

MARIA ANDRÉIA BEZERRA MARQUES



**SINTOMAS DA DEPRESSÃO APÓS LESÃO ENCEFÁLICA:
EVIDÊNCIAS DE VALIDADE PARA EBADEP-HOSP-AMB**

ITATIBA
2016

MARIA ANDRÉIA BEZERRA MARQUES

**SINTOMAS DA DEPRESSÃO APÓS LESÃO ENCEFÁLICA:
EVIDÊNCIAS DE VALIDADE PARA EBADEP-HOSP-AMB**

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

Orientador: Professor Doutor Cláudio Garcia Capitão

ITATIBA
2016

WM 190 Marques, Maria Andréia Bezerra.

M319s Sintomas da depressão após lesão encefálica:
evidências de validade para EBADEP-HOSP-AMB / Maria
Andréia Bezerra Marques. – Itatiba, 2016.
112 p.

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

Orientação de: Cláudio Garcia Capitão.

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

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

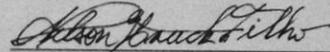


UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
EM PSICOLOGIA

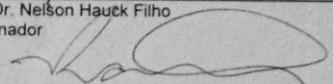
Maria Andréia Bezerra Marques defendeu a tese "SINTOMAS DA DEPRESSÃO APÓS LESÃO ENCEFÁLICA" aprovada pelo Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da Universidade São Francisco em 23 de fevereiro de 2016 pela Banca Examinadora constituída por:



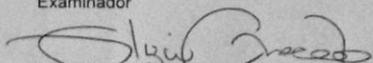
Prof. Dr. Claudio Garcia Capitão
Presidente



Prof. Dr. Nelson Hauck Filho
Examinador



Prof. Dr. Rodolfo Augusto Matteo Ambiel
Examinador



Prof. Dr. Elizeu Coutinho de Macedo
Examinador



Prof. Dr. Daniel Bartholomeu
Examinador

Epígrafe

[...] sintomas da depressão?

Aos meus filhos Bruna e Caio.

Agradecimentos

A *Deus* e à *Nossa Senhora*, por minha existência, por minha fé e pelas condições favorecedoras ao meu desenvolvimento. Graças e louvores, agora e sempre!

Ao meu pai, *João Bezerra da Silva (In memoriam)*, e à minha mãe *Maria do Socorro Marques da Silva*, pela vida, pelo exemplo em valorizar a educação, por favorecerem meu acesso ao ensino de qualidade e serem incentivadores da minha aprendizagem. Sou grata!

Aos meus filhos, *Bruna Bezerra Marques* e *Caio Bezerra Marques*, por viverem minha dedicação, amor, responsabilidade e respeito à individualidade de cada um. Por estarem sempre ao meu lado e permitirem que eu viva a alegria de ser mãe. São motivos para minha busca constante por mais desenvolvimento. São energia para minha atenção e sensibilidade à vida, aos outros e ao compromisso de viver com satisfação pessoal e ética profissional. Foram fontes de motivação para minha formação em Psicologia, inserção no magistério superior e realização das pós-graduações. Estiveram compreensivos durante meus afastamentos de Teresina-PI em viagens à Itatiba-SP e mostraram-se solícitos diante de minhas necessidades. Amo e agradeço amar vocês!

Ao meu marido, companheiro e incentivador, *José Cândido da Nóbrega Júnior*, que é presente e apoiou minhas intenções, mobilizações, ações e satisfações nesse percurso à concretização do doutorado. Compreensivo com meu afastamento para estudar e com minhas viagens para cumprir com as atividades acadêmicas e para participar de congressos. Sempre mostrando alegria com cada passo que dou e, animado, aplaudindo-me. Muito obrigada, meu amor!

À *Lana Veras de Carvalho*, que desde a formação de Psicologia é amiga, acreditando em minhas possibilidades, incentivando e apoiando meu crescimento. Valeu, amiga!

À Universidade Estadual do Piauí, por apoiar meu afastamento das atividades docentes durante o doutorado no Programa de Pós-Graduação *Stricto sensu* em Psicologia da Universidade São Francisco, no *Campus* de Itatiba-SP.

Aos superintendentes, diretor técnico, supervisores, terapeutas e colaboradores do Centro Integrado de Reabilitação – CEIR, que compreenderam minha dinâmica de profissional pesquisadora e que facilitaram o procedimento de coleta dos dados da pesquisa. Meus sinceros agradecimentos!

Aos profissionais de Psicologia e graduandos em Supervisão de Psicologia Clínica, que contribuíram com a coleta dos dados da pesquisa. Obrigada pela colaboração!

Aos pacientes que participaram com informações e respostas sobre suas vidas, fornecendo os dados para as evidências encontradas e a elaboração da tese. Com a certeza de que ajudando se é ajudado, agradeço a cada um de vocês!

Aos colaboradores da Universidade São Francisco, do *Campus* Itatiba-SP, em especial ao Núcleo de Pós-Graduação *Stricto sensu*. Muito obrigada!

Aos alunos que cursaram comigo disciplinas no Programa de Pós-Graduação *Stricto sensu* em Psicologia da Universidade São Francisco, pela partilha de momentos e conhecimentos, e, especialmente, pela colaboração e pelo apoio.

Aos professores das disciplinas cursadas no Programa de Pós-Graduação *Stricto sensu* em Psicologia, da Universidade São Francisco, *Dr.^a Acácia Aparecida Angeli dos Santos*, *Dr.^a Ana Paula Porto Noronha*, *Dr.^a Claudette Maria Medeiros Vendramini*, *Dr. Cláudio Garcia Capitão*, *Dr. Lucas de Francisco Carvalho*, *Dr. Makilim Nunes Baptista*, *Dr.^a Maria Cristina Rodrigues Azevedo Joly* e *Dr. Ricardo Primi*, pelos conhecimentos construídos e partilhados e pela cooperação. Minha gratidão!

Aos professores que participaram da Banca de Exame de Qualificação no Programa de Pós-Graduação *Stricto sensu* em Psicologia da Universidade São Francisco,

Dr. Cláudio Garcia Capitão (Orientador), *Dr. Makilim Nunes Baptista* (Examinador), *Dr. Cristian Zanon* (Examinador), *Dr. Elizeu Coutinho de Macedo* (Examinador), *Dr. Daniel Bartholomeu* (Examinador) e *Dr. Sebastián Urquijo* (Parecerista). Meus reconhecimentos às expressivas contribuições!

Ao professor e orientador do Programa de Pós-Graduação *Stricto sensu* em Psicologia da Universidade São Francisco, *Dr. Cláudio Garcia Capitão*, pela atenção, pela compreensão e pelo profissionalismo. Seus conhecimentos e orientações foram pilares e me guiaram na construção da tese. Sempre serei grata!

Marques, M. A. B. (2016). *Sintomas da depressão após lesão encefálica: evidências de validade para EBADEP-HOSP-AMB*. (Tese de Doutorado). Programa de Pós-Graduação Stricto sensu em Psicologia, Universidade São Francisco, Itatiba.

Resumo. A pesquisa teve o objetivo geral de realizar estudos de validade para Escala Baptista de Depressão (Versão Hospital/Ambulatório) – EBADEP-HOSP-AMB com amostra clínica de pacientes após lesão encefálica. Os objetivos específicos foram buscar evidência de validade para EBADEP-HOSP-AMB baseada nas relações com o Inventário de Depressão Beck – BDI, comparar os escores da EBADEP-HOSP-AMB por nível de escolaridade de pacientes após lesão encefálica, verificar se há diferença no escore da EBADEP-HOSP-AMB conforme variáveis hemisfério afetado, etiologia e tempo da lesão encefálica, e buscar evidência de validade para EBADEP-HOSP-AMB com base na estrutura interna. A amostra foi de 75 pacientes adultos com lesão encefálica atendidos em um centro de reabilitação em Teresina-PI, com média de idade de 44,0 anos ($DP=11,4$). O resultado encontrado dá suporte para uma evidência de validade para a EBADEP-HOSP-AMB, com correlação positiva entre essa escala e o BDI. A análise demonstrou não haverem diferenças significativas dos escores da EBADEP-HOSP-AMB entre os níveis de escolaridade dos pacientes. Na comparação dos escores por hemisfério afetado e por etiologia da lesão encefálica, os resultados revelaram não haverem diferenças significativas. Na comparação por tempo de lesão, identificou-se que os pacientes que tinham de 3 a 11 meses tenderam a ter maiores escores em comparação aos pacientes com mais tempo de lesão. A estrutura interna da EBADEP-HOSP-AMB mostrou uma boa adequação dos itens e das pessoas ao modelo Rasch. Por meio da teoria de resposta ao item (TRI) foram evidenciados os itens mais difíceis de serem endossados nessa escala, que foram os que envolvem sentimentos negativos relacionados a si próprio e ideias suicidas. A EBADEP-HOSP-AMB mostrou-se válida para identificar sintomas da depressão em pacientes adultos com lesão encefálica, entretanto outras investigações são imprescindíveis na busca de mais evidências de validade.

Palavras-chave: avaliação psicológica; testes psicológicos; transtorno de humor; acidente vascular cerebral; traumatismo cranioencefálico

Marques, M. A. B. (2016). *Symptoms of depression after brain injury: evidence of validity for EBADEP-HOSP-AMB*. (Doctoral Thesis). Psychology Stricto sensu Postgraduate Program, Universidade São Francisco, Itatiba.

Abstract. This research had the overall purpose of carrying out validity studies for the Baptist Depression Rating Scale (Hospital / Ambulatory Version) – EBADEP-HOSP-AMB with clinical sample of patients after brain injury. Specific objectives included: to seek evidence of validity for EBADEP-HOSP-AMB based on links with the Beck Depression Inventory – BDI; to compare the scores of EBADEP-HOSP-AMB by education level of patients after brain injury; check for differences in the score of EBADEP-HOSP-AMB according to affected hemisphere variables, etiology and time of brain injury; and to seek evidence of validity for EBADEP-HOSP-AMB based on the internal structure. The sample consisted of 75 adult patients with brain injury treated at a rehabilitation center in Teresina-PI, with a mean age of 44.0 years (DP = 11.4). The results found support evidence of validity for EBADEP-HOSP-AMB, with a positive correlation between this scale and the BDI. The analysis showed there were no significant differences for EBADEP-HOSP-AMB scores among the education levels of patients. In comparing the scores for affected hemisphere and etiology of brain injury, the results showed no significant differences. In comparing the time of injury, it was observed that patients who had 3-11 months tended to have higher scores in comparison to patients with longer time lesions. The internal structure of EBADEP-HOSP-AMB showed a good adaptation of the items and individuals to the Rasch model. Through the item response theory (IRT) the most difficult items to be endorsed on this scale were evident, which were those involving negative feelings about oneself and suicidal thoughts. The EBADEP-HOSP-AMB proved to be valid for identifying symptoms of depression in adult patients with brain injury; nevertheless, further investigations are essential in the search for more evidence of validity.

Key Words: psychological evaluation; psychological tests; mood disorders; stroke; traumatic brain injury

Marques, M. A. B. (2016). *Síntomas de la depresión tras lesión encefálica: evidencias de validez para EBADEP-HOSP-AMB*. (Tese de Doctorado). Programa de Pós-graduação Stricto sensu em Psicologia, Universidade São Francisco, Itatiba.

