itens foram excluídos com o intuito de deixar o instrumento mais fidedigno e coerente com a literatura, tendo como o objetivo inicial finalizado, que foi construir uma escala para rastrear distorções cognitivas depressivas. Contudo, cabe considerar algumas limitações, uma delas, seria a amostra reduzida de pessoas com diagnóstico de depressão,

sugerindo um aumento desses pacientes clínicos e futuramente novas análises para adequar os itens que foram considerados ruins a partir da TRI.

### Referências

- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1982). *Terapia Cognitiva da Depressão*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Beck, A.T. (1979). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York: Meridian.
- Beck, A.T. (2005) The current state of cognitive therapy: A 40-year retrospective. *Arch Gen Psychiatry*, 62(9), 953-959. doi:10.1001/archpsyc.62.9.953
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford Press.
- Burns, D. D. (1980). *Feeling good: The new moodtherapy*. New York: Signet.
- Cane, D. B., Olinger, J., Gotlib, I. H., & Kuiper, N. A. (1986). Factor structure of the dysfunctional attitude scale in a student population. *Journal of Clinical Psychology*, 42(2), 307-309. doi: 10.1002/1097-4679(198603)42:2<307::AID-JCLP2270420213>3.0.CO;2-J
- Carneiro, A. M. & Baptista, M. N. (2016). *Escala de Pensamentos Depressivos – EPD*. São Paulo: Hogrefe.
- Covin, R. (2011). Measuring cognitive errors: Initial development of the cognitive distortions scale (CDS). *International Journal of Cognitive Therapy*, 4(3), 297-322. doi: 10.1521/ijct.2011.4.3.297
- Dancey, C. R., & Reidy, J. (2006). *Estatística sem matemática para psicologia usando o SPSS para Windows*. Porto Alegre: Artmed.

- Dyck, M. J. (1992). Subscales of the Dysfunctional Attitude Scale. *British Journal of Clinical Psychology, 31*, 333-335. doi: 10.1111/j.2044-8260.1992.tb01001.x
- Erikson, E. (1968). *Readings in the psychology of adjustment*. New York: McGraw Hill.
- 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
- Linacre, J. M. (2011). *A user's guide to Winsteps, Program Manual 3.74.0*. Chicago: Winsteps.com.
- Lorenzo-Seva, U. (2003). A factor simplicity index. *Psychometrika, 68*, 49-60. doi: 10.1007/BF02296652
- Lorenzo-Seva, U., & Van Ginkel, J. R. (2016). Multiple Imputation of missing values in exploratory factor analysis of multidimensional scales: Estimating latent trait scores. *Anales de Psicología/Annals of Psychology, 32*(2), 596-608. doi: 10.6018/analesps.32.2.215161
- Orsini, M. R. C., Tavares, M., & Tróccoli, B. T. (2007). Adaptação Brasileira da Escala de Atitudes Disfuncionais (DAS). *Psico-USF, 11*(1), 25-33. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S141382712006000100004&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S141382712006000100004&script=sci_abstract&tlng=es).
- Parker, G., Bradshaw, G., & Blignault, I. (1984). Dysfunctional attitudes: Measurement, significant constructs and links with depression. *Acta Psychiatrica Scandinavia, 70*, 90-96. doi: 10.1111/j.1600-0447.1984.tb01186.x
- Pasquali, L. (2007). Validade dos testes psicológicos: Será possível reencontrar o caminho? *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 23*, 99-107. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v23nspe/18>



- Pasquali, L., & Primi, R. (2007). Fundamentos da Teoria da Resposta ao Item – TRI. Em L. Pasquali (Org.). *Teoria de resposta ao Item: TRI*, (pp. 11-28). Brasília, Distrito Federal: Editora UNB
- Picon, P., Cataldo Neto, A., Gauer, G. J. C., & Furtado, N. R. (2003). Epidemiologia e psiquiatria. *Psiquiatria para estudantes de medicina. Porto Alegre: EDIPUCRS*, 83-93.
- Pössel, P. (2009). Cognitive error questionnaire (CEQ): Psychometric properties and factor structure of the German translation. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 31(3), 264-269. doi: 10.1007/s10862-008-9117-x
- Primi, R. (2010). Avaliação psicológica no Brasil: Fundamentos, situação atual e direções para o futuro. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(1), 25-35. Recuperado de <https://revistaptp.unb.br/index.php/ptp/article/view/477/81>
- Rangé, B. P. (1995). *Psicoterapias comportamental e cognitiva*. Campinas: Editorial Psy.
- Rupke S. J., Blecke, D., & Renfrow, M. (2006) Cognitive therapy for depression. *Am Fam Phys*, 73(1), 83-86. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16417069>.
- Sisto, F. F. (2006). O funcionamento diferencial dos itens. *Psico-USF*, 11(1), 35-43. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-82712006000100005](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712006000100005)
- Urbina, S. (2007). Fundamentos da testagem psicológica. Porto Alegre: Artmed.
- Weissman, A. N. (1979). *The Dysfunctional Attitude Scale: A validation study*. Tese de Doutorado, University of Pennsylvania, Philadelphia. Recuperado de <http://repository.upenn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2994&context=edissertation>
- Wood, J. C. (2010). *The Cognitive Behavioral Therapy Workbook for Personality Disorders*. Oakland: New Harbinger.

- Zauszniewski, J. A. (1995). Development and testing of a measure of depressive cognitions in older adults. *Journal of Nursing Measurement*, 3(1), 31–41. Recuperado de <http://www.ingentaconnect.com/content/springer/nmeas/1995/00000003/00000001/art00003>
- Zauszniewski, J. A., Chung, C. W., Krafcik, K., & Sousa, V. D. (2001). Psychometric testing of the depressive cognition scale in women with type 2 diabetes. *Journal of Nursing Measurement*, 9(1), 61–72. Recuperado de <http://www.ingentaconnect.com/content/springer/nmeas/2001/00000009/00000001/art00005>
- Zauszniewski, J. A., Picot, S. J. F., Debanne, S. M., Roberts, B. L., & Wykle, M. L. (2002). Psychometric characteristics of the depressive cognition scale in African American women. *Journal of Nursing Measurement*, 10(2), 83–95. doi: [doi.org/10.1891/jnum.10.2.83.52557](https://doi.org/10.1891/jnum.10.2.83.52557)

## **Evidências de validade baseadas na relação com variáveis externas para a Escala de Distorções Cognitivas Depressivas – EDICOD (Artigo 3)**

### **Resumo**

A depressão é um transtorno psiquiátrico que afeta o mundo todo, e por ser de causa multifatorial, acaba sendo considerada uma das doenças mais incapacitantes dos últimos anos. Dentre os vários fenômenos que estão imbricados no transtorno depressivo, as distorções cognitivas são de suma importância no momento de gerar pensamentos disfuncionais e negativos. Com isso pode ocorrer maior agravamento no quadro clínico, deixando o indivíduo mais acometido pelos sintomas da depressão, demonstrando que é importante analisar e rastrear esses tipos de erros lógicos oriundos do adoecimento emocional. Com o propósito de investigar instrumentos para facilitar o manejo das avaliações, o presente estudo teve como objetivo inicial, buscar evidências de validade baseadas com variáveis externas para a Escala de Distorções Cognitivas Depressivas (EDICOD). Participaram da pesquisa 459 pessoas, divididos em dois grupos, sendo os não clínicos e clínicos com diagnóstico de depressão. Na coleta de dados foram aplicados Escala Baptista de Depressão (EBADEP-A); Escala de Pensamentos Depressivos (EPD); Escala de Atitudes Disfuncionais (DAS); Escala de Autorregulação Emocional (EARE) e por última o instrumento recém construído, Escala de Distorções Cognitivas Depressivas (EDICOD). Esses instrumentos foram divididos em dois tipos de protocolos (A e B), com a intenção de não gerar cansaço emocional e físico nos participantes. Então o grupo clínico respondeu individualmente os instrumentos, já que os participantes do grupo não clínico, responderam de forma coletiva. Foram comparadas as médias de sintomas e pensamentos depressivos entre os dois grupos, posteriormente foi feita a relação dos instrumentos de distorções cognitivas (EDICOD) com os demais. Os principais resultados demonstraram evidências de validade para a escala, mostrando que os depressivos apresentaram com mais frequência as distorções cognitivas.

