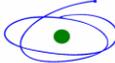


Adriana Munhoz Carneiro



**ESCALA DE PENSAMENTOS DEPRESSIVOS (EPD): ESTUDOS
PSICOMÉTRICOS PRELIMINARES**

Itatiba 2013

Apoio:  CAPES

Adriana Munhoz Carneiro

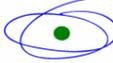


**ESCALA DE PENSAMENTOS DEPRESSIVOS (EPD): ESTUDOS
PSICOMÉTRICOS PRELIMINARES**

Orientador: Prof. Dr. Makilim Nunes Baptista

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da Universidade São Francisco para defesa de título de Mestre em Psicologia; área de concentração: Avaliação Psicológica em Saúde Mental.

Itatiba 2013

Apoio:  CAPES

WM 190 Carneiro, Adriana Munhoz.
C287e Escala de pensamentos depressivos (EPD): estudos
psicométricos preliminares. / Adriana Munhoz Carneiro. –
Itatiba, 2013.

90 p.

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

Orientação de: Makilim Nunes Baptista.

1. Depressão. 2. Crenças irracionais. 3. Psicometria.
I. Baptista, Makilim Nunes. II. Título.



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

Adriana Munhoz Carneiro defendeu a dissertação “ESCALA DE PENSAMENTOS DEPRESSIVOS (EPD): ESTUDOS PSICOMÉTRICOS PRELIMINARES” aprovada pelo Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da Universidade São Francisco em 05 de fevereiro de 2013 pela Banca Examinadora constituída por:

Prof. Dr. Makilim Nunes Baptista
Orientador e Presidente

Prof. Dr. Nelson Iguimar Valerio
Examinador

Prof. Dr. Lucas de Francisco Carvalho
Examinador

Agradecimentos

Como bem li certo dia, aquele que recebe a medalha, mesmo em disputas por equipe, é a ponta visível de um processo que envolve muitas pessoas. Ninguém ganha sozinho, apesar do campeão ser a pessoa condecorada. Ninguém atinge o resultado sem suporte. E eu não teria conseguido chegar até aqui se não fossem todos vocês. Minha medalha tem por trás muitas pessoas, que não caberá aqui, entretanto, existem algumas que fizeram parte de momentos cruciais para o desenvolvimento dessa caminhada que eu quero agradecer. Gostaria, em especial, começar agradecendo a Deus, que colocou essas pessoas que citarei adiante em minha vida, e por não me deixar desamparada em minhas dificuldades. Agradeço, pois apesar de meu caminho ter sido difícil, em nenhum momento as dificuldades que passei, financeiras, familiares, ocupacionais, ou quaisquer que fossem, transpassaram minha vontade de querer ser uma boa pesquisadora, uma cientista, e de continuar buscando isso. Essa dissertação para mim é término de um ciclo, que começara há seis anos atrás, e o início de uma grande caminhada em busca de meu ideal.

Agradeço ao Makilim, meu “pai científico”, que acompanhou toda a minha trajetória até aqui e confiou em mim e em minha vocação, quando até eu mesma duvidava. Se não fosse pelo seu incentivo, certamente eu não teria passado por esse importante passo em minha vida, por isso, agradeço de todo o coração por tudo. Isso porque em todas as minhas decisões existia um pouco de conversa, e também dentre todas minhas qualidades e defeitos, existia a compreensão, e a constante exigência de que eu poderia mais, porque afinal, o Mestre sempre enxerga mais do que seu Padawan pode enxergar. Devo minha gratidão também ao professor Ari Carletti, que me apoiou durante todo esse tempo com as coletas de dados e com os ensinamentos clínicos e discussões, ganhos que não tem preço; ao Ricardo Alberto Moreno, que acreditou em meu projeto e que eu poderia ser uma pedra

“melhor polida” e me acolheu gentilmente em seu grupo; ao professor Francisco Lotufo Neto, cuja gentileza também deve ser destacada e cujos agradecimentos por sua ajuda e disponibilidade não cabem aqui; à Acácia Angeli por todo carinho e conhecimentos que recebi, pelo exemplo; ao Fabian Rueda, pela singularidade das conversas e aprendizados. Agradeço muito aos professores Nelson Valerio e ao Lucas Carvalho, que fizeram parte de minha banca. Não só por isso, mas também por toda a disponibilidade que tiveram em me ajudar, pelas inúmeras contribuições ao trabalho, e pelos ensinamentos, os quais me auxiliaram a desenvolver minhas habilidades!!! Com a ajuda de vocês, meu trabalho se aprimorou muito.

Tão importante quanto, agradeço à Gabriela Cremasco, Lisandra Borges, Ivan Baroncelli e Alexandre Serpa pela amizade sincera, por torcerem sempre por mim e também e por estarem sempre por perto quando precisei; à minha família pela paciência em compreender minha ausência devido ao meu trabalho; à Família Misono Rodrigues e em especial ao Silvio, que também não mediu esforços em usar seu período de férias para me auxiliar com a coleta de dados; às minhas super amigas Gabriela Silva Pinto, Thalyta Padulla, Vanessa Gerbovic e Sandra Souza pelas conversas e companhia. Por fim, agradeço imensamente todos que me autorizaram a fazer a coleta de dados e àqueles que me ajudaram a desenvolver esse trabalho respondendo a EPD ou me ajudando a conseguir locais para coleta. Espero que, assim como vocês me auxiliaram a ter essa medalha, que a EPD possa ser também utilizada como um instrumento que auxilie os profissionais em suas intervenções na área de saúde mental, e que traga bons frutos.

Todos vocês fazem parte dessa minha “medalha”. Muito obrigada!!!

RESUMO

Carneiro, A. M. (2013). Escala de Pensamentos Depressivos (EPD): Estudos Psicométricos Preliminares. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia, Universidade São Francisco, Itatiba, SP.

O objetivo principal deste trabalho foi desenvolver uma escala para avaliar pensamentos depressivos, baseando-se na tríade cognitiva proposta por Aaron Beck, bem como buscar evidências de validade baseada na estrutura interna, no conteúdo, além da fidedignidade. Dessa forma, a pesquisa foi dividida em três artigos, quais sejam, “Escala de Pensamentos Depressivos: construção e evidências de validade baseada na estrutura interna”, “Aplicação da Teoria de Resposta ao Item para a Escala de Pensamentos Depressivos” e “Associação entre Pensamentos e Sintomas Depressivos”. Esses trabalhos tratam de análises que foram realizadas para se verificar as qualidades psicométricas da EPD, sendo os dois primeiros focados na estrutura interna do teste e o último com outras variáveis. O primeiro estudo apresenta o processo de construção dos itens da EPD e a análise fatorial, que indicou uma solução de cinco fatores e 34 itens, explicando 47,13% da variância total, com precisão entre 0,53 e 0,91. O segundo estudo, por meio do modelo de resposta graduada indicou precisão de 0,18 a 0,77, além da verificação de que a habilidade das pessoas era inferior a dificuldade dos itens, confirmando a hipótese de que os itens se encontram adequados para a detecção de pensamentos depressivos naquela amostra. Já o terceiro estudo apresenta as correlações da EPD com dois instrumentos que mensuram depressão, trazendo evidências de que aqueles com diagnóstico de depressão pontuaram mais os sintomas depressivos e distorções cognitivas do que aqueles sem diagnóstico prévio de depressão, além da correlação com magnitudes que variaram de moderadas a altas da EPD com os instrumentos de depressão. Desse modo, as evidências encontradas indicam que a EPD se mostrou psicometricamente adequada. Ademais, também demonstra sua capacidade para diferenciar os grupos com e sem diagnóstico conhecido de depressão, trazendo indícios de que a EPD pode ser um instrumento promissor à utilização clínica, mas ainda há a necessidade de outros estudos.

Palavras- chave: depressão; crenças irracionais; psicometria.

ABSTRACT

Carneiro, A. M. (2013). *Depressive Thoughts Scale (EPD): Preliminary psychometric studies*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia, Universidade São Francisco, Itatiba.

The main objective of this study was to develop a depressive thoughts scale based on the cognitive triad proposed by Aaron Beck and to verify evidence of validity based on internal structure, content as well reliability. Thus, the research was divided into three papers, namely " Depressive Thoughts Scale: construction and evidence of validity based on content and internal structure process"; "Application of Item Response Theory for the Depressive Thoughts Scale" and "Association between depressive thoughts and symptoms". These papers correspond to analyzis that were performed in order to verify the psychometric properties of the EPD, the first two being focused on the internal structure of the test and the latter with external variables. The first study shows the construction process of the EPD items and factor analysis, which indicated a solution of five factors and 34 items, explaining 47.13% of the total variance, with reliability between 0.53 and 0.91. The second study, using the rating scale model, indicated that the items were accurately modeled, with reliability ranging from 0.18 to 0.77, and pointed that the ability of individuals were lower than the difficulty of the items, confirming the hypothesis that the items are appropriate for detecting depressive thoughts in that sample. The third study presents the correlations of EPD with two instruments that measure depression, indicating that those diagnosed with depression has higher depressive symptoms and cognitive distortions than those without a previous diagnosis of depression, instead of the correlation magnitudes of EPD with depressive tests that ranged from moderate to high. Therefore, the evidences indicated that EPD is psychometrically adequate. Moreover, confirmed that EPD was adequate to differentiate groups with and without diagnosis of depression bringing support that EPD can be a promising tool for clinical use, but there still a need for further studies.

Keywords: depression; irrational beliefs; psychometrics.

Sumário

Lista de Figuras	viii
Lista de Tabelas	ix
APRESENTAÇÃO	1
ARTIGO 1	4
ARTIGO 2	33
ARTIGO 3	61
CONSIDERAÇÕES FINAIS	86
Anexos	90

Lista de Figuras

Figura 1. Descrição dos procedimentos de elaboração da Escala de Pensamentos Depressivos- EPD.....	16
Figura 1. Mapa de pessoas e itens para o Fator 1.....	49
Figura 2. Mapa de pessoas e itens para o Fator 2.....	50
Figura 3. Mapa de pessoas e itens para o Fator 3.....	51
Figura 4. Mapa de pessoas e itens para o Fator 4.....	52
Figura 5. Mapa de pessoas e itens para o Fator 5.....	53

Lista de Tabelas

Tabela 1. Cargas fatoriais dos componentes rotados (direct oblimin) extraídos por meio da análise de componentes principais.....	23
Tabela 2. Matriz de correlação fatorial da EPD.....	25
Tabela 1. Descrição de pessoas e itens para os índices de traços latentes, índices de ajuste, correlação inter item e fidedignidade.....	43
Tabela 2. Descrição dos valores de <i>Infit</i> , <i>Outfit</i> e correlação dos itens do Fator 1.....	44
Tabela 3. Descrição dos valores de <i>Infit</i> , <i>Outfit</i> e correlação dos itens do Fator 2	45
Tabela 4. Descrição dos valores <i>Infit</i> , <i>Outfit</i> e correlação dos itens do Fator 3.....	45
Tabela 5. Descrição dos valores de <i>Infit</i> , <i>Outfit</i> e correlação dos itens do Fator 4	46
Tabela 6. Descrição dos valores de <i>Infit</i> , <i>Outfit</i> e correlação dos itens do Fator 5.....	46
Tabela 7. Descrição da estrutura da escala para os fatores da EPD.....	47
Tabela 1. Diferença de média entre o grupo sem (n= 338) e com diagnóstico de depressão (n=29),,.....	74
Tabela 2. Coeficiente de correlação de Pearson (<i>r</i>) para a EPD e EBADEP A nos grupos com (n= 335) e sem diagnóstico de depressão (n=29).....	75

APRESENTAÇÃO

A depressão pode ser interpretada como uma alteração do humor (tristeza), um sintoma, uma síndrome, ou ainda, uma doença específica (Transtorno Depressivo Maior) (Del Porto, 2005), sendo esta última classificação, foco do presente estudo. Dados indicam que a depressão, enquanto transtorno de humor, afeta uma parcela importante da população mundial, independente de sexo, idade, estado civil ou variável socioeconômica. Estima-se ser a primeira causa de incapacidade mundial em 2030 (WHO, 2012). Desse modo, cabe observar os danos que a depressão pode causar quando não bem detectada, apontando assim, gastos na saúde pública, desgaste nas relações sociais, maior risco de desenvolver outras doenças, alta mortalidade e suicídio (Razzouk, Alvarez & Mari, 2009).

Dentre essa multifatorialidade, uma das formas de se entender a depressão é por meio das cognições. Beck, Rush, Shaw e Emery (1982) argumentam que a depressão é um transtorno influenciado por erros de pensamento, logo, existiria uma melhora no quadro clínico do sujeito a partir do momento que se trabalhasse com essas cognições. Esclarecem também que são padrões típicos dos depressivos a interpretação negativista sobre si, do futuro e aos outros/mundo. Desse modo, quanto maior a gravidade do transtorno, maior será sua interpretação distorcida dos eventos de vida (Powell, Abreu, Oliveira & Sudak, 2008).

Sob este prisma, entender e saber avaliar como o sujeito percebe a si, o futuro e ao mundo é a base do tratamento da depressão na visão cognitiva, uma vez que a avaliação indireta pelo número de crenças disfuncionais se mostra relacionada à gravidade do sintoma depressivo (Almeida & Lotufo Neto, 2003; Beck et al., 1982; Shestatsky & Fleck, 1999). Apesar disso, é escasso o número de trabalhos no Brasil que estudam o papel dos

pensamentos no desenvolvimento ou manutenção dos transtornos mentais, apesar da Terapia Cognitiva de Beck ser utilizada em diferentes pesquisas como hipótese para justificar as distorções de pensamento que são acessadas por meio de processos de testagem psicológica.

Ainda, são poucos estudos existentes no país sobre validação de instrumentos de crenças (Matta, Bizarro & Reppold, 2009; Orsini, Tavares & Tróccoli, 2006; Yoshida & Colugnatti, 2002), entretanto, não foi encontrado nenhum com enfoque no Transtorno Depressivo Maior, segundo buscas realizadas ao longo deste trabalho. Oposto a esse cenário, existem diferentes instrumentos publicados no exterior, contudo, suscitam questionamentos a respeito da conceitualização do construto e da abordagem utilizada, pois muitas vezes o conteúdo que se é avaliado pelos itens não corresponde ao propósito teórico ao qual o teste foi denominado (Bridges & Harnish, 2010; Macavei & McMahon, 2010; Terjesen, Salhany & Sciutto, 2009).

Desse modo, o presente trabalho foi desenvolvido concordando com a importância de se investigar o papel dos pensamentos no transtorno depressivo maior como possível forma de auxílio às avaliações dos profissionais de saúde e aos índices sobre a depressão. Não obstante, também devido a inexistência de instrumentos brasileiros voltados para a avaliação de pensamentos depressivos, e pelos instrumentos estrangeiros muitas vezes gerarem dúvidas em relação a seu modelo psicométrico e teórico.

Para isso, este trabalho apresenta os estudos psicométricos preliminares da Escala de Pensamentos Depressivos (EPD). Descreve etapas que contemplam desde a elaboração dos itens até a análise fatorial confirmatória, com aplicações em populações clínica e não clínica, de forma a abranger da melhor maneira possível a população ao qual esse teste em seu formato final será destinado, que são aqueles que estão em estado de vulnerabilidade emocional, com tendência a apresentar episódio depressivo maior ou que já apresentaram o

episódio e estão em assistência psicológica e psiquiátrica. Essa proposta, inclusive, é colocada como necessária por diferentes estudos da área (Himle, Hnat, Thyer & Papsdorf, 1985; Matta et al., 2009; McIntosh & Fischer, 2000; Orsini et al., 2006; Yoshida et al., 2002, dentre outros).

Com o intuito de cumprir os objetivos do presente estudo, o primeiro artigo descreve a construção da EPD, a validade baseada na estrutura interna e os índices de fidedignidade. O segundo artigo segue o objetivo de trazer evidências de validade com base na estrutura interna mediante a aplicação do modelo de TRI com base no modelo de Rasch, demonstrando o funcionamento dos itens e adequação da escala em relação ao modelo proposto. Na sequência, o terceiro artigo investiga relações entre pensamentos e sintomas depressivos, e busca evidências de validade para a EPD em sua versão final comparando-a com dois instrumentos de sintomas depressivos (Escala Baptista de Depressão (EBADEP A) e *Hamilton Depression Scale* (HAM D)). Averigua também as relações da EPD com sexo, idade e estado civil entre os grupos com e sem diagnóstico conhecido de depressão. Por fim, são apresentadas as conclusões sobre o estudo, suas limitações e sugestões para futuras pesquisas.

ARTIGO 1

Escala de Pensamentos Depressivos (EPD): construção e evidências de validade baseada nos processos de conteúdo e estrutura interna.

Depressive Thoughts Scale: construction, and evidence of validity based on content and internal structure process.

Resumo

Os pensamentos são considerados pela Terapia Cognitiva como parte fundamental para o tratamento da depressão, e pressupõe que a percepção que o sujeito tem de si, dos outros e do futuro interferem diretamente na vulnerabilidade cognitiva do sujeito. Desse modo, esse estudo tem por objetivo apresentar o processo de construção, avaliação de conteúdo e análise fatorial da Escala de Pensamentos Depressivos (EPD), baseada na tríade cognitiva de Aaron Beck. Fizeram parte do estudo inicial 639 sujeitos com e sem diagnóstico confirmado de depressão, com idades entre 18 e 50 anos, de ambos os sexos. As aplicações foram realizadas de forma individual para aqueles com diagnóstico e coletiva para os demais. Dentre os principais achados, verificou-se que os itens da EPD diferenciaram os grupos, apontando os com diagnóstico de depressão como aqueles com maiores distorções de pensamento. Após a análise fatorial, a escala foi reduzida a 34 itens, com cinco fatores interpretáveis e não aleatórios, sendo eles nomeados como Baixa autoestima/desvalorização, Relacionamento interpessoal, Auto valorização, Expectativas negativas/ insatisfação e Desajustamento social. Os índices de fidedignidade demonstraram que há a necessidade de outros estudos na configuração da escala. Tais resultados indicam qualidades psicométricas promissoras para a escala, e servem ao intuito de suscitar novos estudos para buscar evidências de validade e precisão.

Palavras-chave: pensamentos; depressão; terapia cognitiva; psicometria; validade.

Abstract

The thoughts are considered by Cognitive Therapy as an essential part for depression treatment and consider that the perception of yourself, the others and future interfere directly in their cognitive vulnerability. This way, the present study aims to present the item construction process, content evaluation and factor analysis of the Depressive Thoughts Scale –EPD, based on cognitive triad. The initial study was composed by 639 subjects with and without depression diagnosis, aged 18 to 50 of both sexes. Applications were performed individually for those with confirmed diagnostic of depression and collectively for others. Among the main findings, it was found that EPD items were able to differentiate the groups, indicating those diagnosed with depression as those with higher depression thoughts. After factor analysis, scale was reduced to 34 items, with five interpretable factors and not randomized, named as Low self esteem, Interpersonal relationship, Self appreciation, Negative expectations and Disarrangement social and dissatisfaction. The reliability indices pointed the need for further studies in order to investigate the scale configuration. These results indicate adequate psychometric properties for the scale, and serve the purpose of arousing further studies to find evidence of validity and reliability.

Keywords: thoughts, depression, cognitive therapy; psychometrics; validity.

Introdução

Os pensamentos/ cognições são considerados pela Terapia Cognitiva como pilar para o tratamento de diferentes transtornos psiquiátricos, dentre eles, a depressão (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1982; Haaga & Davidson, 1993; Macavei & McMahon, 2010; Matta et al., 2009). Esse pressuposto se confirma por diferentes estudos científicos, os quais apontam para o aumento de interpretações negativistas à medida que aumenta a gravidade do transtorno (Eaves & Rush, 1984; Lynch, Moore, Moss-Moris & Kendrick, 2011; Medeiros & Sougey, 2010; Solomon, Arnow, Gotlib & Wind, 2003).

Além dos estudos supramencionados, existem tantos outros que demonstram relações entre crenças disfuncionais e sintomas depressivos, evidenciando que sua avaliação é importante, devido ao seu acesso ser um possível norteador na descoberta das funções estabeledoras das crenças e auxiliar no tratamento da depressão (Haaga & Davidson, 1993; Matta et al., 2009), por conseguinte, observar a definição teórica que embasa esses pressupostos e as características psicométricas desses instrumentos se mostra relevante.

A partir da Terapia Cognitiva, entende-se que os pacientes interpretam suas experiências, eventos e forma que encaram a si, o futuro e o mundo mais negativo e idiossincrático devido à combinação de três conceitos, que quando combinados, permitem observar como o sujeito percebe e estabelece seus contatos com a realidade. Esses elementos são a Tríade Cognitiva (visão distorcida de si, do futuro e do mundo), os Esquemas (organização dos níveis de pensamentos e imagens em estruturas cognitivas, crenças centrais, intermediárias e pensamentos) e os Erros cognitivos (processamento defeituoso das informações) (Beck, 1997; Beck et al., 1982).

Assim, o esquema que a pessoa usa para interpretar a experiência que está em curso encontra-se associada à depressão clínica, ou seja, os sintomas são ativados não por eventos

de vida, mas pela interpretação que o sujeito tem acerca da situação que vivencia (Pearsons & Rao, 1985). Nesse sentido, cognições (ex: eventos verbais, imagens criadas) são baseadas na forma com a qual o sujeito utiliza as informações sobre os eventos, a partir das experiências prévias que possui, sendo que, quanto mais disfuncional a forma do sujeito interpretar esses eventos, maior será seu sofrimento psíquico (Beck et al., 1982).

Importante ressaltar que os sujeitos com depressão não precisam apresentar necessariamente todos os aspectos da tríade para serem identificados como tal, já que conforme a gravidade e estado da depressão, uma estrutura da tríade pode funcionar mais negativamente em detrimento de outra (Haaga, Ernst & Dyck, 1991). Willner (1984) refere que dos três componentes da tríade cognitiva, a visão negativista de si mesmo é central em depressivos e faz com que passem a ver o mundo e aos outros de forma negativa. Com a percepção de que a maior parte dos eventos que acontecem são negativos (as distorções cognitivas), o sujeito pode passar a evitar pensar sobre o futuro, pois esse se torna aversivo.

Esses dados levam a entender que investigar sobre como as pessoas interpretam as situações que vivenciam denunciaria assim um “sintoma da depressão” (Beck, 1997; Brosse, Craighead & Craihead, 1999). É importante nesse sentido ressaltar que, apesar da literatura muitas vezes referir a testes que avaliam “crenças depressivas” ou “crenças irracionais”, deve-se atentar que, teoricamente, a avaliação de crenças é um processo mais complexo e amplo, possível apenas após sessões de psicoterapia (Beck, 1997). Assim, neste estudo, apesar de se respeitar a nomenclatura das pesquisas, parte-se do pressuposto que o conteúdo a ser avaliado durante o processo de testagem é os pensamentos, e que a partir do conteúdo desses pensamentos, é possível identificar se a distorção se foca em si, no futuro ou no mundo. Ainda, um segundo ponto sobre os testes psicológicos é que suas publicações iniciaram na década de 1960, e a partir de então, diferentes modelos são propostos sem se ter uma conclusão de como e qual forma seria a mais adequada de se acessar pensamentos

distorcidos. Por ser escasso o número de instrumentos que enfatizem pensamentos depressivos, a seguir, serão apresentados alguns instrumentos que avaliam distorções de pensamento, e seus principais resultados.