Resumen. La investigación tuvo el objetivo general de realizar estudios de validez para Escala Baptista de Depresión (Versión Hospital/Ambulatorio) – EBADEP-HOSP-AMB con muestra clínica de pacientes tras lesión encefálica. Los objetivos específicos fueron buscar evidencia de validez para EBADEP-HOSP-AMB basada en las relaciones con el Inventario de Depresión Beck – BDI, comparar los valores de puntuación de la EBADEP-HOSP-AMB por nivel de escolaridad de pacientes tras lesión encefálica, verificar si hay diferencia en el valor de puntuación de la EBADEP-HOSP-AMB de acuerdo con variables hemisferio afectado, etiología y tiempo de la lesión encefálica, y buscar evidencia de validez para EBADEP-HOSP-AMB con base en la estructura interna. La muestra fue de 75 pacientes adultos con lesión encefálica atendidos en un centro de rehabilitación en Teresina-PI, con media de edad de 44,0 años (DP=11,4). El resultado encontrado da soporte para una evidencia de validez para la EBADEP-HOSP-AMB, con correlación positiva entre esa escala y el BDI. El análisis demostró no haber diferencias significativas de los valores de puntuación de la EBADEP-HOSP-AMB entre los niveles de escolaridad de los pacientes. En la comparación de los valores de puntuación por hemisferio afectado y por etiología de la lesión encefálica, los resultados revelaron no haber diferencias significativas. En la comparación por tiempo de lesión, se identificó que los pacientes que tenían de 3 a 11 meses tendieron a tener mayores valores de puntuación en comparación a los pacientes con más tiempo de lesión. La estructura interna de la EBADEP-HOSP-AMB mostró una buena adecuación de los ítems y de las personas al modelo Rasch. Por medio de la teoría de respuesta al ítem (TRI) fueron evidenciados los ítems más difíciles de ser endosados en esa escala, que fueron los que envuelven sentimientos negativos relacionados a si propio e ideas suicidas. La EBADEP-HOSP-AMB se mostró válida para identificar síntomas de la depresión en pacientes adultos con lesión encefálica, sin embargo otras investigaciones son imprescindibles en la búsqueda de más evidencias de validez.

Palabras clave: evaluación psicológica; testes psicológicos; trastorno de humor; accidente vascular cerebral; traumatismo craneoencefálico

Sumário

LISTA DE FIGURAS.....	xv
LISTA DE TABELAS.....	xvi
LISTA DE ANEXOS.....	xvii
APRESENTAÇÃO	1
INTRODUÇÃO.....	3
Capítulo 1 – Depressão e Lesão Encefálica	7
1.1 Definição da Depressão	7
1.2 Prevalência da Depressão	10
1.3 Sintomas Depressivos.....	12
1.4 Sintomas da Depressão após Lesão Encefálica.....	18
1.4.1 Depressão após Acidente Vascular Cerebral.....	22
1.4.2 Depressão após Traumatismo Cranioencefálico.....	31
Capítulo 2 – Avaliação da Depressão e Saúde.....	37
2.1 Avaliação Psicológica na Área da Saúde: um breve histórico	37
2.2 Escalas de Avaliação da Depressão no Contexto da Saúde	39
2.3 Estudos de Validade para EBADEP-A e EBADEP-HOSP-AMB	47
OBJETIVOS	54
Geral.....	54
Específicos	54
HIPÓTESES	54
MÉTODO.....	56
Situação do Estudo.....	56
Participantes.....	57
Instrumentos.....	59
Procedimento de Coleta de Dados e Questões Éticas.....	62

Análise dos Dados.....	63
RESULTADOS	65
DISCUSSÃO	73
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	90
REFERÊNCIAS	93
ANEXO 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido -TCLE	108
ANEXO 2 - Questionário de Informações Pessoais e Clínicas.....	110
ANEXO 3 - Roteiro para Busca de Dados em Prontuários	112

Lista de Figuras

- Figura 1 Correlação de Spearman entre os escores da EBADEP-HOSP-AMB e do BDI. 65
- Figura 2 Itens da EBADEP-HOSP-AMB conforme análise *Rash half point thresholds*.... 71

Lista de Tabelas

Tabela 1	<i>Distribuição do perfil sociodemográfico</i>	59
Tabela 2	<i>Análise de variância ANOVA para os níveis de escolaridade</i>	66
Tabela 3	<i>Prova MANOVA para hemisfério afetado, etiologia e tempo da lesão encefálica</i>	67
Tabela 4	<i>Análise de variância ANOVA por tempo de lesão.....</i>	67
Tabela 5	<i>Análise por tempo de lesão.....</i>	68
Tabela 6	<i>Parâmetros de ajuste do Modelo de Rasch dos itens.....</i>	68
Tabela 7	<i>Parâmetros de ajuste do Modelo de Rasch das pessoas.....</i>	69

Lista de Anexos

Anexo 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE	108
Anexo 2 – Questionário de Informações Pessoais e Clínicas	110
Anexo 3 – Roteiro para Busca de Dados em Prontuários	112

Apresentação

Esta tese é resultado de um largo percurso de estudo em busca de contribuir com a área da avaliação psicológica no contexto da saúde, mais especificamente com os estudos sobre teste psicológico na identificação de sintomas da depressão em pacientes após lesão encefálica.

Avaliação psicológica é tema de interesse da pesquisadora ao longo da sua trajetória acadêmica e profissional na Psicologia. A mobilização para esta pesquisa surgiu durante sua prática no contexto da saúde no atendimento a pacientes neurológicos, em que a avaliação psicológica é essencial, objetivando, principalmente, conhecer dificuldades e possibilidades a serem focalizadas como objetivos terapêuticos. Na avaliação de muitos desses pacientes, são identificados comportamentos e queixas relacionados aos sintomas da depressão, e esses influenciam de forma negativa na vida, nas relações e na reabilitação após uma lesão encefálica. Também são fatores influentes na compreensão diagnóstica e nas propostas terapêuticas.

Nos últimos anos, houve ampliação dos conhecimentos sobre instrumentos psicológicos para avaliar sintomas da depressão, contribuindo para a construção da Escala Baptista de Depressão (Versão Hospital/Ambulatório) – EBADEP-HOSP-AMB, pelo Laboratório de Avaliação Psicológica em Saúde Mental da Universidade São Francisco – USF. Com seu ingresso no Programa de Pós-Graduação *Stricto sensu* em Psicologia da USF, em 2012, surgiu, para esta pesquisadora, a oportunidade de desenvolver estudos sobre avaliação psicológica e concentrar-se nos instrumentos para verificação dos sintomas depressivos, o que resultou nesta pesquisa, que teve por objetivo realizar estudos de validade para EBADEP-HOSP-AMB com amostra clínica de pacientes após lesão encefálica.

No presente trabalho, são discutidos: no Capítulo 1, os temas depressão e lesão encefálica, realçando os sintomas da depressão e sua presença em pacientes de clínica

médica, especialmente após lesão neurológica; no Capítulo 2, a discussão teórica é sobre a avaliação psicológica na saúde, abordando o uso e os estudos de validade de instrumentos de avaliação da depressão nessa área; em seguida, estão descritos os objetivos, as hipóteses, o método e os resultados da aplicação de instrumentos de avaliação de sintomas da depressão em amostra de pacientes após lesão encefálica. A tese foi construída e discutida a partir das análises dos resultados encontrados articulados com o referencial teórico pesquisado.

Introdução

Depressão e lesão encefálica são experiências partilhadas por muitos pacientes e, em geral, geradoras de dificuldades, especialmente para a qualidade de vida dos que as vivenciam, também para a efetivação da compreensão diagnóstica e, conseqüentemente, de propostas de tratamento e de reabilitação (Silver, Hales & Yudofsky, 2006). Segundo Lucia, Fráguas Junior e Campanholo (2012), a comorbidade entre depressão e doença crônica neurológica está associada com pior evolução médica da doença clínica de base, e o aumento de mortalidade em doentes crônicos relaciona-se, principalmente, à presença de sintomas depressivos. Porém, é comum os sintomas depressivos serem obscurecidos em meio às inúmeras conseqüências da situação de uma lesão encefálica e, nessa situação, aumentam os riscos das implicações adversas a uma boa reabilitação do paciente (Mayberg, Keightley, Mahurin & Brannan, 2006).

Sintomas da depressão tanto podem existir anteriores à lesão encefálica de determinado paciente, quanto podem ser uma complicação dessa lesão ou de seu tratamento, então, a depressão pode apresentar-se em comorbidade com a condição neurológica. Com a alta prevalência da depressão na população geral, é grande a possibilidade de um paciente acometido por lesão encefálica já possuir previamente sintomas depressivos. De outra forma, devido uma lesão encefálica poder se configurar em um evento vital traumático, pode influenciar o humor, podendo chegar à manifestação da sintomatologia da depressão. Alterações neurofuncionais ocasionadas pela lesão no encéfalo ou pelo uso de medicações, também podem implicar em sintomas que são reconhecidos como manifestações da depressão. Diante de todas essas possibilidades, é notória a importância da avaliação de sintomas da depressão após lesão encefálica.

Depressão é mais frequente de ser identificada na idade adulta. Uma explicação para isso seria que indivíduos com antecedentes familiares de depressão estariam mais vulneráveis, nessa faixa etária, a sofrer um agravamento de sintomas depressivos

residuais ou mesmo a desenvolver um novo episódio, devido aos muitos estressores possíveis, como adoecimento, hospitalização, dor, perdas, medo da morte, entre outros (Furlanetto & Brasil, 2006). A relação entre idade adulta e depressão é tratada também por Mayberg et al. (2006), que apresentaram dados sugerindo que o transtorno depressivo maior geralmente começa após os 20 anos de idade e antes dos 50. O número de adultos com lesão encefálica cresce continuamente e é grande a frequência de limitações e de incapacidades consequentes. São pacientes que, devido a diversas etiologias, após lesão encefálica, vivem mudanças com impacto pessoal, familiar e social, especialmente em suas relações, nas atividades diárias da vida. A presença de sintomas depressivos nesses pacientes é fator que pode levar a maior morbimortalidade, além de prejudicar a qualidade de vida e a adesão ao tratamento. A literatura científica afirma que é frequente a depressão em pacientes adultos com lesão encefálica (Price, Goetz & Lovell, 2006; Robinson & Starkstein, 2006; Silver et al., 2006) e existem claras associações da depressão com lesão causada por Acidente Vascular Cerebral – AVC ou por Traumatismo Cranioencefálico – TCE, por exemplo (APA, 2014).

Diante da grande frequência, dos seus efeitos deletérios e da comorbidade com outras condições clínicas, como lesão encefálica, compreende-se a relevância da identificação dos sintomas e do diagnóstico da depressão. Todavia, na prática clínica, a depressão continua sendo subdiagnosticada (Baptista, Sisto, Noronha & Argimon et al., 2010; Ojeda, 2005; Okasha, 2005; Stefanis & Stefanis, 2005), situação que também ocorre ao se tratar da depressão em pacientes com quadro neurológico (Lucia et al., 2012; Ribeiro, Cerqueira Filho, Losapio & Sena, 2009), como, por exemplo, após um AVC (Souza, Torquato & Soares, 2010). A complexidade do funcionamento mental, associada às mudanças nas atividades da vida diária e laborais comuns em adultos após lesão encefálica, justifica a importância de avaliar se há a presença de sintomas depressivos nesses pacientes. Essa avaliação detém papel significativo no diagnóstico funcional e no planejamento de intervenções reabilitadoras. Porém, existem dificuldades nessa

avaliação, especialmente, porque os sintomas depressivos podem estar sobrepujados pelos sintomas da patologia clínica (Lucia et al., 2012).