**Palavras-chave:** distorções cognitivas; depressão; correlação; construção

### **Abstract**

Depression is a psychiatric disorder that affects the whole world, and because it is a multifactorial cause, it ends up being considered one of the most disabling diseases of the last years. Among the various phenomena that are imbricated in the depressive disorder, the cognitive distortions are of paramount importance at the moment of generating dysfunctional and negative thoughts. This can lead to a worsening in the clinical picture, leaving the individual more affected by the symptoms of depression, demonstrating that it is important to analyze and track these types of logical errors from emotional illness. With the purpose of investigating instruments to facilitate the management of evaluations, the present study aimed to find validity evidences based on external variables for the Depressive Cognitive Distortion Scale (EDICOD). 459 people participated in the study,

divided into two groups, with non-clinical and clinical diagnoses of depression. In the data collection instruments were applied, such as the Baptista Depression Scale (EBADEP-A); Scale of Depressive Thoughts (EPD); Dysfunctional Attitudes Scale (DAS); Emotional Autoregulation Scale (EARE) and lastly the newly constructed instrument, Depressive Cognitive Distortion Scale (EDICOD). These instruments were divided into two types of protocols (A and B), with the intention of not generating emotional and physical fatigue in participants. Then the clinical group responded individually to the instruments, since the participants of the non-clinical group responded collectively. The means of depressive symptoms and thoughts were compared between the two groups, afterwards the relation of the instruments of cognitive distortion (EDICOD) with the others was made. The main results showed evidence of validity for the scale, showing that depressives presented with more frequency the cognitive distortions.

**Keywords:** cognitive distortions; depression; correlation; construction

## Introdução

A depressão é considerada um transtorno de humor multifatorial, que possui aspectos biológicos, ambientais e sociais. Estatísticas apontam que é a doença psiquiátrica que mais acomete a população mundial, independente da faixa etária, e aproximadamente 322 milhões sofrem de depressão no mundo, e até 2020 será o transtorno mais comum (*World Health Organization – WHO, 2017*). O sintoma principal da depressão é o humor deprimido, que se inicia com um rebaixamento desse estado de humor e aos poucos vai se agravando, além da anedonia, caracterizada pela falta de prazer das suas atividades diárias, que antes tinham um significado importante na vida do sujeito; junto de outros sintomas adicionais, como por exemplo, alterações no apetite, sono, sentimento de culpa e pensamentos negativos recorrentes. Esses sintomas precisam perdurar por no mínimo duas semanas. As chances de uma pessoa desencadear um quadro depressivo durante sua vivência variam entre 10% e 25% no sexo feminino e aproximadamente de 5% a 12% nos homens, e a idade mais acometida é na margem dos 20 aos 40 anos (*American Psychological Association - APA, 2014*).

Outra questão importante que deve ser observada, são as características referentes ao sexo, idade e também o estado civil, considerados como fatores sociodemográficos de alto impacto que interfere diretamente no sujeito que sofre com depressão. Dentre esses fatores, podem ser considerados também, o histórico da doença na família, ter graves problemas de saúde, passar por vários eventos estressores durante a vida, entre outros (Baptista, 2004). Considerando o sexo da população, as mulheres foram as que mais apresentaram sintomas somáticos, quando comparadas aos homens, tais como, oscilação no apetite, sono e peso. Comparando o estado civil, algumas pesquisas apontam que ser casado pode ser considerado como um fator protetivo (Justo & Kalil, 2006; Santos & Kassouf, 2006).

Em uma pesquisa sobre prevalência de depressão em diversos países, estes foram separados em dois grupos a partir da renda econômica (alta e média-baixa). Dentre esses países, dez ficaram no grupo da renda econômica alta e oito países no grupo da renda mais baixa, sendo que o Brasil ficou alocado nesse grupo. A partir desses dados que foram pesquisados no estado de São Paulo, o Brasil foi o país com mais casos de depressão e a partir da faixa etária, foi verificado que as pessoas entre 18 e 34 anos apresentaram de 3 a 5,5 vezes mais chances de ter episódios depressivos do que os indivíduos com mais de 65 anos. Em relação ao estado civil, os divorciados apresentaram maior risco de serem acometidos pela depressão do que os casados (Bromet et al., 2012).

A partir dos fatores supracitados que de algum modo desenvolve e estimula um episódio de depressão, as cognições também afetam diretamente os mecanismos que são primordiais na manutenção dos padrões de pensamentos negativos no depressivo. Esses erros lógicos na forma de pensar, são nomeados como distorção cognitiva, que segundo Beck, Rush, Shaw e Emery (1982) consiste em padrões rígidos de pensamentos negativos que desencadeiam processos internos fazendo com que o sujeito faça apenas avaliação

negativa ou catastrófica de situações sobre si, seu meio social e o futuro. Essas visões distorcidas afetam o depressivo em várias esferas da sua vida, tais como, no trabalho, na família, nas suas relações interpessoais, e são considerados como um fator psicológico importante que intensifica os sintomas depressivos (Knaap & Beck, 2008).

As distorções cognitivas são bastante frequentes em pacientes com transtornos psiquiátricos, como por exemplo os depressivos, ansiosos e esquizofrênicos. Esses sujeitos, frequentemente começam a ter pensamentos negativos sobre vários aspectos da sua vida. A partir do modelo cognitivo da depressão, observa-se que quando o depressivo apresenta distorções cognitivas (Tabela 1), elas interferem negativamente no seu meio social, sua visão de si mesmo e do futuro. Esse olhar negativo para a vida é nomeado segundo Aaron Beck como tríade cognitiva, considerada como um pressuposto psicológico importante para entender e intensificar os sintomas depressivos (Beck & Dozois, 2011).

Tabela 1

*Tipos de distorções cognitivas*

---

**Inferência arbitrária:** refere-se ao processo de extrair uma conclusão específica na ausência de evidências para apoiar a conclusão, ou quando as evidências são contrárias à conclusão.

**Abstração seletiva:** consiste em focalizar um detalhe extraído do contexto, ignorar outras características mais salientes da situação e conceituar a experiência toda com base no fragmento.

**Hipergeneralização:** refere-se ao padrão de extrair uma regra geral ou conclusão com base em um ou mais incidentes isolados e aplicar o conceito indiscriminadamente a situações relacionadas e não relacionadas.

**Magnificação e minimização:** são refletidas em erros de avaliação da importância ou magnitude de um evento que são tão grosseiros a ponto de constituir uma distorção.

**Personalização:** refere-se à propensão do paciente a relacionar eventos externos a si próprio, quando não há qualquer base para estabelecer tal conexão.

**Pensamento dicotômico absolutista:** é manifestado na tendência a colocar todas as experiências em uma entre duas categorias opostas.

---

*Nota:* elaborada com base nas distorções cognitivas de Beck (1967).

A partir das distorções cognitivas supracitadas, normalmente existem alguns processos que podem ser utilizados para a diminuição desses erros cognitivos, que geram o humor negativo, como por exemplo, a autorregulação emocional que segundo Berking, Ebert, Cuijpers e Hoffmann (2003) pode ser definida como uma habilidade de enfrentamento de emoções aversivas, favorecendo o indivíduo a manter o senso de controle em situações estressoras bem como, na prevenção, redução, intensidade e duração dos estados disfóricos. O conceito também pode ser entendido como controle expressivo das emoções negativas e na redução da excitação emocional, envolvendo monitoramento e avaliação das experiências emocionais. Gratz e Roemer (2004) denominam a autorregulação emocional como um processo de iniciar, manter e modular emoções de acordo com as ocorrências, intensidades e duração dos estados afetivos internos.

A autorregulação emocional é vista como um processo dinâmico envolvendo esforços conscientes capazes de influenciar pensamentos, sentimentos e comportamentos para atingir um objetivo específico. O desempenho acadêmico, relações interpessoais e o ajustamento psicológico são formas nas quais o fenômeno pode atuar e contribuir, no sentido de conseguir equilibrar pensamentos negativos no sujeito. Quando o indivíduo apresenta dificuldade em autorregular-se emocionalmente pode ocorrer aumento na probabilidade e no desenvolvimento de transtornos psiquiátricos, e/ou desencadeamento de estresse pós-traumático, ansiedade ou depressão (Gross & John, 2003; Duckworth & Seligman, 2006).

Em um estudo de Gross e John (2003), os autores afirmaram que baixos índices de autorregulação emocional podem causar comportamentos desajustados nos indivíduos. Esses sujeitos tendem a correr riscos, como por exemplo, fazer o uso de substâncias psicoativas, auto-mutilação, comportamentos sexuais de risco, desencadeamento de

transtornos psiquiátricos como o estresse pós-traumático, ansiedade e em grande escala a depressão.