Inicialmente, cita-se a pesquisa realizada com o *Cognitive Triad Inventory* (CTI), uma vez que é o instrumento que mais se aproxima dos objetivos do presente estudo por ter como proposta itens baseados na Tríade Cognitiva (Beckham et al., 1986). Seu desenvolvimento foi realizado a partir de uma coleta com 54 pacientes com transtorno depressivo maior, sendo a maior parte mulheres, com média de idade de 36 anos. O diagnóstico de depressão foi realizado por entrevistas não estruturadas, e uma versão inicial de 37 itens foi aplicada. A versão final ficou com 36 itens, sendo a consistência interna de $\alpha = 0,91$ para visão de si, $\alpha = 0,81$ para visão de mundo e $\alpha = 0,93$ para visão de futuro, com consistência interna total de $\alpha = 0,95$.

Em um estudo mais recente, McIntosh e Fischer (2000) examinaram a estrutura fatorial da tríade cognitiva a partir do *Cognitive Triad Inventory* (CTI), testando qual seria a melhor solução fatorial, um, dois ou três fatores. Para o estudo, foram recrutados 641 universitários, sendo 56% do sexo feminino, com 58,5% com idades abaixo de 18 anos, 32% entre 19 e 25 anos, 2,3% entre 26 e 30 anos e 0,6% acima de 40 anos. Os parâmetros de análise foram feitos segundo o método de máxima verossimilhança os quais indicaram os seguintes índices de ajuste ($\chi^2(402) = 2048,98$; $p = 0,001$; CFI = 0,73; GFI = 0,76; AGFI = 0,72 e RMR = 0,09), o que indicou que o modelo se mostra adequado para fatoração, mas que existem possíveis problemas de ajuste ao modelo, considerando o CFI.

Ademais, as correlações entre os fatores foram de 0,79 a 0,90, indicando uma única dimensão por trás dos itens, sugerindo que o modelo de três fatores não se mostra adequado para o CTI. Com esses resultados, foi realizada uma análise exploratória, com base na análise dos componentes principais, que apontou como solução de um único fator, e após

eliminação de alguns itens, os dados foram modelados até o CFI indicar que o modelo estava ajustado, confirmando a estrutura de um fator. Os autores sugerem outras análises, haja vista a composição da amostra não possuir depressivos, hipotetizando também que o modelo da tríade talvez não tenha sido identificado por não haver representatividade na amostra desse perfil.

No mesmo ano que a CTI foi divulgada, Cane, Olinger, Gotlib e Kuiper (1986) publicaram um estudo sobre a estrutura fatorial do *Dysfunctional Attitude Scale* (DAS), que também foi desenvolvida a partir da teoria de A. Beck. Para esse estudo, 664 universitários foram recrutados. A análise fatorial exploratória utilizou a rotação varimax e encontrou-se a possibilidade de dois fatores. O primeiro fator, com 47% da variância foi denominado de Avaliação de Performance, ao passo que o segundo, com 14%, de Aprovação pelos Outros. O alfa total foi de 0,87, e as correlações item-total variaram de $r=0,39$ a $r=0,60$, sendo que o primeiro fator foi composto por 15 itens e o segundo por 10 itens.

Himle, Hnat, Thyer e Papsdorf (1985) buscaram determinar a estrutura fatorial do *Rational Belief Inventory* (RBI) em uma amostra de 510 universitários, sendo 327 do sexo feminino, e média de idade de 22 anos. A análise fatorial foi efetuada considerando o método de máxima verossimilhança, mantendo apenas os itens que apresentassem cargas acima de 0,30. Quatro itens foram eliminados, e a variância assumida pelos 11 fatores foi de 40%, ficando assim uma solução com 34 itens. Os fatores e suas variâncias foram, Infortúnios e Acidentes (14% da variância total), Catastrofização (34,5%), Perfeccionismo (4,5%), Culpa (3,5%), Independência (2,8%) Aprovação (1,9%). No estudo, consta que o sétimo fator, Cuidado e Ajuda, possui 2,1% de variância, ou seja, maior do que os sexto fator. O oitavo fator Inércia e Evitação, apresentou 1,9% de variância, ao passo que o nono (Rebelião) e o décimo (Auto ajuda) ficaram com 1,6% da variância e o 11 fator (Visão negativa dos outros) com 1,4% da variância total. Por fim, os autores salientam que as

qualidades psicométricas encontradas se mostram longe do encontrado em outros estudos, ainda, acrescentam a necessidade de se utilizar grupos clínicos.

O *Cognitive Error Questionnaire* (CEQ) visa acessar os erros cognitivos, propostos por Beck como um dos componentes para interpretação do substrato da depressão. Foi investigado quanto a suas propriedades psicométricas para ser utilizado na Alemanha por Pössel (2006). A amostra foi de 766 universitários sendo 80% (n= 638) mulheres, com média de idade 23,71($dp= 6,57$) anos. Além da CEQ, os participantes foram solicitados a responder também um instrumento de rastreamento de sintomas depressivos, a *Center for Epidemiological Studies- Depression Scale* (CES-D). Os participantes eram convidados a responderem a mesma escala após quatro semanas. Para analisar as qualidades psicométricas do instrumento, os autores optaram por efetuar uma análise fatorial confirmatória para verificar a adequação do modelo de quatro fatores propostos por Lefebvre (1981) para a amostra alemã. Os resultados indicaram a não adequação do modelo de quatro fatores e na escala unifatorial, o CFI foi $<0,90$ ou seja, bem dentro dos parâmetros de ajuste. A consistência interna foi de $\alpha=0,62$ em Catastrofização (F1), $\alpha=0,73$ para Supergeneralização (F2), $\alpha=0,64$ para Personificação (F3), $\alpha=0,59$ para Abstração Seletiva (F4) e $\alpha=0,87$ para a escala total. Referente a fidedignidade, o teste-reteste indicou uma boa confiabilidade para a escala entorno de 0,70 para as dimensões, e a correlação com o CES -D variou de $r=-0,25$ a $r= -0,33$ para os fatores e escala total. Para os autores, existe a limitação de não se ter uma amostra não clínica, assim como a necessidade de outros estudos que atestem a qualidade psicométrica da escala.

De fato, observa-se que a construção de instrumentos para avaliar padrões cognitivos se mostra um tema estudado há décadas, e com diferentes propostas para que a sua construção venha a ser mais bem fundamentada. Seguindo a esse propósito, uma importante contribuição estrangeira no estudo das características psicométricas dos

instrumentos de pensamentos é a pesquisa de Terjesen et al. (2009) que examinaram as propriedades psicométricas e características técnicas de medidas de mensuração de pensamentos irracionais baseados na Terapia Racional Emotiva Comportamental (TREC) por meio de uma pesquisa na *PsychInfo* entre os anos de 1872 a 2005. A palavra *irrational beliefs* foi cruzada com palavras chaves e sinônimos como crenças, atitudes, pensamentos, e os resultados psicométricos foram analisados conforme os Standards da *American Educational Research Association -AERA, American Psychological Association -APA e National Council on Measurement in Education- NCME (1999)*.

Nesse estudo, foram encontrados 14 testes, sendo a maior parte publicadas a partir de 1970, com uma variação de 9 a 100 itens ($M= 43,6$), provenientes de diferentes países. O número de sujeitos que responderam ao estudo de confiabilidade variou de 50 a 567, com os *alfas* de Cronbach que variaram de 0,57 a 0,90, sendo os com maior confiabilidade o *Rational Behavior Inventory -RBI* e a *Child and Adolescent Scale of Irrationality -CASI*. Referente as correlações com outros instrumentos, observou-se que as magnitudes correlacionais dos instrumentos de crenças com depressão variavam de $r= 0.27$ a $r= 0.68$.

Similar ao trabalho de Terjesen et al. (2009), Bridges e Harnish (2010) revisaram 25 medidas de pensamentos irracionais mediante busca de literatura nas bases de dados *PsycINFO* por meio dos termos *measures of irrational thoughts, thoughts - e beliefs* que avaliassem depressão ou ansiedade. Os critérios foram, publicação a partir de 1968, quando o *Irrational Beliefs Test (IBT)* foi apresentado; possibilidade de avaliar as medidas em relação a seu conteúdo e estarem escritas em inglês. A busca indicou 31 artigos possíveis, e a partir do critério de exclusão adotado, seis foram eliminados, restando 25 artigos com medidas de pensamentos. Estas variavam de unidimensionais até dez fatores, sendo todas elas escalas tipo *Likert* acima de três pontos. Do total, 16 eram baseadas no modelo de Ellis, sete no modelo de A. Beck e duas não eram relacionadas nem com teoria de A. Beck

e nem com a de Ellis. Os autores salientam que a maior parte desses testes apresentavam estudos de precisão e validade discriminante ou concorrente. Adicionalmente, criticam a variação da confiabilidade e validade, já que isso torna difícil chegar a conclusões adequadas por meio dos testes. Segundo os mesmos autores, as medidas deveriam acessar tanto pensamentos racionais quanto irracionais, e não se limitarem em apenas uma forma de respostas, ou ainda avaliar respostas como comportamentais ou emocionais.

No Brasil, ao realizar um rápido levantamento em sites de busca em outubro de 2012 (BVS, Pepsic, Redalyc e Scielo), estipulando como tempo para a busca das publicações, 1960- 2012, e como palavra chave o descritor “questionário de crenças irracionais” e *irrational belief questionnaire, irrational belief, irrational belief scale, disfuncional atitudes scale*, foram recuperados três estudos que avaliam propriedades psicométricas de instrumentos de crenças, os quais são descritos a seguir. Yoshida e Colugnatti (2002) estudaram as propriedades psicométricas da Escala de Crenças Irracionais (ECI) e do Questionário de Crenças Irracionais (QCI) em 849 universitários de cursos da área de humanas e exatas. Desses, 64,4% eram do sexo feminino ($n= 547$), com média de idade de 21,3 anos ($dp= 3,98$). O alpha de Cronbach da ECI foi de 0,73 e para a QCI de 0,71. Os coeficientes de correlação de postos para a ECI com o Questionário de Saúde Geral foram estatisticamente significativas e de magnitude fraca (0,18 a 0,37) e estatisticamente significativas com magnitudes que variaram de fracas a nulas com o QCI (0,08 a 0,16). Complementarmente, a fidedignidade foi investigada por meio do teste-reteste, com 87 participantes, sendo o coeficiente de 0,88 para os homens e 0,82 para as mulheres no ECI e 0,78 e 0,72 para a QCI. Considerando os resultados, os autores sugerem que sejam realizados novos estudos, com amostras de sujeitos que estejam em atendimento em postos de serviços de saúde mental.

Orsini et al. (2006) avaliaram as propriedades psicométricas de duas versões da

Escala de Atitudes Disfuncionais (DAS-A e DAS-B) com o objetivo de verificar a relação entre atitudes disfuncionais e depressão clínica. A amostra foi composta por 273 universitários, com 62,6% (n= 102) do sexo feminino, com idades entre 19 e 25 anos. Desses participantes, 86,1% referiram não passar por tratamento psicoterápico e 95,6% nunca receberam medicação psiquiátrica. Os estudantes responderam além do DAS, o Inventário de Depressão de Beck- BDI e a Escala de Bem Estar.

A análise fatorial foi realizada por meio de análise de componentes principais e rotação varimax, o qual indicou três possíveis fatores para a escala, responsáveis por 24,7% na forma A e 26,1% na forma B, sendo a carga mínima aceitável dos itens de 0,30. A consistência interna da DAS foi de 0,81 para a forma A, com fatores e índices descritos a seguir, Baixa autoestima indutora ($\alpha= 0,71$), Baixa autoestima induzida por objeto esquemático ($\alpha= 0,57$) e Atitudes mantenedoras de depressão ($\alpha= 0,64$). Para a forma B, o alfa foi de 0,80, e foram encontrados os seguintes fatores, Baixa autoestima induzida por autoprescrição irrealizável ($\alpha= 0,77$), Baixa autoestima indutora ($\alpha= 0,75$), Atitudes mantenedoras de depressão ($\alpha= 0,64$).

Além desses resultados, a correlação da DAS com o BDI foi estatisticamente significativa, porém fraca ($r= 0,22$ para a DAS-A e $r=0,21$ para a DAS-B), indicando que quanto maiores as crenças disfuncionais, maior o nível de depressão. Ao final, os autores também sugeriram uma ampliação da amostra, tal como outros procedimentos metodológicos para aumentar a confiabilidade da escala, como análise semântica e uma maior atenção à especificidade da escala no que se refere à avaliação de vulnerabilidade para a depressão.

Matta et al. (2009) investigaram as relações entre a Escala Fatorial de Neuroticismo (EFN), com a Escala de Satisfação com a Vida (ESV), o Questionário de Crenças Irracionais (QCI) e a Escala de Crenças Irracionais (ECI). Fizeram parte da amostra 157

universitários, com média de idade de 21 anos ($dp= 4,15$), sendo 76,8% do sexo feminino. Após as análises estatísticas serem realizadas, verificou-se que não foram encontradas diferenças entre os sexos no ECI ou QCI, e a correlação entre os dois foi positiva e significativa ($r= 0,56$; $p=0,01$). A consistência interna da ECI foi 0,78, mas não foram realizadas essas análises para a QCI. A correlação do EFN com a ECI foi estatisticamente significativa, limítrofe e moderada ($r= -0,40$; $p=0,06$) e com o QCI foi estatisticamente significativa, negativa e de magnitude fraca ($r=-0,21$; $p=0,05$), indicando assim que quanto maiores às crenças, maiores os traços de neuroticismo do sujeito.

Em suma, o que se pode inferir a partir dos trabalhos apresentados é que os estudos brasileiros trouxeram indicativos de que as escalas apresentaram uma precisão adequada, entretanto, as poucas evidências de validade apresentadas nem sempre estiveram associadas às expectativas teóricas dos construtos e medidas relacionadas, tendo em vista as correlações que variaram de moderadas a baixas. A relação entre a validade e precisão é importante de se observar pois, segundo Urbina (2007) esse é um dos problemas aos quais alguns testes psicológicos podem estar propensos, já que testes precisos, mas que não são válidos indicam que o teste possui uma métrica adequada para qualquer construto teórico, não necessariamente referente ao construto que se desejava.

Observa-se, em um panorama mais geral, que existem mais estudos sobre a relação entre pensamentos e depressão fora do país, já havendo discussão sobre a precisão desses instrumentos construídos, sua validade e em aspectos básicos de sua construção, tais como a escolha dos itens, o propósito de aplicação do teste, a cultura que é aplicado, o formato e a congruência de seus resultados com os pressupostos teóricos. Referente a cultura, Goodwin e Gaines Jr. (2004) são um dos poucos autores que discutem a problemática na avaliação de pensamentos. O objetivo do trabalho foi avaliar as relações da intensidade das crenças conforme a cultura, selecionando para isso 206 trabalhadores da Georgia ($n=78$),

Hungria (n=60) e Rússia (n=68). Os resultados foram obtidos mediante a aplicação do *Relationship Beliefs Inventory*, o qual demonstrou que as crenças não são componentes totalmente estáveis, mas que dependem do contexto, da sociedade em que o sujeito se desenvolve, para que determinados itens sejam mais assinalados do que outros. Esse resultado ilustra um dos problemas que são discutidos em relação a aplicabilidade de testes provenientes de outra realidade, que é a adaptação dos itens para realidades diferentes, o que pode interferir não apenas na parte semântica dos itens, mas também em todo o entendimento do construto (Pasquali, 1999).

Devido a essas questões, a consequência é que no Brasil, ainda não existem estudos avaliando crenças em pacientes depressivos ou testes que possuam diferentes estudos de precisão e validade. Sem deixar de citar o Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (SATEPSI, 2013), também observa-se que não existe nenhum instrumento voltado para avaliar pensamentos depressivos aprovado para uso do psicólogo no Brasil, o que diminui a cientificidade dos dados nas avaliações clínicas e também de um acompanhamento mais monitorado do paciente. Observando essas características, o presente estudo visa descrever o processo de construção da Escala de Pensamentos Depressivos (EPD), além de buscar evidências de validade baseada no conteúdo e na estrutura interna.

Método

O desenvolvimento da escala foi dividido em duas etapas, quais sejam 1. Construção do Instrumento e evidências de validade baseadas no conteúdo; e 2. Evidência de validade baseada na estrutura interna e fidedignidade por meio da Teoria Clássica dos Testes.

Etapa 1. Construção do instrumento

A construção da EPD foi realizada com base na elaboração de itens que seguissem os pressupostos teóricos da tríade cognitiva proposta por A. Beck (Beck, 1976; Beck et al., 1982). Considerou-se também como fonte de informação instrumentos que tinham como proposta avaliar padrões disfuncionais relacionados à depressão, sendo eles, Instrumento de Crandell sobre a tríade cognitiva -*Crandell Cognitions Inventory* (Crandell & LaPointe, 1979); Questionário de pensamentos automáticos -*Automatic Thoughts Questionnaire* (Hollon & Kendall, 1980); Questionário de estilo atribucional -*Attributional Style Questionnaire* (Peterson et al., 1982); Questionário de estilo atribucional ampliado - *Expanded Attributional Style Questionnaire* (Peterson & Villanova, 1988); Escala de crenças -*Belief Scale* (Malouff & Schutte, 1986); Inventário da tríade cognitiva- *Cognitive Triad Inventory* (Beckham et al., 1986); Escala de valores irracionais -*Irrational Values Scale* (IVS) (MacDonald & Games, 1972); *Mood Survey* (Underwood & Froming, 1980); Escala de auto avaliação de depressão -*Self Rating Depression Scale* (SDS) (Zung, 1965); e Escala de atitudes disfuncionais -*Dysfunctional Attitude Scale* (DAS) (Weissman, 1980). Inicialmente, foram elaborados 249 itens, sendo 112 sobre si, 61 sobre o mundo e 59 sobre o futuro, e 17 pautados nos instrumentos de base, mas com adaptações em relação ao tempo verbal, tipo de resposta e conteúdo semântico.

Na sequência, realizou-se o desenvolvimento do cabeçalho do teste, elaborando uma instrução com exemplo de como o teste deveria ser preenchido. Juntamente, revisou-se o teste visando excluir itens que avaliassem esquemas secundários (de vulnerabilidade, p. ex., “se eu não consigo cumprir uma tarefa, é porque não sou tão bom” ou “percebo que se não fizer o que me pedem, não consigo ficar bem”), referentes a avaliação de comportamentos ao invés de pensamentos (p.ex.: “tenho um desempenho ruim em tudo que faço” ao invés de “acredito que sou um fracasso em tudo que faço”) ou ainda, ao *distress* ou sintomas de

depressão (p.ex.: “viver está cada vez mais difícil”) ou outros construtos, conforme proposto por Bridges e Harnish (2010) e Terjesen et al. (2009). Esse critério de exclusão resultou em 137 itens, sendo 63 positivos e 40 negativos. Os passos realizados para o desenvolvimento do trabalho e sobre os itens retirados do instrumento podem ser visualizados na Figura 1.

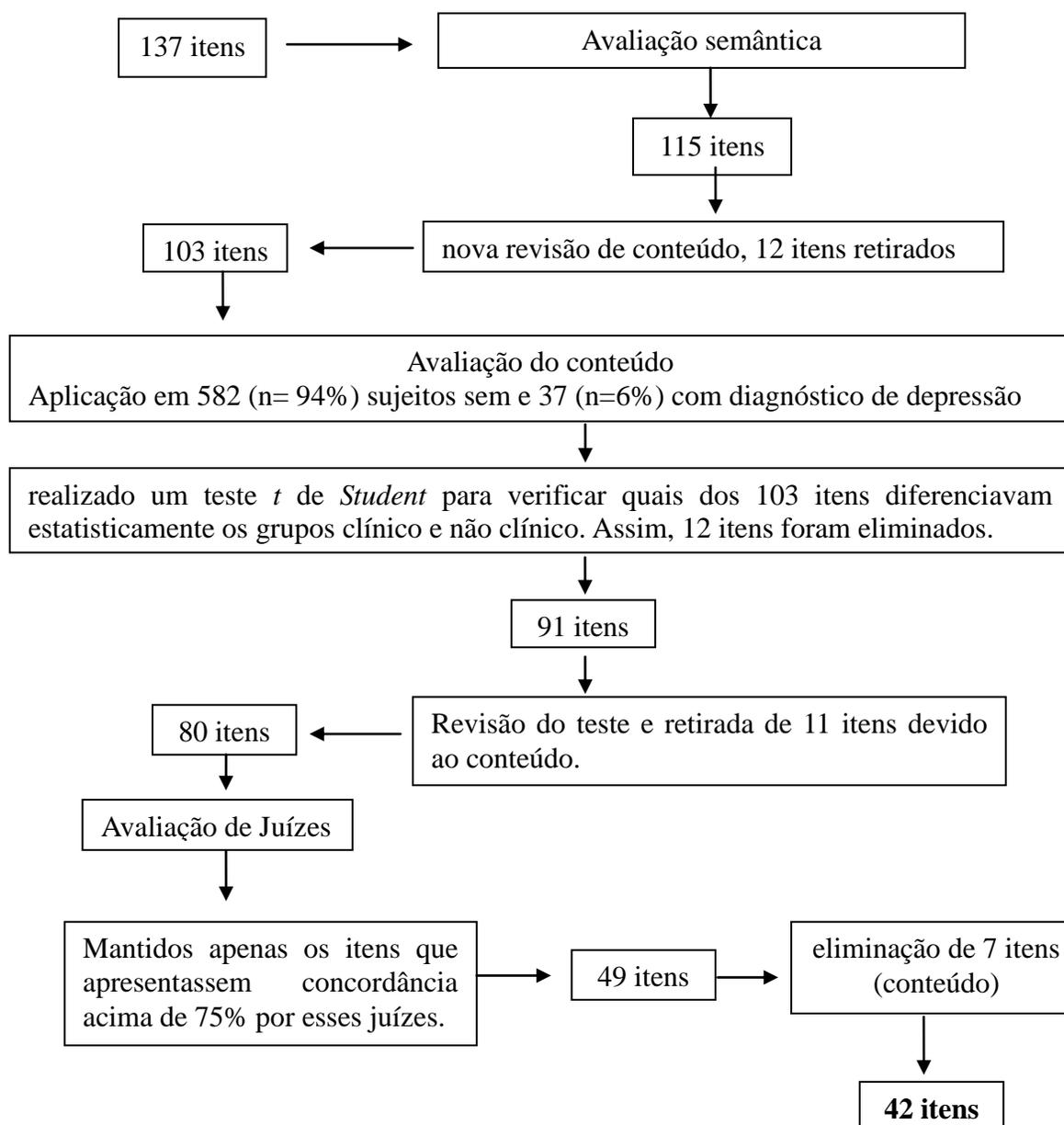


Figura 1. Descrição dos procedimentos de elaboração da Escala de Pensamentos Depressivos (EPD).

Conforme demonstra o esquema da Tabela 1, a EPD contava inicialmente com uma versão de 137 itens, e após aplicação em 30 adultos para avaliação semântica, a primeira redução de itens foi realizada. Nessa etapa, 21 participantes eram sem diagnóstico relatado de depressão e nove com diagnóstico de depressão feito por psiquiatra e confirmado pela Entrevista Clínica Estruturada para o DSM IV- Versão Clínica (SCID-CV) (Del-Ben et al., 2001). Do total, 60% (n=18) eram do sexo masculino, tendo 37% o ensino médio completo (n=11) seguidos por ensino fundamental incompleto e ensino superior completo, ambos com 17% (n=5).

Os itens que os participantes indicavam dificuldade ou dúvida para responder foram modificados (n= 16; 11,67%) ou excluídos (n= 22; 16,05%), restando assim, 115 itens. Posteriormente a essa primeira avaliação, foi realizada uma revisão do teste, sendo que outros 12 itens foram eliminados, em decorrência de dualidade dos itens ou avaliar algum dos critérios elencados pela literatura de base para a construção da EPD (Bridges & Harnish, 2010; Terjesen et al., 2009) como inadequados para uma escala de pensamentos, restando assim, 103 itens.