Vários autores – Delfini, Roque e Peres (2009), Dessotte et al. (2015), Furlanetto e Brasil (2006), Julião e Barbosa (2011), Rodrigues, Schewinsky e Alves (2011), e Telles-Correia e Barbosa (2009), dentre outros –, têm apontado a dificuldade de identificar sintomas da depressão em pacientes com doenças clínicas. Ressalta-se, pois, a importância dos estudos psicométricos de instrumentos utilizados para a avaliação dos sintomas da depressão com pacientes com doenças físicas, para fornecer maior confiança aos resultados dessa avaliação, uma visão mais global do paciente e possibilitar aos profissionais uma atuação eficaz. Realça-se que, na utilização de instrumentos para avaliação da depressão no contexto da saúde, devem-se considerar suas propriedades psicométricas, além de ponderar as especificidades dos pacientes e suas demandas.

A proliferação dos instrumentos de avaliação acompanhou-se de preocupações metodológicas quanto à construção e a utilização deles. A produção científica sobre a qualidade dos instrumentos de avaliação psicológica é ampla no Brasil. Resultados de pesquisa realizada por Joly e Berberiam (2010) apontam que, de 133 estudos analisados sobre avaliação psicológica, entre teses e dissertações disponíveis na Base de Dados da Biblioteca Virtual em Psicologia Brasil, até setembro de 2007, a maioria (60,3%) tinha como objetivo buscar parâmetros psicométricos para instrumentos psicológicos. Os construtos mais estudados foram: personalidade (15,8%), inteligência (12,8%), habilidades específicas (8,3%), não especificados (7,5%), e funções neuropsicológicas (6,8%). Considerando que teses e dissertações são elementos que mostram a situação da produção científica de determinada área, esses dados revelam preocupação existente com os estudos e com a qualidade dos testes psicológicos. Por outro lado, mostram que o construto depressão não tem sido priorizado em estudos brasileiros que buscam parâmetros psicométricos desses instrumentos.

Para a mensuração dos sintomas da depressão, comumente são utilizadas as escalas de avaliação, tanto em estudos, como na prática clínica. Em se tratando dos instrumentos utilizados com pacientes no contexto da saúde, muitos estudos têm apontado a utilização de escalas de avaliação da depressão objetivando o diagnóstico e o acompanhamento do tratamento. Contudo, alguns desses instrumentos em uso por profissionais brasileiros não estão adaptados às peculiaridades culturais da população ou não apresentam evidências de validade para as situações clínicas específicas em que estão sendo utilizados. Nessa direção, observa-se a carência de instrumentos com evidências de validade para a avaliação de sintomas da depressão em pacientes com lesão encefálica em nosso país. Vale ressaltar que, na avaliação psicológica nessas situações, os instrumentos psicológicos devem ser apropriados, pois pode ser difícil discernir se alguns sintomas se referem à depressão ou à patologia neurológica.

Está em processo de validação em nosso país a Escala Baptista de Depressão (Versão Hospital/Ambulatório) – EBADEP-HOSP-AMB, direcionada ao rastreamento da sintomatologia depressiva em amostras ambulatoriais e hospitalares. Estudos psicométricos dessa escala já têm sido realizados, porém não foi encontrada na literatura investigada pesquisa com seu uso na avaliação de sintomas da depressão em pacientes após lesão encefálica. Nessa direção, a presente pesquisa insere-se na área da avaliação psicológica e objetivou realizar estudos de validade para EBADEP-HOSP-AMB com essa amostra. Após a exposição da literatura científica revisada, contemplada nos capítulos a seguir, são descritos os objetivos, as hipóteses, o método e os resultados encontrados no presente estudo, para, então, ser apresentada a discussão da tese.

Capítulo 1 – Depressão e Lesão Encefálica

1.1 Definição da Depressão

A depressão é apontada como uma síndrome clínica há mais de dois mil anos, porém, a busca por uma explicação plenamente satisfatória de suas características continua. Existe também uma dificuldade semântica de se conceituar a depressão, já que o termo é aplicado para designar um determinado sentimento ou sintoma; para especificar um complexo de sintomas; ou para designar uma entidade nosológica definida (Beck & Alford, 2011).

Stefanis e Stefanis (2005) alertam para a possibilidade e para o risco de confundir o transtorno psicopatológico depressão com respostas emocionais normais diante de eventos indesejados e estressantes. Destacam que, clinicamente, o transtorno depressão se apresenta com as seguintes características: nem sempre está associado a um evento adverso real e, havendo relatos de perdas, essas são exageradas, antecipadas ou imaginadas; é extremamente doloroso, persistente e difuso, resistindo às tentativas de mudança realizadas por encorajamento ou argumentação; está comumente associado à desvalia, baixa autoestima e autodepreciação persistente; é frequente a piora com o tempo e o impacto nas relações interpessoais e nas atividades diárias; está associado a sentimento de culpa e a desejos de morte; envolve, se for grave o bastante, sintomas somático-vegetativos e ideias delirantes; e está associado com maior frequência a distúrbios de ritmo e de desregulação hormonal.

A entidade nosológica depressão é apresentada no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), da Associação Psiquiátrica Americana (APA), no capítulo de transtornos depressivos, que inclui transtorno disruptivo da desregulação do humor, transtorno depressivo maior, transtorno depressivo persistente, transtorno disfórico pré-menstrual, transtorno depressivo induzido por substância ou medicamento, transtorno depressivo devido à outra condição médica, outro transtorno depressivo

especificado e transtorno depressivo não especificado. É referido como sendo comum nesses transtornos o humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo. A duração, o momento ou a etiologia presumida são os aspectos que diferem esses transtornos (APA, 2014). Destaca-se que a condição clássica desse grupo de transtornos é o transtorno depressivo maior, caracterizado por episódios distintos de pelo menos duas semanas de duração, envolvendo alterações no afeto, na cognição e nas funções neurovegetativas.

Segundo o DSM-5 da APA (2014), além de mudança em relação à funcionalidade e do humor deprimido ou da perda de interesse ou de prazer, os critérios diagnósticos do transtorno depressivo maior incluem a presença de cinco ou mais dos seguintes sintomas, durante o mesmo período de duas semanas, quase todos os dias: humor deprimido na maior parte do dia; acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia; insônia ou hipersonia; agitação ou retardo psicomotor; fadiga ou perda de energia; sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada; capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão; perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta; e pensamentos recorrentes de morte, ideação suicida recorrente sem um plano específico, uma tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio. Além da presença dos sintomas, também são critérios diagnósticos: sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo; o episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica; o episódio depressivo maior não é explicado por transtorno esquizoafetivo, esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme, transtorno delirante, outro transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico especificado, ou transtorno da esquizofrenia e outro transtorno psicótico não especificado; e nunca houve um episódio maníaco ou um episódio hipomaníaco.

Há uma diferenciação da tristeza e do luto normais em relação a um episódio depressivo maior. Com relação à tristeza, conforme refere Del Porto (2000), essa é vivenciada diante de perda, da derrota, do desapontamento e de outras adversidades da vida, e é considerada uma reação humana normal e adaptativa. No luto, o afeto predominante inclui o sentimento de vazio e de perda e não costuma provocar um episódio depressivo maior, porém, na ocorrência em conjunto, os sintomas depressivos e o prejuízo funcional tendem a ser mais graves (APA, 2014).

Na definição da depressão, há controvérsias quanto à utilização dos termos depressão primária e secundária ou do conceito de comorbidade. A distinção entre depressão primária e secundária baseia-se na relação temporal da depressão com outra doença. Dessa forma, o conceito de depressão secundária depende do estabelecimento de uma sequência temporal das doenças, o que muitas vezes não é bem definida. Quanto ao conceito de comorbidade, esse tem sido utilizado em substituição à distinção entre depressão primária e secundária, referindo-se à presença de entidades patológicas distintas confinadas a um período de tempo bem definido. Todavia, em relação à utilização do conceito de comorbidade, é considerada a possibilidade de uma relação comórbida entre duas condições parecer uma apresentação polimórfica de uma única entidade nosológica. Não há concordância na literatura científica quanto à perspectiva primária e secundária ou comorbidade, ao definir a depressão (Stefanis & Stefanis, 2005). O DSM-5 da APA (2014) utiliza o conceito de comorbidade e aponta outros transtornos, aos quais o transtorno depressivo está relacionado, que são os transtornos relacionados a substâncias, transtorno de pânico, transtorno obsessivo-compulsivo, anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtorno da personalidade *borderline*.

Devido às muitas manifestações possíveis de alteração do humor em diversos transtornos depressivos, o transtorno depressivo maior deve ser claramente distinguido de outros transtornos, especialmente, dos episódios maníacos com humor irritável ou episódios mistos, do transtorno depressivo ou bipolar induzido por

substância/medicamento e do transtorno do humor devido à outra condição médica específica, como, por exemplo, do acidente vascular cerebral (APA, 2014).

1.2 Prevalência da Depressão

A depressão vem se caracterizando como um dos transtornos mentais mais comuns na população mundial. Estima-se que 350 milhões de pessoas no mundo estão afetadas pela depressão. Um inquérito de saúde realizado em 17 países mostrou que, em média, uma a cada 20 pessoas relatou ter tido um episódio de depressão no ano anterior. Também há a estimativa de que, em 2020, a depressão será a segunda principal causa de incapacidade no mundo, e que, em 2030, ocupará o primeiro lugar dentre as principais causas de doenças (WHO, 2012).

No que se refere aos transtornos mentais no Brasil, estudo de revisão sistemática de literatura, realizado por Santos e Siqueira (2010), apontou índices de prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira. Foram pesquisadas as bases de dados MEDLINE e Lilacs, no período de 1997 a 2009, utilizando os descritores “transtornos mentais”, “estudos de prevalência”, “Brasil” e seus correspondentes em inglês. Os resultados das análises de 25 artigos mostraram índices de prevalência geral dos transtornos mentais em adultos brasileiros variando entre 20% a 56%.

Em relação à prevalência dos transtornos mentais, em geral, e da depressão em usuários da saúde brasileira, em estudo multicêntrico, transversal, Gonçalves et al. (2014) avaliaram as taxas desses transtornos e suas associações com características sociodemográficas em unidades de saúde da família do Rio de Janeiro, de São Paulo, de Fortaleza (Ceará) e de Porto Alegre (Rio Grande do Sul). Utilizaram o *General Health Questionnaire* (GHQ-12) e o *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HAD). Participaram do estudo 1857 pacientes, 81,6% desses com idade de 18 a 55 anos, e os demais com idade igual ou superior a 56 anos. A taxa de transtornos mentais nos usuários do Rio de Janeiro (n=909), São Paulo (n=557), Fortaleza (n=171) e Porto Alegre (n=220) foram,

respectivamente, 51,9%, 53,3%, 64,3% e 57,7%. Problemas de saúde mental foram especialmente altos em mulheres, em desempregados, em pessoas com baixa escolaridade e com baixa renda. Quanto à depressão, nesses pacientes, foram encontradas as taxas de 25,0%, 25,3%, 31,0% e 21,4% em pacientes avaliados no Rio de Janeiro, em São Paulo, em Fortaleza e em Porto Alegre, respectivamente.