Ainda discutindo sobre os possíveis fatores que influenciam o desenvolvimento do transtorno depressivo, serão relatados alguns estudos mais antigos sobre o impacto das distorções cognitivas nos depressivos. Dobson e Shaw (1986) verificaram a relação dos pensamentos distorcidos e negativos em três tipos de sujeitos, sendo esses 35 pacientes psiquiátricos com depressão (n=26 mulheres); 16 pacientes psiquiátricos não deprimidos (n=12 mulheres) e 17 indivíduos sem nenhum diagnóstico (n= 11 homens), entre 18 e 35 anos de idade. Os instrumentos aplicados foram o *Automatic thoughts Questionnaire* (ATQ) e *Dysfunctional Attitude Scale* (DAS), os principais resultados indicaram correlações estatisticamente significativas entre o ATQ e os níveis de depressão ( $r= 0,84$ ;  $p=0,001$ ), e o da DAS com os níveis de depressão ( $r= 0,64$ ;  $p=0,001$ ). Kendall, Howard e Hays (1989) realizaram um estudo para identificar a frequência dos pensamentos negativos em pacientes psiquiátricos, sendo esses divididos em dois grupos, com indivíduos diagnosticados com depressão (n=19) com idade média de 38,16 anos, totalizando 17 mulheres. O outro grupo foi composto de pacientes com transtornos psiquiátricos como esquizofrenia, transtorno bipolar, fobias (n=15), idade média de 32,80 e o sexo masculino (n=9) foi mais predominante. Os instrumentos aplicados foram *Beck Depression Inventory* (BDI), *Automatic Thoughts Questionnaire* (ATQ) e *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI-D). Os resultados a partir o teste t de Student apontaram que o ATQ diferenciou significativamente os sujeitos depressivos porque eles endossaram os itens em uma frequência maior do que os pacientes sem diagnóstico de depressão. Por fim, foi encontrado que existe uma tendência maior dos depressivos assumirem pensamentos negativos, quando comparado com outros grupos.



Nos estudos mais atuais, Medeiros e Sougey (2010) realizaram um estudo sobre distorções de pensamentos em 75 pacientes depressivos. A idade média foi de 42,7 anos e o sexo mais predominante da amostra foi de mulheres ( $N=62/82,7\%$ ). Os instrumentos aplicados nesses sujeitos foram o BDI e SCID-I, com o propósito de rastrear o nível de depressão e as distorções de pensamento. Os resultados indicaram que as distorções mais frequentes nos depressivos foram, pensamentos de desesperança (69,3%), ideias de fracasso (61,3%) e desejo de morte (60,0%), nas mulheres e na faixa etária dos 18 a 33 anos. Por fim, encontraram correlação estatisticamente significativa entre as distorções com as variáveis de idade, sexo e estado civil.

Em um estudo mais recente de Batmaz et al. (2015) sobre pensamentos negativos e atitudes disfuncionais, foi avaliado se esses fenômenos influenciaram os episódios depressivos recorrentes na população adulta. A amostra do estudo foi composta por 100 sujeitos de ambos os sexos, sendo que 74% corresponderam ao sexo feminino, entre 18 e 65 anos ( $M=29,12$ ). Os instrumentos utilizados foram o *Structured Diagnostic Interview* (MINI), *Beck Depression Inventory* (BDI), *Automatic Thoughts Questionnaire–Negative* (ATQ) e *Dysfunctional Attitude Scale* (DAS). Os principais resultados indicaram avaliações psicométricas estatisticamente significativas. A correlação com maior magnitude foi com a pontuação da DAS ( $r=0,75$ ) com BDI, e entre os dois instrumentos ATQ e DAS ( $r=0,51$ ), considerada uma magnitude moderada apontando que os pensamentos negativos são fundamentais na predição das recorrências depressivas.

Por fim, observa-se que a partir dos estudos relatados as distorções cognitivas e pensamentos negativos estão relacionados e presentes nos indivíduos que sofrem com algum tipo de sintoma da depressão ou mesmo o transtorno depressivo propriamente dito. Assim, o objetivo geral do estudo foi buscar evidências de validade baseadas na relação com variáveis externas para a Escala de Distorções Cognitivas Depressivas

(EDICOD), correlacionando com a Escala Baptista de Depressão (EBADEP A), a Escala de Pensamentos Depressivos (EPD), a Escala de Atitudes Disfuncionais (DAS) e a Escala de Autorregulação Emocional (EARE) em pessoas com e sem diagnóstico de depressão.

## **Método**

### **Participantes**

A amostra foi composta por 459 pessoas, sendo 93,5% (n=429) definidos como grupo não-clínico e 6,5% (n=30) e um grupo clínico (com diagnóstico de depressão). A idade desses participantes variou entre 18 e 60 anos ( $M= 27,51$ ;  $DP= 9,19$ ) e 85,4% (n=70) dos participantes que souberam relatar sobre diagnóstico de familiares, tinham a mãe com depressão. Quanto ao estado civil, a maior parte dos participantes foi composta por 70,2% (n=322) solteiros, e 22,4% (n=103) de casados. Os demais sujeitos ficaram divididos em divorciados 3,5% (n=16); viúvo 0,7% (n=3); recasados 0,7% (n=3) e outros 2,6% (n=12).

Dos participantes do grupo não-clínico, 335 (73%) eram universitários e 94 (20,5%) funcionários de um hospital, sendo que 63,4% (n=291) eram do sexo feminino, com idades entre 18 e 60 anos ( $M=27,45$ ;  $DP=9,18$ ). Os pacientes com diagnóstico de depressão tinham idades entre 19 e 45 anos ( $M=29,56$ ;  $DP=6,79$ ), sendo que 80% (n=24) eram do sexo feminino.

### **Instrumentos**

Questionário de Identificação: instrumento fechado elaborado pelos autores com intuito de obter dados relacionados ao paciente, como: sexo, idade, escolaridade, histórico de doença mental e de avaliação psiquiátrica ou psicológica.

Escala de Distorções Cognitivas Depressivas – EDICOD (Cunha & Baptista, 2017):  
a construção da EDICOD foi feita a partir do pressuposto teórico da Teoria Cognitiva de

Beck (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1982) e dos 11 descritores das distorções cognitivas de Wood (2010). Foi realizada análise fatorial exploratória utilizando o método de extração ULS, com rotação oblíqua (weighted oblimin) uma vez que existem pressupostos teóricos de que os fatores são correlacionados e também análise da Teoria de Resposta ao Item a partir do modelo de um parâmetro de Rasch, em que foi indicado uma solução mais apropriada com três fatores, denominados como F1 abstração seletiva/personalização; F2 inferência arbitrária/maximização e minimização e F3 pensamento dicotômico/hipergeneralização, com variância total explicada de 57,18%. A escala possui 36 itens e os seus índices de fidedignidade foram de  $\alpha = 0,93$  (F1),  $\alpha = 0,93$  (F2) e  $\alpha = 0,95$  (F3). As opções de respostas são em formato tipo Likert de quatro pontos, sendo 1 (discordo totalmente) e 4 (concordo totalmente), com pontuação mínima de 36 pontos e máxima de 144 pontos.

Escala Baptista de Depressão - EBADEP -A (Baptista, 2012): o instrumento foi desenvolvido tendo como base indicadores de manuais diagnósticos tais como o DSM-IV-TR (APA, 2002), CID 10 (OMS, 1993), bem como descritores baseados na Teoria Cognitiva de Beck (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1997) e na Teoria Comportamental da Depressão (Ferster, Culbertson & Boren, 1977). A escala é composta por 45 itens de avaliação de sintomas da depressão que são divididos em duas frases por item, no formato Likert de quatro pontos, com variação de zero a três, com mínima de zero e a máxima de 135, de modo que, quanto, menor a pontuação, menor a sintomatologia depressiva apresentada pelo sujeito. O instrumento pode ser aplicado na faixa etária de 17 a 81 anos. O índice de confiabilidade da escala foi de 0,92.

Escala de Pensamentos Depressivos (EPD) (Carneiro & Baptista, 2016): a escala foi construída com base na teoria de Beck (1979) partir do modelo da tríade cognitiva, com o objetivo de avaliar pensamentos negativistas encontrados em sujeitos com depressão.

A escala no total possui 26 itens, divididos em dois fatores, sendo o F1 composto por pensamentos negativistas do sujeito a respeito de si e do futuro e no F2 se alocam os pensamentos positivos e funcionais relacionam-se mais sobre a relação com o mundo/outros. O instrumento é autoaplicável, destinado ao público adulto (18 a 59 anos), constituído por uma escala Likert de três pontos com pontuação mínima de 26 pontos e máximo de 78. O instrumento apresentou índices de confiabilidade, 0,93 no Fator 1 e 0,89 no Fator 2.