A escala em sua versão com 103 itens foi elaborada em formato *Likert* de quatro pontos, sendo pontuação 1- Não concordo e 2, 3 e 4 para concordar pouco, muito ou fortemente, com o cálculo da pontuação feito de forma ascendente, assim, quanto maior a pontuação, mais pensamentos disfuncionais. A partir dessa configuração da escala, ocorreu sua aplicação em 619 sujeitos, 582 (n= 94%) sem diagnóstico relatado de depressão e 37 (n=6%) com diagnóstico de depressão. Prezou-se pela aplicação em diferentes contextos, assim, 313 (n=50,6%) universitários, 119 (n= 19,2%) trabalhadores administrativos, e 150 (n= 24,2%) profissionais da saúde.

Anterior a avaliação dos juízes, optou-se por realizar uma revisão na escala. Assim,

foi adotado como critério para manutenção do item que esse indicasse diferenças entre as pontuações conforme grupo clínico e não clínico. As análises de diferenças de média foram realizadas e 12 itens não se diferenciavam entre as amostras, assim, foram retirados. Antes de encaminhar para os juízes analisarem a avaliação do conteúdo da escala, outros 11 itens foram retirados da mesma por não se adequarem a configuração da escala, restando assim, 80 itens.

A avaliação de juízes contou com 20 psicólogos, com no mínimo especialização em Terapia Cognitiva, atuantes no Estado de São Paulo. O tempo de atuação variou de menos de seis meses de experiência a mais de 15 anos de experiência. Foi entregue para cada um dos juízes uma lista com os 80 itens da EPD com uma explicação prévia sobre a definição da tríade cognitiva de Beck (Beck et al., 1982) e solicitado para que cada um dos itens fosse alocado em apenas uma opção da tríade ou em outro no caso de dúvida ou do item não corresponder às definições contempladas. A análise das respostas foi feita por meio do índice de correspondência entre os juízes, aceitando apenas o manutenção do item que apresentasse mais de 75% de concordância, restando assim, 49 itens. Desses 49, sete foram retirados devido aos conteúdos ainda não se adequarem aos critérios selecionados a partir dos trabalhos de Bridges e Harnish (2010) e Terjesen et al. (2009), levando a versão final de 42 itens.

Sintetizando esses dados, é possível observar que, a partir da versão de 137 itens, 95 itens foram eliminados, correspondendo a redução de aproximadamente 20% dos itens da EPD, até a versão final de 42 itens¹. Do total, 22 foram retirados após a avaliação de conteúdo, 12 foram retirados após diferença de média, 31 retirados após a análise de juízes, e por fim, 30 foram retirados pelo conteúdo não abranger as considerações de Terjesen

¹ Para maiores detalhes, ver Tabela 3, em Anexos.

et al. (2009), por dualidade do item ou ainda, por se mostrar similar a outro item. A partir dos 42 itens restantes, foi realizado o estudo para buscar a segunda evidência de validade da escala, descrita a seguir.

Etapa 2: Evidência de validade baseada na estrutura interna e fidedignidade por meio da Teoria Clássica dos Testes.

Participantes

A amostra da pesquisa foi composta por 619 sujeitos, a maior parte ($n= 302$; 48,8%) com ensino médio completo e 68 ($n= 68$; 11%) com ensino superior completo. A idade dos participantes variou de 18 a 59 anos ($M=28,91$; $dp= 10,32$), sendo que 69,8% ($n=432$) eram do sexo feminino. Os dados foram coletados em dois estados, quais sejam, São Paulo ($n=551$; $n=89%$) e Minas Gerais ($n= 68$; 11%). Em relação a procedência da amostra, 582 ($n= 94%$) eram sem diagnóstico relatado de depressão e 37 ($n=6%$) com diagnóstico de depressão. Desses sem diagnóstico, 313 ($n=50,6%$) eram universitários, 119 ($n= 19,2%$) eram trabalhadores administrativos e 150 ($n= 24,2%$) profissionais da saúde.

Instrumentos

A escala aplicada foi a EPD com 103 itens, ou seja, em sua fase de desenvolvimento e prévia a avaliação de juízes. Além da EPD foram aplicados dois instrumentos no grupo com diagnóstico de depressão, descritos abaixo.

Entrevista Clínica Estruturada para o DSM IV Transtornos eixo I – Versão Clínica - SCID-CV (Del-Ben et al., 2001): desenvolvida com o intuito de padronização dos procedimentos diagnósticos psiquiátricos, por meio de entrevista. Neste trabalho, utilizou-

se a versão traduzida para o português (Del-Ben et al., 2001) composta por 15 perguntas, a partir das quais são preenchidos os pré-requisitos do manual DSM-IV para o diagnóstico do transtorno. O estudo de confiabilidade foi realizado pelos mesmos autores com pacientes psiquiátricos de um hospital do interior de São Paulo. Foi empregada a metodologia de teste-reteste, com intervalo de dois dias entre as entrevistas realizadas. Participaram 45 pacientes, com média de idade de 34,9 anos ($dp= 11,8$), a maior parte mulheres (60%). O índice de concordância para o diagnóstico (Kappa) foi de 0,83, o que levou à conclusão de que a escala possui boa confiabilidade mesmo não apresentando todos os critérios que a versão original para pesquisa. Para a presente pesquisa, foi aplicado apenas o caderno referente ao humor, focando-se em 15 questões acerca do Transtorno Depressivo Maior.

Escala de Depressão de Hamilton –HAM D: escala multidimensional de heteroavaliação, considerada como “padrão ouro” para avaliar a gravidade do episódio depressivo em pacientes portadores de transtornos do humor, entretanto, não se constitui como instrumento diagnóstico para identificação de depressão. A versão traduzida para o Brasil do questionário de avaliação foi realizada por Carvalho, Lima, Azevedo e Caetano (1993) aplicando a versão retro- traduzida em 63 estudantes universitários bilíngues. A versão desse estudo constitui-se por 17 itens, tendo a pontuação de 0 a 4 para cada item, considerando presença/ausência dos sintomas conforme a última semana. Possui em sua maior parte sintomas cognitivos e vegetativos, avaliando em menor número de itens fatores sociais, motores, ansiedade e humor, e permite a classificação da depressão em leve, moderada ou grave. Não foram encontrados estudos brasileiros sobre evidências de validade ou precisão mediante consulta no Pepsic e Lilacs (fevereiro/2013). A confiabilidade é citada apenas em sua versão internacional, que varia de 0,83 a 0,94.

Procedimentos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade São Francisco (CAAE 0348.0.142.203-11) e autorizado pelas instituições para a aplicação do instrumento. Após, buscou-se o consentimento dos participantes do estudo mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), impresso em duas vias, no qual constavam as informações pertinentes a pesquisa em questão. A seleção dos participantes foi por conveniência, sendo a aplicação dos instrumentos individual no grupo com diagnóstico de depressão, em um ambulatório de saúde mental e em clínica psiquiátrica particular. O grupo sem diagnóstico relatado de depressão respondeu coletivamente ao teste, sendo que a média de tempo para a aplicação de 30 a 90 minutos. O grupo clínico foi encaminhado pelo psiquiatra quando diagnosticado por este com Transtorno Depressivo Maior, e responderam, além da EPD, a SCID-CV e a HAM D como critério para classificação. As aplicações foram realizadas por conveniência, e os dados coletados pela autora, com auxílio de uma graduanda de psicologia nas aplicações da área da saúde e universitários.

Análise de dados

Optou-se por realizar a análise fatorial exploratória para definir a estrutura inerente as variáveis e reduzir o número de itens da escala. À exceção da análise paralela que foi feita no programa FACTOR, as demais análises foram realizadas no *Statistic Package for Social Sciences* –SPSS (IBM, 2012). A análise fatorial foi realizada pelo método de extração de componentes principais, ou seja, considerando a variância total e derivando fatores que possuem pouca proporção de variância de erro ou única e possibilitando a redução dos dados (Hair, Black, Balbin & Tatham, 2009). Para o critério de interpretação dos números de fatores a serem extraídos, optou-se pela rotação oblíqua. Para a análise da

confiabilidade/ precisão foi utilizado o teste alfa de *Cronbach*, que forneceu dados referentes aos itens da EPD quanto a sua totalidade e possíveis fatores.

Resultados

Antes de proceder a análise fatorial exploratória, foi utilizada uma análise paralela como critério para verificar a existência de fatores relevantes na escala, mediante simulação de 1000 extrações de matrizes de correlação randômicas e considerou-se o *eigenvalue* correspondente ao percentil 95. Foi encontrada uma solução não aleatória de até cinco fatores, pelo método de extração de componentes principais. A partir dos resultados, foi realizada a verificação da adequação da amostra para análise fatorial por meio do índice *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) e o teste de esfericidade de *Barlett* para verificar a circularidade da matriz. Assim, o KMO foi de 0,93 e o teste de esfericidade de *Barlett* foi de $\chi^2 = 10029,400[861]$; ($p = 0,001$), indicando boa adequação dos dados para essa análise.

Desse modo, a análise fatorial seguiu o mesmo critério para se determinar a estrutura fatorial que a análise paralela, ou seja, utilizou-se o método de extração de componentes principais, e empregou-se a rotação oblíqua (*direct oblimin*) uma vez que há o pressuposto de que os fatores são correlacionados. Foram excluídos seis itens por terem cargas cruzadas ou por não carregarem em nenhum fator, resultando em uma versão com 34 itens, utilizando-se como inclusão do item ter carga fatorial mínima de 0,30. Os cinco primeiros fatores extraídos apontaram *eigenvalues* de 11,16 no primeiro fator, 3,86 no segundo fator, 1,79 para o terceiro e 1,53 e 1,44 para o quarto e quinto fatores. Assim, a análise fatorial foi realizada considerando cinco fatores, de forma que as comunalidades variaram de 0,37 a 0,67, dispostas na Tabela 1 para melhor visualização.

Tabela 1.

Cargas Fatoriais dos Componentes Rotados (*direct oblimin*) extraídos por meio da análise Componentes Principais e Comunalidades da EPD.

	Fator					h ²
	1	2	3	4	5	
epd_71	0,837					0,67
epd_76	0,804					0,62
epd_49	0,671					0,56
epd_75	0,554					0,49
epd_12	0,492					0,54
epd_78	0,489					0,39
epd_07	0,479					0,62
epd_31	0,459					0,40
epd_46	0,448					0,53
epd_90	0,439					0,36
epd_70	0,381					0,36
epd_80		0,763				0,65
epd_77		0,731				0,61
epd_66		0,693				0,56
epd_64		0,619				0,53
epd_65		0,596				0,43
epd_69		0,595				0,52
epd_88		0,529				0,48
epd_23			0,692			0,65
epd_14			0,560			0,53
epd_21			0,542			0,51
epd_17			0,481			0,40
epd_36			0,442			0,46
epd_52			0,390			0,40
epd_94			0,369			0,40
epd_50				0,586		0,54
epd_39				0,481		0,40
epd_11				0,430		0,37
epd_16					0,534	0,39
epd_44					0,414	0,41
epd_08					0,385	0,37
epd_27					0,371	0,45
epd_47					0,352	0,42
<i>Eigenvalues</i>	11,16	3,86	1,79	1,53	1,44	
Var. explicada	25,63%	8,88%	4,09%	3,81%	3,40%	

A solução encontrada explicou uma variância de 47,13%, dividida em cinco fatores nomeados como F1 (baixa autoestima/ desvalorização) com 11 itens, referente a pensamentos de derrota, avaliação negativa de futuro e de vida, pensamento de fracasso e desânimo; F2 (relacionamento interpessoal) possui sete itens que expressam pensamentos de se sentir suportado, compreendido e querido; F3 (auto valorização) contendo oito itens com auto avaliação positiva sobre si em relação a suas conquistas, seu futuro e vontade de viver; F4 (expectativas negativas/ insatisfação), que corresponde a três itens a respeito de querer ser uma pessoa melhor e a percepção de que sua situação é insuperável; por fim, o último fator F5 (desajustamento social) contém cinco itens referentes a avaliar-se como uma pessoa de “mau caráter”, indefeso, causador de seu próprio sofrimento e por deixar as pessoas para baixo.

Dos fatores, foi possível observar que o F1 continha seis itens referentes a avaliação de si, três sobre o futuro e dois sobre o mundo/outros; F2 predominantemente itens sobre percepção de mundo/outros e apenas um item sobre avaliação de si; em F3 há a predominância de itens de si; em F4 cada um dos itens corresponde a uma parte da tríade e por fim, o quinto fator F5 é composto predominantemente de itens sobre a avaliação de si. No geral, essa configuração indicou que, dos 34 itens, 19 se referem à avaliação de si, nove sobre mundo/outros e seis sobre futuro.

Na sequência, foi realizada uma análise para verificar as correlações entre as dimensões propostas pela estrutura de cinco fatores. Desse modo, na Tabela 2 pode ser verificado que as correlações entre as dimensões variaram de $r= 0,17$ a $r=0,39$. Com base em Dancey e Reidy (2006) essas correlações são classificadas entre fracas a moderadas.

Tabela 2.

Matriz de correlação fatorial da EPD.

Fator	1	2	3	4	5
1	1,00	0,25	0,27	0,36	0,39
2	0,25	1,00	0,02	0,39	0,16
3	0,27	0,02	1,000	0,06	0,17
4	0,36	0,39	0,06	1,00	0,24
5	0,39	0,16	0,17	0,24	1,00
α	0,88	0,85	0,78	0,53	0,66

Adicionalmente, a Tabela 2 traz as informações da confiabilidade da EPD para cada um dos fatores, obtida por meio do coeficiente alfa de Cronbach (α). Considerando o parâmetro fornecido pelo Conselho Federal de Psicologia (SATEPSI, 2004) para uma escala ter uma boa confiabilidade aceitável deve ter valores iguais ou acima de 0,60. Desse modo, observa-se que a EPD apresentou confiabilidade excelente para os dois primeiros fatores e para o valor total ($\alpha = 0,91$), boa para o F3, Insuficiente no F4 e Suficiente para o F5 (Tabela 2).

Discussão

No presente trabalho teve-se o objetivo de apresentar a construção da Escala de Pensamentos Depressivos (EPD), desenvolvida a partir da Tríade Cognitiva de Beck (Beck et al., 1982). Esse objetivo foi fundamentado a partir do pressuposto que entender e saber avaliar como o sujeito percebe a si, o futuro e ao mundo é a chave para o tratamento da depressão, uma vez que a avaliação indireta pelo número de crenças disfuncionais se mostra relacionada à severidade do sintoma depressivo (Almeida & Lotufo Neto, 2003; Beck et al., 1982; Shestatsky & Fleck, 1999). Por isso, um dos critérios iniciais para manter

os itens foi a verificação de que o grupo com diagnóstico relatado de depressão apresentasse uma média maior e estatisticamente significativa de pensamentos depressivos do que os sem diagnóstico relatado de depressão.

Apesar do grupo com diagnóstico ser em pequena parcela no presente estudo, demonstrou ter medias maiores nos itens, critério inclusive, para manutenção destes na escala. Esse resultado vai ao encontro da pesquisa de Eaves e Rush (1984), os quais verificaram que os pacientes depressivos de fato apresentavam mais pensamentos negativistas independente da gravidade do transtorno depressivo e o trabalho de Medeiros e Sougey (2010) que constatou que aqueles com maiores sintomas de depressão eram também os que pontuavam mais nos sintomas cognitivos da BDI.

O estudo parte também do pressuposto que a construção de um instrumento para avaliar pensamentos ligados à depressão deve ter o propósito de contribuir para a promoção de saúde, considerando que a detecção de pensamentos não é uma condição única para que se tenha uma melhora no quadro clínico, mas que sem esta e sem a identificação das crenças ativadas, a melhora e a condução de um procedimento psicoterapêutico torna-se impreciso (Macavei & McMahon, 2010). Pesquisadores que contribuíram para a validação e outros estudos relacionados ao uso de escalas de crenças irracionais Brasil já recomendavam também a importância de se voltar para a avaliação de sintomas depressivos (Matta, Bizarro & Reppold, 2009; Orsini et al., 2006; Yoshida & Colugnati, 2002).

Discutem-se, assim, os resultados encontrados neste estudo. Foi verificado que a escala não se dividiu conforme a tríade, mas em cinco fatores que englobavam a tríade de maneira dinâmica. A divisão de itens conforme a tríade cognitiva parece ser buscada em diferentes estudos, porém, geralmente se encontram modelos unifatoriais, como no caso do estudo de McIntosh e Fisher (2000), Pössel (2006) ou com mais de três fatores, como no caso dos estudos de Cane et al. (1986), Himle et al. (1985) e a do presente estudo.

McIntosh e Fischer (2000) argumentam que uma das hipóteses possíveis é que o modelo da tríade foi configurado essencialmente para ser interpretável em grupos clínicos (com transtorno depressivo maior). Nas amostras desses estudos supramencionados e também no caso do presente estudo, ocorreu a prevalência de pessoas sem diagnóstico relatado e confirmado de depressão. Essa hipótese pode parcialmente ser levantada no presente estudo, já que um diferencial da pesquisa foi o manutenção apenas de itens que houvessem mostrado previamente diferenciar grupos com e sem diagnóstico relatado de depressão, desse modo, era esperado que os pressupostos da tríade fossem presentes, no sentido dos itens serem alocados em três fatores.

Algumas considerações sobre os resultados ainda devem ser realizadas. A EPD foi desenvolvida com base nas informações contidas em trabalhos de revisão de instrumentos de crenças irracionais/difuncionais (Bridges & Harnish, 2010; Terjesen et al., 2009). Assim, existia o cuidado para que os itens acessassem tanto pensamentos racionais quanto difuncionais, o modelo tipo *Likert* de quatro pontos, para poder facilitar a investigação prévia do clínico sobre as respostas fornecidas e itens que não avaliassem comportamentos ou emoções, que são considerados como conteúdos derivados dos pensamentos (Beck, 1997).

Notou-se ainda que a EPD apresenta em maior parte itens sobre si. A esse respeito, volta-se aos escritos de Willner (1984) que comenta da importância central em avaliar a visão negativista de si em depressivos, já que essa baixa autoestima faz com que passem a ver o mundo e aos outros de forma negativa. Quanto a divisão fatorial da escala, foi verificado que sua composição é similar àquela encontrada por Himle et al. (1985), em que alguns dos fatores refletiam a visão negativista dos outros, catastrofização, culpa, cuidado e ajuda, o que em essência, é contemplado pelos cinco fatores da EPD. A mesma maneira, o estudo brasileiro de adaptação do DAS apontou fatores similares a EPD referentes a baixa

autoestima, atitudes mantenedoras de depressão e baixa autoestima induzida por objetos esquemáticos, ou seja, também há a verificação de que é marcante na disfuncionalidade a maneira como o sujeito se avalia que é a falta de percepção de suporte social, baixa autoestima e auto conceito e desesperança (Beck, 1983; Beck et al., 1982). Assim sendo, observa-se que a EPD apresenta uma configuração similar a outros instrumentos, e mais do que isso, sua configuração aponta fatores que se mostram importantes detectores de vulnerabilidade, que são os pensamentos negativistas de desvalorização, o relacionamento interpessoal e as interpretações do sujeito sobre como se vê e como se avalia diante do mundo.

Cabe considerar além da estrutura fornecida pela análise fatorial, os índices observados na Matriz de correlação e os índices de precisão. Segundo Hair et al., (2009) é esperado que as correlações entre os fatores não ultrapasse de 0,30, já que acima desse fator poderia-se começar a considerar que os fatores mensuram o mesmo construto, o que tornaria o manutenção de um deles desnecessário. Com base nessas informações nota-se que os fatores F1 e F5 ultrapassaram essa correlação, e considerando a composição dos itens, pode-se hipotetizar que uma configuração agrupando esses fatores pode se mostrar válida. Esse pressuposto se mostra aplicável também em F2 com F4. Inclusive, observando a precisão dos fatores, nota-se que o F4 e F5 foram aqueles com menores índices de precisão da escala, sendo o F4 composto por apenas três itens. Sugere assim, que apesar de ser válida uma interpretação da EPD com cinco fatores, novas investigações, com amostras maiores devem ser realizadas, pensando em novas configurações. Considerando as evidências levantadas no presente estudo, acredita-se que os dados encontrados fornecem evidências de validade parciais para a EPD.

Conclusão

O presente estudo teve por objetivo investigar as qualidades psicométricas da EPD, buscando evidências de validade baseada nos processos de conteúdo, estrutura interna e confiabilidade. Como colocado, os resultados indicam evidências de validade para a versão piloto da EPD, já que o modelo da tríade cognitiva proposta por Beck et al., (1982) se mostrou válido para a interpretação de pensamentos distorcidos, contudo, com uma configuração diferente da esperada teoricamente e também com índices de fidedignidade e matrizes correlacionais que indicam a necessidade de mais estudos e amostras maiores.

Tendo como base as revisões de Bridges e Harnish (2010) e Terjesen et al. (2009), o número de itens da escala se mostrou similar a maior parte dos instrumentos já disponíveis no mercado. Apesar disso, cabe lembrar novamente que o modelo encontrado para a EPD possui algumas questões a serem revistas ao levar em consideração a interpretabilidade dos fatores, a matriz de correlação e a fidedignidade.

Por fim, considerando que a EPD tem por objetivo detectar possíveis casos futuros de desenvolvimento do quadro depressivo e não servir de apoio aos diagnósticos acredita-se que a adoção de diferentes análises estatísticas e busca por diferentes evidências de validade são fundamentais e sugeridos. Outras sugestões se pautam no desenvolvimento de pesquisas investigando a EPD junto a outras medidas de pensamentos e também com depressão, de forma a investigar suas qualidades psicométricas.

Referências

Almeida, A. M., & Lotufo Neto, F. (2003). Revisão sobre o uso da terapia cognitiva-comportamental na prevenção de recorrências depressivas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(4), 239-244.

American Educational Research Association (AERA), American Psychological Association (APA), National Council on Measurement in Education (NCME) (1999). *Standards for Educational and Psychological Testing*. Washington, DC: American Educational Research Association.

Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. NW: International Universities Press.

Beck, A. T. (1983). Cognitive therapy: past, present and future. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(2), 194-198.

Beck, J. (1997). *Terapia Cognitiva: teoria e prática*. São Paulo: Artes Médicas.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1982) [1979]. *Terapia Cognitiva da Depressão*. Rio de Janeiro: Zahar.

Beckham, E., Leber, W. R., Watkins, J. T., Boter, 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*, 4, 566-567.

Bridges, K. R., & Harnish, R. J. (2010). Role of irrational beliefs in depression and anxiety: a review. *Health*, 2(8), 862-877.

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.

Carvalho, T. F. R. de, Lima, M. G., Azevedo, R. C. S., & Caetano, D. (1993). Tradução do inglês para o português do Questionário de Auto avaliação da Escala de Hamilton para a Depressão. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 42(5), 255-260.

Crandell, C. J., & LaPointe, D. L. (1979). The validation of an inventory for measuring depressive thoughts: the Crandell Cognitions Inventory. *Behavior Research and Therapy*, 24(4), 403-411.

Dancey, C. P., & Reidy, J. (2006). *Estatística sem matemática para Psicologia usando o SPSS para Windows*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed.

Del-Ben, C. M., Vilela, J. A. A., Crippa, J. A. de S., Hallak, J. E. C., Labate, C. M., & Zuardi, A. W. (2001). Confiabilidade da "Entrevista Clínica Estruturada para o DSM IV-Versão Clínica" traduzida para o português. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(3), 156-159.

Eaves, G., & Rush, J. (1984). Cognitive patterns in symptomatic and remitted unipolar major depression. *Journal of Abnormal Psychology, 93*(1), 31-40.

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*, 267-269.

Haaga, D. A. F., & Davidson, G. C. (1993). An appraisal of Rational- Emotive Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2*, 215-220.

Hair, J. F., Black, W. C., Balbin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2009). *Análise multivariada de dados*. São Paulo: Artmed.