Em se tratando dos pacientes que receberam diagnóstico médico de depressão no Brasil, essa prevalência foi identificada como bem menor. Tavares et al. (2015) desenvolveram estudo com objetivo de descrever a prevalência do uso de medicamentos para o tratamento de doenças crônicas não transmissíveis pela população brasileira, segundo fatores demográficos. Os dados foram oriundos da Pesquisa Nacional de Saúde (2013) realizada pelo Ministério da Saúde, em parceria com a Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), e a amostra foi constituída por pessoas com idade igual ou superior a 18 anos que referiram ter diagnóstico médico de alguma das doenças crônicas não transmissíveis investigadas. Os resultados desse estudo apontaram que a prevalência de diagnóstico de depressão no Brasil é de 7,6% e que, aproximadamente, metade (52%) desses pacientes referiu usar medicamentos para seu tratamento.

Mais especificamente quanto à prevalência da depressão em adultos no Brasil, o estudo de Silva, Galvão, Martins e Pereira (2014) teve por objetivo estimar a prevalência de sintomas depressivos e do transtorno depressivo maior, avaliadas nos estudos transversais de base populacional de adultos brasileiros. Para isso, foi realizada uma revisão sistemática da literatura nos bancos de dados MEDLINE, Embase, Scopus, Lilacs e SciELO, bem como no portal de domínio público brasileiro, Portal Domínio Público, com os descritores “depressão”, “transtorno depressivo”, “prevalência” e “Brasil”, sem restrições quanto à língua ou à data de publicação, com a última pesquisa sendo executada em outubro de 2013. Dos 2.971 registros recuperados, foram selecionados 27

estudos que avaliaram 464.734 indivíduos. A prevalência de sintomas depressivos foi de 14%, e a prevalência de transtorno depressivo maior foi de 17%.

No que trata da prevalência de sintomas depressivos na população adulta brasileira, Rombaldi, Silva, Gazelli, Azevedo e Hallal (2010) realizaram estudo no Rio Grande do Sul com uma amostra representativa, composta por 972 indivíduos com idade entre 20 e 69 anos, de ambos os sexos, dos quais 57% eram do sexo feminino. Os resultados da aplicação de um questionário apontaram, em relação à sintomatologia depressiva: prevalência de tristeza (29,4%), falta de energia (37,4%), falta de disposição (40,4%), pensar no passado (33,8%), isolamento (54,3%), e ansiedade (57,6%). A partir da amostra, concluíram que ser do sexo feminino e ter entre 20 e 30 anos, além de uma condição econômica desprivilegiada, são fatores de risco para a depressão.

1.3 Sintomas Depressivos

Na comunicação científica e na prática clínica, é comum a confusão conceitual quanto aos termos depressão e sintomas depressivos. O termo depressão tem sido muitas vezes utilizado de forma errada como diagnóstico categórico, ainda que nenhum procedimento diagnóstico tenha sido realizado. Esse erro conceitual pode contribuir com a superestimação diagnóstica da depressão ou manifestar a desconsideração de que sintomas depressivos podem decorrer de outras patologias ou ser mais bem explicados por outras condições do indivíduo (Spanemberg, 2010).

A depressão é compreendida como multifatorial. Desde o século XX, estudos vêm sendo empreendidos com o objetivo de delinear os sintomas característicos da depressão. Contudo, não há consenso sobre quais conjuntos de sintomas são característicos da depressão ou de seus subgrupos e quais ocorrem em qualquer paciente com doenças médicas ou mesmo em indivíduos saudáveis.

Em se tratando da população geral, os principais sintomas depressivos, segundo Thompsom (conforme citado por Calil & Pires, 1998), são: humor (sintomas de tristeza,

perda de interesse e/ou prazer, crises de choro e variação diurna do humor); vegetativos ou somáticos (sintomas de alterações no sono, no apetite e no peso, perda de libido, obstipação e fadiga); motores (sintomas de inibição ou retardo, agitação e inquietação); sociais (sintomas de apatia, isolamento e incapacitação para o desempenho das tarefas cotidianas); cognitivos (sintomas de desesperança, desamparo, ideias de culpa e de suicídio, indecisão e perda de *insight* e do reconhecimento de que está doente); ansiedade (sintomas de ansiedade psíquica, somática e fóbica); irritabilidade (sintomas de hostilidade, auto e heterodirigida).

De outro modo, Atkinson et al. (conforme citados por Aros & Yoshida, 2009), dividem os sintomas da depressão em apenas quatro conjuntos: emocionais (tristeza e abatimento; desesperança, infelicidade, choro e perda do prazer com a vida; isolamento do convívio social; pensamento relacionado ao suicídio; e perda do interesse por passatempos, recreações e atividades familiares); cognitivos (pensamentos pessimistas e ideias de incapacidade; perda da memória e sentimento de culpa; e diminuição da capacidade de resolução de problemas); motivacionais (passividade e baixa energia; e diminuição da iniciativa para executar funções necessárias); e físicos (fadiga, alterações do apetite, do sono e da atividade física).

Beck e Alford (2011), ao descrever os sintomas da depressão, distinguem-nos em manifestações emocionais, cognitivas, motivacionais ou físicas e vegetativas. Refere-se também, na depressão, a manifestações de delírios (delírios de inutilidade, delírios do pecado imperdoável e de ser punido ou esperar punição, delírios niilistas, delírios somáticos e delírios de pobreza), e de alucinações. As principais manifestações depressivas e seus respectivos sintomas, segundo o autor, são: emocionais (humor deprimido; sentimentos negativos em relação a si próprio; redução da satisfação; perda dos vínculos emocionais; crises de choro; e perda da resposta ao humor); cognitivas (autoavaliação negativa; expectativas negativas; autorrecriminação e autocrítica; indecisão; e distorção da imagem corporal); motivacionais (paralisia da vontade; desejos

de evitação, escapismo e retraimento; desejos suicidas; e aumento da dependência); e vegetativas/físicas (perda de apetite; perturbação do sono; perda da libido; e fadiga).

Além dos sintomas da depressão referidos por Atkinson et al. (citados por Aros & Yoshida, 2009), Beck e Alford (2011) e Thompsom (citado por Calil & Pires, 1998), déficits neuropsicológicos são comumente identificados como sintomas em pacientes com depressão. Rozenhal, Laks e Engelhardt (2004), por exemplo, relacionam várias queixas neurocognitivas presentes na depressão e citam como mais comuns as alterações da atenção, da memória, de velocidade de processamento, de função executiva e de tomada de decisão. Acrescentam que nas fases assintomáticas da depressão, são observadas alterações na capacidade de sequenciação visuoespacial, memória imediata e atenção, quando os pacientes são comparados com indivíduos saudáveis. Os autores afirmam que existe uma relação entre comprometimento da capacidade de sustentar a atividade cognitiva e motora, de alternar o foco de atenção, de lentificação motora e cognitiva, com a gravidade do quadro, sendo esses comprometimentos cognitivos mais intensos em pacientes mais graves.

Sobre a relação entre alterações cognitivas e depressão, também Gudayol-Ferre et al. (2010) realizaram estudo na cidade de Morelia Michoacám, no México, com 174 participantes de ambos os sexos, idade média de 31,63 anos e diagnóstico de transtorno depressivo maior. Os objetivos do estudo foram estimar a prevalência de déficit neuropsicológico em pessoas com transtorno depressivo maior sem tratamento farmacológico, identificar a existência no transtorno depressivo maior de algumas funções cognitivas que se alteram com maior frequência, e identificar as possíveis relações entre as alterações neuropsicológicas próprias do transtorno depressivo maior e diversas variáveis clínicas e sociodemográficas. Os resultados do estudo apontaram a presença quase universal de déficits cognitivos em pacientes com transtorno depressivo maior e que a prevalência de déficit neuropsicológico nesse transtorno se situa próxima de 92%, de maneira que poucas pessoas com depressão estão livres de apresentar algum tipo de

alteração cognitiva. Os dados sugeriram alta frequência de alterações na memória visual, na velocidade de processamento da informação, na velocidade motora e das funções executivas. O estudo não mostrou relação evidente entre as variáveis sociodemográficas e clínicas e a presença de certo déficit cognitivo.

Mayberg et al. (2006) ressaltam que a idade, em geral, é um fator influente com relação a déficits cognitivos em pacientes com depressão, assim como ao risco de demência. Explicam que pacientes com depressão e com mais de 40 anos tendem a demonstrar mais déficits focais em testes que avaliam atenção, velocidade de processamento de informação e função executiva. Os com mais de 50 anos apresentam anormalidades mais difusas na memória e na função executiva. Especialmente em idosos, é observada a demência depressiva, também chamada de pseudodemência depressiva. Acrescentam que esses déficits são comumente de intensidade moderada, podendo tornar-se grave na situação em que o transtorno depressivo é prolongado, aumentando a incapacidade funcional cotidiana. Destacam o impacto de medicamentos nas funções cognitivas e citam como exemplos os antidepressivos tricíclicos tradicionais, como tendo efeitos negativos reconhecidos sobre velocidade psicomotora e memória, e os inibidores seletivos da recaptação de serotonina, como tendo efeitos, em geral, positivos sobre a eficiência cognitiva.

Citando como exemplo, no que se refere às relações entre função cognitiva e depressão, cita-se o estudo de Machado, Parcias, Santos e Silva (2009) com 16 pacientes do sexo feminino e idade média de 38,63 anos, com diagnóstico clínico de transtorno depressivo maior. O estudo foi realizado entre o 4º e o 10º dia de internação das pacientes em tratamento com medicação psiquiátrica em um hospital psiquiátrico da cidade de São José – SC. Em relação à avaliação da atenção, as pacientes obtiveram um baixo rendimento no Teste de Trilhas, tanto na parte A quanto na B, quando comparado com os valores normais de referência para a mesma faixa etária. Os autores alertaram quanto ao fato de todas as participantes do estudo estar utilizando medicação. Todavia,

citaram estudo com pessoas sem transtorno depressivo maior, divididas em um grupo usando medicação psiquiátrica e outro grupo recebendo placebo, em que os resultados não apontaram diferenças na avaliação da atenção entre as pessoas dos dois grupos.

Outro exemplo é o estudo de Medeiros e Sougey (2010), com objetivo de identificar a dimensão sintomatológica da depressão relacionada às distorções do pensamento, à sua frequência e às possíveis associações com variáveis sociodemográficas e clínicas. Avaliaram 75 voluntários entre 18 e 65 anos, residentes na cidade de João Pessoa – PB. As distorções do pensamento mais prevalentes foram desesperança (69,3%), hipocondria (62,7%), ideias de fracasso (61,3%), e desejo de morte (60,0%).