Escala de Atitudes Disfuncionais - DAS (Weissman, 1979): o instrumento foi adaptado para versão brasileira por Orsili, Tavares e Tróccoli (2006). A escala rastreia crenças ou atitudes negativas em adultos a partir de 18 anos, divididas em duas formas (DAS-A/DAS-B); sendo que o formato A corresponde somente itens negativos e o formato B itens positivos, compreendendo 40 itens em cada versão e uma escala do tipo Likert de sete pontos, sendo o mínimo de 40 pontos e o máximo de 280 ponto. O índice de confiabilidade da forma A da escala é de 0,81. Na presente pesquisa será utilizada somente o formato DAS-A, uma vez que os itens são compostos por dimensões negativas.

Escala de Autorregulação Emocional – EARE (Noronha & Baptista, 2015): a escala tem como objetivo avaliar o aspecto da autorregulação emocional no público adulto. Até o momento o instrumento tem 95 itens distribuídos em uma escala tipo Likert de quatro pontos, sendo 1 para “Nunca” e 4 “Sempre”). A instrução do instrumento orienta que o participante assinale a resposta que melhor o descreve. Em um segundo momento, foi elaborado um roteiro de entrevista para a coleta de dados, sendo que as questões “O que você pensa quando está triste?” e “O que você faz quando está triste?” compunham o roteiro. Dos itens sugeridos nas entrevistas semiestruturadas, 28 foram inseridos na versão final da EARE, totalizando então a versão dos 95 itens. A EARE foi baseada nos

pressupostos teóricos de Weiss et al. (2015); Nelis et al. (2011) e Gratz e Roemer (2004), portanto estudos sobre medidas psicométricas estão sendo desenvolvidas.

### **Procedimentos**

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade São Francisco (CAAE 61631016.2.0000.5514) e autorizado pelas instituições para a aplicação dos instrumentos psicológicos. Os sujeitos respondentes da pesquisa, receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), impresso em duas vias, que constavam as informações pertinentes da pesquisa. No grupo 1, a aplicação foi realizada de forma coletiva em sala de aula (os sujeitos pertencentes ao grupo de estudantes) após a aprovação dos responsáveis institucionais. Referente aos sujeitos que eram funcionários do hospital, responderam os testes na própria instituição de forma grupal e/ou individual, em um local específico da própria organização. Foi acrescentado o grupo dos funcionários do hospital com o intuito de inserir outras idades para a amostra. A aplicação nesse grupo levou aproximadamente 20 minutos.

No grupo 2 as aplicações foram individuais no próprio estabelecimento onde o sujeito se encontrava, no caso, uma clínica médica. O tempo para a execução da aplicação foi aproximadamente de 40 minutos. Neste grupo ocorreu um aumento de tempo na aplicação porque como os pacientes com diagnóstico de depressão, os indivíduos apresentaram dificuldades em compreender alguns itens dos instrumentos, por estarem debilitados pela depressão e/ou com efeitos de medicamentos.

Foi aplicado em ambos os grupos cinco tipos de escala e o questionário de identificação, tais como, a Escala de Distorções Cognitivas Depressivas (EDICOD), Escala Baptista de Depressão – versão adulta (EBADEP-A), Escala de Pensamentos Depressivos (EPD), Escala de Atitudes Disfuncionais (DAS) e a Escala de Autorregulação Emocional (EARE). Esses protocolos de aplicação foram divididos em dois tipos de

protocolos, denominados como A e B, com o intuito de separar os instrumentos que foram aplicados para evitar o efeito fadiga nos participantes, por conter muitos itens para responder. O protocolo A teve os instrumentos: EDICOD, EBADEP-A e EPD e o outro, EDICOD, DAS e EARE. Os participantes responderam os protocolos de maneira alternada, então tanto o grupo 1 quanto o grupo 2, receberam protocolos do tipo A ou B.

### **Análise de dados**

Os dados foram analisados a partir do programa *Statistic Package for Social Sciences* – SPSS (IBM, 2015). O teste t de Student foi utilizado para verificar possíveis diferenças de média em até dois grupos. A relação da EDICOD e os seus fatores com as outras escalas utilizadas, tais como EBADEP A, EPD, DAS e EARE foi verificada a partir da correlação de Pearson. Os resultados foram considerados significativos quando o p é igual ou menor que 0,05. Outra análise feita foi a de regressão linear múltipla, para observar quanto um instrumento prediz o outro. A divisão dos participantes foi feita em clínicos e não clínicos por conter particularidades específicas de cada um, e com a intenção de analisar as variáveis mais presentes nessa amostra, como por exemplo o sexo, idade e estado civil.

### **Resultados**

Primeiramente foi utilizada uma análise de frequência para verificar os níveis de sintomatologia depressiva e pensamentos depressivos na população geral. Conforme apresentado na Tabela 2, foram utilizados normas de correção segundo o manual da EBADEP-A e EPD (Baptista, 2012; Carneiro & Baptista, 2016).

Tabela 2  
*Frequência de sintomatologia depressiva e pensamentos depressivos.*

Grupo	Sintomatologia	EBADEP-A (N/%)	EPD F1 (Baixa autoestima/desesperança) (N/%)	EPD F2 (Funcionalidade das relações) (N/%)
Não clínico	Baixo/mínima	181/79,4	64/28,2	82/36,1
	Médio baixo/Leve	17/7,9	65/28,6	84/30,0
	Médio alto/Moderada	26/11,4	31/13,7	42/25,5
	Alto/Severa	3/1,3	67/29,5	19/8,4
Clínico	Baixo/mínima	2/14,3	-	2/14,3
	Médio baixo/Leve	2/14,3	1/7,1	4/28,6
	Médio alto/Moderada	9/64,3	-	5/35,7
	Alto/Severa	1/7,1	13/92,9	3/21,4

Verificou-se que no grupo não clínico grande parte dos sujeitos apresentaram sintomatologia depressiva mínima ( $N=181$ ; 79,4%), seguidos de baixa autoestima/desesperança ( $N=65$ ; 28,6%) e funcionalidades das relações ( $N=82$ ; 36,1%) de baixo para médio baixo. Mas ainda no F1 da EPD, o nível “alto” de pensamentos depressivos foi o mais pontuado ( $N=67$ ; 29,5%). E no grupo clínico o nível de sintomas depressivos mais frequente foi o moderado ( $N=9$ ; 64,3%) e o fator 1 da EPD rastreou alta frequência de pensamentos de baixa autoestima/desesperança e médio alto em pensamentos nas funcionalidades das relações (F2). Após analisar o ponto de corte dos instrumentos, foi realizada uma análise para verificar a diferença de média entre os escores dos grupos (clínico e não clínico), a partir do resultado das pontuações das escalas aplicadas (Tabela 3)

Tabela 3  
Diferença de média entre os grupos.