Himle, D. P., Hnat, S., Thyer, B., & Papsdorf. J. (1985). Factor structure of the Rational Behavior Inventory. *Journal of Clinical Psychology, 41*(3), 368-371.

Hollon, S. D., & Kendall, P. C. (1980). Cognitive self-statements in depression: Development of an automatic thoughts questionnaire. *Cognitive Therapy and Research, 4*, 383-395.

IBM Cor. Released (2012). IBM SPSS Statistics for windows, Version 20.0. Armonk, NY, IBM CORP.

Lefebvre, M. F. (1981). Cognitive distortion and cognitive errors in depressed psychiatric and low back pain patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49*, 517-525.

Lynch, J., Moore, M., Moss-Moris, R., & Kendrick, T. (2011). Are patient beliefs important in determining adherence to treatment and outcome for depression? Development of the beliefs about depression questionnaire. *Journal of Affective Disorders* (in press). DOI 10.1016/j.jad.2011.03.19.

Macavei, B., & McMachon, J. (2010). The Assessment of Rational and Irrational Beliefs. (pp. 115-136). Em: D. David, S. J. Lynn & A. Ellis. *Rational and Irrational Beliefs*. New York: Oxford.

Malouff, J. M. & Schutte, N. S. (1986). Development and validation of a measure of irrational belief. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*(6), 860- 862.

Matta, A. da, Bizarro, L., & Reppold, C. T. (2009). Crenças irracionais, ajustamento psicológico e satisfação de vida em estudantes universitários. *Psico-USF, 14*(1), 71-81.

MacDonald, A., & Games, R. (1972). Ellis' irrational values: A validation study. *Rational Living, 7*, 25-28.

Mcintosh, C. N., & Fischer, D. G. (2000). Beck's cognitive triad: one versus three factors. *Canadian Journal of Behavioural Science, 32*(3), 153-157.

Medeiros, H. L. V. de, & Sougey, E. B. (2010). Distorções do pensamento em pacientes deprimidos: frequência e tipos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 59*(1), 28-33.

Orsini, M. R., de C. A., Tavares, M., & Tróccoli, B. T. (2006). Adaptação brasileira da Escala de Atitudes Disfuncionais –DAS. *PsicoUSF*, 11(1), 25-33.

Pasquali, L. (1999). *Instrumentos psicológicos: Manual prático de elaboração*. (1ªEd). Brasília, DF: LabPAM/IBAP.

Persons, J. B., & Rao, P. A. (1985). Longitudinal study of cognitions, life events, and depression in psychiatric inpatients. *Journal of Abnormal Psychology*, 94(1), 51-63.

Peterson, C., & Villanova, P. (1988). An expanded attributional style questionnaire. *Journal of Abnormal Psychology*, 97(1), 87-89

Peterson, C., Semmel, A., Baeyer, C. von, Abramson, G. I., & Seligman, E. P. (1982). The attributional style questionnaire. *Cognitive therapy and research*, 6(3), 287-300.

Pössel, P. (2000). Cognitive error questionnaire (CEQ): psychometric properties and factor structure of the German translation. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 31(3), 264-269.

Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos [SATEPSI] (2004). *Resolução CRP 002/2003- Ficha avaliativa dos testes psicológicos*. Disponível em: <http://www2.pol.org.br/satepsi/sistema/admin.cfm>. Acesso em: 12 fev. 2012.

Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos [SATEPSI] (2013). *Testes psicológicos aprovados para uso*. Disponível em: <http://www.pol.org.br/satepsi/sistema/admin.cfm?lista1=sim> Acesso em: 14 mar. 2013.

Shestarsky, S., & Fleck, M. (1999). Psicoterapia das depressões. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21(1). Disponível em: www.pepsic.com.br. Acesso em: 25. Fev. 2010.

Solomon, A., Arnow, B. A., Gotlib, I. H., Wind, B. (2003). Individualized measurement of irrational beliefs in remitted depressives. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 439-455.

Terjesen, M. D., Salhany, J., & Scituito, M. J. (2009). A psychometric review of measures of irrational beliefs: implications for psychotherapy. *Journal of Rational Emotional Cognitive Behavior Therapy*, 27, 83-96.

Underwood, B., & Froming, W. J. (1980). The mood survey – A personality measure of happy and sad moods. *Journal of Personality & Assessment*, 44, 404- 414.

Assessment, 44, 404-414. Urbina, S. (2007). *Fundamentos da testagem psicológica*. Porto Alegre: Artmed.

Weissman, A. N., & Beck, A. T. (1978). Development and validation of the Dysfunctional Attitudes Scale: A preliminary investigation. *Annual Meeting of the American Educational Research Association*. Toronto, CA.

Willner, P. (1984). The validity of animal models of depression. *Psychopharmacology*, 3, 1-16.

Yoshida, E. M. P., & Colugnatti, F. A. B. (2002). Questionário de crenças Irracionais e escala de crenças irracionais: propriedades psicométricas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(2), 437-445.

Zung, W.W.K. (1965). A Self-Rating Depression Scale. *Archives of General Psychiatry* 12, 63.

ARTIGO 2

Aplicação da Teoria de Resposta ao Item para a Escala de Pensamentos Depressivos- EPD*Application of item response theory for Depressive Thoughts Scale -EPD***Resumo**

A tríade cognitiva corresponde ao conjunto de percepções negativistas da pessoa sobre si, o mundo e o futuro, sendo comumente encontrada no transtorno depressivo. Dessa forma, avaliar os pensamentos depressivos por meio de medidas válidas e fidedignas se mostra um importante recurso ao profissional da saúde. Assim, o presente estudo teve como objetivo analisar as características psicométricas da Escala de Pensamentos Depressivos (EPD) por meio da teoria de resposta ao item. Os dados foram avaliados a partir de 619 casos, sendo em maior parte sujeitos sem diagnóstico conhecido de depressão ($n= 582$) e ($n=37$) com diagnóstico de depressão fornecido por psiquiatra e confirmado por meio da Entrevista Clínica Estruturada para o DSM IV- Versão Clínica (SCID-CV). As aplicações foram realizadas de forma coletiva para o grupo sem diagnóstico e individual para aqueles com diagnóstico. A média de idade foi de 28,91 anos ($dp= 10,32$), sendo 69,8% ($n= 432$) mulheres. Os resultados sugeriram adequação dos fatores e possibilidade de aplicação clínica da EPD. Também indicaram que poucos sujeitos endossaram com pontuação alta, o que era esperado, uma vez que a amostra não era majoritariamente clínica. Adicionalmente, observou-se um continuum da dificuldade dos itens que suscitaram a hipótese de que há uma relação hierárquica da gravidade dos pensamentos negativistas que compõem a escala.

Palavras- chave: pensamento; depressão; teoria de resposta ao item; validade; psicometria.

Abstract

The cognitive triad corresponds to a set of negative perceptions that someone can have about himself, the world and the future, and are commonly found in major depressive disorder. Thus, assessing depressive thoughts through valid and reliable measures proves an important resource to the healthcare professionals. Thus, this study examined the psychometric proprieties of a Depressive Thoughts Scale -EPD through item response model. Data were analyzed from 619 cases, and in most part subjects were without known diagnosis of depression ($n= 582$) and ($n= 37$) diagnosed with depression provided by a psychiatrist and confirmed by the Structured Interview for DSM IV. Applications were performed collectively for the group without diagnosis and individually for those with a diagnosis. The mean age was 28.91 years ($SD = 10.32$), with 69.8% ($n = 432$) women. The results suggested the good fit of EPD factors and the possibility of clinical application of EPD. They also indicated that few subjects endorsed with high score, which was expected, since the sample was not predominantly clinic. Additionally, there was observed a continuum on difficulty of the items giving rise to the hypothesis that there is a hierarchical relationship of the severity of the negative thoughts that constitute the scale.

Keywords: thinking, depression, item response theory, validity, psychometrics.

Introdução

A tríade cognitiva é uma estrutura proposta por A. Beck que corresponde a visão negativista que o sujeito possui sobre si (sentimentos de inadequação, por exemplo), do mundo (percepção que tem sobre seus relacionamentos sociais) e por suas expectativas sobre o futuro, ou a ausência destas, presentes na desesperança (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1982). Ademais, compreende a padrões típicos dos depressivos, em que se observa uma relação entre o aumento da gravidade do transtorno com o aumento dos pensamentos negativistas (Beck et al., 1982; Powell, Abreu, Oliveira & Sudak, 2008).

Conforme propõe A. Beck (1976) a negatividade não é um sintoma da depressão, mas parte de uma função central na instalação e manutenção do transtorno, em que os sujeitos tendem a distorcer a realidade e aplicar um viés negativo nas interpretações sobre si, o futuro e o mundo, processando seletivamente as informações que confirmam estas hipóteses e dificultando a desconfirmação das mesmas. Há nesse processo a existência de um círculo vicioso, em que a visão negativista de si faz com que as relações do sujeito com os outros passe a ser vista de forma negativa, igualmente suas expectativas de futuro (Willner, 1984).

Pesquisas sobre a tríade cognitiva se mostram escassas em estudos estrangeiros e nacionais, quando se refere a sua mensuração por medidas psicométricas se mostrando, inclusive, uma crítica dos pesquisadores, já que a tríade se configura como um dos componentes principais da teoria cognitiva (Beck et al., 1982; Giles & Shaw, 1987; McIntosh & Fisher, 2000). Muitas vezes, os autores se embasam na tríade cognitiva para discutir os resultados de suas pesquisas, entretanto, geram o foco apenas em parte do processamento cognitivo, esquecendo-se da relação tripartite existente no substrato depressivo.

Como já salientado, os estudos sobre a tríade cognitiva auxiliam no entendimento da distorção cognitiva observada na pessoa depressiva, que utiliza sua seletividade para reagir com mais frequência a situações negativas do que positivas (Powell, Abreu, Oliveira & Sudak, 2008). Aqueles estudos que verificaram se a tríade cognitiva poderia ser confirmada empiricamente não são recentes, entretanto, devem ser levados em consideração (Beckham, Leber, Watkins, Boyer & Cook, 1986; Eaves & Rush, 1984; Gotlibb & McCann, 1984; Vestre, 1984), já que são indicativos de que aqueles com maiores sintomas depressivos possuem interpretações mais negativistas sobre si, o futuro e o mundo.

Os estudos mais recentes que os anteriores também trazem as mesmas evidências. À exemplo, Alloy (1999) realizou aplicações longitudinais por três anos de uma escala para mensurar atitudes disfuncionais em universitários. Verificou que o grupo com maiores distorções foi aquele com maior prevalência de transtorno depressivo, entretanto, essa diferença não se deu para os outros transtornos avaliados (transtornos de ansiedade, pânico, transtorno obsessivo compulsivo e fobias específicas). Outro resultado importante da pesquisa foi que o grupo de maior risco apresentou maior probabilidade de ter episódios depressivos, e a vulnerabilidade cognitiva não foi modificada após ocorrências de episódios de depressão menor, indicando a estabilidade de padrões cognitivos depressiogênicos.

Outro estudo recente é o de Lynch, Moore, Moss-Moris e Kendrick (2011). Os autores investigaram se as crenças dos pacientes eram importantes enquanto determinantes da adesão ao tratamento e recaída de depressão. Concluíram que os com maiores sintomas de depressão eram também os mais propensos a acreditar que sua condição teria um desfecho desfavorável. Desse modo, foi um indicativo de que nessa amostra, aqueles com maior desesperança eram também os mais vulneráveis à depressão.

De forma geral, são escassas as investigações que se dedicam a estudar a tríade cognitiva. A recuperação de trabalhos sobre essa temática geralmente apresenta a tríade de

uma forma desmembrada, ou seja, analisando apenas um dos elementos que a compõem. Alguns exemplos seriam artigos que enfatizam a eficácia da Terapia Cognitiva- TC e relações de desesperança com depressão, autoestima e depressão ou ainda, de padrões disfuncionais de pensamento com sintomas depressivos, já que a relação entre os esquemas e a tríade faz parte de como as pessoas interpretam os eventos de vida. Isso porque os sujeitos com transtorno depressivo não precisam apresentar necessariamente todos os aspectos da tríade para serem identificados como tais, ou seja, dependendo da gravidade e estado da depressão, diferentes estruturas da tríade podem estar funcionando de forma mais negativa em detrimento de outras a ponto de serem classificadas como disfuncionais (Haaga, Ernst & Dyck, 1991).

Nessa mesma perspectiva, considerando a importância da tríade para se entender a depressão, cabe ressaltar sua importante função dentro da avaliação psicológica. Diferentes autores propõem que a utilização de testes psicológicos para avaliar a relação dos processos cognitivos com transtornos mentais, como a depressão, se mostram prioritários. Isso porque sua utilização pode auxiliar o acompanhamento de melhora no quadro clínico e na prevenção de recaídas, além de ser um método mais sistematizado de se observar os pensamentos (Macavei & McMahon, 2010; Matta, Bizarro & Reppold, 2009; Orsini et al., 2006; Yoshida & Colugnati, 2002, dentre outros).

De fato, a proposta dos testes psicológicos é diminuir a subjetividade existente dentro dos processos de avaliação, tornando-os mais científicos (Pasquali, 2004). Não há dúvidas de que a testagem é um componente valioso para se coletar os dados de forma mais eficaz, entretanto, apenas quando se tem o conhecimento de que o teste é um dos meios para obter informações do comportamento humano e quando possuem evidências mínimas de validade e precisão (Urbina, 2007).

Considera-se que a saúde mental é uma área consideravelmente recente em relação

aos estudos de validade e precisão de instrumentos psicológicos. Noronha e Reppold (2010) sublinham que a busca de parâmetros psicométricos começa a se dar com maior ênfase a partir da década de 1960, próxima à publicação do Manual Estatístico e Diagnóstico para Transtornos Mentais- DSM, que contribuiu fomentou as pesquisas na área ao disponibilizar uma classificação mais criteriosa dos transtornos mentais, aliada ao avanço da psicofarmacologia e do espectro de pesquisas para verificar a eficácia e eficiência de medicamentos. Como observam, dos testes utilizados do início da década de 1960 até os dias atuais, nem todos possuem atualizações de seus parâmetros psicométricos, mas continuam em uso. Em complemento, a consulta ao Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (2012) traz 132 testes aprovados para uso, somente três se destinam a avaliar sintomas depressivos, mas nenhum com o intuito de avaliar a tríade cognitiva foi identificado.

Jorge e Custódio (2000) descrevem que a utilização de instrumentos padronizados por parte do pesquisador além de minimizar as questões subjetivas faz com que diferentes serviços possam ter seus resultados comparados. Ainda, indicam que esse processo facilita ao profissional observar quais pacientes podem estar entre a barreira do normal ou do vulnerável. Como bem pontuam, existe uma série de procedimentos estatísticos que devem ser verificados por aquele que desenvolve a escala e por aquele que a utiliza. Em meio a esses métodos que podem contribuir para as evidências de validade e precisão de uma escala, encontram-se aqueles baseados em Teoria Clássica dos Testes (TCT) e na Teoria de Resposta ao Item (TRI), sendo esse último o modelo estatístico de uso mais recente na área de saúde mental. Em resumo, a TRI corresponde a um conjunto de modelos que permite estimar a probabilidade de um sujeito responder com sucesso a uma determinada tarefa segundo sua habilidade no construto medido. Assim, quanto maior a habilidade, maior a probabilidade de acerto ao item (Andrade, Tavares & Vale, 2000).

Segundo Andrade et al. (2000), a TRI surgiu para romper e suprir as necessidades decorrentes das limitações da TCT além de propor novos métodos para o desenvolvimento e análise de testes. Dentre suas vantagens, existe a facilidade de se avaliar o funcionamento da escala independente do número de itens ou do conjunto de itens que são utilizados ao se medir um traço latente, uma vez que esses parâmetros não necessitam de grande número de sujeitos para saber qual aptidão dos mesmos, além de pressupor independência local dos itens. Ademais, permite observar a adequação dos itens ao modelo e seus pressupostos, isto é, o quanto cada item se distribui em relação à habilidade dos sujeitos; observar se a estrutura da escala e suas categorias de resposta se mostram válidas; o quanto os itens se mostram fáceis e difíceis para as habilidades dos sujeitos, além de outros empregos (Andrade et al., 2000; Pasquali, 2007).

Para Urbina (2007), a TRI é um modelo que facilita a estimação da fidedignidade do teste e sua mensuração, uma vez que o foco é a informação dos itens do teste individualmente e permite calibrar de forma mais minuciosa os itens em relação ao traço latente. Por conseguinte, entende-se que a utilização da TRI pode facilitar a investigação dos parâmetros que compõem um teste e que podem inferir na sua qualidade psicométrica. Existem diferentes perspectivas para se estudar a TRI, dentre elas o modelo de um parâmetro (modelo de Rasch), que será utilizado no presente estudo.

O modelo de Rasch considera que os itens de um teste não dependeriam da amostra de sujeitos que compõe os estudos do teste, e que a análise dos itens se dá por meio do nível de dificuldade, assim, os resultados encontrados pressupõem um ordenamento entre habilidades e dificuldades, em que quanto maior a dificuldade do item, maior deve ser a habilidade do sujeito (Wright, 1982). No caso de instrumentos que não mensuram habilidades, mas frequências de resposta como a EPD, dá-se a interpretação considerando os itens com maior ou menor frequência de resposta como indicativos de quanto o sujeito

possui de uma determinada característica (pensamentos depressivos). Considerando tais informações, a presente pesquisa teve como objetivo investigar os parâmetros psicométricos, obtidos por meio do modelo de Rasch, para a Escala de Pensamentos Depressivos (EPD).

Método

Participantes

A pesquisa foi realizada com 619 sujeitos, a maior parte ($n= 302$; 48,8%) com ensino médio completo e 68 ($n= 68$; 11%) com ensino superior completo. A idade dos participantes variou de 18 a 64 anos ($M=28,91$; $dp= 10,32$), sendo 69,8% ($n=432$) do sexo feminino. Os dados foram coletados em dois estados, São Paulo ($n=551$; $n=89\%$) e Minas Gerais ($n= 68$; 11%). Em relação a amostra, 582 ($n= 94\%$) não relataram diagnóstico conhecido de depressão e 37 ($n=6\%$) com diagnóstico de depressão, identificados pelo psiquiatra e aplicação da Entrevista Clínica Estruturada para o DSM IV- Versão Clínica (SCID-CV). Desses sem diagnóstico, 313 ($n=50,6\%$) eram universitários, 119 ($n= 19,2\%$) eram trabalhadores administrativos e 150 ($n= 24,2\%$) profissionais da saúde.

Instrumentos

Escala de Pensamentos Depressivos – EPD (Carneiro & Baptista, 2012): A EPD tem por objetivo avaliar pensamentos distorcidos distorção que podem ser indicativos de depressão. Para esse propósito, sua construção foi realizada com base na tríade cognitiva proposta por Beck (Beck, 1976; Beck et al., 1982), que é considerada como substrato para o entendimento de interpretações rígidas e negativistas relacionadas à depressão. A escala inicialmente tinha 103 itens, mas após análise fatorial foi reduzida a 34 itens, que explicaram 47,13% da variância total. Ainda, a análise paralela realizada no programa

FACTOR indicou a existência de cinco fatores não aleatórios na escala, encontrados também pelo método de análise fatorial exploratória realizado no SPSS.

Assim, os fatores foram F1 (baixa autoestima/ desvalorização) com 11 itens e com *eigenvalue* de 11,16, referente a itens sobre pensamentos de derrota, avaliação negativa de futuro e da vida, pensamento de ser um fracasso e desânimo; F2 (relacionamento interpessoal) com *eigenvalue* de 3,86, possui sete itens que expressam pensamentos de se sentir suportado, compreendido e querido; F3 (auto valorização) apresentou *eigenvalue* de 1,79 e contém oito itens com avaliação positiva sobre si em relação a suas conquistas, seu futuro e vontade de viver; F4 (expectativas negativas/ insatisfação) com *eigenvalue* de 1,53, que corresponde a três itens a respeito de querer ser uma pessoa melhor e a percepção de que sua situação é insuperável; por fim, o último fator F5 (desajustamento social) apresentou *eigenvalue* de 1,44, contendo cinco itens referentes a avaliação negativa do sujeito em relação ao mundo, ver-se como uma pessoa de “mau caráter”, indefeso, causador de seu próprio sofrimento e por deixar as pessoas para baixo. A confiabilidade foi de $\alpha = 0,88$ para o F1, $\alpha = 0,85$ para o F2, $\alpha = 0,78$ para o F3, $\alpha = 0,53$ para o F4 e $\alpha = 0,66$ para o último fator. A escala total apresentou confiabilidade de $\alpha = 0,91$ o que indica índice excelente (SATEPSI, 2004).

Procedimentos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade São Francisco (CAAE 0348.0.142.203-11) e autorizado pelas instituições para a aplicação do instrumento. Após, buscou-se o consentimento dos participantes do estudo mediante Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), impresso em duas vias, no qual constavam todas as informações pertinentes da pesquisa em questão. Os grupos foram selecionados por conveniência, em clínica e ambulatório psiquiátricos (grupo com diagnóstico de

depressão) e empresas, universidades e funcionários de hospitais (grupo sem diagnóstico conhecido de depressão). As entrevistas foram realizadas de maneira individual no grupo clínico, apresentando os instrumentos, nesta ordem, SCID-CV, para confirmação de TDM e caso confirmado, a EPD. O tempo médio aplicação foi uma hora. Como critério de inclusão, deveriam apresentar idade acima de 18 anos e receber previamente o Diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior por um psiquiatra, sem comorbidade do Eixo 2. Fatores de exclusão seriam ter dependência de drogas, problemas neurológicos ou qualquer outra característica que impedisse os participantes de responderem a entrevista e ao questionário. Para esse grupo as aplicações foram feitas pela autora e individualmente, ao passo que para o grupo sem diagnóstico conhecido de depressão, as pela autora e uma auxiliar com treinamento específico, coletivamente com duração média de 30 minutos.

Análise de dados

Foi realizada a análise para verificar os parâmetros de itens e pessoas por meio do modelo de resposta graduada (*Rating scale model*), que é uma extensão do modelo Rasch para itens politômicos (Wright & Masters, 1982). No estudo, o b é fixado em zero. Utilizou-se o programa estatístico Winsteps, ressaltando que cada um dos fatores foi analisado isoladamente, para que fosse investigada qual seria a resposta esperada tanto para os sujeitos quanto para o item. Foram realizadas análises para averiguar os parâmetros dos itens e os índices de ajuste, além dos índices de fidedignidade, correlações item Theta e análise do mapa de itens-pessoas.

Resultados

Primeiramente, são apresentadas as estatísticas descritivas referentes ao traço latente (theta) dos respondentes e os seus respectivos índices de ajuste (*Infit* e *Outfit*). Juntamente,

na Tabela 1 são indicadas a correlação item-theta e os índices de precisão modelada.

Tabela 1.

Descrição de pessoas e itens para os índices de traços latentes, índices de ajuste, correlação inter-item e fidedignidade.