Dentre as situações clínicas em que existe a associação entre depressão e déficits cognitivos, destacam-se as síndromes demenciais. Alerta-se para a possibilidade de quatro apresentações distintas: pseudodemência depressiva (quadro em que a depressão se apresenta por meio de uma síndrome cognitiva grave); depressão na demência (em que a depressão parece ser reação a um processo degenerativo cerebral); demência com depressão (comorbidade entre as duas síndromes); e depressão com prejuízo cognitivo (o prejuízo cognitivo faz parte da sintomatologia da depressão, mas não é grave ao ponto de se apresentar como uma demência). Essas relações da depressão com a demência são complexas, geram divergências teóricas e confusão diagnóstica. A depressão também é identificada em distúrbios subcorticais, como na demência vascular (Caixeta & Reimer, 2012). A demência vascular descreve a ocorrência de declínio cognitivo secundário a doença cerebrovascular, como na doença isquêmica (Radanovic, 2012), pode ser em decorrência de uma progressão dos déficits cognitivos ocasionados pela depressão secundária e agravar ao longo da idade do sujeito (Rodrigues et al., 2011).

Devido à heterogeneidade das alterações neurobiológicas associadas, das manifestações clínicas e da duração dos sintomas, bem como pelo fato de haver pacientes com comorbidade na depressão, é possível identificar um grande número de

estudos que investigaram as funções cognitivas em pacientes com depressão, com amostras diferentes, metodologias diferentes e que, conseqüentemente, produziram uma diversidade de resultados no que se refere às alterações cognitivas. Contudo, a partir dos estudos apresentados, é possível ressaltar a possibilidade de ocorrência de sintomas neuropsicológicos em pacientes com depressão.

Em estudo objetivando analisar a idade do paciente com depressão e suas relações com funções cognitivas, realizado com 66 idosos com mais de 80 anos, sendo 24 homens e 42 mulheres, 7,5% apresentaram episódio depressivo maior e, quando comparados com sujeitos sem nenhuma síndrome depressiva, apresentaram o mesmo desempenho em testes objetivos de memória e cognição. Os resultados sugeriram que episódios depressivos são frequentes entre idosos com mais de 80 anos, causando impacto sobre a qualidade de vida, sem, entretanto, estar, necessariamente, relacionado ao comprometimento cognitivo (Xavier, Ferraz, Bertollucci, Poyares & Moriguchi, 2001).

De acordo com essas incursões teóricas de estudiosos da sintomatologia depressiva, é possível observar que não há um consenso em relação aos sintomas da depressão. Beck e Alford (2011), ao analisarem estudos realizados sobre depressão desde o século XX, e compará-los quanto às descrições da sintomatologia, ressaltam que é notável a existência de concordância sobre alguns sintomas característicos da depressão e discordância sobre outros. Alertam que algumas dessas divisões de sintomas da depressão, descrevendo-as separadamente, podem parecer arbitrárias, ser apenas diferentes facetas do mesmo fenômeno ou a necessidade de apresentação da sintomatologia de maneira mais ampla, o que torna inevitável a sobreposição de sintomas.

Em relação às diversas manifestações da sintomatologia da depressão, Beck e Alford (2011) alertam para a necessidade de maior compreensão quanto às diferenças em crianças e adolescentes, quando comparadas às expressões de sintomas em adultos e

em idosos, bem como quanto às diferenças culturais. Aros e Yoshida (2009) também ressaltam as diferenças sintomatológicas da depressão entre gêneros.

De todos os sintomas descritos como sendo de depressão, importância especial é dada ao sintoma humor depressivo, que é essencial e característico de um transtorno depressivo. O humor faz parte do psiquismo, influenciando a conduta e as reações das pessoas de acordo com as circunstâncias vividas. Assim, alterações do humor podem ser compreendidas como reações saudáveis e adaptativas às exigências do ambiente. No entanto, em algumas situações clínicas, essas reações tornam-se intensas, gerando sofrimento e comprometendo o cotidiano da pessoa e suas relações (Ferreira, Lessa & Teixeira, 2012).

1.4 Sintomas da Depressão após Lesão Encefálica

A avaliação dos sintomas da depressão é imprescindível ao diagnóstico e à mensuração da gravidade dos sintomas em pacientes de clínicas médicas. Além disso, têm-se confirmado a importância do reconhecimento da manifestação de cada sintoma ou de um conjunto de sintomas depressivos em associação às variáveis clínicas dos pacientes.

Em se tratando da avaliação da depressão no contexto médico-hospitalar, Okasha (2005) cita como um dos obstáculos ao reconhecimento e ao diagnóstico dos transtornos depressivos as suas apresentações estarem associadas a sintomas somáticos, já que podem mascarar esses transtornos. Chaturvedi (2005) concorda que a presença de sintomas somáticos complica o diagnóstico da depressão e explica que isso acontece em pacientes com doenças médicas, pois pode ser difícil discernir se os sintomas somáticos se devem à depressão ou à doença física subjacente. Acrescenta que, em relação aos instrumentos utilizados para a avaliação da depressão em pacientes com doenças médicas, as opções são limitadas.

Ojeda (2005) alerta que o treinamento para diagnosticar a depressão é necessário, mas acrescenta que há necessidade de instrumentos diagnósticos apropriados. Segundo o autor, o subdiagnóstico da depressão está associado ao conhecimento insuficiente de conceito, a manifestações atípicas, à frequência da depressão e à visão das manifestações depressivas como consequências naturais de doenças somáticas ou eventos vitais. Todavia, acrescenta que o uso de entrevistas excessivamente centradas em aspectos somáticos e a falta de instrumentos diagnósticos apropriados também são fatores importantes associados ao subdiagnóstico da depressão.

Desse modo, questiona-se se os critérios utilizados para o diagnóstico de depressão em centros de atenção psiquiátrica seriam adequados para outros contextos, como o ambulatorial, o hospital geral ou a clínica de especialidade médica não psiquiátrica. São estudos que têm questionado a validade dos critérios de avaliação da depressão em pacientes com doenças médicas, chamando a atenção para o fato de existirem sintomas em pacientes com doenças físicas que podem ser considerados como parte de quadros depressivos. São sintomas somáticos que se relacionam, simultaneamente, à doença médica e à depressão, o que torna complexo o reconhecimento de quais sintomas nos pacientes com doenças físicas podem ser considerados típicos da depressão. De fato, Ferreira et al. (2012) afirmam que fadiga, alterações do sono, do apetite e do nível de atividade psicomotora são sintomas somáticos ou vegetativos da depressão, porém alertam que podem ser confundidos com sintomas de doenças clínicas.

Nessa perspectiva, alguns estudos têm apontado critérios diagnósticos específicos para depressão em pacientes com doenças físicas. Julião e Barbosa (2011) citam, como exemplo, resultados de revisão da literatura sobre prevalência e avaliação da depressão em cuidados paliativos nos quais são apresentados sinais e sintomas psicológicos como indicadores de depressão em doentes paliativos: disforia, humor deprimido, tristeza, choro fácil, anedonia, desesperança, desamparo, inutilidade, isolamento social, culpa e ideação

suicida. Referem também a dor ou outros sintomas não controlados, a somatização excessiva, a incapacidade desproporcionada e a má adesão e colaboração terapêuticas como outros sinais e sintomas de depressão nesses pacientes.

Também, especificamente, sobre sintomas da depressão em pacientes clínicos, Stefanello e Furlanetto (2012) avaliaram todos os adultos internados em enfermarias de clínica médica com o objetivo de verificar a frequência de ideação suicida e os sintomas depressivos associados a ela. Dos 1.092 sujeitos, 79 (7,2%) apresentaram ideação suicida. Identificaram que tristeza, sensação de fracasso, perda do interesse pelas pessoas e insônia, quando presentes em intensidade moderada a grave, são sintomas depressivos que discriminam o risco da presença de ideação suicida.

Quanto à questão da consideração dos sintomas somáticos para critérios de depressão em pacientes com doenças orgânicas ou hospitalizados, Simon e Von Korff (2006) realizaram estudo longitudinal com 235 pacientes depressivos e com doenças físicas (diabetes, doença cardíaca isquêmica ou doença pulmonar obstrutiva crônica), e 204 com depressão e sem essas condições de comorbidade. Encontraram evidência de que os sintomas como fadiga, alterações de peso ou apetite, agitação psicomotora ou retardo e distúrbios do sono são indicadores válidos de depressão em pacientes com doença física.

Sobre a importância de atentar para diferenças nos sintomas indicativos de depressão em pacientes com doenças físicas, Furlanetto e Brasil (2006) sugerem que nesses pacientes seja avaliada a intensidade da presença dos sinais e dos sintomas de depressão que podem ser facilmente explicados pela doença física ou hospitalização, como fadiga e alterações de sono, de apetite, de peso e psicomotoras.

Dentre essas situações clínicas em que sintomas indicativos de depressão podem estar presentes estão as de pacientes que sofreram uma lesão encefálica, focalizado nesse estudo. A lesão encefálica é considerada uma disfunção neuroanatômica causada por acidentes vasculares cerebrais, remoção cirúrgica de tumores cerebrais, algumas

infecções virais do sistema nervoso central, danos por traumatismos cranioencefálicos ou doenças degenerativas (Tranel, 2006). Segundo Sohlberg e Mateer (2009), a lesão encefálica pode ocorrer em qualquer momento do ciclo vital e influenciar vários aspectos da vida do paciente, inclusive levá-lo às incapacidades ou à morte. Os autores alertam que embora cada lesão e cada indivíduo sejam únicos, vários fatores parecem influenciar as habilidades e as funções após uma lesão encefálica, como exemplo citam idade, nível de escolaridade, sexo e período desde a lesão. A localização da lesão também é um fator apontado como influente nas possíveis sequelas após uma lesão encefálica. As alterações secundárias a um acometimento neurológico envolvendo áreas corticais e/ou subcorticais do hemisfério cerebral direito diferem das que envolvem o hemisfério cerebral esquerdo (Fonseca & Parente, 2007).

O estudo de Talarico, Venegas e Ortiz (2011), com 244 pacientes, vítimas de lesão encefálica e atendidos em hospital terciário de São Paulo, demonstrou que 69,3% dos casos foram diagnosticados com acidente vascular cerebral. O traumatismo cranioencefálico foi identificado como a segunda maior causa de lesão neurológica, seguido de outras etiologias como doença degenerativa, doença infecciosa e tumor. No Piauí, segundo dados de domínio público do Sistema Único de Saúde (DATASUS), apenas em julho de 2015 foram registradas 351 internações motivadas por acidente vascular cerebral (AVC) e 231 por traumatismo cranioencefálico. Das internações por AVC, 245 foi por AVC não especificado, 61 por AVC hemorrágico, 43 por AVC isquêmico transitório e dois por AVC isquêmico (Ministério da Saúde, 2015).

Devido ao fato de as causas mais frequentes associadas à lesão encefálica serem os AVCs e os traumatismos cranioencefálicos (Ministério da Saúde, 2015; Sohlberg & Mateer, 2009; Talarico et al., 2011), julgou-se importante caracterizá-los e apontar dados sobre a sintomatologia depressiva nesses acometimentos neurológicos, com a intenção de situar o leitor em relação ao perfil clínico dos participantes desse estudo.