	Grupo	N	Média	DP	t	gl	p	d																																																																																																			
EDICOD-F1	Não-clínico	429	10,42	3,91	-5,445	30,342	0,001	1,24																																																																																																			
	Clínico	30	17,30	6,83					EDICOD-F2	Não-clínico	429	19,42	7,23	-8,684	457	0,001	1,47	Clínico	30	31,50	9,06	EDICOD-F3	Não-clínico	429	18,00	5,31	-3,955	29,979	0,001	0,92	Clínico	30	25,90	10,85	EDICOD-Total	Não-clínico	429	47,84	14,47	-6,622	30,800	0,001	1,45	Clínico	30	74,70	21,88	EPD F1	Não-clínico	213	19,81	5,14	-7,741	225	0,001	-1,88	Clínico	14	31,00	6,67	EPD F2	Não-clínico	213	17,25	4,21	-2,750	225	0,006	-0,80	Clínico	14	20,43	3,76	EBADEP-A	Não-clínico	214	33,45	24,95	-7,203	226	0,001	2,1	Clínico	14	82,71	21,86	DAS	Não-clínico	215	117,91	31,09	-3,319	16,834	0,004	0,98	Clínico	16	155,19	44,11	EARE	Não-clínico	215	209,44	30,30	-3,343	226	0,001
EDICOD-F2	Não-clínico	429	19,42	7,23	-8,684	457	0,001	1,47																																																																																																			
	Clínico	30	31,50	9,06					EDICOD-F3	Não-clínico	429	18,00	5,31	-3,955	29,979	0,001	0,92	Clínico	30	25,90	10,85	EDICOD-Total	Não-clínico	429	47,84	14,47	-6,622	30,800	0,001	1,45	Clínico	30	74,70	21,88	EPD F1	Não-clínico	213	19,81	5,14	-7,741	225	0,001	-1,88	Clínico	14	31,00	6,67	EPD F2	Não-clínico	213	17,25	4,21	-2,750	225	0,006	-0,80	Clínico	14	20,43	3,76	EBADEP-A	Não-clínico	214	33,45	24,95	-7,203	226	0,001	2,1	Clínico	14	82,71	21,86	DAS	Não-clínico	215	117,91	31,09	-3,319	16,834	0,004	0,98	Clínico	16	155,19	44,11	EARE	Não-clínico	215	209,44	30,30	-3,343	226	0,001	0,82	Clínico	16	235,93	34,12								
EDICOD-F3	Não-clínico	429	18,00	5,31	-3,955	29,979	0,001	0,92																																																																																																			
	Clínico	30	25,90	10,85					EDICOD-Total	Não-clínico	429	47,84	14,47	-6,622	30,800	0,001	1,45	Clínico	30	74,70	21,88	EPD F1	Não-clínico	213	19,81	5,14	-7,741	225	0,001	-1,88	Clínico	14	31,00	6,67	EPD F2	Não-clínico	213	17,25	4,21	-2,750	225	0,006	-0,80	Clínico	14	20,43	3,76	EBADEP-A	Não-clínico	214	33,45	24,95	-7,203	226	0,001	2,1	Clínico	14	82,71	21,86	DAS	Não-clínico	215	117,91	31,09	-3,319	16,834	0,004	0,98	Clínico	16	155,19	44,11	EARE	Não-clínico	215	209,44	30,30	-3,343	226	0,001	0,82	Clínico	16	235,93	34,12																					
EDICOD-Total	Não-clínico	429	47,84	14,47	-6,622	30,800	0,001	1,45																																																																																																			
	Clínico	30	74,70	21,88					EPD F1	Não-clínico	213	19,81	5,14	-7,741	225	0,001	-1,88	Clínico	14	31,00	6,67	EPD F2	Não-clínico	213	17,25	4,21	-2,750	225	0,006	-0,80	Clínico	14	20,43	3,76	EBADEP-A	Não-clínico	214	33,45	24,95	-7,203	226	0,001	2,1	Clínico	14	82,71	21,86	DAS	Não-clínico	215	117,91	31,09	-3,319	16,834	0,004	0,98	Clínico	16	155,19	44,11	EARE	Não-clínico	215	209,44	30,30	-3,343	226	0,001	0,82	Clínico	16	235,93	34,12																																		
EPD F1	Não-clínico	213	19,81	5,14	-7,741	225	0,001	-1,88																																																																																																			
	Clínico	14	31,00	6,67					EPD F2	Não-clínico	213	17,25	4,21	-2,750	225	0,006	-0,80	Clínico	14	20,43	3,76	EBADEP-A	Não-clínico	214	33,45	24,95	-7,203	226	0,001	2,1	Clínico	14	82,71	21,86	DAS	Não-clínico	215	117,91	31,09	-3,319	16,834	0,004	0,98	Clínico	16	155,19	44,11	EARE	Não-clínico	215	209,44	30,30	-3,343	226	0,001	0,82	Clínico	16	235,93	34,12																																															
EPD F2	Não-clínico	213	17,25	4,21	-2,750	225	0,006	-0,80																																																																																																			
	Clínico	14	20,43	3,76					EBADEP-A	Não-clínico	214	33,45	24,95	-7,203	226	0,001	2,1	Clínico	14	82,71	21,86	DAS	Não-clínico	215	117,91	31,09	-3,319	16,834	0,004	0,98	Clínico	16	155,19	44,11	EARE	Não-clínico	215	209,44	30,30	-3,343	226	0,001	0,82	Clínico	16	235,93	34,12																																																												
EBADEP-A	Não-clínico	214	33,45	24,95	-7,203	226	0,001	2,1																																																																																																			
	Clínico	14	82,71	21,86					DAS	Não-clínico	215	117,91	31,09	-3,319	16,834	0,004	0,98	Clínico	16	155,19	44,11	EARE	Não-clínico	215	209,44	30,30	-3,343	226	0,001	0,82	Clínico	16	235,93	34,12																																																																									
DAS	Não-clínico	215	117,91	31,09	-3,319	16,834	0,004	0,98																																																																																																			
	Clínico	16	155,19	44,11					EARE	Não-clínico	215	209,44	30,30	-3,343	226	0,001	0,82	Clínico	16	235,93	34,12																																																																																						
EARE	Não-clínico	215	209,44	30,30	-3,343	226	0,001	0,82																																																																																																			
	Clínico	16	235,93	34,12																																																																																																							

\*Fatores da EDICOD: F1 abstração seletiva/personalização; F2 inferência arbitrária/maximização e minimização e F3 pensamento dicotômico/hipergeneralização.

Os resultados apresentados na Tabela 3 demonstram que o grupo clínico foi aquele que teve maiores médias nas escalas de distorções cognitivas (EDICOD), sintomas de depressão (EBADEP-A), pensamentos depressivos (EPD e DAS) e autorregulação emocional (EARE). Essas diferenças encontradas, todas foram estatisticamente significativas e o tamanho do efeito d de Cohen foi grande, variando entre 0,82 e 2,1 (Cohen, 1988). Apenas os fatores da EPD que apresentaram o d negativo, demonstrando que o efeito foi baixo.



Foi feita comparação de médias dos respondentes de todas as escalas com o uso do teste t de Student para analisar diferenças dos escores da EDICOD em função do sexo. Nas análises de diferença de média do grupo clínico não foram encontrados resultados significativos, no entanto, ressalta-se que a amostra deste grupo foi mais reduzida. No grupo não clínico, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para a EBADEP-A ( $t=-2,33[226]$ ;  $p=0,000$ ), que indicou que as mulheres ( $M=40,35$ ;  $DP=30,76$ ) pontuaram mais do que os homens ( $M=32,10$ ;  $DP=22,43$ )  $d= -0,31$  e para a EDICOD-F2 ( $t=-2,86[457]$ ;  $p=0,004$ ), que também indicou que as mulheres ( $M=21,01$ ;  $DP=8,44$ ) tiveram mais pontos que os homens ( $M=18,82$ ;  $DP=6,79$ ),  $d= -0,29$ .

E por último foi analisado os respondentes que relataram sobre ter familiares com depressão sendo que na EPD F1 ( $t=2,31[225]$ ;  $p=0,022$ ) apresentou mais familiares depressivos ( $M=21,59$ ;  $DP=7,03$ ) e familiares não depressivos ( $M=19,77$ ;  $DP=4,86$ ),  $-0,30$ ; e a EDICOD-total apresentou ( $t=2,67[457]$ ;  $p=0,000$ ) mostrando que a incidência maior foram dos familiares com depressão ( $M=52,04$ ;  $DP=19,13$ ) diferente dos familiares não depressivos ( $M=47,91$ ;  $DP=19,06$ ),  $d=-1,69$ . Posteriormente, foram verificadas as correlações entre os instrumentos, como pode ser observado na Tabela 4.

Tabela 4

*Coefficiente de correlação de Pearson (r) para as escalas utilizadas nos dois grupos.*

	EPD F1	EPD F2	EBADEP-A	DAS	EARE
EDICOD-F1	0,66**	0,29**	0,67**	0,69**	0,53**
EDICOD-F2	0,78**	0,33**	0,79**	0,61**	0,75*
EDICOD-F3	0,58**	0,27**	0,53**	0,59**	0,67**
EDICOD-Total	0,79**	0,35**	0,79**	0,69**	0,74**

*Nota:* \*\* $p<0,01$ ; Fatores da EDICOD: F1 abstração seletiva/personalização; F2 inferência arbitrária/maximização e minimização e F3 pensamentos/hipergeneralização.

Os resultados (Tabela 4) apresentaram que os instrumentos utilizados estão correlacionados positivamente em todas as escalas. As correlações entre os instrumentos mostraram magnitudes que variaram entre fracas e fortes ( $r=0,29$  a  $r=0,79$ ) (Dancey & Reidy, 2006). Considerando os fatores da EDICOD, o F1 apresentou magnitude mais forte com a DAS, já no Fator 2 da EDICOD, a magnitude mais forte foi com a EBADEP-A, e na EDICOD-F3 diferente dos outros fatores, a magnitude maior foi com a EARE. Sobre as correlações da EPD-F2 com a EDICOD, todas foram fracas.