Fator	Medidas	Pessoas			Itens			Correlação	Precisão
		Theta	<i>Infit</i>	<i>Outfit</i>	<i>Infit</i>	<i>Outfit</i>			
F1	Média	-1,54	1,05	1,03	0,00	1,04	1,03	0,53-0,68	0,50
	DP	0,99	0,56	0,70	0,32	0,13	0,19		
	Max.	2,64	2,77	5,02	0,52	1,21	1,41		
	Min.	-2,73	0,07	0,07	-0,59	0,81	0,71		
F2	Média	-1,01	1,01	1,02	0,00	1,01	1,01	0,64 -0,76	0,77
	DP	1,62	0,98	1,02	0,61	0,16	0,17		
	Max.	3,34	5,84	6,78	0,65	1,29	1,30		
	Min.	-4,44	0,14	0,13	-0,99	0,85	0,86		
F3	Média	-1,16	1,02	1,01	0,00	1,01	1,00	0,68 – 0,48	0,67
	DP	1,11	0,71	0,79	0,64	0,14	0,17		
	Max.	2,17	4,52	7,49	0,51	1,30	1,40		
	Min.	-3,52	0,04	0,04	-1,57	0,83	0,86		
F4	Média	0,00	0,97	0,97	0,00	1,00	0,97	0,70- 0,76	0,40
	DP	1,23	0,87	0,89	0,48	0,07	0,04		
	Max.	2,39	4,81	5,33	0,53	1,08	1,02		
	Min.	-2,53	0,08	0,08	-0,64	0,92	0,92		
F5	Média	-1,17	0,96	0,95	0,00	1,04	0,95	0,53-0,63	0,18
	DP	0,85	0,57	0,62	0,27	0,15	0,09		
	Max.	2,07	3,13	4,18	0,41	1,29	1,06		
	Min.	-2,23	0,06	0,07	-0,36	0,89	0,81		

*Fatores da EPD: F1 Baixa autoestima/ desvalorização; F2 Relacionamento interpessoal; F3 Auto valorização; F4 Expectativas negativistas/insatisfação; F5 desajustamento social.

As informações indicam que a exceção do fator expectativas negativas, todos os itens tenderam a não serem endossados pela amostra, dado seu resultado da média de theta negativo. Ainda, verifica-se que os fatores com média menor de theta foram Baixa autoestima e Desajustamento social, indicando que os itens desses fatores foram os menos endossados pelos participantes. Quanto aos índices de ajuste, observa-se que os valores

médios de *Infit* se mostraram bem ajustados para todos os fatores, considerando que todos se alocaram abaixo do valor de 1,30 (Linacre & Wright, 1994). O mesmo se deu em relação aos *outfits*, indicando que os itens se mostraram bem alocados e que os sujeitos responderam ao teste conforme ao padrão esperado em razão ao theta das pessoas. Considerando que foram encontrados valores máximos acima do esperado pelo modelo adotado, realizou-se uma análise de todos os itens que compõem os cinco fatores quanto aos *Infits* e *Outfits*, que podem ser visualizados a seguir (Tabelas 2, 3,4, 5 e 6).

Tabela 2.

Descrição dos valores de *theta*, *infit*, *outfit* e correlação dos itens do Fator 1.

Item	Theta	<i>Infit</i>	<i>Outfit</i>	Correlação
EPD 49	0,53	1,21	1,02	0,53
EPD 71	0,46	1,00	0,71	0,57
EPD 76	0,17	0,96	0,93	0,59
EPD 75	0,12	1,06	0,93	0,59
EPD 07	0,09	0,81	0,85	0,61
EPD 31	0,00	1,17	1,15	0,57
EPD 70	-0,02	1,18	1,41	0,55
EPD 90	-0,13	1,14	1,32	0,57
EPD 12	-0,23	0,88	0,98	0,64
EPD 78	-0,39	1,13	1,12	0,63
EPD 46	-0,59	0,89	0,94	0,68

Tabela 3.

Descrição dos valores de *theta*, *infit*, *outfit* e correlação dos itens do Fator 2.

Item	Theta	<i>Infit</i>	<i>Outfit</i>	Correlação
EPD 65	0,65	1,29	1,22	0,67
EPD 64	0,51	0,97	1,01	0,71
EPD 66	0,40	0,90	0,86	0,75
EPD 77	0,35	0,94	0,93	0,74
EPD 80	-0,10	0,85	0,87	0,76
EPD 88	-0,81	1,20	1,20	0,64
EPD 69	-0,99	0,89	0,89	0,74

Tabela 4.

Descrição dos valores de *theta*, *infit*, *outfit* e correlação dos itens do Fator 3.

Item	Theta	<i>Infit</i>	<i>Outfit</i>	Correlação
EPD 14	0,51	0,98	0,91	0,64
EPD 52	0,45	0,83	0,86	0,57
EPD 36	0,40	0,89	0,87	0,63
EPD 94	0,29	1,17	1,10	0,61
EPD 21	0,09	1,02	0,98	0,64
EPD 23	0,03	0,90	0,89	0,68
EPD 17	-0,21	0,99	1,02	0,60
EPD 05	-1,57	1,30	1,40	0,48

Tabela 5.

Descrição dos valores de *theta*, *infit*, *outfit* e correlação dos itens do Fator 4.

Item	Theta	<i>Infit</i>	<i>Outfit</i>	Correlação
EPD 50	0,53	1,08	1,02	0,76
EPD 11	0,11	0,92	0,92	0,92
EPD 39	-0,64	0,99	0,96	0,96

Tabela 6.

Descrição dos valores de *theta*, *infit*, *outfit* e correlação dos itens do Fator 5.

Item	Theta	<i>Infit</i>	<i>Outfit</i>	Correlação
EPD 44	0,41	1,29	1,05	0,53
EPD 08	0,21	0,95	0,81	0,61
EPD 47	-0,12	0,89	0,90	0,63
EPD 27	-0,14	1,14	1,06	0,58
EPD 16	-0,36	0,94	0,93	0,63

Assim como as Tabelas 2 a 6 podem indicar, no geral, a maior parte dos itens apresentaram bons índices de adequação, à exceção, encontram-se três itens com índices fora do valor utilizado para verificar a adequação do item (1,30) (Linacre & Wright, 1994). O Fator 1 trouxe como inadequado os itens 70 e 90, os quais apresentaram *Outfits* maiores

do que o número aceitável. Esses itens dizem respeito a “ninguém pode me ajudar” e “O mundo é um lugar ruim”, entretanto, considerando o perfil da amostra e o propósito deste estudo, tais itens foram mantidos. Relacionado ao Fator 3, o item 5 “Sou bom o suficiente para quaisquer tarefas” apresentou tanto índice de *Infit* quanto de *Outfit* inadequado, entretanto, optou-se por manter o item na escala devido ao padrão de resposta encontrado ser justificável pela parte majoritária do estudo ser composta por não depressivos.

A respeito das correlações inter item, essas foram adequadas, considerando que todas as magnitudes variaram de moderadas a altas (Dancey & Reidy, 2006), o que confirma relação entre os itens. Referente a fidedignidade calculada, os índices modelados variaram de 0,18 a 0,77, ou seja, insuficiente a bom, segundo parâmetro fornecido pelo Conselho Federal de Psicologia (SATEPSI, 2004).

Na sequência, foi realizada uma análise da estrutura interna para as categorias de resposta da EPD. Conforme é possível se observar na Tabela 7, à medida que as categorias aumentavam, aumentavam os limiares, sendo essa relação proporcional.

Tabela 7.

Descrição da estrutura da escala para os fatores da EPD.

	Categoria de resposta	Pontuação	%	Média Observada	Limiares
F1	1	5330	79	-2,15	-1,71
	2	840	12	-1,05	-0,44
	3	312	5	-0,48	0,46
	4	273	4	0,19	1,68
F2	1	1206	28	-2,66	-3,63
	2	1888	44	-1,17	-1,13
	3	912	21	0,47	1,26
	4	290	7	1,35	3,39
F3	1	2148	44	-2,03	-2,55
	2	1610	33	-0,99	-0,73
	3	809	16	-0,01	0,76
	4	342	7	0,48	2,51
F4	1	321	17	-1,32	-2,82
	2	617	34	-0,52	-0,77
	3	466	25	0,63	0,89
	4	436	24	1,31	2,62
F5	1	2030	66	-1,54	-1,96
	2	664	22	-1,04	-0,46
	3	217	7	-0,36	0,55
	4	115	5	0,21	1,83

*Fatores da EPD: F1 Baixa autoestima/ desvalorização; F2 Relacionamento interpessoal; F3 Auto valorização; F4 Expectativas negativistas/insatisfação; F5 desajustamento social.

A Tabela 7 permite observar que existe uma relação entre o aumento de gradação da alternativa com a diminuição de marcação, o que é positivo para a escala, uma vez que quanto maior a pontuação, maior a distorção de pensamento. Assim, observa-se que à medida que as opções de resposta aumentam de valor, são decrescidos os níveis de Theta associados à probabilidade de assinalação de cada uma das opções. Quanto aos limiares, vale observar que existe uma distância quase equivalente entre esses, sendo que isso ocorreu em todos os fatores. A seguir, encontram-se os mapas de itens, os quais indicam os intervalos de distribuição dos fatores da escala (Figuras 1,2, 3, 4 e 5).

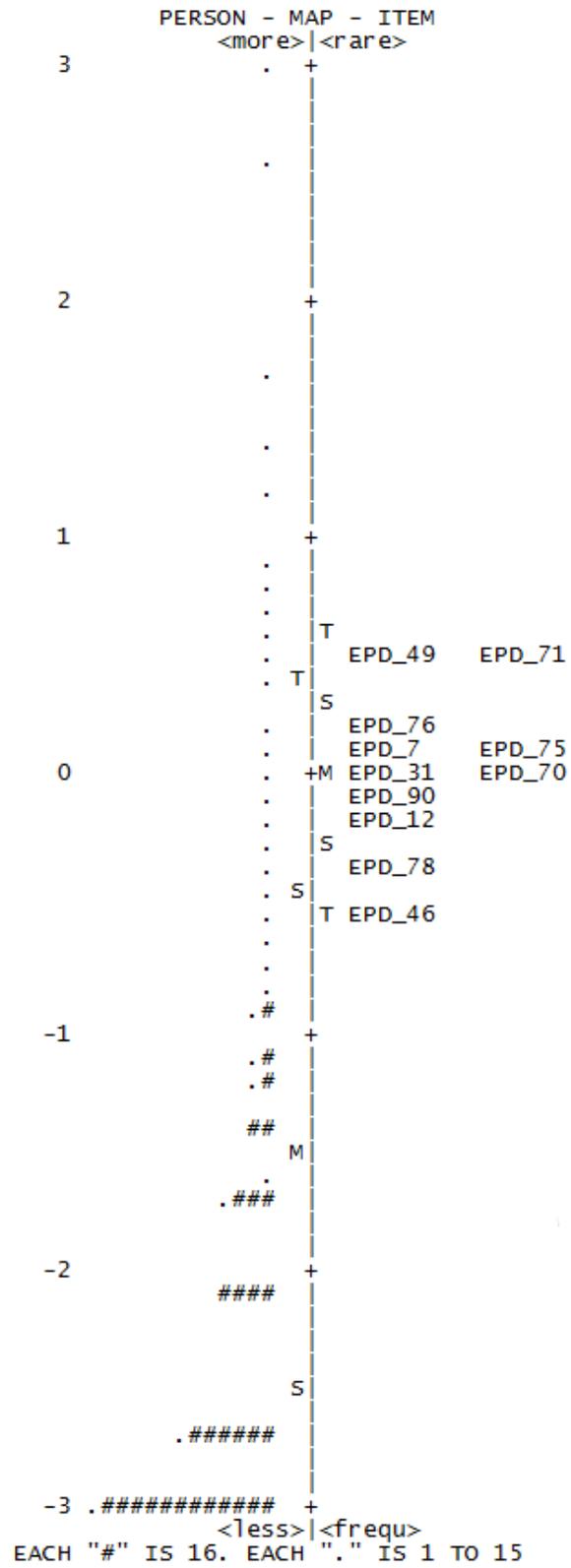


Figura1.

Mapa de pessoas e itens para o Fator 1.

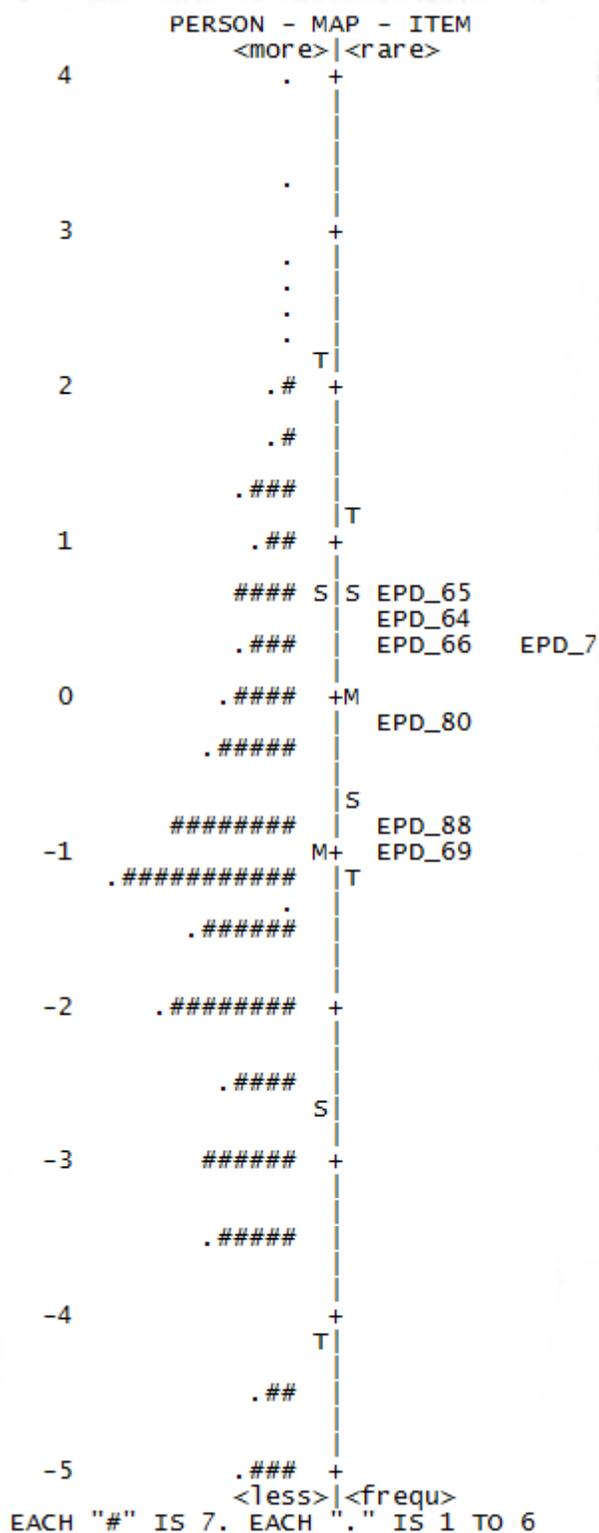


Figura 2.

Mapa de pessoas e itens para o Fator 2.

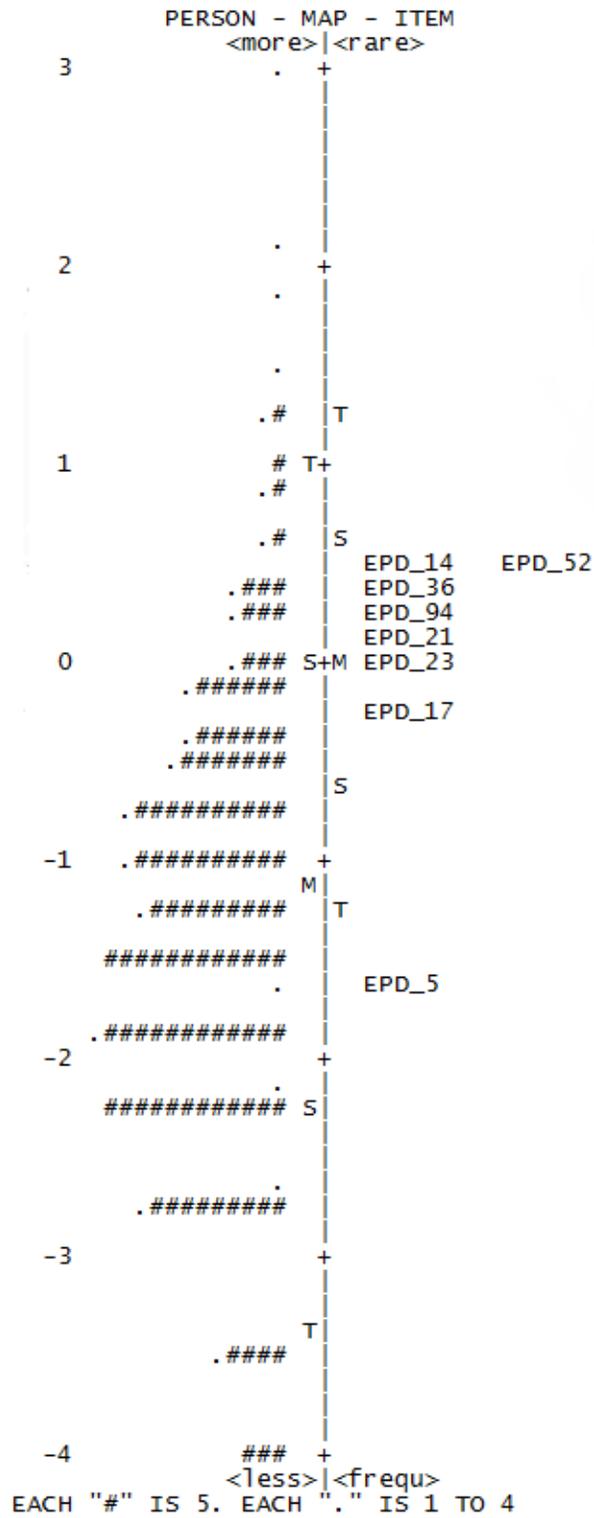


Figura 3.
 Mapa de pessoas e itens para o Fator 3.

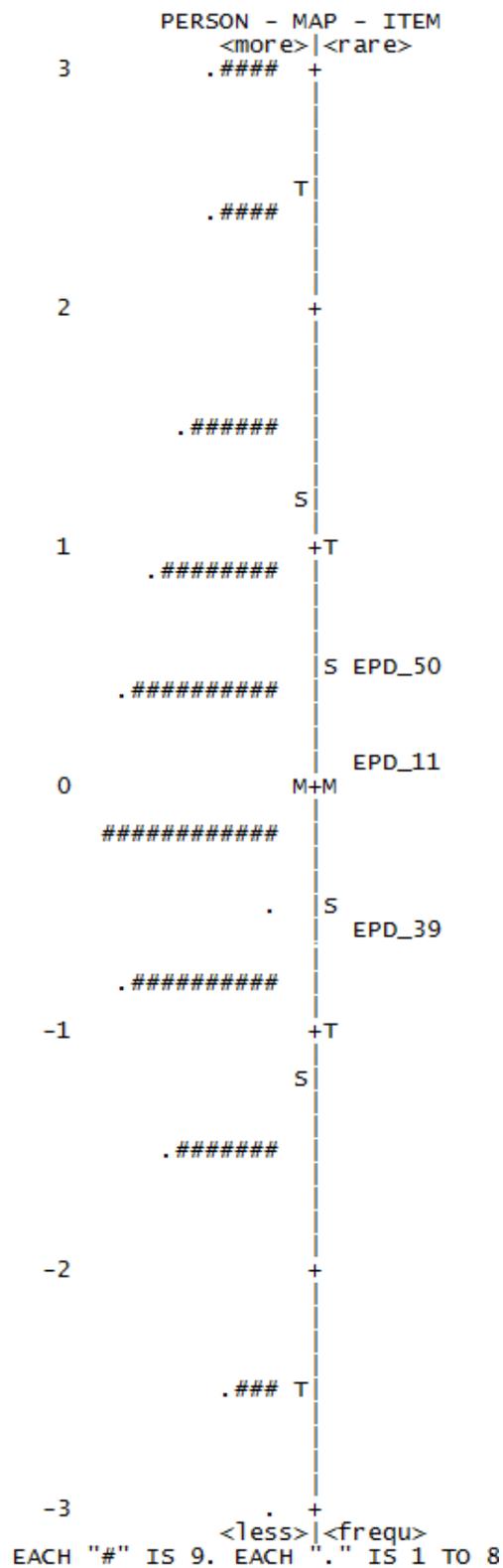


Figura4.

Mapa de pessoas e itens para o Fator 4.

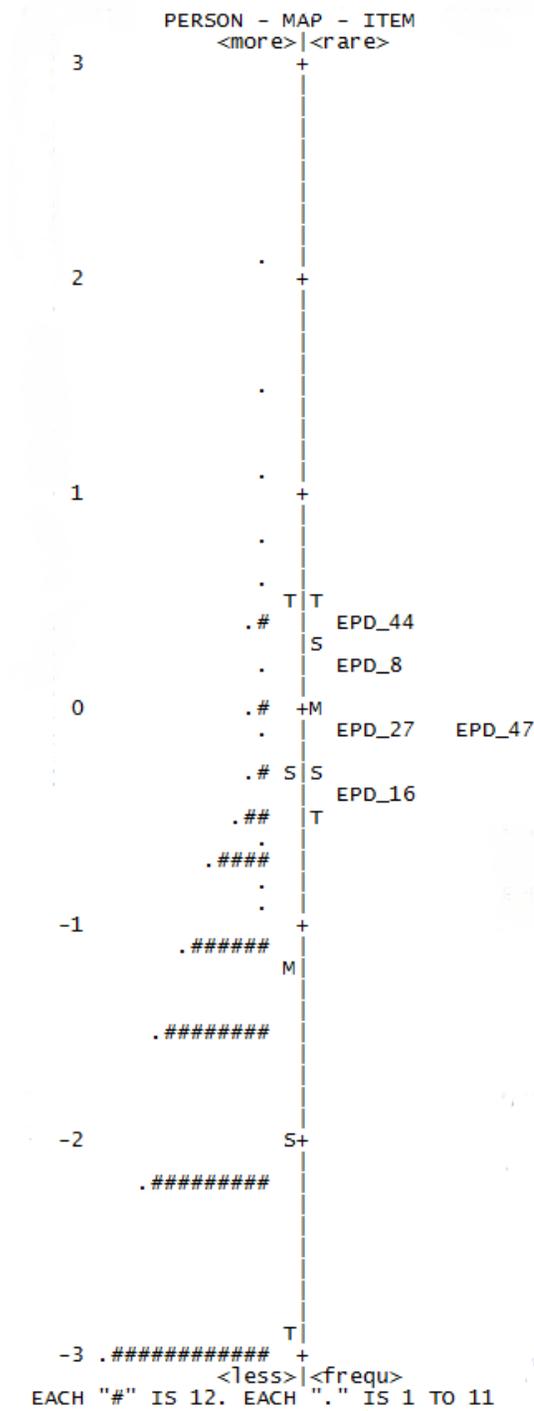


Figura5.
 Mapa de pessoas e itens para o Fator 5.

O mapa de itens da Figura 1, referente ao fator Baixa autoestima e desvalorização demonstra que a maior parte das pessoas se agruparam entre -3 e -2, ao passo que os itens entre -1 e 1 da escala logit, indicando que os itens se mostram difíceis de serem pontuados pelos participantes, havendo uma clara distinção entre os itens e as pessoas. Os itens mais difíceis, já que a EPD não mensura habilidade, mas frequência de respostas foram o 49 “Sou um perdedor” e 71 “Sinto-me um derrotado”, correspondentes ao Fator Baixa autoestima/ desvalorização. Por sua vez, o mais fácil, pela escala *Likert* foi o item 46 “Me sinto sem forças para enfrentar meus problemas”.

A Figura 2 diz respeito aos dados do Fator Relacionamento Interpessoal. Foi observado que os itens não cobriram todo o espectro da população, havendo lacunas entre os itens e as pessoas. Apesar disso, é observado que a média das pessoas se aloca mais próxima da média de itens nesse fator. Desses, o item que foi menos respondido, foi o item 65 “Há pessoas que cuidam de mim”. Por sua vez, o mais respondido foi o item 69, “As pessoas me entendem”.