1.4.1 Depressão após Acidente Vascular Cerebral

Os AVCs são também conhecidos como doenças cerebrovasculares ou doenças encefalovasculares (Miotto & Scaff, 2012). Essas doenças incluem vários distúrbios, como o estreitamento aterosclerótico dos vasos sanguíneos cerebrais, infartos permanentes ou transitórios e fenômenos hemorrágicos causados por fraqueza das paredes vasculares (Robinson & Starkstein, 2006). Acidentes vasculares cerebrais representam a segunda principal causa de morte em todo o mundo. No Brasil, é uma das principais causas de internações e de mortalidade, com registro, em 2009, de 160.621 internações e taxa de mortalidade de 51,8 a cada grupo de 100.000 habitantes (Almeida, 2012).

Quanto à nomenclatura, existe um questionamento acerca da melhor definição para a doença cerebrovascular aguda, se acidente vascular cerebral ou acidente vascular encefálico. O termo acidente vascular cerebral é o mais empregado, aceito no meio médico e sua sigla é bem conhecida, AVC. O termo acidente vascular encefálico surgiu com a tentativa de ampliar o conceito, compreendendo que nessa doença qualquer estrutura encefálica poderá estar envolvida e não apenas a parte cerebral (Gagliardi, 2010).

A Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares (SBDCV) recomenda o emprego do termo acidente vascular cerebral, quando se dirigir ao público médico ou especializado, e derrame quando for voltado para o público leigo. Essa posição foi justificada pela clareza dos termos, sua aceitação, conhecimentos prévios e ausência de benefício significativo que o uso do termo acidente vascular encefálico pudesse oferecer (Gagliardi, 2010). Assim, neste estudo, opta-se pela utilização do termo acidente vascular cerebral e sua sigla, AVC.

Os AVCs incluem distúrbios isquêmicos e distúrbios hemorrágicos, a depender dos meios pelos quais ocorrem as mudanças parenquimatosas no cérebro. Os distúrbios isquêmicos podem ocorrer com ou sem infarto do parênquima e incluem trombose aterosclerótica, embolia cerebral, lacunas e ataques isquêmicos transitórios. Já os

distúrbios hemorrágicos podem causar tanto danos parenquimatosos diretos, como hemorragia intracerebral, quanto danos indiretos, por meio de hemorragias nos ventrículos, no espaço subaracnoideo, na área extradural ou subdural do cérebro (Robinson & Starkstein, 2006).

Em se tratando da prevalência de AVC isquêmico e AVC hemorrágico em nosso país, Fernandes et al. (2012) realizaram estudo com 962 pacientes acometidos por AVC e internos em hospitais de São Paulo, de João Pessoa e de Natal. Tiveram por objetivo avaliar taxas de letalidade por tipo de AVC após 10 e 28 dias do evento. Resultados apontaram que 83,6% foram classificados como AVC do tipo isquêmico e 16,4% como do tipo hemorrágico. As taxas de letalidade foram maiores para pacientes com AVC hemorrágico em 10 e 28 dias que para os isquêmicos. Não foram encontradas diferenças significativas nas taxas de letalidade precoce por tipo de AVC ao comparar pacientes dos três locais estudados. Quanto aos fatores demográficos, a média de idade dos pacientes foi de 68,1 anos, 52,3% eram homens e 40,4% possuíam de um a sete anos de escolaridade.

Também em relação ao perfil dos pacientes acometidos por AVC, o estudo de Nunes et al. (2014) buscou identificar esse perfil em um hospital geral de Belo Horizonte. Em relação ao tipo de AVC, dos 158 pacientes entrevistados, 118 (74,7%) tiveram AVC do tipo isquêmico, oito (5%) do tipo hemorrágico, 20 (12,7%) pacientes não tiveram o tipo de AVC especificado e 12 (7,6%) apresentaram ataque isquêmico temporário. A média de idade dos usuários era de 66,5 anos. Quanto à escolaridade, 46 (29%) do total de entrevistados eram analfabetos, 106 (67%) alfabetizados, e seis (4%) não tiveram esse dado registrado.

Costa, Silva e Rocha (2011) realizaram estudo, na cidade de Natal, com 45 pacientes atendidos em serviços públicos de reabilitação, após o AVC, com o objetivo de investigar estado neurológico e o desempenho cognitivo. Com base nas características clínicas desses pacientes, o estudo apontou que a etiologia do AVC mais prevalente foi

do AVC isquêmico (86,7%), com o hemisfério direito sendo o mais acometido (60%). Quanto aos aspectos demográficos da amostra, havia a predominância de sexo feminino (55,6%); quanto ao estado civil, a maioria encontrava-se casado (57,8%); e sobre o nível de escolaridade, predominava o ensino fundamental (46,6%). A média de idade dos participantes do estudo era de 65,6 anos.

Em relação à prevalência dos tipos de AVC, os resultados dos estudos de Costa et al. (2011), Fernandes et al. (2012) e Nunes et al. (2014) apontaram que o tipo isquêmico ocorreu na maioria dos pacientes com AVC, participantes desses estudos originais, ou seja, em 86,7%, 83,6% e 74,7% dos pacientes, respectivamente. Esses dados mantêm proximidade com índices apresentados na literatura por Robinson e Starkstein (2006), de 85%, e por Miotto e Scaff (2012), de 80% dos AVCs sendo do tipo isquêmico.

Quanto aos fatores demográficos de pacientes vítimas do AVC, Cavalcante, Moreira, Araújo e Lopes (2010) desenvolveram estudo com 180 pacientes atendidos em nove instituições públicas de Fortaleza, e que apresentavam o diagnóstico médico de AVC. A análise das variáveis demográficas encontrou predomínio de mulheres (51,1%), média de idade de 62,3 anos, e média de escolaridade com três anos de estudo. Em relação ao estado civil, 53,9% encontravam-se residindo com um companheiro. Ao comparar esses fatores demográficos de amostra constituída de pacientes de Fortaleza com a de outros municípios, com base em estudos nacionais, os autores apontaram em seus resultados que a média de idade dos pacientes de Fortaleza foi estatisticamente inferior à observada em estudos de amostras de outras regiões brasileiras (média de 65,2 anos). Outros fatores demográficos não apresentaram diferenças de média significativas.

Com amostra formada por pacientes adultos com lesão encefálica, cita-se o estudo realizado por Falcão, Carvalho, Barreto, Lessa e Leite (2004), que teve como objetivo conhecer as incapacidades e identificar se há diferenças de gênero em sobreviventes de primeiro episódio de acidente vascular cerebral (AVC), entre 20 e 59 anos de idade, que tenham sido hospitalizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), na cidade de Recife. Na

amostra, havia 46 pacientes, com idade média de 52 anos, sendo 52% do sexo masculino. O estado civil que predominou, antes e após o AVC, foi casado ou união estável. A maioria dos pacientes era analfabeta (39,1%).

Outro estudo original com amostra de pacientes adultos com lesão encefálica foi o realizado por Fróes et al. (2011), em uma das unidades da Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação, na cidade de Fortaleza, que teve por objetivo avaliar a qualidade de vida, em relação à saúde, de adultos com sequelas de AVC e identificar os fatores que influenciam os domínios dessa qualidade de vida. Na amostra, composta por 64 adultos com AVC admitidos para programa de reabilitação, a média de idade identificada foi de 58,8 anos. 50% dos pacientes eram do sexo masculino, 53,1% eram casados e 57,8% apresentaram ensino fundamental completo ou incompleto.

Ao compararmos os dados oriundos dos estudos de Falcão et al. (2004), Cavalcante et al. (2010), Costa et al. (2011), Fernandes et al. (2012), Fróes et al. (2011) e Nunes et al. (2014), em relação à idade de vítimas de AVC, é possível observar que esse acometimento neurológico ocorreu com maior frequência em pessoas idosas, a partir de 62,3 anos e alfabetizadas.

Em relação ao gênero de pacientes acometidos por AVC, Falcão et al. (2004) realizaram estudo com objetivo de conhecer incapacidades e identificar se há diferenças de gênero, em sobreviventes de AVC residentes em Recife e hospitalizados pelo Sistema Único de Saúde no período de um ano (2000). Os resultados indicaram, dentre os 46 participantes, uma distribuição de 52% de homens. Também na amostra de pacientes com AVC do estudo de Fernandes et al. (2012), foram identificados mais homens (52,3%). Contrariamente, mais mulheres com AVC foram identificadas a partir das pesquisas de Cavalcante et al. (2010) e de Costa et al. (2011), 51,1% e 55,6%, respectivamente. Esses dados refletem que nas amostras estudadas não havia uma diferença significativa entre a frequência de AVC em relação ao sexo, algumas apresentaram predomínio em mulheres e outras em homens.

Os sinais e os sintomas clínicos dos pacientes acometidos por AVC se apresentam, em geral, de forma súbita e dependerão, principalmente, da extensão, da localização e do tempo da lesão (Carvalho, 2010; Miotto & Scaff, 2012). São descritas síndromes clínicas decorrentes de cada território arterial comprometido: síndrome da artéria cerebral média, síndrome da artéria cerebral anterior, síndrome da artéria carótida interna, síndrome da artéria cerebral posterior, síndrome da artéria basilar, síndrome das artérias vertebrais e síndrome das artérias cerebelares (Fukujima, 2010). Cada uma dessas síndromes envolve sintomas neurológicos de instalação súbita e sua identificação favorece o diagnóstico clínico e o tratamento do AVC.

Segundo Fukujima (2010), as principais complicações agudas do AVC são crises epilépticas, infecções e depressão. Quanto às principais complicações tardias ou sequelas do AVC, essas incluem déficits motores, incapacidades funcionais, déficits de linguagem, disfagia, depressão e desajuste social, dentre outros impactos na qualidade de vida do paciente. De acordo com Barbosa et al. (2012), alterações motoras características da hemiplegia, comprometimentos sensoriais, proprioceptivos, da articulação da fala, da deglutição, e de funções cerebrais superiores podem estar associados em um paciente com lesão cerebral ocasionada por AVC. Fábregas et al. (2012) ressaltam que também há uma grande variabilidade de manifestações psiquiátricas associadas ao AVC, sendo as principais síndromes o *delirium*, a depressão, o transtorno de expressão emocional involuntária, a apatia, a psicose, o comprometimento cognitivo sem demência e a demência.

No estudo realizado por Falcão et al. (2004), que teve como um dos objetivos conhecer as incapacidades em sobreviventes de primeiro episódio de AVC, entre 20 e 59 anos de idade, na cidade do Recife, e que tenham sido hospitalizados pelo Sistema Único de Saúde, após entrevistarem 46 pacientes, em média, 18 meses após a ocorrência do AVC, menos de 20% dos pacientes referiram recuperação total. Em relação às incapacidades instaladas após o AVC, foram identificadas incapacidade motora,

problemas de comunicação, de audição e de visão, sintomas de depressão, problemas de memória e impedimento para se deslocar.

A depressão é a complicação neuropsiquiátrica mais comum após AVC e tem sido associada ao aumento da morbidade e da mortalidade após esse tipo de lesão encefálica (Mortensen, Johnsen, Larsson & Andersen, 2015). A depressão pode ser identificada tanto na fase aguda quanto na fase crônica após um AVC. Segundo Fábregas et al. (2012), há uma prevalência da depressão nos pacientes pós-AVC entre 10% a 50%.