Outro apontamento importante sobre a relação maior entre os fatores da EDICOD, observa que o F1 da EPD, ficou com magnitudes mais fortes por se tratar de um fator composto somente por itens negativos, parecido com a escala em construção (EDICOD). Em seguida a escala DAS também teve uma alta relação com os fatores da EDICOD, demonstrando assim, uma forte correlação entre os instrumentos. Foi realizada também uma análise de regressão linear (Tabela 5) para o grupo não clínico e clínico, para saber o quanto as distorções cognitivas poderiam prever os sintomas de depressão, pensamentos depressivos e autorregulação emocional.

Tabela 5  
*Regressão linear múltipla entre a EDICOD e os instrumentos*

	$\beta$	$p$	Tolerância	VIF
EBADEP-A	0,43	0,001	0,42	2,392
EPD F1	0,46	0,001	0,38	2,622
EPD F2	-0,02	0,58	0,76	1,307
EARE	-0,01	0,83	0,97	1,028
$R^2$				70%
Durbin-Watson				2,171

Verificou-se que para a amostra geral EDICOD foi possível de prever ( $\beta=0,43$ ) os sintomas depressivos rastreados pela EBADEP A, e predisse também ( $\beta=0,46$ ) os

pensamentos depressivos averiguados pela EPD- F1. A variância total explicada entre os instrumentos foi de 70%.

### **Discussão**

O presente estudo teve como proposta buscar evidências de validade baseadas na relação com variáveis externas para a Escala de Distorções Cognitivas Depressivas – EDICOD. Entre essas variáveis analisadas, como por exemplo, a média de pontuação do grupo clínico e não clínico, notou-se que os depressivos pontuaram mais em relação ao grupo saudável, corroborando com Beck e Dozois (2011) que comentam sobre o aumento das distorções cognitivas em pacientes com depressão, diferente da população que não apresenta o transtorno. A partir disso, foi feita uma análise de frequência com os pontos de corte, para os instrumentos EBADEP-A e EPD com o intuito de aferir os níveis de pensamentos e sintomas depressivos no grupo não clínico (G1) e clínico (G2).

Considerando os escores da EBADEP-A, a sintomatologia mínima foi a mais presente no G1, demonstrando que os sujeitos não apresentaram níveis considerados de depressão e a pontuação foi alta em relação a EPD F1 (baixa autoestima/desesperança) e na EPD F2 (funcionalidade das relações) os sujeitos do G1 concentrou-se mais na baixa sintomatologia de pensamentos depressivos, apontando que os respondentes não tiveram quase nenhum indício de pensamentos negativos. Em grande parte, o G2 apresentou sintomatologia moderada em sintomas depressivos, junto de nível alto de pensamentos de baixa autoestima/desesperança e médio alto em pensamentos de funcionalidades das relações. Comparando esses resultados era esperado que o público não clínico pontuasse menos em pensamentos e sintomatologia depressiva, como no estudo de Orsini, Tavares e Tróccoli (2007) em que o grupo saudável apresentou menos distorções cognitivas

negativas, interferindo diretamente em uma menor chance de desencadear depressão futuramente.

Knaap e Beck (2008) ressaltam que normalmente os pensamentos negativos ou erros lógicos precedem com uma frequência maior os sintomas depressivos. Praticamente, ocorre uma causa e efeito, a partir de determinados pensamentos errôneos que o indivíduo começa a adquirir sobre sua vida, aumentando suas distorções cognitivas, podendo desencadear um adoecimento emocional. Por isso é notória essa relação entre os pensamentos depressivos e sintomas da depressão, que segundo os resultados, trouxeram correlações de moderada a forte (Dancey & Reidy, 2006) entre a EDICOD-Total com as escalas EPD, EBADEP-A, DAS e EARE.

Observando os resultados adquiridos pela amostra total, notou-se que ocorreu uma relação maior entre os fatores 1 e 2 da EDICOD com o F1 da EPD, sendo que esse fator é descrito apenas por itens negativos, corroborando com a EDICOD, que é formada só por sentenças pessimistas também, indicando magnitudes moderadas e fortes entre esses fatores. Esses mesmos fatores foram correlacionados, entende-se que essas dimensões da EDICOD esboçam distorções negativas sobre abstração seletiva; personalização; inferência arbitrária; maximização e minimização; pensamento dicotômico e hipergeneralização, que segundo Beck (1976), são presentes em todos indivíduos, mas com uma frequência maior nos depressivos.

Outro ponto importante foi sobre a correlação entre a EDICOD-total e EBADEP-A, que apresentaram valores estatisticamente significativos e com magnitudes fortes, porque espera-se que ao passo que o indivíduo pontua em depressão, aumenta a tendência em desenvolver distorções cognitivas, ou vice e versa, como mencionado no estudo de Medeiros e Sougey (2010). E por fim observando os resultados da EARE com EDICOD,

foi notável correlações negativas moderadas, porque entende-se que quando o sujeito tem um nível de autorregulação emocional adequada, normalmente não é esperado a presença de distorções cognitivas, corroborando então com o estudo de Gross e John (2003).

A partir dos resultados obtidos sobre as diferenças de média, o grupo clínico não apresentou diferenças significativas, por se tratar de uma amostra reduzida comparada com o grupo não clínico, por isso só foi realizada análises com o grupo não clínico. Por isso em relação ao sexo as mulheres pontuaram mais que os homens para a EDICOD e EBADEP-A, que segundo WHO (2017), é esperado o sexo feminino apresentar mais sintomas depressivos do que os homens. E também nos estudos de Batmaz et al. (2015) e Justo e Kalil (2006), as mulheres apresentaram mais sintomas depressivos sendo assim, esse público é mais vulnerável ao transtorno por questões fisiológicas, sociais e culturais. Outro dado que foi considerado no estudo foi sobre os familiares dos respondentes apresentarem depressão, nesse sentido ocorreu diferença de média tanto para a EDICOD quanto para a EPD, demonstrando que a partir do respondente ter um familiar acometido por algum tipo de desajuste emocional, a tendência maior em apresentar algum tipo de transtorno, como por exemplo a depressão (Baptista, 2004).

E por último foi feita uma análise de regressão múltipla sobre a covariância explicada entre os instrumentos utilizados na pesquisa com a EDICOD. A escala EBADEP-A conseguiu predizer a EDICOD, demonstrando que os indivíduos que relatam ter distorções cognitivas, tendem a ter mais sintomas depressivos também. A EPD que prediz melhor a EDICOD, apontando também que existe relação entre pensamentos depressivos e distorções como um todo. Como foi também presente no estudo de Medeiros e Sougey (2010) a comorbidade entre esses construtos pesquisados.

Concluiu-se que este estudo deixa algumas contribuições, com seu objetivo, que foi buscar evidência de validade baseada em variáveis externas para a EDICOD com grupo clínico e não clínico. Os resultados encontrados foram satisfatórios e pertinentes quando comparados com outras pesquisas do ensino da psicologia. Além disso, ressalta-se que, para estudos futuros com a escala em construção, são necessários um número amostral maior, principalmente considerando os sujeitos com diagnóstico de depressão, que na presente pesquisa foi reduzido, dificultando a realização de análises estatísticas mais precisas e robustas.

### Referências

- American Psychiatric Association – APA. (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais – DSM-V*. Porto Alegre: Artmed.
- Baptista, M. N. (2004). Depressão: Histórico, epidemiologia, fatores de risco e modelos integrativos. Em: M. N. Baptista. Suicídio e depressão: Atualizações (pp. 35-49). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Baptista, M. N. (2012). *Escala Baptista de Depressão versão Adulto- EBADEP-A*. São Paulo: Vetor.
- Batmaz, S., Kaymak, S. U., Kocbiyik, S., & Turkcapar, M. H. (2015). From the First Episode to Recurrences: The Role of Automatic Thoughts and Dysfunctional Attitudes in Major Depressive Disorder. *International Journal of Cognitive Therapy*, 8(1), 61-77. doi: 10.1521/ijct.2015.8.1.61.
- Beck, A. T., & Dozois, D. J. A. (2011). Cognitive therapy: Current status and future directions. *Annual Review of Medicine*, 62, 397–409. doi: 10.1146/annurev-med-052209-100032.

- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1982). *Terapia Cognitiva da Depressão*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Berking, M., Ebert, D., Cuijpers, P., & Hofmann, S. G. (2013). Emotion regulation skills training enhances the efficacy of inpatient cognitive behavioral therapy for major depressive disorder: a randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82(4), 234- 245. doi.org/10.1037/a0035828
- Carneiro, A. M., & Baptista, M. N. (2016). *Escala de Pensamentos Depressivos – EPD*.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power of Analysis for the Behavioral Sciences*. New York: Academic Press.
- Dancey, C. R., & Reidy, J. (2006). *Estatística sem matemática para psicologia usando o SPSS para Windows*. Porto Alegre: Artmed.
- Dobson, K. S., & Shaw, B. F. (1986). Cognitive assessment with major depressive disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 10,13-29. doi:10.1007/BF01173379.
- Giles, D. E., & Shaw, B. F. (1987). Beck's cognitive theory of depression: Convergence of constructs. *Comprehensive Psychiatry*, 28(5), 416-427. doi:10.1037/h0087110.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41–54. doi:10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94.
- Gross, J. J. & John, O. P. (2003). Individual Differences in Two Emotion Regulation Processes: Implications for Affect, Relationships, and Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348-362. doi:10.1037/a0032135
- Haefffel, G. J., Abramson, L. Y., Dykman, B. M., Donovan, P., Hogan, M. E., Voelz, Z. R., Halberstadt, L., & Hankin, B. L. (2005). Negative cognitive styles, dysfunctional attitudes and the remitted depression paradigm: A search for the elusive cognitive

- vulnerability to depression factor among remitted depressives. *Emotion*, 5(3), 343-348. doi: 10.1037/1528-3542.5.3.343.
- Justo, L. P. & Calil, H. M. (2006). Depressão: o mesmo acometimento para homens e mulheres? *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33(2), 74-79. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000127&pid=S1413-8271201100020000400025&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000127&pid=S1413-8271201100020000400025&lng=pt).
- Kendall, P. C., Howard, B. L., & Hays, R. C. (1989). Self-referent speech and psychopathology: The balance of positive and negative thinking. *Cognitive Therapy and Research*, 13, 583-598. doi:10.1007/BF01176069.
- Knapp, P. & Beck, A. T. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva, 30(2), 54-64.
- Medeiros, H. L. V. & Sougey, E. B. (2010). Distorções do pensamento em pacientes deprimidos: frequência e tipos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(1), 28-33. doi: 10.1590/S0047-20852010000100005.
- Noronha, A.P.P.& Baptista, M. N. (2015) Escala de Autorregulação Emocional. *Universidade São Francisco*. Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia, Universidade São Francisco.
- Orsini, M. R. D. C. A., Tavares, M., & Tróccoli, B. T. (2006). Adaptação brasileira da Escala de Atitudes Disfuncionais (DAS). *PsicoUSF*, 11(1), 25-33. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S141382712006000100004&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S141382712006000100004&script=sci_abstract&tlng=es)
- Weissman, A. N. (1979). *The Dysfunctional Attitude Scale: A validation study*. Tese de Doutorado, University of Pennsylvania, Philadelphia. Recuperado de <http://repository.upenn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2994&context=edissertation>



World health organization – WHO (2017). Mental health: New understanding, new hope.

Genova, WHO, 2017. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2017/en/>.

## Considerações Finais

O presente estudo teve como objetivos construir um instrumento para rastrear distorções cognitivas depressivas no público geral. Por meio de várias análises psicométricas, foi possível buscar evidências de validade e precisão para a Escala de Distorções Cognitivas Depressivas (EDICOD).

A partir de três artigos, foram constatadas evidências de validade baseada no conteúdo, no critério e com variáveis externas. Assim, no primeiro artigo, o objetivo foi fazer uma revisão integrativa da literatura sobre as distorções cognitivas, e conhecer melhor sobre a temática e os instrumentos que abordam o fenômeno trabalhado. Com esse suporte teórico foi possível definir os pressupostos teóricos para sustentar a construção dos itens do instrumento. Que no caso foi a de Wood (2010), em que reescreveu as distorções cognitivas de Beck (1967), totalizando em 11 tipos de distorções.

Depois da construção dos itens, foi realizada análise fatorial exploratória e de Teoria de Resposta ao Item (TRI), resultando em uma distribuição de três fatores com índices de ajustes excelentes, trazendo evidências de validade coerentes. Assim, no segundo artigo foi descrito passo a passo todas as trajetórias percorridas para concluir tanto a etapa de construção, quanto a de fidedignidade do instrumento. Por fim, no terceiro artigo, foi o momento de observar a validade baseada nas relações com outras variáveis externas, em que a EDICOD correlacionou-se positivamente com os instrumentos que avaliam sintomas depressivos (EBDEP-A), pensamentos depressivos (EPD), pensamentos disfuncionais (DAS) e autorregulação emocional (EARE). Dentre esses resultados sobre o terceiro artigo, foi possível notar a relação entre os sintomas depressivos com as distorções cognitivas, sabendo que ao passo que as distorções são mais presentes na vida do sujeito, maior a

chance do mesmo, desenvolver algum episódio depressivo futuramente (Beck & Dozois, 2010).

Por fim, concluiu-se que as pesquisas feitas durante a dissertação, ajuda incrementar o cenário científico sobre a temática estudada, focando no desenvolvimento instrumental de instrumentos voltados para a distorção cognitiva, que é um construto pouco explorado na literatura nacional. Também se espera que os resultados encontrados, estimule novos pesquisadores a desenvolver ferramentas psicológicas para averiguar com precisão fenômenos do mundo psicológico.

## 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 (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais – DSM-V*. Porto Alegre: Artmed.
- Baptista, M. N. (2012). *Escala Baptista de Depressão versão Adulto- EBADEP-A*. São Paulo: Vetor.
- Beck, A. B. (2005) The current state of cognitive therapy: 40 years retrospective. *Arch Gen Psychiatry*, 62(9), 953-959. doi: 10.1001/archpsyc.62.9.953
- Beck, A. T., & Alford, B. A. (2000). *O poder integrador da terapia cognitiva*. Porto Alegre: Artes Médicas
- Beck, A. T., & Alford, B. A. (2009). *Depression: Causes and treatment (2nd ed.)*. Philadelphia, PA: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T., & Dozois, D. J. A. (2011). Cognitive therapy: Current status and future directions. *Annual Review of Medicine*, 62, 397-409. doi: 10.1146/annurev-med-052209-100032
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1982). *Terapia Cognitiva da Depressão*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Beck, A.T. (1979). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York: Meridian.
- Beck, A.T., Steer, R. A., Kovacs, M., & Garrison, B. (1985). Hopelessness and eventual suicide: A 10 years prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *American Journal of Psychiatry*, 142(5). Recuperado de

[http://www.scirp.org/\(S\(351jmbntvnsjt1aadkposzje\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1159809](http://www.scirp.org/(S(351jmbntvnsjt1aadkposzje))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1159809)

- Beck, J. (1997). *Terapia Cognitiva: teoria e prática*. São Paulo: Artes Médicas.
- Beckham, E. E., Leber, W. R., Wastkins, J. R., Boyer, J. L., & Cook, J. B. (1986). Development of an instrument to measure Beck's cognitive triad: The Cognitive Triad Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*(4). Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3745613>
- Berking, M., Ebert, D., Cuijpers, P., & Hofmann, S. G. (2003). Emotional-regulation skills training enhances the efficacy of cognitive behavioral therapy for major depressive disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics, 82*, 234-245. doi:10.1159/000348448
- Biggs, M. M., & Rush J. (1999). *Cognitive and Behavioral Therapies alone and combined with antidepressant medication in the treatment of depression*. Washington: American Psychiatric Press.
- Bockting, C., Hollon, S. D., Jarrett, R. B., Kuyken, W., & Dobson, K. S. (2015). A lifetime approach to major depressive disorder: The contributions of psychological interventions in preventing relapse and recurrence. *Clinical Psychology Review, 41*, 16–26. doi:10.1016/j.cpr.2015.02.003
- Burns, D. D. (1980). *Feeling good: The new moodtherapy*. New York: Signet.
- 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
- Dobson, K. S. (1989). A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*, 414–419. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2738214>