Referente aos resultados encontrados na Figura 3, é possível observar que o item 5 “Sou bom o suficiente para quaisquer tarefas” foi o mais respondido, se mostrando um item muito fácil inclusive, uma vez que se aloca a quase dois desvios padrões abaixo da média dos itens e um desvio padrão abaixo da média das pessoas. Nesse fator, os itens mais difíceis de serem respondidos foram 14 e 52, respectivamente, “Gosto de mim mesmo” e “Tenho boas qualidades”. Como observado nos outros fatores, existem lacunas entre os itens do teste e a frequência de respostas fornecida pelos participantes, indicando que não existem itens suficientes para avaliar os participantes, além do que, o endosso dos itens é feito por uma parcela pequena dos respondentes.

A Figura 4 traz os resultados do Fator Expectativas negativistas/ insatisfação, o qual indicou que as pessoas se agruparam entre todo o intervalo -3 e 3 ao passo que os itens

entre -1 e 1 da escala logit. Demonstra também que a média de pontuação das pessoas se mostrou similar a dos itens. O item com maior número de respostas foi o 39 “Gostaria de ser uma pessoa melhor”, ao passo que o com menos respostas foi o 50 “Gostaria que o futuro fosse mais agradável do que minha vida é hoje”.

Por fim, a Figura 5 indica que o Fator Desajustamento social possui itens que são difíceis de serem endossados pelos sujeitos, como observado no Fator 1, principalmente considerando que a média dos itens se encontra mais de 1DP acima do das pessoas. O item menos respondido, já que a EPD não mensura habilidade, mas frequência de respostas foi o 44 “Deixo as pessoas para baixo”. O item mais respondido foi o 16 “Meu caráter tem sérios defeitos”.

Discussão

A utilização de instrumentos psicométricos por parte do profissional de saúde apresenta diferentes vantagens, dentre elas, a cientificidade dos dados, entretanto, apenas ocorre quando os instrumentos possuem estudos que atestem sua validade e precisão (Jorge & Custódio, 2000; Pasquali, 2004; Urbina, 2007). Nesse sentido, a presente pesquisa teve por objetivo investigar as qualidades psicométricas da Escala de Pensamentos Depressivos-EPD por meio da aplicação do modelo de resposta ao item (TRI).

Optou-se pelo uso da TRI devido à possibilidade de se investigar a relação entre o traço latente do sujeito relacionada ao item, que permitiu verificar que a maior parte dos itens da escala tenderam a não ser endossados. Uma exceção corresponde ao fator Expectativas Negativas, em que se observa a média da dificuldade dos itens exatamente no nível médio da habilidade das pessoas, distoando do resto das dimensões, já que se esperava pelo tipo de amostra, majoritariamente não clínica, que todos os fatores apresentassem um menor endosso.

A fidedignidade, calculada mediante o modelo de Rash, indicou que os índices variaram de insuficiente a bom (SATEPSI, 2004). Considerando a configuração da escala, o número de itens de cada fator e o nível médio dos itens e das pessoas, tais resultados são considerados como aceitáveis para a versão piloto da escala, assim como para o Fator 5, o qual a média dos itens se mostra bem acima ao das pessoas. Novamente, observa-se a necessidade de aumentar o grupo clínico para se observar melhor como os itens funcionarão para assim optar por mantê-los ou excluí-los, tendo em vista que os itens que correspondem a esse fator avaliam uma visão negativista do sujeito em relação a si e ao impacto que gera nos outros por estar dessa forma, característica comumente presente em sujeitos depressivos (Beck et al., 1982).

Foi verificado também que os índices de ajuste indicaram que a organização hierárquica da escala possui uma distribuição adequada. Ainda, a análise dos itens sugeriu que as respostas dos participantes foram de acordo com o esperado para a proposta do instrumento, já que foi majoritariamente não clínica. Nesse sentido, há de se considerar que provavelmente uma replicação do estudo com maior amostra clínica poderia confirmar os achados na literatura que sugerem a relação entre o aumento de pensamentos relacionados a tríade cognitiva com a gravidade do transtorno depressivo (Beckham et al., 1986; Giles & Shaw, 1987; Powell, Abreu, Oliveira & Sudak, 2008, dentre outros). À exemplo, o Fator Baixa autoestima e desvalorização se mostrou não possuir itens que avaliassem corretamente os sujeitos segundo suas habilidades, o que provavelmente se dá pelos itens corresponderem a pensamentos típicos de sujeitos com depressão na amostra, conforme teste t realizado para seleção dos itens na construção da escala, tal como pela literatura (Beckham et al. 1986; Vestre, 1984).

Ainda em relação aos resultados, notou-se que os limiares da escala foram bem definidos, e que a maior parte das categorias de respostas fornecidas pelos sujeitos foram 1

e 2, o que indica novamente que os pensamentos depressivos não foram tão frequentes na amostra. Esse resultado vai ao encontro do esperado uma vez que os participantes em sua maior parte não apresentavam diagnóstico conhecido de depressão.

Por fim, como mais uma importante evidência dos resultados, o mapa de itens indicou que os itens foram pouco endossados pelos participantes, e várias lacunas podem ser visualizadas, ou seja, a falta de itens para avaliar os sujeitos. Tais resultados levam a interpretar que a escala possui itens difíceis para serem respondidos conforme as habilidades dos participantes, o que é positivo, haja vista o propósito de sua construção, uma vez que a maior parte dos sujeitos desse estudo era sem diagnóstico conhecido de depressão.

Conclusão

A partir dos dados fornecidos, observou-se que, à exceção do Fator 4 a média das pessoas se mostra distante da média dos itens, o que é positivo para a escala, levando em consideração que o foco da mesma é poder detectar pensamentos depressivos. Os resultados encontrados mostram que a EPD se mostra adequada para utilização, contudo, cabe considerar algumas limitações. Uma delas se dá na pequena amostra de sujeitos com diagnóstico conhecido de depressão, já que o objetivo dessa escala é identificar quais são os itens que se associam com o transtorno depressivo. Ainda, sugere-se que além do aumento da amostra com diagnóstico de depressão, sejam realizadas análises para observar a viabilidade de se manter dimensões com poucos itens, como é o caso do Fator 4, que possui apenas três itens e discrepante do número de itens das outras dimensões. Desse modo, a contribuição desse estudo fornece evidência de validade baseada na estrutura interna e fidedignidade para a EPD, e sugere novos refinamentos para futuras pesquisas.

Referências

Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Whitehouse, W. G., Hogan, M. E., Tashman, N. A., Steinberg, D. L., Rose, D. T., & Donovan, P. (1999). Depressiogenic cognitive styles: predictive validity, information processing and personality characteristics, and developmental origins. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 503-531.

Andrade, D. F. de, Tavares, H. R., & Vale, R. C. (2000). Teoria de Resposta ao Item: Conceitos e Aplicações. Campinas: SINAPE.

Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. NW: International Universities Press.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1982) [1979]. *Terapia Cognitiva da Depressão*. Rio de Janeiro: Zahar.

Beckham, E. E., Leber, W. R., Watkins, J. T., 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), 566-567.

Dancey, C. R., & Reidy, J., (2006). *Estatística sem matemática para psicologia usando o SPSS para Windows*. (trad. Lorí Viali). Porto Alegre: Artmed.

Eaves, G., & Rush, J. (1984). Cognitive patterns in symptomatic and remitted unipolar major depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 93(1), 31-40.

Giles, D. E., & Shaw, B. F. (1987). Beck's cognitive theory of depression: convergence of constructs. *Comprehensive Psychiatry*, 28(5), 416-427.

Gotlib, I. H., & McCann, C. D. (1984). Construct accessibility and depression: an examination of cognitive and affective factors. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47(2), 427-439.

Haaga, D. A. F., & Davidson, G. C. (1993). An appraisal of Rational- Emotive Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2, 215-220.

Jorge, M. R., & Custódio, O. (2000). Utilidade das escalas de avaliação para clínicos. Em: C. Gorenstein, L. H. S. G. Andrade & A. W. Zurardi. *Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia*. São Paulo: Lemos.

Linacre, J. M., & Wright, B. D. (1994). Reasonable mean-square fit values. *Rasch Measurement Transactions*, 8(2), 370.

Lynch, J., Moore, M., Moss-Moris, R., & Kendrick, T. (2011). Are patient beliefs important in determining adherence to treatment and outcome for depression? Development of the beliefs about depression questionnaire. *Journal of Affective Disorders* (in press). DOI 10.1016/j.ad.2011.03.19.

Macavei, B., & McMachon, J. (2010). The Assessment of Rational and Irrational Beliefs. (pp. 115-136). Em: D. David, S. J. Lynn & A. Ellis. *Rational and Irrational Beliefs*. New York: Oxford.

Matta, A. da, Bizarro, L., & Reppold, C. T. (2009). Crenças irracionais, ajustamento psicológico e satisfação de vida em estudantes universitários. *Psico-USF*, 14(1), 71-81.

Mcintosh, C. N., & Fisher, D. G. (2000). Beck's cognitive triad: One versus three factors. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 32(3), 153-157.

Noronha, A. P. P., & Reppold, C. T. (2010). Considerações sobre a avaliação psicológica no Brasil. *Psicologia: ciência e profissão*, 30(esp.), 192-201.

Orsini, M. R., de C. A., Tavares, M., & Tróccoli, B. T. (2006). Adaptação brasileira da Escala de Atitudes Disfuncionais –DAS. *PsicoUSF*, 11(1), 25-33.

Pasquali, L., 2004. *Psicometria. Teoria dos testes na psicologia e na educação* (2ª Ed.). Petrópolis. Editora Vozes. Disponível em <http://www.sism.com.br/labpam/livros/livro2/pg1.php>. Acesso em: 15 set. 2011.

Pasquali, L. (2007). Validade dos testes psicológicos: será possível reencontrar o caminho? *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 23(esp.), 99-107.

Powell, V. B., Abreu, N., Oliveira, I. R., & Susak, D. (2008). Terapia cognitivo-comportamental da depressão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(2).

Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos [SATEPSI] (2004). *Resolução CRP 002/2003- Ficha avaliativa dos testes psicológicos*. Disponível em: <http://www2.pol.org.br/satepsi/sistema/admin.cfm>. Acesso em: 12 fev. 2012.

Schmitt, N. (1996). Uses and abuses of coefficient Alpha. *Psychological Assessment*, 8(4), 350-353.

Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos [SATEPSI] (2012). *Testes psicológicos aprovados para uso*. Disponível em: <http://www2.pol.org.br/satepsi/sistema/admin.cfm?lista1=sim>. Acesso em: 16 dez. 2012.

Urbina, S. (2007). *Fundamentos da testagem psicológica*. Porto Alegre: Artmed.

Vestre, N. D. (1984). Irrational beliefs and self –reported depressed mood. *Journal of abnormal psychology*, 93(2), 239-241.

Willner, P. (1984). The validity of animal models of depression. *Psychopharmacology*, 3, 1-16.

Wright, B. D., & Masters, G. N. (1982). *Rating scale analysis*. Chicago: MESA.

Yoshida, E. M. P., & Colugnatti, F. A. B. (2002). Questionário de Crenças Irracionais e Escala de Crenças Irracionais: Propriedades Psicométricas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(2), 437-445.

ARTIGO 3

Associação entre Pensamentos e Sintomas Depressivos*Association between depressive thoughts and symptoms***Resumo**

Sabe-se que a depressão é um transtorno mental de causa multifatorial, de alta prevalência, o que suscita a necessidade de se desenvolver estratégias para poder promover a saúde, ou ainda, prevenir seu agravamento. Dentre um dos elementos relacionados a depressão, encontram-se os pensamentos depressivos, em que quanto maiores as distorções, maior o agravamento clínico do transtorno, o que torna a análise de pensamentos uma tarefa importante ao profissional da saúde. Com o foco de investigar dispositivos para facilitar essa avaliação, o presente estudo teve por objetivo buscar evidências de validade baseadas com variáveis externas para a Escala de Pensamentos Depressivos (EPD). Foram participantes 367 sujeitos, que foram divididos em dois grupos, sendo o primeiro com 338 (92,1%) classificados como sem diagnóstico relatado de depressão, e o restante compondo o segundo grupo, com diagnóstico de depressão fornecido por psiquiatra e confirmado pela SCID. Para a coleta de dados, foram aplicados instrumentos que mensuram sintomas depressivos, a Escala Baptista de Depressão (EBADEP-A) e a Escala de Depressão de Hamilton (HAM-D). Foram comparadas as médias de sintomas e pensamentos depressivos entre os grupos, assim como a relação dos instrumentos de depressão com a EPD. Os principais resultados apontaram evidências de validade para a escala, e indicou que os depressivos apresentaram um número maior de distorções de pensamento, maior média de idade e maiores os sintomas depressivos.

Palavras- chave: cognições; correlação estatística; depressão; construção do teste.

Abstract

Depression is considered as a mental disorder caused by multiple factors with high prevalence, which raises the need to develop strategies in order to promote health, or even prevent its aggravation. Among the factors related with depression, stands depressive thoughts, wherein the higher the distortion, higher the clinical worsening of depression, which makes the thoughts analysis an important task to health care. With the goal of investigate tools to facilitate this evaluation, the present study aimed to verify evidence of validity based on the relationship with external variables for Depressive Thoughts Scale-EPD. Participated of this study 367 subjects divided in two groups, the first 338 (92.1%) classified as non-clinical (without known diagnosis of depression) and the rest diagnosed with depression, allocated in the clinical group. To collect data, were applied tests to measure depressive symptoms, Baptista Depression Scale (EBADEP-A) and Hamilton Depressive Scale (HAM-D). the main results showed evidence of validity for the scale and indicated that depressives had a higher number of thought distortions, age and depressive symptoms.

Keywords: cognition; statistical correlation, depression, test construction.

Introdução

Por diferentes décadas, a depressão se configura como um transtorno de humor multideterminado, com grande incidência e gerador de incapacidade (OMS, 2001; WHO, 2012). Conhecimentos sobre o que atualmente é denominado de depressão datam desde antes do calendário estabelecido pela igreja católica, e ao longo destes séculos, as mais diversas nomenclaturas foram atribuídas, e em decorrência disso, o diagnóstico de depressão, a doença em si, seu nome e uso são relativos à cultura em que o termo estava inserido, já que os conceitos de tristeza, melancolia e depressão, passaram por variações culturais, conforme o papel social e temporal que cumpriam (Akiskal, 2004; Solomon, 2002).

Robert Burton foi um dos primeiros a publicar informações científicas sobre a multifatorialidade envolvida nos processos depressivos, enfatizando a relação mente e corpo. A obra, escrita em 1621, era intitulada de Anatomia da Melancolia. Emil Kraepelin, conhecido por organizar a nosografia psiquiátrica, consagra em 1899 o transtorno como depressão (*depremere*) na sexta edição de seu compêndio, ao relatar que a depressão e a mania estariam associadas, classificando a melancolia como um dos sintomas depressivos (Berlim, 2005).

Essa categorização proposta por Kraepelin fez com que os médicos reavaliassem a importância dos manuais diagnósticos, sendo o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM), elaborado pela Associação Americana de Psiquiatria, o resultado desse procedimento (Solomon, 2002). Além das diferenças culturais e diagnósticas ao longo dos anos, cabe considerar que um dos problemas que se configura em torno da depressão é o aumento das taxas epidemiológicas, o qual indica a necessidade de exceder as informações contidas nos manuais (WHO, 2012). Algumas delas seriam, por exemplo, pesquisar quais características além de sexo, idade e estado civil podem estar

relacionadas a esse transtorno, se existem fatores protetivos ou diminuidores do agravamento e ainda, quais são as taxas de incidência e prevalência de cada país para ter maior controle de como se configura.

Pesquisa mais recente realizada por Bromet et al. (2012) avaliou a prevalência de depressão em 18 países, que foram divididos em dois grupos de renda, alta e média/baixa. Dez países fizeram parte dos com maior fonte de renda e oito com média a baixa fonte de renda, incluindo nesse grupo o Brasil ($n= 5037$). Dentre alguns resultados referentes ao Brasil, verificou-se que este foi o país com maior prevalência de depressão. Ainda, o grupo dos sujeitos mais novos (18 a 34 anos) apresentou de três a 5,5 vezes mais propensão a ter episódios depressivos do que aqueles mais velhos (65+). O grupo de 35 a 49 anos apresentou maior propensão aos transtornos de humor (Odds Ratio 3.3), contra USA (OR 3.9) e Nova Zelândia (OR 4.4). Ficou evidenciado que os divorciados brasileiros (OR 3.0) tinham uma maior propensão ao risco à depressão do que aqueles que eram casados (OR 1.0) ou nunca casados (OR 1.0). Essa pesquisa é importante por elucidar os possíveis fatores de risco e protetivos para a depressão no cenário nacional, entretanto, ressalvas devem ser feitas, já que a amostra foi restrita ao Estado de São Paulo, e a diversidade cultural e econômica no país deve ser considerada.

No que se refere as variáveis sexo, estado civil e idade, comentadas anteriormente, existem diferentes dados na literatura. Quanto ao sexo, as mulheres apresentam sintomas mais somáticos do que homens (fadiga, distúrbios do apetite, peso e sono) e possuem de duas a três vezes mais propensão para apresentar transtorno depressivo (APA, 2002; Santos & Kassouf, 2006; Wenzel, Steer & Beck, 2005). No que diz respeito ao estado civil, existem algumas divergências, já que alguns estudos indicam que ser casado é um fator protetivo (Santos & Kassouf, 2006; WHO, 2007), ao passo que outros afirmam o oposto (Barreira, Cavaglia & Pires, 2001). Tão incerto quanto o papel do estado civil é a idade.

Sabe-se que a idade com maior incidência de depressão é entre 15 a 44 anos, mas que sua manifestação se dá ao longo de toda a vida (WHO, 2012).

Ainda, há de se discutir sobre outros fatores que interferem no desenvolvimento da depressão, como as cognições, que podem funcionar como protetivas ao desenvolvimento de transtornos mentais. Conforme a proposta de A. Beck (Beck, 1976; Beck, Rush, Shaw & Emery, 1982), pessoas com depressão tendem a fazer julgamentos sobre si, o futuro e o mundo mais negativamente do que aqueles que não possuem depressão. A teoria defende que para os depressivos, diferentes pensamentos de não adequação, como não ser capaz de realizar suas tarefas diárias, ser um fardo para as pessoas, ser incapaz de fazer algo correto, além de relatos negativos sobre tarefas e relações sociais, são recorrentes (Beck, 1976; Giles & Shaw, 1987; Hunt & Forand, 2005; Riso et al., 2003).

Evidências desse pressuposto teórico pode ser observado em pesquisas como a de Kaplan, Saddok e Grebb (2007), os quais observaram que as taxas de sujeitos com Transtorno Depressivo Maior (TDM) com distorções de pensamento foram de aproximadamente 67%. No Brasil, a pesquisa de Medeiros e Sougey (2010) encontrou distorções de pensamento em 86,7% dos pacientes avaliados. Fizeram parte desse estudo 75 pacientes atendidos regularmente em um Centro de Atenção Básica em Saúde (CAIS), com idades entre 18 e 65 anos, mulheres em sua maioria ($n=62$, correspondendo a 82,7%) com diagnóstico de TDM por meio da Entrevista Clínica Estruturada para o DSM IV- Versão Clínica Entrevista (SCID-CV) (Del-Ben et al., 2001).

Com o objetivo de verificar a relação entre pensamentos irracionais e sintomas psiquiátricos, Thyer, Papsdorf e Kilgore (1983) realizaram uma pesquisa com 62 universitários (37 mulheres) com média de idade de 21 anos, de um curso de psicologia. Os instrumentos aplicados foram o *Symptom Checklist 90- SCL 90* e o *Rational Belief Inventory- RBI*. Observaram correlações estatisticamente significativa no fator somatização

($r = -0,38$; $p = 0,001$), obsessivo compulsivo ($r = -0,30$; $p = 0,05$), interpessoalidade ($r = -0,36$; $p = 0,01$), depressão ($r = -0,42$; $p = 0,01$), ansiedade ($r = -0,31$; $p = 0,01$), fobia ($r = -0,28$; $p = 0,05$) e psicoticismo ($r = -0,12$; $p = 0,01$). Os dados apontam para altos níveis de racionalidade associados com um declínio na sintomatologia psiquiátrica, destacando que o transtorno depressivo foi o que apresentou maior magnitude correlacional quando comparado aos outros.

Giles e Shaw (1987) estudaram as relações entre depressão e distorções cognitivas em mulheres. Participaram 24 sujeitos, sendo divididos igualmente em três classes G1 depressivos, G2 não depressivos e G3 não depressivos de outros ambulatorios (ginecologia, otorrinolaringologia, ortopedia etc.). Os pacientes para a inclusão e divisão nos grupos foram avaliados com a SCID, BDI e HAM-D. Resultados indicaram que a pontuação desses instrumentos foi estatística e significativamente maior no G1, indicativo de que a percepção sobre si, os outros e o mundo era mais pessimista quando comparada aos outros grupos e que, quanto maior a negatividade, maiores os sintomas depressivos.

Alloy, Abramson e Francis (1999) fizeram uma revisão apontando que pessoas com transtornos depressivos possuem mais distorções de pensamento do que as sem transtornos do humor. Assinalam também que os com transtornos do Eixo I avaliaram os eventos de vida de forma mais negativa quando comparados aqueles que nunca desenvolveram nenhum transtorno. Riso et al. (2003) verificaram que os depressivos apresentaram um estilo de atribuição mais negativo, instável e global. O estudo contou com 42 pacientes com depressão crônica/distímia, 27 com diagnóstico de Depressão Maior sem comorbidades e 24 sem diagnóstico de transtornos do Eixo I, sendo que em todos os grupos as mulheres foram mais prevalentes (acima de 54%), e a média de idade de 39 anos ($dp = 10$). Dentre os instrumentos aplicados, os resultados encontrados com o *Disfuncional Attitude Scale* (DAS), o *Attributional Scale Questionnaire* (ASQ) e um inventário para avaliar depressão

indicaram que aqueles com distímia ($M= 38,5$) tinham pensamentos mais disfuncionais do que os com depressão ($M=30,7$) e sem diagnóstico de transtornos depressivos ($M= 26,2$) ($F[2,88]= 14,0; p=0,001$)

Solomon, Arnow, Gotlib e Wind (2003) estudaram a presença de pensamentos irracionais e sua possível variação conforme a gravidade dos sintomas depressivos em mulheres. Estas foram divididas em grupos de não depressivas ($n= 23$) e depressivas ($n=55$) conforme critério do DSM IV e responderam ao *Beck Depression Inventory* (BDI), *Beck Anxiety Inventory* (BAI), *Belief Scale* (BS), *Specific Demands on Self Scale*, *Revised Personal Style Inventory* (PSI III) e a um questionário sociodemográfico. Observaram que apesar do grupo “nunca depressivo” apresentar uma média menor no BS do que as “com depressão”, esses resultados não foram estatisticamente significativas ($t(38)= 1,68; p= 0,10$). Quanto aos padrões de personalidade, observou-se diferença estatisticamente significativa quanto ao padrão de autonomia e sociotropia, indicando que as depressivas tendiam a exigir mais de si do que as nunca depressivas ($t(38) = 2,6; p=0,05$). Ainda, foi estatisticamente significativa o padrão autônomo das nunca depressivas que tiveram uma média maior do que as depressivas, ($t(39) = 2,93; p=0,01$). Tais resultados levam a refletir se seria a alta exigência das mulheres e o padrão de personalidade que as deixariam mais vulneráveis e levariam a depressão, ou o contrário.

Hunt e Forand (2005) avaliaram a vulnerabilidade cognitiva em sujeitos que não tiveram sintomatologia depressiva para verificar a intensidade das crenças disfuncionais. Fizeram parte do estudo 160 universitários, sendo o critério de exclusão ter pontuação no BDI maior do que 12, histórico de depressão familiar ou história de episódio depressivo. Destes, 92 eram do sexo feminino, com média de idade de 19,5 anos. Juntamente com o DAS, foi aplicado um questionário para detectar histórico de depressão e um questionário para detectar a presença de transtornos de humor. Com base nos instrumentos, foi possível

verificar que as crenças disfuncionais poderiam contribuir para predizer episódios depressivos ($r = 0,16$; $p=0,05$). Além da baixa correlação, os autores citam que não foram encontradas diferenças de resultados entre os sexos, apesar dos autores não publicarem quais foram os índices encontrados.