Em relação ao tempo de lesão, Robinson e Starkstein (2006) encontraram as seguintes taxas de prevalência de depressão maior após AVC: duas semanas após o AVC, 27%; três meses, 22%; seis meses, 34%; 12 meses, 14% e 24 meses, 21%. Os autores referem que a maioria dos estudos realizados, em diversos países, sobre a prevalência da depressão após AVC, constataram taxas semelhantes de depressão entre pacientes internados em estado agudo e em hospitais de reabilitação, com a frequência média de 22%, e entre pacientes estudados na comunidade a prevalência é de 13%. Sugerem que taxas maiores de depressão dentre os pacientes internados ou em reabilitação comparados às amostras da comunidade estão relacionadas à maior gravidade dos pacientes com AVC que frequentam locais de tratamento.

Em revisão de literatura, com o objetivo de identificar os instrumentos utilizados na avaliação da qualidade de vida em sobreviventes de AVC, acima de 18 anos, Mota e Nicolato (2008) analisaram 31 artigos publicados entre janeiro de 1996 e junho de 2007. A análise dos resultados revelou que 12 estudos abordaram a presença da depressão ou de seus sintomas e que a prevalência da depressão maior após AVC foi de 10% a 34%, variando conforme o método empregado na avaliação.

Em estudo original, Falcão et al. (2004) entrevistaram 46 pacientes (24 homens e 22 mulheres), entre 20 e 59 anos, em média, 18 meses após a ocorrência de um primeiro episódio de AVC e a hospitalização pelo Sistema Único de Saúde em Recife. O estudo teve como objetivos conhecer as incapacidades e identificar se há diferenças de gênero

em sobreviventes de primeiro episódio de AVC. Menos de 20% referiram recuperação total. Em relação às incapacidades instaladas após o AVC, foram identificadas incapacidade motora, problemas de comunicação, de audição e de visão, sintomas de depressão, problemas de memória e impedimento para se deslocar. Para detectar as incapacidades referidas como causadoras de modificações na capacidade funcional, utilizaram entrevista domiciliar e identificaram sintomas de depressão em 50% dos homens e em 90,9% das mulheres.

Em outro estudo, realizado com 64 adultos vítimas de AVC admitidos para programa de reabilitação, na cidade de Fortaleza, com objetivo de avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde desses adultos e identificar os fatores associados a essa qualidade de vida, Fróes et al. (2011) identificaram, mediante a utilização do Inventário de Depressão de Beck – BDI, uma prevalência de 40% (n=22) de sintomas depressivos. Em 21,8% dos pacientes, foram identificados sintomas depressivos leves a moderados, 12,7% moderados a graves, e 5,5% graves.

Um fator apontado como importante para a ocorrência da depressão após AVC é a localização da lesão (Terroni et al., 2009). Quanto à localização do AVC, Fábregas et al. (2012) associam o hemisfério cerebral acometido ao desenvolvimento da depressão, afirmando que lesões no hemisfério esquerdo estão mais associados à depressão nos primeiros três meses após a lesão. Diferentemente, acreditam que, posteriormente, não há diferença na prevalência de depressão entre pacientes com lesão no hemisfério esquerdo e com lesão no hemisfério direito. Acreditam também que quanto mais próxima for a lesão, em relação ao polo frontal esquerdo, maior a incidência e a gravidade da depressão após AVC. Carvalho (2010) identifica a lesão frontal esquerda e os núcleos de base como a localização da lesão vascular que pode causar a depressão.

A partir dessas referências teóricas, fica explícito que a frequência da depressão e dos sintomas depressivos após um AVC é bastante variável (a partir de 10% até 67%) e é influenciada pelo tempo e pela localização da lesão, pelos instrumentos utilizados para

sua identificação, bem como ao fato do paciente ser avaliado ainda internado, na comunidade ou em centro de reabilitação.

Em se tratando da sintomatologia da depressão apresentada pelos pacientes com AVC, Lipsey, Spencer, Rabins e Robinson (1986) asseveram que essa é similar à depressão na população geral. Para esses autores, as características da depressão pós-AVC são similares às dos outros episódios depressivos e incluem sintomas afetivos, somáticos e cognitivos. Os sintomas afetivos envolvem reatividade emocional diminuída, anedonia, isolamento social e tristeza. Os sintomas somáticos são fadiga, alterações do apetite, alterações do ritmo sono-vigília e diminuição da libido. Já as queixas cognitivas incluem dificuldade de concentração, ideação de desesperança, de culpa e de inutilidade.

Em relação aos sintomas que possam contribuir de forma mais significativa para o diagnóstico da depressão, Coster, Leentjens, Lodder e Verhey (2005) referem que o humor depressivo nos pacientes com AVC foi o melhor discriminador entre pacientes com e sem depressão após AVC, seguidos por apetite reduzido, ideias suicidas, retardo psicomotor, ansiedade e fadiga.

Sobre sintomatologia da depressão após AVC, Rodrigues et al. (2011) realizaram pesquisa com o objetivo de identificar, por levantamento de literatura especializada, os sintomas da depressão reativa e depressão secundária em pacientes acometidos por AVC. Após análise qualitativa de publicações de 2005 a 2010, referiram que a depressão decorrente do AVC, seja reativa ou secundária, acarreta a redução do tônus e da motivação, bem como a alteração no humor, que persevera no humor deprimido. Citam como sintomas-base da depressão secundária a apatia, o prejuízo cognitivo, a lentificação psicomotora e discurso perseverativo. Apontam possibilidades de alterações cognitivas na memória, visuopercepção e linguagem, especialmente nas funções relacionadas à fluência verbal e à nomeação, à lentificação de pensamento e ao sentimento de culpa.

O fator localização da lesão tem sido referido como significativo também na sintomatologia da depressão após AVC. Há a hipótese de que pacientes com depressão

maior e lesões no hemisfério esquerdo tenham comprometimento cognitivo significativamente maior do que pacientes não deprimidos com lesões comparáveis no mesmo hemisfério. Outra hipótese é a de que entre os pacientes com lesões no hemisfério direito, aqueles com depressão maior não diferem dos não deprimidos em medidas de comprometimento cognitivo (Robinson & Starkstein, 2006).

Em relação à localização do AVC e à sintomatologia da depressão, Rodrigues et al. (2011) ressaltam a existência de diferenças na sintomatologia da depressão após AVC em hemisfério direito e em hemisfério esquerdo. Referem que a depressão após lesões em hemisfério esquerdo podem produzir alterações na forma como o indivíduo encara a sua vida, na motivação, respostas emocionais exageradas a determinadas situações e estímulos como estresse episódico, crises de choro e irritabilidade. De outra forma, em lesões em hemisfério direito pode existir alteração nos sentidos e nos significados dados aos acontecimentos da vida, sendo comum a apatia e a indiferença afetiva emocional.

Quanto à depressão após um AVC, Fábregas et al. (2012) referem a seguinte sintomatologia: humor deprimido e/ou redução do interesse, lentificação psicomotora, dificuldade de concentração, pensamentos com conteúdos depressivos, retraimento social, redução do apetite e/ou perda de peso e insônia. Acrescentam, em relação à depressão em pacientes após um AVC, que o fator topográfico, hemisférios direito e esquerdo, parece ser significativo na variabilidade de manifestações de sintomas.

Quanto ao tempo de AVC e a sintomatologia depressiva, Starkstein e Lischinsky (2002) sugerem que a depressão após AVC altera-se com o tempo, com sintomas específicos na depressão de início precoce, diferentes da depressão após AVC crônico. Apontam resultados de estudo a partir do qual identificaram a frequência dos sintomas da depressão após três, seis, 12 ou 24 meses de um AVC em 60 (42%) de 142 pacientes examinados após AVC. Ansiedade autônoma, variação diurna do humor e anergia estavam associadas à depressão durante todo o período de dois anos. A perda da libido

só foi observada em pacientes com até seis meses e o despertar matutino precoce apenas nos pacientes com dois anos de lesão.

1.4.2 Depressão após Traumatismo Cranioencefálico

Outra causa frequente de lesão encefálica é o traumatismo cranioencefálico (TCE). Conceitua-se como TCE uma agressão de ordem traumática que ocasione comprometimento anatômico e/ou funcional do couro cabeludo, crânio, meninges, encéfalo ou seus vasos. Ao sofrer um traumatismo, o encéfalo é submetido à ação de forças decorrentes dos fenômenos de aceleração e de desaceleração, causando deslocamentos, distorções ou danos de estruturas internas. É um acometimento difuso em que podem ocorrer lesões intracranianas de diferentes gravidades (Ribas, 2010).

O TCE ocorre comumente como resultado de agressões e de violência, de acidentes associados a esportes e a recreação, a queda ou a acidentes automobilísticos, podendo causar danos neuronais diversos (Silver et al., 2006). Pode ser identificado como TCE aberto quando há lesão perfurante com fratura do crânio e ruptura das meninges, ou como TCE fechado, com ausência de fraturas expostas. Quanto à gravidade, o TCE pode ser classificado como leve (de 75 a 90% dos TCE), moderado (de 8 a 10% dos TCE) ou grave (menos de 10% dos TCE). Essa classificação é realizada a partir da avaliação do coma nas primeiras horas após a lesão, bem como da duração da alteração da consciência e da amnésia pós-traumática. Os prejuízos decorrentes do TCE dependem também de outros fatores, como o local da lesão encefálica, a idade e a personalidade pré-mórbida do paciente (Barbosa et al., 2012).

Levantamento bibliográfico realizado por Gaudêncio e Leão (2013), sobre a epidemiologia do TCE em 20 pesquisas relatadas em artigos originais, concluiu que a faixa etária mais atingida foi entre 21 e 60 anos, predominância significativa de vítimas do sexo masculino, a maior quantidade era de TCE leve e, em seguida, de TCE grave. A maioria dos casos de TCE, em todas as faixas etárias, correspondia a vítimas de queda.

As bases de dados pesquisadas foram *on-line* no *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo (USP), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) acessadas por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), além da Biblioteca da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN), Revista Brasileira de Terapia Intensiva (RBTI), Biblioteca da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Arquivos Catarinenses de Medicina (ACM) e Arquivos de Ciência da Saúde (ACS). As pesquisas foram publicadas entre os anos de 2002 e 2011 e os dados colhidos entre 1992 e 2009.

Estudo original de Lopes, Costa e Carvalho (2013), que buscou traçar o perfil epidemiológico dos pacientes acometidos por TCE assistidos no Hospital de Urgência de Teresina – Piauí, no período de janeiro de 2011 a janeiro de 2013, a partir de verificação de 2.382 prontuários, revelou que 171 pacientes tiveram TCE grave, 487 leves e 1724 moderados, com um aumento de 62,7% dos casos em que o paciente foi diagnosticado com TCE leve. Os dados dessa pesquisa mostraram que os acidentes de trânsito foram os principais causadores do TCE, destacando-se os acidentes de moto, independente da gravidade do TCE. Constataram prevalência no número de internações na faixa de 21 a 40 anos (50%) e de pacientes do sexo masculino (80,71% em TCE leve, 98,42% em TCE moderado e 86,88% em TCE grave).