- Dutton, K. A., & Brown, J. D. (1997). Global self-esteem and specific self-views as determinants of people's reactions to success and failure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(1), 139-148. Recuperado de <https://iths.pure.elsevier.com/en/publications/global-self-esteem-and-specific-self-views-as-determinants-of-peo>
- Ellis, A., David, D., & Lynn, S. L. (2010). Rational and irrational beliefs: A historical and conceptual perspective. *Rational and irrational beliefs: Research, theory and clinical practice*. NY: Oxford.
- Gonca, S. & Isik, S. (2001). The relationship between interpersonal schemas and depressive symptomatology. *Journal of Counseling Psychology*, 48, 359-364. doi: 10.1037/0022-0167.48.3.359
- Goodwin, R., & Gaines Jr., S. O. (2004). Relationships beliefs and relationship quality across cultures: Country as a moderator of dysfunctional beliefs and relationship quality in three former Communist societies. *Personal Relationships*, 11(2), 267-269. doi: 10.1590/S0034-89101995000500004
- Gotib, I. & Joorman, J. (2010). Cognition and Depression: Current status and future directions. *Annual Review Clinical Psychology*, 1, 80-85. doi:10.1146/annurev.clinpsy.121208.131305
- Hutz, C. S., Bandeira, D. R., & Trentini, C. M. (2015). *Psicometria*. (pp.55-82). Porto Alegre: Artmed.
- Kernis, M. (2003). Optimal self-esteem and authenticity: Separating fantasy from reality, *Psychological Inquiry*, 14(1), 83-89. Recuperado de [http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1207/S15327965PLI1401\\_01](http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1207/S15327965PLI1401_01)
- Knapp, P. (2004). *Terapia cognitiva comportamental na prática psiquiátrica*. Porto Alegre: Artmed.

- Knapp, P. & Beck, A. T.(2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Cognitive therapy: Foundations, conceptual models, applications and research*, 30(2), 54–64. Recuperado de [http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/37843826/en\\_a02v30s2.pdf?AWS](http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/37843826/en_a02v30s2.pdf?AWS)
- Minkoff, K., Bergman, E., Beck, A.T., & Beck, R. (1973). Hopelessness, depression, and attempted suicide. *American Journal of Psychiatry*, 130(4), 455-459.doi: 10.1176/ajp.130.4.455
- Moore, R. & Garland, A. (2003). *Cognitive therapy for chronic and persistent depression*. London: John Wiley & Sons.
- Parpinelli, R. F. & Lunardelli, M. C. F. (2006). Avaliação psicológica em processos seletivos: Contribuições da abordagem sistêmica. *Estudos de Psicologia*, 23(4), 463-471. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-166X2006000400014&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-166X2006000400014&script=sci_abstract&tlng=pt)
- Pasquali, L. (2009). Psicometria. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43, 992- 999. doi: 10.1590/S0080-62342009000500002
- Powell, V. B., Abreu, N., Oliveira, I. R., & Susak, D. (2008). Terapia cognitivo-comportamental da depressão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(2), 127-145. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v30s2/a04v30s2.pdf>
- Rangé, B. P. (1995). *Psicoterapias comportamental e cognitiva*. Campinas: Editorial Psy.
- Rnic, K., Dozois, D. J., & Martin, R. A. (2016). Cognitive distortions, humor styles, and depression. *Europe's journal of psychology*, 12(3), 348-360 doi: 10.5964/ejop.v12i3.1118

- Roberts, M. B. (2015). Inventory of Cognitive Distortions: Validation of a Measure of Cognitive Distortions Using a Community Sample. Recuperado de [http://digitalcommons.pcom.edu/psychology\\_dissertations/325/](http://digitalcommons.pcom.edu/psychology_dissertations/325/)
- Whelton, W. J. & Greenberg, L. S. (2005). Emotion in self-criticism. *Personality and Individual Differences*, 38, 1583-1595. doi:10.1037/a0023861
- Wilkinson, P. (2009). Conceptualization about internalizing problems in children and adolescents. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(2), 373-381. Recuperado de [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232009000200007](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232009000200007)
- Willner, P. (1984). The validity of animal models of depression. *Psychopharmacology*, 3(2), 1-16. doi:10.1007/BF00427414
- Wood, J. C. (2010). *The Cognitive Behavioral Therapy Workbook for Personality Disorders*. Oakland: New Harbinger.
- Young, J. E., Rygh, J. L., Weinberger, A. D., & Beck, A. T. (2014). Cognitive therapy for depression. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (5th ed., pp. 275– 331). New York: Guilford.



## **Anexos**

Anexo 1.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE.

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**  
**Construção e estudos psicométricos da Escala de Distorções Cognitivas**  
**Depressivas– EDICOD.**

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 Felipe Augusto Cunha 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 construir uma escala de Distorções Cognitivas Depressivas (EDICOD) e buscar evidências de validade para o instrumento;
- 2- Durante o estudo serão aplicados cinco instrumentos psicológicos, a saber: Escala de Distorções Cognitivas Depressivas (EDICOD); Escala Baptista de Depressão (EBADEP - A); Escala de Pensamentos Depressivos (EPD); Escala de Atitudes Disfuncionais (DAS) e a Escala de Autorregulação Emocional (EARE) para avaliação de sintomas da depressão, pensamentos distorcidos e depressivos, autorregulação emocional e pensamentos disfuncionais. Sendo que a aplicação terá duração de aproximadamente 50 minutos;
- 3 - Obtive todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre a minha participação na referida pesquisa;
- 4- A resposta a este(s) instrumento(s)/ procedimento(s) não causam riscos conhecidos à minha saúde física, mas podem causar desconforto emocional (pela natureza dos itens dos instrumentos que serão aplicados);
- 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, Makilim Nunes Baptista, sempre que julgar necessário pelo telefone 11 45348000;
- 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: \_\_\_\_\_

Anexo 2.

Carta de Aprovação do Comitê de Ética.

### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Construção e estudos psicométricos da Escala de Distorções Cognitivas Depressivas, EDICOD.

**Pesquisador:** FELIPE AUGUSTO CUNHA

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 61631016.2.0000.5514

**Instituição Proponente:** Universidade São Francisco-SP

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.915.388

#### **Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um projeto de mestrado que pretende construir um instrumento e realizar estudos psicométricos. Para tanto, participarão juízes que farão a análise dos itens, além de pessoas que comporão o estudo piloto. Para os estudos psicométricos, farão parte 450 pessoas, que responderão a seis instrumentos, além de um questionário de identificação.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

O estudo objetivo construir um instrumento de avaliação de distorções cognitivas depressivas. Além disso, o autor pretende realizar estudos psicométricos.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Não são previstos riscos conhecidos e os benefícios são discutidos em termos da contribuição para a pesquisa.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O delineamento é adequado e tende a responder aos objetivos do estudo.

<b>Endereço:</b> SAO FRANCISCO DE ASSIS 218			
<b>Bairro:</b> JARDIM SAO JOSE			<b>CEP:</b> 12.916-900
<b>UF:</b> SP	<b>Município:</b> BRAGANCA PAULISTA		
<b>Telefone:</b> (11)2454-8981	<b>Fax:</b> (11)4034-1825	<b>E-mail:</b> comite.etica@saofrancisco.edu.br	



UNIVERSIDADE SÃO  
FRANCISCO-SP



Continuação do Parecer: 1.915.388

BRAGANCA PAULISTA, 10 de Fevereiro de 2017

**Assinado por:**  
**Alessandra Gambero**  
**(Coordenador)**

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram apresentados os documentos em consonância com o delineamento metodológico.

**Recomendações:**

As recomendações feitas em relação à versão anterior foram atendidas e/ou justificadas.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há pendências.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

APÓS DISCUSSÃO EM REUNIÃO DO DIA 09/02/2017, 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_BASICAS_DO_PROJETO_813173.pdf	05/12/2016 22:27:30		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_Esclarecido_2.docx	05/12/2016 22:27:02	FELIPE AUGUSTO CUNHA	Aceito
Outros	ERRATA.docx	05/12/2016 22:22:26	FELIPE AUGUSTO CUNHA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_completo.docx	05/12/2016 22:17:43	FELIPE AUGUSTO CUNHA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	imagem_3_autorizacao.jpg	05/12/2016 22:16:35	FELIPE AUGUSTO CUNHA	Aceito
Folha de Rosto	Doc1.docx	26/10/2016 22:05:52	FELIPE AUGUSTO CUNHA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	IMG_20161024_230432708.jpg	24/10/2016 23:11:13	FELIPE AUGUSTO CUNHA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	IMG_20161024_230408651.jpg	24/10/2016 23:09:38	FELIPE AUGUSTO CUNHA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: SAO FRANCISCO DE ASSIS 218  
Bairro: JARDIM SAO JOSE CEP: 12.918-900  
UF: SP Município: BRAGANCA PAULISTA  
Telefone: (11)2454-8981 Fax: (11)4034-1825 E-mail: comite.etica@sofrancisco.edu.br