Nesse mesmo ano foi publicado o estudo de Haefel et al. (2005) que avaliou se cognições negativistas poderiam ser fatores de risco à depressão, em uma amostra de 853 universitários com idades entre 18 e 23 anos. Os participantes responderam instrumentos para avaliar atribuição cognitiva, o DAS e o BDI, além de uma entrevista de transtornos de humor. Com base nos resultados, os participantes foram divididos em dois grupos, os nunca deprimidos ($n= 718$) e os em remissão ($n=135$). Correlações entre o níveis de depressão e Atribuições negativas foram de $r = 0,36$ e com o DAS de $r=0,39$ sendo estas menores que $p= 0,05$. Assim, concluíram que pacientes que já tiveram um episódio depressivo ou em remissão apresentavam mais estilos cognitivos negativos do que aqueles sem histórico de depressão, ou seja, estilos cognitivos conferiram mais vulnerabilidade do que atitudes disfuncionais.

Com uma amostra menor, Watkins e Moulds (2005) avaliaram 18 mulheres e quatro homens com TDM conforme a SCID- CV preenchendo o critério diagnóstico e 19 mulheres e 14 homens sem preencher critério diagnóstico de depressão ou distímia, mas com depressão no passado, com BDI abaixo de 14, e o terceiro grupo com 32 pessoas, classificado como o grupo dos nunca depressivos. Dentre os instrumentos, encontravam-se o *Positive Beliefs About Rumination Scale* (PBRs), e o BDI. Dentre os resultados apontados, ocorreu uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($F(2,91)= 12,9$; $p=0,001$), em que os depressivos apresentaram mais sintomas de ruminação do que os nunca depressivos (CI 2.7; $d= 0,91$), mas similar aos depressivos em remissão ($p= 0,79$; CI= 3.7; $d= 0,25$). Ao controlar o efeito do gênero, as mulheres apresentaram

significativamente mais sintomas de ruminação do que os homens ($F(1,91)= 4,1; p=0,05$).

Além dos artigos descritos, outros também encontraram resultados similares que estenderiam ao propósito da presente pesquisa, entretanto, nenhum brasileiro foi encontrado ao consultar o Pepsic e o Lilacs. Há também a necessidade de se atentar à medida, já que foram utilizados diferentes instrumentos de depressão e de crenças para se chegar a conclusões que pensamentos distorcidos se relacionam com a depressão, o que pode trazer dificuldades em comparar os resultados. Isto por que, por exemplo, ao se analisar instrumentos como a Escala de Hamilton para Depressão (HAM-D) e a BDI, observa-se que mensuram aspectos proporcionalmente diferentes de descritores da depressão, sendo a HAM-D aquela que avalia aproximadamente 28% de sintomas cognitivos e a mesma proporção de vegetativos, ao passo que a BDI possui 52% de itens cognitivos e 29% vegetativos (Calil & Pires, 2009). Portanto, conjectura-se que a magnitude correlacional de crenças depressivas e depressão se mostrará influenciada pela ênfase de itens que cada escala de depressão dedica as variáveis cognitivas, bem como o tipo de escala usada para avaliar as crenças/crenças ou disfuncionalidade cognitiva.

Por fim, cabe ressaltar que independente da medida utilizada para comparar as crenças com o estado depressivo, na maioria dos estudos levantados, estes se mostraram correlacionados. Isso poderia ser uma indicação de que as crenças disfuncionais se encontram mais presentes em pessoas com transtornos depressivos quando comparadas àquelas que nunca tiveram depressão. Desse modo, constituiu-se como objetivo deste estudo a busca de evidências de validade baseadas na relação com variáveis externas para a Escala de Pensamentos Depressivos (EPD), correlacionado-a a Escala Baptista de Depressão (EBADEP A) e a Escala de Depressão de Hamilton (HAM D) em sujeitos com diagnóstico conhecido de depressão e sem diagnóstico conhecido de depressão. Como objetivos secundários, avaliou-se possíveis diferenças de média nas pontuações dos

participantes nos dois instrumentos em relação às variáveis sexo, idade e estado civil.

Método

Participantes

O estudo foi realizado com 367 sujeitos, sendo 92,1% (n=338) classificados como grupo sem diagnóstico relatado de depressão e 7,9% (n=29) com diagnóstico de depressão. A idade dos participantes variou de 18 a 64 anos ($M= 29,50$; $dp= 10,75$) e 30,2% (n=129) tinham a mãe e/ou a irmã com depressão.

Daqueles sem diagnóstico relatado, 55% (n=186) eram universitários, 32,8% (n=111) trabalhadores administrativos e 12,1% (n=41) da área da saúde. Destes, 81,1% (n=274) eram mulheres e eram em sua maior parte solteiros 54% (n=198), sendo 26,4% (n=97) casados, 3,5% (n=13) desquitados, 4,1% (n=15) viúvos e 1,6% (n=6) amasiados.

Referente ao grupo com diagnóstico de depressão, 75,9% (n=22) eram do sexo feminino, com idades entre 23 e 60 anos ($M=42,97$; $dp= 10,71$). Referente ao estado civil, a maioria era casada 51,7% (n=15), sendo a porção de solteiros de 24,1% (n=7), viúvos ou amasiados correspondeu a 10,3% (n=3) cada e apenas um participante era desquitado/divorciado.

Instrumentos

Entrevista Clínica Estruturada para o DSM IV Transtornos eixo I – Versão Clínica - SCID-CV (Del-Ben et al., 2001): desenvolvida com o intuito de padronização dos procedimentos diagnósticos psiquiátricos, por meio de entrevista, utilizada comumente na psiquiatria. O estudo usa a versão traduzida para o português (Del-Ben et al., 2001)

composta por 15 perguntas, a partir das quais são preenchidos os pré-requisitos do manual DSM-IV para o diagnóstico do transtorno. O estudo de confiabilidade foi realizado pelos mesmos autores com pacientes psiquiátricos de um hospital do interior de São Paulo. Foi empregada a metodologia de teste-reteste, com intervalo de dois dias entre as entrevistas realizadas. Participaram 45 pacientes, com média de idade de 34,9 anos ($dp= 11,8$), a maior parte mulheres (60%). O índice de concordância para o diagnóstico (Kappa) foi de 0,83, o que levou à conclusão de que a escala possui boa confiabilidade mesmo não apresentando todos os critérios que a versão original para pesquisa. Para a presente pesquisa, foi aplicado apenas o caderno referente ao humor, focando-se em 15 itens que avaliavam a presença ou ausência de sintomas característicos do Transtorno Depressivo Maior.

Escala de Pensamentos Depressivos –EPD (Carneiro & Baptista, 2012): A construção da EPD foi realizada com base na tríade cognitiva proposta por Beck (Beck, 1976; Beck, Rush, Shall & Emery, 1982), que é considerada como substrato para o entendimento de interpretações rígidas e negativistas relacionadas à depressão. As análises de estrutura interna por meio da análise de componentes principais indicou uma solução com cinco fatores, com variância total explicada de 47,13. Para o modelo utilizado no presente estudo, ou seja, 34 itens, os índices de fidedignidade foram de $\alpha =0,88$ para o F1, $\alpha =0,85$ para o F2, $\alpha= 0,78$ para o F3, $\alpha =0,53$ para o F4 e $\alpha=0,66$ para o último fator, indicando os índices variaram de insuficientes a excelentes, entretanto, resolveu manter o F3, já que se tem como hipótese que este índice seja devido a este apresentar apenas três itens. A escala total apresentou confiabilidade de $\alpha =0,91$ o que indica que, no total a escala possui índice excelente (SATEPSI, 2004).

Nessa versão, os itens e *eigenvalues* de cada fator são descritos a seguir F1 (baixa autoestima/ desvalorização) com 11 itens (25,63% da variância), referentes a itens sobre

pensamentos de derrota, avaliação negativa do futuro e da vida, pensamento de ser um fracasso e desânimo; F2 (relacionamento interpessoal) possui sete itens que explicam 8,88% da variância e expressam pensamentos de se sentir suportado, compreendido e querido; F3(auto valorização) (1,79%) contendo oito itens com auto avaliação positiva sobre si em relação a suas conquistas, seu futuro, se ver como alguém de valor e ter vontade de viver; F4 (1,53) (expectativas negativas/ insatisfação), que corresponde a três itens a respeito de querer ser uma pessoa melhor e a percepção de que sua situação é insuperável; por fim, o último fator F5 (1,44%) (desajustamento social) contém cinco itens referente a se avaliar como uma pessoa de “mau caráter”, indefeso, causador de seu próprio sofrimento e por deixar as pessoas para baixo. Do total, 19 itens são negativos e 15 positivos, em que quanto maior a pontuação, maiores os pensamentos depressivos, já que os itens positivos são invertidos na contagem final.

Escala de Depressão de Hamilton -HAM D: escala multidimensional de heteroavaliação, considerada como “padrão ouro” para avaliar a gravidade do episódio depressivo em pacientes portadores de transtornos do humor, entretanto, não se constitui como instrumento diagnóstico para identificação de depressão. A versão traduzida para o Brasil do questionário de avaliação foi realizada por Carvalho, s.d. aplicando a versão retro-traduzida em 63 estudantes universitários bilíngues. A versão deste estudo possui 17 itens, tendo a pontuação de 0 a 4 para cada item, considerando presença/ausência dos sintomas conforme a última semana. Possui em sua maior parte sintomas cognitivos e vegetativos, avaliando em menor número itens de fatores sociais, motores, ansiedade e humor, e permite a classificação da depressão em leve, moderada ou grave. Por não ser possível de recuperar outros estudos psicométricos brasileiros sobre essa escala, cita-se a confiabilidade de sua versão internacional, que variou entre 0,83 a 0,94. Para o presente estudo, a confiabilidade

da escala, conforme calculado pelo coeficiente Alpha de Cronbach foi de $\alpha = 0,85$, ou seja, dentro dos parâmetros de confiabilidade já propostos na versão internacional.

Escala Baptista de Depressão –versão Adulto -EBADEP A: foi desenvolvida por Baptista (2012) para ser aplicada em pacientes e não pacientes, com intuito de rastreamento da depressão, sem pretensão diagnóstica. A sensibilidade é de 0,98 e a especificidade de 0,88, índices considerados como adequados para o uso como rastreio de sintomas depressivos. Por último, a precisão do instrumento na amostra total foi de 0,97 e as correlações com as escalas Beck foram de 0,66 com o BDI; 0,35 com a BHS (desesperança); 0,55 com a BAI (ansiedade) e 0,41 com o BSI (ideação suicida). O escore total varia de 0 a 135, obtido com o somatório das opções assinaladas, em que quanto maior a pontuação, maior a sintomatologia depressiva. Foi calculada a precisão do instrumento para a presente amostra, verificando-se que EBADEP seguiu os mesmos resultados do estudo de normatização ($\alpha = 0,97$).

Procedimentos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade São Francisco (CAAE 0348.0.142.203-11) e autorizado pelas instituições para a aplicação do instrumento. Após, buscou-se o consentimento dos participantes do estudo mediante Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), impresso em duas vias, no qual constavam as informações pertinentes da pesquisa em questão. A coleta de dados foi feita por conveniência, e os sujeitos foram selecionados de uma clínica psiquiátrica, empresas, universidades e funcionários de hospitais. A aplicação dos instrumentos foi realizada pela autora, de forma individual para aqueles que haviam sido diagnosticados com depressão grave e para os outros a aplicação foi coletiva. Aqueles que fizeram parte do grupo com

diagnóstico de depressão deveriam ter o diagnóstico feito pelo médico psiquiatra e confirmação de diagnóstico por meio do caderno de humor da SCID-CV e da gravidade mediante a HAM-D 17. A média de aplicação variou de 30 a 90 minutos. O grupo coletado na clínica psiquiátrica respondeu além da EPD e EBADEP A, a SCID CV e a HAM D.

Análise de dados

Para analisar os dados, optou-se pelas estatísticas paramétricas, realizadas no programa *Statistic Package for Social Sciences* –SPSS (IBM, 2012). As diferenças de média foram analisadas por meio do teste *t* de *Student* para duas variáveis. A relação entre a EPD e seus fatores com a EBADEP A e a relação de idade com a EBADEP A e a EPD foi verificada pela correlação de Pearson (*r*), e para verificar o quanto os pensamentos depressivos poderiam explicar os sintomas depressivos, efetuou-se uma análise de regressão linear. Foram considerados significativos os resultados cujo *p* fosse igual ou menor que 0,05. Os grupos foram divididos em clínico e não clínico devido as particularidades de seleção do grupo, e também para investigar quais seriam as variáveis que mais se destacariam para cada um. Para as análises inferenciais, os grupos de estado civil foram divididos em solteiros (solteiros, divorciados, viúvos) e não solteiros (casados, recasado e com união estável). Assim, não clínico teve predominância de solteiros (66,9%; n=226), ao passo que o clínico de não solteiros (62,1%; n=18).

Resultados

A primeira análise inferencial apresenta a diferença de média entre os escores dos grupos não clínico e clínico referente as pontuações nas escalas aplicadas. Tais resultados podem ser verificados na Tabela 1.

Tabela 1.
Diferença de média entre grupo sem (n=338) e com diagnóstico de depressão (n=29) em relação as pontuações na EPD e EBADEP A.

	Grupo	Média	Desvio Padrão	t	gl	p	d
EPD_F1	Sem diagnóstico	14,09	4,79	-8,738	365	0,001	1,69
	Com diagnóstico	22,83	8,50				
EPD_F2	Sem diagnóstico	14,13	4,16	-3,098	365	0,002	0,60
	Com diagnóstico	16,69	5,49				
EPD_F3	Sem diagnóstico	14,87	4,18	-4,151	365	0,001	0,80
	Com diagnóstico	18,38	6,16				
EPD_F4	Sem diagnóstico	7,48	2,13	-4,744	365	0,001	0,92
	Com diagnóstico	9,45	2,20				
EPD_F5	Sem diagnóstico	7,38	2,40	-8,619	365	0,001	1,67
	Com diagnóstico	11,59	3,62				
EPD_TOT	Sem diagnóstico	57,97	12,51	-8,391	365	0,001	1,68
	Com diagnóstico	78,93	16,97				
EBADEP A	Sem diagnóstico	28,54	21,87	-16,919	362	0,001	0,38
	Com diagnóstico	15,34	37,45				

*Fatores da EPD: F1 Baixa autoestima/ desvalorização; F2 Relacionamento interpessoal; F3 Auto valorização;

F4 Expectativas negativistas/insatisfação; F5 desajustamento social. Sig. $p > 0,05$; $p > 0,001$.

Os resultados da análise de diferença de média trazem indicativos de que o grupo clínico é aquele que possui maiores médias nas escalas de mensuração de pensamentos e sintomas de depressão, sendo essa diferença estatisticamente significativa. Chama-se atenção inclusive para o nível de sintomatologia dos grupos, o qual indica que o grupo não clínico possui ausência de sintomas depressivos, ao passo que o grupo clínico já pode ser alocado dentro do grupo com sintomatologia depressiva moderada (Baptista, 2012). Na sequência, foi realizada uma análise de correlação entre a Escala de Pensamentos Depressivos (EPD) com a Escala Baptista de Depressão (EBADEP A) (Tabela 2).

Tabela 2.

Coeficiente de correlação de Pearson (r) para EPD e EBADEP nos grupos sem ($n=335$) e com diagnóstico de depressão ($n= 29$).

	EPD_F1	EPD_F2	EPD_F3	EPD_F4	EPD_F5	EPDTOT
EBADEP A não clínico	0,56**	0,31**	0,44**	0,37**	0,31**	0,59**
EBADEP A clínico	0,78**	0,11	0,54**	0,40*	0,35	0,75**

*Fatores da EPD: F1 Baixa autoestima/ desvalorização; F2 Relacionamento interpessoal; F3 Auto valorização; F4 Expectativas negativistas/insatisfação; F5 desajustamento social. Sig. * $p > 0,05$; ** $p > 0,001$.

Os resultados da Tabela 2 demonstram que os instrumentos estão positivamente correlacionados, de forma que no grupo não clínico as magnitudes foram de fracas a moderadas (Dancey & Reidy, 2006). No grupo clínico, foram observadas correlações que variaram de fracas a fortes, à exceção do F2, que não apresentou relação estatisticamente significativa. Para o grupo clínico, observou-se que ocorre uma relação maior entre o aumento da baixa autoestima e da pontuação total da EPD com a EBADEP A. Inclusive, de todos os fatores da EPD, o F1 foi o que mais correlacionou e o F2 e F5, os que menos se correlacionaram.

Outro instrumento, utilizado especificamente no grupo com diagnóstico de depressão, foi a HAMD. As análises correlacionais também foram realizadas com a EBADEP A, e como esperado, a EBADEP e a HAM D se mostram altamente correlacionados ($r=0,72$; $p=0,001$), já que o aumento dos sintomas depressivos também se relacionou ao aumento da gravidade da depressão. Referente as correlações com a EPD, essa foi de magnitude moderada ($r= 0,66$; $p=0,01$).

A análise de regressão linear foi realizada com o intuito de verificar o quanto os

pensamentos depressivos (y) poderiam prever os sintomas de depressão (x). Desse modo, as análises foram realizadas para os grupos clínico e não clínico. Foi verificado que, tanto para o grupo clínico quanto para o grupo não clínico, a EPD foi capaz de prever ($\beta=16,92$) os sintomas depressivos mensurados pela EBADEP em uma equação que explica 44% da variância ($p=0,001$).

Foi realizada ainda a comparação de médias obtidas pelos participantes na EPD e na EBADEP A com o uso de teste t de *Student* para verificar diferenças das pontuações da EPD em função do sexo e estado civil (solteiros e não solteiros). Foram encontradas diferenças com estatisticamente significativas para o grupo não clínico no Fator 4 (Expectativas negativas) da EPD ($t= 2,35[334]$; $p=0,019$), que indicou que os homens ($M=8,06$; $dp= 2,11$) pontuaram mais do que as mulheres ($M=7,36$; $dp= 2,12$). Para o grupo clínico, não foram realizadas análises devido ao número majoritário de mulheres.

No que diz respeito ao estado civil, o Fator 4 (Expectativas negativas) foram estatisticamente significativas no grupo não clínico ($t=2,079[330]$; $p=0,038$), demonstrando que os solteiros pontuaram mais nesse fator ($M=7,63$; $dp= 2,18$) do que os não solteiros ($M=7,11$; $dp=1,97$). Entretanto, não foram encontradas diferenças significativas para o grupo clínico.

As últimas análises foram sobre a idade. Para isso, realizou-se inicialmente a correlação de *Pearson* (r) para verificar se existiria alguma relação entre o aumento da idade com os escores da EBADEP -A e da EPD. Os resultados demonstram que, à medida que se aumentava a idade, aumentavam os sintomas de depressão ($r= 0,177$; $p=0,001$). Quanto as relações de idade com EPD, evidenciou-se que o aumento da idade não se relacionou aos pensamentos depressivos ($r= 0,092$; $p=0,08$). Por fim, para verificar as diferenças entre as médias de idade entre o grupo com e sem diagnóstico relatado de depressão, utilizou o teste t de *Student*. O resultado foi estatisticamente significativa

($t[347] = -6,463$; $p = 0,001$) indicando que o grupo clínico ($M = 29,50$; $dp = 10,75$) possui maior média de idade do que o não clínico ($M = 42,97$; $dp = 10,71$).

Discussão

A depressão se configura como um transtorno de causa multideterminada, que afeta as pessoas mundialmente, e que terá uma incidência aumentada nos próximos anos (WHO, 2012). Nesse sentido, desenvolver técnicas para poder diminuir a incidências se mostram válidas, motivo pelo qual o principal foco do presente estudo foi verificar a associação entre a EPD com a EBADEP A, tanto em grupo clínico, caracterizado por sujeitos com diagnóstico de depressão confirmado pela SCID -CV, quanto em grupo não clínico, e com a HAM -D, considerando apenas o grupo clínico, a fim de conferir evidência de validade baseada na relação com outras variáveis e com grupo critério com a EPD. Isso porque instrumentos de pensamentos depressivos podem se configurar como uma importante ferramenta de detecção de episódios depressivos.

Segundo A. Beck (Beck et al., 1982), os pensamentos negativistas precedem os transtornos depressivos, isto é, a percepção negativista da pessoa sobre suas relações consigo e com o exterior fazem com que esta se torne vulnerável, e a partir da vulnerabilidade que o transtorno mental pode ser instalado. Estudos com enfoque na análise de como os pensamentos depressivos contribuem para o desenvolvimento, manutenção e agravamento do transtorno depressivo maior demonstram que existe uma nítida relação entre essas variáveis (Alloy et al., 1999; Giles & Shaw, 1987; Kaplan et al., 2007; Medeiros & Sougey, 2010; Thyer et al., 1983, dentre outros).

A partir dos resultados do presente estudo, foi possível encontrar evidências de validade baseadas na relação com variáveis externas. Dentre as análises realizadas,

verificou-se que o grupo de depressivos apresentou as maiores pontuações médias quando comparados ao grupo não clínico, corroborando com o estudo de Alloy et al. (1999) em que os depressivos possuíam maiores distorções de pensamentos do que as sem transtornos de humor.

O teste de correlação de *Pearson* indicou que o aumento de sintomas depressivos se relacionou positivamente com o aumento de pensamentos depressivos em ambos os grupos, com magnitudes que variaram de fracas a moderadas nos Fatores 2 e 5 (Dancey & Reidy, 2006). Esse resultado corrobora com dados da literatura, sendo alguns estudos supramencionados. À mesma maneira, as correlações da EPD e da HAMD também foram significativas, com magnitude moderada, indicando, novamente, que o aumento dos sintomas depressivos se relacionou ao aumento dos pensamentos depressivos na amostra.

Comparando os resultados obtidos por grupos, observou-se que no grupo clínico ocorre uma relação maior entre o aumento da baixa autoestima (Fator 1) e da pontuação total da EPD com a EBADEP A, as quais indicaram magnitudes altas. Inclusive, a dimensão referente a baixa autoestima e desvalorização foi a que apresentou maior correlação em ambos os grupos, entretanto, superior no grupo clínico. Esse fator corresponde a pensamentos de se sentir um perdedor, de que tudo dá errado, incapaz de resolver problemas e de ter que ser ajudado por alguém. Assim, este resultado vai ao encontro da literatura, já que é evidenciado que os que possuem mais sintomas depressivos possuem mais sentimentos de inadequação e incapacidade do que os sem depressão (Beck, 1976; Giles & Shaw, 1987).

Vale comentar que das correlações possíveis entre EPD Total e EBADEP A, o grupo não clínico apresentou correlações estatisticamente significativas em todos os fatores, ao passo que o grupo clínico apontou que o F2 não teve correlação. Do total de correlações possíveis no grupo não clínico, três foram moderadas e duas foram fracas, ao passo que no

grupo clínico duas foram de magnitude fraca, duas moderada e duas de magnitude forte (Dancey & Reidy, 2006).

Assim, a partir dessas evidências, os resultados encontrados por meio da correlação entre os instrumentos de depressão se mostra justificável, todavia, as magnitudes observadas entre esses instrumentos com a EPD estão acima das demonstradas em outras pesquisas que investigaram a relação dos pensamentos com a depressão. À exemplo, as magnitudes se mostram maiores do que o estudo de Hunt e Forand (2005) cujas correlações entre o BDI e o DAS foi de ($r= 0,16$) e ao de Haeffel et al. (2005) que encontraram relações entre o DAS e BDI de $r=0,36$. Como referido, escalas diferentes possuem configurações diversas sobre o conteúdo da depressão e os conteúdos de pensamentos, logo, essa comparação deve ser vista com muita ressalva, conforme será discutido na sequencia.

Observou-se também por meio da correlação de *Pearson* que a EBADEP-A e a HAM-D apresentaram uma correlação alta, o que demonstra que as escalas escolhidas se mostram com configurações próximas, apesar das diferenças quanto a forma de aplicação e configuração dos itens. Os instrumentos utilizados para avaliar transtornos depressivos (EBADEP-A e HAM-D) possuem particularidades que podem trazer diferentes ênfases para a relação esperada entre cognição e sintomas depressivos (Calil & Pires, 2009). A EBADEP-A, por exemplo, possui 33% dos itens da escala referentes a avaliação de pensamentos depressivos (Baptista, 2012), ao passo que a HAM-D, que apresentou uma magnitude correlacional menor, 28% (Calil & Pires, 2009).

Referente aos dados obtidos mediante diferenças de média observou-se que os homens do grupo não clínico apresentaram mais pensamentos de insatisfação com a situação atual e desejo de mudança do que as mulheres. Esse mesmo fator também se destacou entre o grupo não clínico nos solteiros. Tais dados se mostram difíceis de serem

comparados aos achados da literatura recuperados para o presente estudo, entretanto, indicam que os homens solteiros da presente amostra são mais insatisfeitos com sua perspectiva do presente do que as mulheres, necessitando-se de estudos futuros para possíveis comprovações.

Adicionalmente, não foi encontrada diferença de média entre os pensamentos depressivos de homens e mulheres considerando a EPD em sua pontuação geral. Os resultados deste estudo corroboram com a pesquisa de Hunt e Forand (2005) e diferem dos achados de Watkins e Moulds (2005). Vale comentar, entretanto, que a pesquisa de Hunt e Forand (2005) foi realizada em sujeitos que não apresentavam sintomatologia depressiva, como no presente estudo, ao passo que no estudo de Watkins e Moulds (2005) a amostra era predominantemente com diagnóstico de depressão. Apesar de existir um grupo com diagnóstico de depressão, no presente estudo não foram encontradas diferenças de média estatisticamente significativa entre os sexos, o que pode ser atribuído, entre uma das causas, ao reduzido número de homens no grupo com depressão.

Diferente do esperado, os sintomas depressivos não se diferenciaram em função do sexo no grupo sem diagnóstico conhecido de depressão. Geralmente, encontram-se os resultados de que as mulheres são aquelas com maiores médias de pontuação referente aos sintomas depressivos (APA, 2002; Santos & Kasouf, 2006), porém, os resultados apontaram similaridade com a pesquisa de Hunt e Forand (2005) com universitários, em que não foram encontradas diferenças de média entre os sexos. Igualmente, não foram encontradas diferenças de média estatisticamente significativas referentes ao estado civil. Quanto a tal resultado, se mostra diferente da literatura recuperada, a qual traz que as relações entre transtornos depressivos e estado civil ainda se mostram longe de serem conclusivas, entretanto, sustentam evidências que favorecem os divorciados (Bromet et al., 2012; Santos & Kassouf, 2006) e outras que favorecem os solteiros (Barreira et al., 2001).

Referente à idade, observou-se que o grupo clínico apresentou maior média, e que apesar de fraca, foi encontrada uma relação entre o aumento de sintomas depressivos com o aumento da idade. Geralmente, a literatura traz que a idade mais acometida pela depressão é entre 15 e 44 anos (WHO, 2007). No presente estudo, a amostra clínica teve média de 42 anos, ou seja, alocada dentro das estatísticas, porém, considerando o desvio padrão, acima do estipulado. Estes resultados corroboram com uma pesquisa realizada no Brasil por Bromet et al. (2012), que detectaram como o grupo com maior propensão ao transtorno de humor aqueles com idades entre 35 a 49 anos. Não obstante, cabe considerar que a amostra do presente estudo foi de conveniência, e que a amostra com diagnóstico conhecido de depressão é pequena.

Conclusão

As informações aqui apresentadas trazem evidências de validade baseadas com variáveis externas para a EPD, à medida que essa escala reproduz informações já confirmadas em diferentes pesquisas, no que tange a relação entre depressão e disfuncionalidade de pensamentos, além de suscitar um possível referencial para a análise de padrões de pensamentos depressivos em uma população brasileira. O presente estudo não teve como pretensão analisar todas as possibilidades de relações entre os grupos, mas de observar como variáveis relacionadas a depressão se comportariam também com uma medida de pensamentos depressivos, e se os resultados encontrados para o Brasil eram similares aos achados em pesquisas estrangeiras.

Vale considerar que o desenvolvimento da EPD tem como objetivo complementar o processo de avaliação psicológica, sendo um teste de fácil aplicação e que pode ser útil para detectar distorções de pensamentos que podem levar ao desenvolvimento do transtorno depressivo, ou ainda, em fornecer um material mais científico para avaliação contínua dos

pensamentos depressivos apresentados pelos pacientes. Nesse sentido, as evidências encontradas fornecem indícios de que esse instrumento pode ser promissor ao seu propósito, considerando também sua correlação moderada com os instrumentos de depressão, o que se mostra dentro do esperado teoricamente a uma escala com este propósito.

Limitações deste estudo devem ser pontuadas. A maior delas foi o pequeno número de sujeitos com diagnóstico de depressão incluídos no estudo, o que dificultou maiores análises, como por exemplo, de diferenças entre sexo e idade. Além disso, os sujeitos do grupo não clínico não foram controlados em relação a uma avaliação mais pormenorizada que garantisse que nenhum deles tivesse algum transtorno mental. Sugere-se para futuras pesquisas com grupos contrastantes e sobre pensamentos depressivos controlar possíveis comorbidades relacionadas ao transtorno depressivo maior, de forma a avaliar se existem variações entre os padrões de pensamento e inserir outras medidas validadas sobre pensamentos depressivos, para avaliar evidências de validade convergente.

Referências

Akiskal, H. S. (2004). Mood Disorders: clinical features. Em: B. J. Sadock, V. A. Sadock (2ª. Ed.). *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Lippincott Williams & Wilkins: Philadelphia.

Alloy, L. B., Abramson, L. Y., & Francis, E. L. (1999). Do negative cognitive styles confer vulnerability to depression? *Current directions in Psychological Science*, 8, 128-132.

American Psychiatric Association [APA] (2002). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais IV TR*. (Trad. Cláudia Dornelles). (4ª. ed. rev.). Porto Alegre: Artmed.

Baptista, M. N. (2012). *Escala Baptista de Depressão versão Adulto- EBADEP-A*. São Paulo: Vetor.

Barreira, D. P., Cavaglia, F., & Pires, A. M. (2001). Cognições Antecipatórias: Um estudo comparativo e correlacional. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 2(1), 101-105.

Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. NW: International Universities Press.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1982) [1979]. *Terapia Cognitiva da Depressão*. Rio de Janeiro: Zahar.

Berlim, M. T. (2005). *Transtornos depressivos, ideação suicida e qualidade de vida em pacientes deprimidos ambulatoriais*. Dissertação de mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, RS.

Bromet, E., Andrade, L. H., Hwang, I., Sampson, N. A., Alonso, J., Girolamo, G. de, de Graaf, R., Demyttenaere, K., Yu, C., Iwata, N., Karam, A. N., Kaur, J., Kostyuchenko, S., Lépine, J. P., Levinson, D., Matshinger, H., Mora, M. E. M., Browe, M. O., Pousada-Villa, J., Viana, M. C., Williams, D. R., & Kessler, R. C. (2011). *Cross national epidemiology of DSM IV major depressive episode*. Disponível em: www.biomedcentral.com/1741-7015/9/90. Acesso em: 29 dez. 2011.

Calil, M. H., & Pires, M. L. N. (1998). Aspectos gerais das escalas de avaliação de depressão. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25(5), 240-244.

Dancey, C. R., & Reidy, J., (2006). *Estatística sem matemática para psicologia usando o SPSS para Windows*. (trad, Lorí Viali). Porto Alegre: Artmed.

Giles, D. E., & Shaw, B. F. (1987). Beck's cognitive theory of depression: convergence of constructs. *Comprehensive Psychiatry*, 28(5), 416-427.

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.

Hunt, M., & Forand, N. R. (2005). Cognitive vulnerability to depression in never depressed subjects. *Cognition and Emotion*, 19(5), 763-770.

IBM Cor. Released (2012). *IBM SPSS Statistics for windows, Version 20.0*. New York: Armonk, IBM Corporation.

Kaplan, H. I., Sadock, B. I., & Grebb, J. A. (2007). *Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica*. (D. Batista trad.), (9ª ed.). Porto Alegre: Artmed.

Medeiros, H. L. V. de, & Sougey, E. B. (2010). Distorções do pensamento em pacientes deprimidos: frequência e tipos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(1), 28-33.

Organização Mundial de Saúde [OMS] (2001). *Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001: Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Disponível em: <http://www.acs.min-saude.pt/files/2008/03/rel-mundial-sm-2001.pdf>. Acesso em: 10 de ago. 2011.

Riso, L. P., Blandino, J. A., Penna, S., Dacey, S., Grant, M. M., Troit, P. L. du, Durin, J. S., Pacoe, E. M., & Ulmer, C. S. (2003). Cognitive aspects of chronic depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 112(1), 72-80.

Santos, M. J., & Kassouf, A. L. (2006). Uma estimativa econométrica do retorno da educação para a saúde mental dos brasileiros: escolaridade versus depressão. Acesso em: 18. mai. 2008. Disponível em: http://www.cepea.esalq.usp.br/pdf/educacao_depressao.pdf

Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos [SATEPSI] (2004). *Resolução CRP 002/2003- Ficha avaliativa dos testes psicológicos*. Disponível em: <http://www2.pol.org.br/satepsi/sistema/admin.cfm>. Acesso em: 12 fev. 2012.

Solomon, A. (2002). Histórico. Em: A. Solomon. *Demônio do meio dia: uma anatomia da depressão*. (Trad. M. Campelo). Rio de Janeiro: Objetiva.

Solomon, A., Arnow, I. H., Gotlib, I. H., & Wind, B. (2003). Individualized measurement of irrational beliefs in remitted depressives. *Journal of Clinical Psychology*, 59(4), 439-455.

Thyer, B. A., Papsdorf, J. D., & Kilgore, S. A. (1983). Relationships between irrational thinking and psychiatric symptomatology. *The Journal of Psychology*, 113, 31-34.

Watkins, E., & Moulds, M. (2005). Positive beliefs about rumination in depression- a replication and extension. *Personality and Individual Differences*, 39, 73-82.

World Health Organization [WHO] (2007). Depression. Disponível em www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/print.html. Acesso em 04 dez. 2007.

World Health Organization (2012). *Depression: a global crisis*. Mental Health Day. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/management/depression/wfmh_paper_depression_wmhd_2012.pdf. Acesso em: 02 out. 2012.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho teve como objetivo desenvolver um instrumento para avaliar pensamentos depressivos, investigando suas qualidades psicométricas por meio de diferentes análises. Como observado nos três estudos, esses conferiram evidências de validade e precisão para a EPD, e indicaram que esta se mostra como um instrumento promissor para o uso do profissional de saúde.

Essas evidências foram divididas em três artigos que contemplaram desde sua construção até a relação da EPD com outras variáveis. Como indicado no primeiro artigo, a EPD teve como fundamentação teórica os pressupostos da tríade cognitiva de A. Beck (Beck et al., 1982) e também os indicadores de Terjenssen et al. (1999), pensando em uma melhor utilização da escala pelo clínico, e também, pelas evidências científicas da Terapia Cognitiva em artigos internacionais, os quais apontam para a eficácia dessa técnica para tratamento do Transtorno Depressivo Maior e consequentemente, confirmam a efetividade dos pressupostos teóricos.

Os resultados do primeiro estudo indicaram que os elementos da tríade cognitiva se distribuíram de uma forma dinâmica dentro de cinco fatores da EPD, e que seus índices de precisão foram adequados, trazendo evidências de validade baseada na relação com outras variáveis e precisão. Junto com as evidências encontradas no segundo e terceiro estudos, indica que a EPD mensura pensamentos depressivos de forma adequada e que sua interpretabilidade se mostra apropriada para a amostra utilizada na pesquisa. A esse respeito, cabe comentar que a análise baseada no modelo de Rasch indicou que o nível médio das pessoas se mostra menor do que a dos itens, indicando que poucos participantes apresentaram distorções de pensamento que se equivalem àquelas presentes em pessoas

com Transtorno Depressivo Maior (TDM), o que forneceu outra evidência de validade baseada na estrutura interna e precisão. Tais resultados são positivos para o propósito da escala, que é verificar o perfil de pensamentos negativistas daqueles com depressão como forma de poder mediante o processo de avaliação psicológica, utilizar um teste para verificar tendências à vulnerabilidade cognitiva, e assim, ao desenvolvimento de TDM.

Ademais, foi verificada evidência de validade baseada na relação com outras variáveis, em que a EPD se correlacionou com dois instrumentos que mensuram sintomas depressivos, sendo um deles considerado como padrão ouro para a avaliação de sintomas depressivos na psiquiatria (HAM D), e outro desenvolvido para avaliar sintomas depressivos especificamente a partir de uma população brasileira (EBADEP A). Os dados evidenciaram que os pensamentos depressivos aumentavam juntamente com o número de sintomas depressivos, o que também corrobora com os pressupostos teóricos da Terapia Cognitiva (Beck et al., 1982). Demonstra também a relação entre a disfuncionalidade e a percepção negativista de mundo com os sintomas depressivos. Nesse âmbito, cabem estudos para verificar a causalidade dessas variáveis, sugestão inclusive, para futuras pesquisas.

Diferentes limitações podem ser pontuadas, dentre elas, o pequeno número de participantes com diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior, principalmente pelo fato de ter descartado muitos sujeitos por não cumprirem todos os requisitos para aceitação na pesquisa, sendo uma sugestão para os próximos estudos além do aumento de pessoas com depressão o controle conforme a gravidade do transtorno, tempo de tratamento e presença ou ausência de comorbidade. Para testar suas qualidades psicométricas, sugere-se também a aplicação com outros instrumentos já validados no país para avaliar pensamentos disfuncionais/irracionais, para se buscar evidências de validade convergente, tal como a

aplicação da EPD durante o tratamento psiquiátrico e psicológico, para verificar as relações entre a melhora do humor com a melhora dos pensamentos depressivos.

Vale comentar que a investigação aqui proposta tem como finalidade contribuir para o escopo de testagem psicológica no país, principalmente na área de avaliação de padrões de pensamentos depressivos, uma vez que a incidência do TDM é crescente e o número de instrumentos voltados para a área de saúde mental se mostram escassos. Desse modo, as limitações deste estudo devem ser supridas em outros, para que se possa afirmar que a EPD se mostra como um instrumento com qualidades psicométricas suficientes para se avaliar a disfuncionalidade de pensamentos e sua sensibilidade para detectar possíveis casos de depressão. Apesar de reconhecer a necessidade de mais evidências de validade, constata-se que os estudos ora apresentados já fornecem os requisitos mínimos para o envio da escala para avaliação ao Conselho Federal de Psicologia (CFP) do manual, restando apenas, os estudos de normatização, foco das próximas pesquisas.

Por fim, espera-se que o trabalho desenvolvido nessa dissertação sirva para estimular o desenvolvimento de pesquisas voltadas para a saúde mental, e também para o desenvolvimento de instrumental para o clínico e profissional de saúde poder se embasar, no sentido de fornecer mais evidências para o processo de avaliação psicológica. Espera-se também que os resultados aqui encontrados suscitem novas pesquisas e também que possa incentivar o estudo de ferramentas que acessem diferentes aspectos contidos na multifatorialidade do TDM.

Referências

- Almeida, A. M., & Lotufo Neto, F. (2003). Revisão sobre o uso da terapia cognitivo-comportamental na prevenção de recorrências depressivas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(4), 239-244.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1982) [1979]. *Terapia Cognitiva da Depressão*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Del Porto, J. A. (2005). Conceito e diagnóstico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21, 6-21.
- Himle, D. P., Hnat, S., Thyer, B., & Papsdorf, J. (1985). Factor structure of the Rational Behavior Inventory. *Journal of Clinical Psychology*, 41(3), 368-371.
- Macavei, B., & McMachon, J. (2010). The Assessment of Rational and Irrational Beliefs. (pp. 115-136). Em: D. David, S. J. Lynn & A. Ellis. *Rational and Irrational Beliefs*. New York: Oxford.
- Matta, A. da, Bizarro, L., & Reppold, C. T. (2009). Crenças irracionais, ajustamento psicológico e satisfação de vida em estudantes universitários. *Psico-USF*, 14(1), 71-81.
- Mcintosh, C. N., & Fisher, D. G. (2000). Beck's cognitive triad: One versus three factors. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 32(3), 153-157.
- Orsini, M. R., de C. A., Tavares, M., & Tróccoli, B. T. (2006). Adaptação brasileira da Escala de Atitudes Disfuncionais –DAS. *PsicoUSF*, 11(1), 25-33.
- Powell, V. B., Abreu, N., Oliveira, I. R., & Susak, D. (2008). Terapia cognitivo-comportamental da depressão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(2).
- Razzouk, D., Alvarez, C. E., & Mari, J. de J. (2009). O impacto econômico e o custo social da depressão. Em: A. L. T. de Lacerda, L. de C. Quarantini, A. M. A. Miranda-Scippa & J. A. Del Porto. *Neurobiologia da depressão: do neurônio ao funcionamento social* (pp. 27-38). Porto Alegre: Artmed.
- Shestatsky, S., & Fleck, M. (1999). Psicoterapia das depressões. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21(Depressão), s41-s47WHO, 2012.
- Terjesen, M. D., Salhany, J., & Scitutto, M. J. (2009). A Psychometric Review of Measures of Irrational Beliefs: Implications for Psychotherapy. *Journal of Rational Emotional Cognitive Behavior Therapy*, 27, 83-96.
- Yoshida, E. M. P., & Colugnatti, F. A. B. (2002). Questionário de Crenças Irracionais e Escala de Crenças Irracionais: Propriedades Psicométricas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(2), 437-445.

Anexos

Anexo 2.

Carta de Aprovação do Comitê de Ética



UNIVERSIDADE
SÃO FRANCISCO

Bragança Paulista, 01 de Dezembro de 2011

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Projeto de Pesquisa: Construção de um Instrumento de Pensamentos Depressiogenéticos.

Curso: Psicologia

Grupo: III

Autor (es): Prof. Makilim Nunes Baptista; Adriana Munhoz Carneiro

Instituição: Universidade São Francisco

Protocolo CAAE: 0348.0.142.203-11

Prezado (a) (s) Pesquisador (a) (s),

O Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, da Universidade São Francisco, analisou expressamente dia **01/12/2011** as pendências do projeto de pesquisa supracitado, sob a responsabilidade de Vossa Senhoria.

Este Comitê, acatando o parecer do relator indicado, apresenta-lhe o seguinte resultado:

Parecer: APROVADO

Atenciosamente,

Marcelo Lima Ribeiro

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa - USF
Universidade São Francisco

Qualquer alteração no protocolo de pesquisa, deve ser comunicado e enviado ao CEP-USF.

Ao término do desenvolvimento do estudo o (a) pesquisador (a) responsável deverá enviar ao CEP-USF o relatório consolidado de conclusão do mesmo.

CÂMPUS DE BRAGANÇA PAULISTA	Av. São Francisco de Assis, 218 - CEP 12916-900 Fone (11) 4034-8000 - FAX (11) 4034-1825
CÂMPUS DE CAMPINAS	Rua Waldemar César da Silveira, 105 - Cura D'Arns CEP 13045-270 (19) 3779-3300
CÂMPUS DE ITATIBA	Rua Alexandre Rodrigues Barbosa, 45 - CEP 13251-900 Fone (11) 4534-8000 - FAX (11) 4524-1933
CÂMPUS DO PARI - SÃO PAULO	Rua Hannemann, 352 - Pari - CEP 03031-040 Fone (11) 3315-2000 - FAX (11) 3315-2036

Tabela 3.

Itens da EPD que foram modificados ou excluídos

Item	Formatação anterior	Formatação final	Observação
1	Quando tenho um problema, acredito que poderei resolvê-lo	----	Optou-se a retirada por focar em comportamento
2	Eu sei que o que faço não vai dar resultado algum	----	Retirada devido à falta de compreensão do item (muito abrangente)
3	Acredito que conseguirei cumprir meus objetivos de vida	----	Retirada devido à falta de compreensão do item (muito abrangente)
4	Não consigo mudar o que sou	Vale a pena tentar mudar	Mudança de item para facilitar compreensão
5	Considero-me feliz	----	Retirada por falta de compreensão (item abrangente) e por opção dos autores (não avalia em si pensamentos)
6	Sou um fracasso em todas as relações que tenho	Sou um fracasso	Mudança de item para facilitar compreensão
7	Percebo que estou aquém do que deveria estar	Percebo que estou abaixo do que deveria estar	Mudança de item devido à compreensão
8	Minhas atividades diárias são divertidas e gratificantes	----	Retirado por avaliar comportamento
9	O mundo é um lugar hostil	O mundo é um lugar ruim	Mudado devido à compreensão dos itens
10	Muitas coisas ruins podem acontecer comigo	Meus dias têm sido ruins que penso em desistir de tudo	Mudado devido à compreensão dos itens
11	Não sou bom o bastante	----	Retirado devido à abrangência do item
12	Sou uma pessoa sortuda	Tudo o que consegui na vida	Mudado devido à compreensão dos

		foi por sorte	itens
13	A vida é empolgante	A vida é boa	Mudado devido à compreensão dos itens
14	Sou fraco	----	Retirado por avaliar vulnerabilidade
15	Queria estar em outro lugar	Eu quero desaparecer	Mudado devido à compreensão dos itens
16	Eu me odeio	---	Retirado por não corresponder à crença de incapacidade
17	Estou feliz com minha aparência	----	Retirado por corresponder à crença de incapacidade
18	Evito as pessoas	----	Retirado por avaliar vulnerabilidade
19	Deve estar acontecendo algo ruim comigo	Independente do que faço tudo dá errado	Mudado devido à compreensão dos itens
20	Penso em desistir	----	Retirado por ser muito amplo
21	Sou uma pessoa interessante	----	Retirado por não se adequar ao propósito do teste
22	Eu vou ter sucesso	Me sinto lutando contra varias pessoas que querem meu mal	Mudado devido à compreensão dos itens
23	Minha vida não caminha no rumo que desejo	Minha vida está confusa e é difícil encontrar um rumo	Mudado devido à compreensão dos itens
24	Estou decepcionado comigo mesmo	Serei deixado de lado se continuar errando do jeito que erro	Mudado devido à compreensão do item
25	Não valho nada	----	Retirado por existir outros itens que já avaliam a baixa autoestima
26	Venho desperdiçando varias oportunidades	----	Retirado por não corresponder ao propósito do teste
	Decepciono-me comigo mesmo	----	Retirado devido a itens similares
28	As coisas parecem irremediáveis	----	Retirado pela falta de compreensão e decisão dos autores
29	Consigo resolver os problemas	Sinto me capaz de resolver meus problemas	Mudado devido à compreensão dos itens

30	Devo estar cometendo muitas falhas	-----	Retirado devido ao maior foco no comportamento
31	Estou feliz em ter nascido	Estou feliz em estar vivo	Mudado devido à compreensão dos itens
32	Meus sofrimentos parecem intransponíveis	Meu sofrimento parece interminável	Mudado devido à compreensão dos itens
33	Os problemas estão ficando cada vez piores	Me sinto sem forças para enfrentar meus problemas	Mudado devido à compreensão dos itens
34	Sou melhor que os outros	As pessoas imaginam que sou melhor do que sou	Modificado para captar a crença de incapacidade