Outro estudo original, também realizado com amostra em Teresina – PI, teve como objetivo avaliar o perfil epidemiológico e as características clínicas dos pacientes com TCE admitidos em um Centro de Reabilitação. Marques, Marques e Capitão (2014) realizaram estudo, a partir de análise dos prontuários dos pacientes com TCE, com idade igual ou superior a 17 anos, admitidos para reabilitação no período de março de 2013 a março de 2014. Na amostra total (N=60), a idade dos pacientes na ocasião do TCE variou de 17 a 54 anos (M=30,43; DP=8,18). O sexo predominante foi o masculino (88%). A maioria (22%) possuía ensino médio completo. A etiologia do trauma mais frequente

(75%) foi por acidente motociclístico. Apenas 27% dos prontuários continham informação sobre o tipo de TCE, indicando TCE grave.

Os resultados dos estudos realizados por Lopes et al. (2013) e por Marques et al. (2014), a partir de dados dos prontuários de pacientes vítimas de TCE, em Teresina – PI, comparados com o resultado do estudo, por levantamento bibliográfico, a partir de 20 pesquisas originais, conduzido por Gaudêncio e Leão (2013) sobre a epidemiologia do TCE no Brasil, demonstraram que a maior prevalência de TCE ocorre no sexo masculino e apresentaram idades variando entre 17 e 60 anos, ou seja, maior frequência em adultos. Quanto à etiologia do TCE, nos estudos de Lopes et al. (2013) e de Marques et al. (2014), os dados de pacientes de Teresina – PI apontaram como mais frequentes traumas ocasionados por acidentes de trânsito (motos), diferente dos dados de Gaudêncio e Leão (2013), que encontraram a queda como a etiologia do TCE mais frequente em nosso país.

Os pacientes com lesão encefálica adquirida por TCE frequentemente experimentam sintomas somáticos e neuropsiquiátricos (Teixeira, Andrade, Paiva, Amorim & Guirado, 2012). Dentre as complicações oriundas de um TCE, Oliveira, Lavrador, Santos e Antunes. (2012) citam alterações da consciência, motoras e cognitivas, disautonomia, agitação e depressão, perturbações do sono, epilepsia pós-traumática, hemorragia intracraniana, espasticidade, necessidades nutricionais e disfagia, hidrocefalia pós-traumática, incontinência fecal e urinária, ossificação heterotópica, dor e alterações hormonais.

Em se tratando da prevalência da depressão após TCE, Robinson e Starkstein (2006) estimam que queixas depressivas em casos leves de TCE variam de 6 a 39%, enquanto que, após casos graves, as taxas variam de 10 a 77%. Já Oliveira et al. (2012) estimam que, aproximadamente, 25% dos doentes com TCE reúnem critérios de depressão.

No que se refere à ocorrência da depressão e ao tempo de lesão por TCE, os autores apontam estudo com 66 pacientes avaliados com um, três, seis e 12 meses de lesão durante período de hospitalização após o trauma. Como resultado, apontaram que, em cada período, aproximadamente 25% dos pacientes avaliados satisfaziam os critérios para transtorno depressivo maior. Quanto aos pacientes encaminhados para centros de reabilitação, os autores citam resultado de estudo que evidencia que 26% desses tinham depressão.

Estudo original, conduzido por Barker-Collo et al. (2015), na Nova Zelândia, analisou prevalência da depressão em uma amostra de 315 adultos maiores de 16 anos, durante o primeiro ano pós-TCE. Os pacientes foram avaliados com a *Hospital Anxiety Depression Scale* (HADS) e os critérios do DSM-IV em um, seis e 12 meses após TCE. Como resultado, o estudo encontrou que o número de indivíduos identificados com o diagnóstico de depressão reduziu significativamente entre os valores iniciais (um e seis meses) e 12 meses de pós-TCE: de 21% para 12,4%, utilizando a HADS e de 49% para 34%, utilizando os critérios do DSM-IV.

Objetivando descrever os padrões de depressão em pacientes com TCE e avaliar as propriedades psicométricas da *Neurobehavioral Functioning Inventory* (NFI) – *Depression Scale*, Seel e Kreutzer (2003) avaliaram, entre 1996 e 2000, uma amostra de 172 pacientes ambulatoriais com TCE. Os percentuais de pacientes classificados como deprimidos pelo o *Beck Depression Inventory* – BDI pelo *Neurobehavioral Functioning Inventory* (NFI) – *Depression Scale* foram de 37% e 30%, respectivamente. Com a NFI Escala de Depressão os pacientes apresentaram mais frequentemente sintomas de frustração (81%), de inquietação (73%), de ruminação (69%), de tédio (66%), e de tristeza (66%).

Em relação aos sintomas da depressão após TCE, Robinson e Starkstein (2006) chamam a atenção para a labilidade do humor que ocorre habitualmente após uma lesão cerebral traumática e sinalizam que esse sintoma pode ser causado por lesões temporais

límbicas e basais do prosencéfalo, e, nesse caso, não está associado à depressão. Além disso, referem que a apatia, que inclui diminuição da motivação e da procura de atividades prazerosas, e as queixas de lentidão de pensamento e dos processos cognitivos podem também se manifestar em pacientes após TCE e não se referir aos sintomas da depressão, e, sim, representarem alterações diretamente relacionadas à lesão.

Sobre a apatia em pacientes com TCE, Costa, Porto e Marrocos (2013) referem que a depressão é uma sequela comum após uma lesão encefálica traumática e que a apatia pode ser evidenciada como resultado de uma lesão no córtex pré-frontal, podendo depressão e apatia manifestarem-se ao mesmo tempo em pacientes com lesão traumática nessa região. Os autores alertam que depressão e apatia referem-se a duas condições nosológicas distintas, porém a apatia pode, equivocadamente, ser diagnosticada como depressão devido ao fato de a depressão poder causar o sintoma apatia.

Shields, Ownsworth, O'Donovan e Fleming (2015), com o objetivo de identificar os sintomas comuns à depressão, à ansiedade e à angústia após o TCE, avaliaram 50 participantes com TCE, com idades entre 19 e 66 anos, com a utilização dos instrumentos *Appraisal of Threat and Avoidance Questionnaire*, *Head Injury Semantic Differential Scale III*, *Difficulties in Emotion Regulation Scale*, *Penn State Worry Questionnaire*, *Self-Focus Sentence Completion* e *Depression Anxiety Stress Scales and Brief Symptom Inventory*. A análise revelou dois sintomas principais, ameaças para si mesmo e desregulação da emoção. Houve presença significativa do sintoma desregulação da emoção na depressão, ansiedade e angústia.

Estudo realizado por Rao e Munro et al. (2010), com 17 indivíduos, teve por objetivo examinar correlatos cognitivos e neuroanatômicos na depressão após TCE, comparando dez pacientes com depressão após TCE e sete pacientes após TCE sem depressão. O estudo mostrou, em resultados preliminares, associação entre depressão

após TCE e lesões no córtex frontal, lobo temporal e gânglios basais. Quanto aos correlatos cognitivos, os pacientes com depressão após TCE apresentaram, em relação aos sem depressão, funções executivas deficitárias e reduzida velocidade de processamento psicomotor.

Este primeiro capítulo apresentou a entidade nosológica depressão, sua prevalência e de sua sintomatologia. Foram caracterizados os sintomas depressivos e apontadas algumas associações desses com outras manifestações clínicas. Quanto aos sintomas da depressão após lesão encefálica, foram justificadas a importância da avaliação e as suas dificuldades, que têm contribuído para o subdiagnóstico da depressão. Também foram descritos conceitos, dados epidemiológicos e principais complicações do acidente vascular cerebral e do traumatismo cranioencefálico, acometimentos neurológicos que causam lesão encefálica, identificados como os mais prevalentes na população geral. Foram mostrados ainda índices diversos de prevalência da depressão e manifestações de sintomas depressivos identificados em vários estudos com amostras de pacientes com lesão encefálica.

Capítulo 2 – Avaliação da Depressão e Saúde

2.1 Avaliação Psicológica na Área da Saúde: um breve histórico

O desenvolvimento da área da avaliação psicológica reflete o aprimoramento das práticas avaliativas, da formação dos psicólogos e da área de conhecimento. A trajetória da avaliação psicológica em nosso País foi marcada especialmente pelo demasiado uso dos testes psicológicos e da crescente preocupação com suas qualidades psicométricas. A esse respeito o artigo de Noronha e Reppold (2010) fornece informações relevantes.

Indiscutivelmente, a avaliação psicológica é uma atividade exclusiva e primordial, realizada pelo profissional de Psicologia e uma ferramenta de extrema importância nos diversos campos de sua atuação. A avaliação psicológica no âmbito da saúde é prática frequente e são muitos os instrumentos utilizados nessa avaliação, tanto no panorama internacional, quanto na realidade brasileira. Nesse contexto, a avaliação psicológica pode representar adequada ferramenta para a tomada de decisão sobre o diagnóstico diferencial, tipo de tratamento necessário ou para o acompanhamento da evolução do tratamento. Importante destacar que a identificação precoce de problemas de comportamento e de distúrbios psicológicos ou psiquiátricos, a partir da avaliação psicológica, pode significar um grande diferencial em relação ao tipo e à qualidade da atenção oferecida ao paciente, assim como à diminuição do sofrimento e de custos institucionais (Baptista, Capitão & Scortegagna, 2006). No contexto hospitalar, a avaliação psicológica adquire características diferentes, decorrentes principalmente dos processos de adoecimento e de hospitalização. Baptista et al. (2006) assinalam que o processo de avaliação psicológica, além de se adequar à natureza da solicitação e das condições do paciente, deve atender às características do ambiente, como ambulatórios e enfermarias hospitalares.

A história da avaliação psicológica na área da saúde é antiga. Há testes, que desde sua edição original, foram utilizados no contexto hospitalar, como o Teste de

Rorschach, publicado em 1921, e o Teste Gestáltico Visomotor de Bender, criado em 1938. As Escalas de Weschler, o Teste de Apercepção Temática (TAT), o Teste das Relações Objetivas de Phillipson (TRO), e as provas projetivas gráficas também são exemplos de procedimentos clássicos de avaliação largamente empregados na avaliação de pacientes com distúrbios neuróticos, psicóticos ou com comprometimentos neurológicos (Custódio, 2011).

No Brasil, a história do uso de instrumentos de avaliação psicológica no ambiente hospitalar se encontra com o percurso histórico da Psicologia em hospitais. Conforme relata Custódio (2007), nos anos 1950, do século XX, antes do reconhecimento profissional e da criação dos primeiros cursos de Psicologia, já havia o trabalho dessa e o uso dos instrumentos de avaliação psicológica no âmbito hospitalar. Mathilde Neder (1954) e Aidyl Macedo de Queiroz Pérez-Ramos (1956) são citadas como as primeiras profissionais que exerceram atividades da Psicologia hospitalar. Em 1960, Aidyl desenvolveu sua tese sobre “Os desajustamentos das crianças asmáticas” e utilizou, para desenvolver esse estudo, os testes Estórias a Completar (*Méthode de histoires à compléter*, conhecido como teste de Madeleine Thomas) e *Children's aperception test* (CAT). Nessa época, havia um ambiente de pesquisas com testes psicológicos, inclusive em contextos médicos, e uma confiança no valor dos testes como critério diagnóstico do fenômeno que estava sendo estudado.

A partir da década de 1960, o uso dos testes psicológicos passou por contestações porque se acreditava que não cumpriam os objetivos a que se propunham. Assim, passaram a ser menos utilizados, até que, a partir de 2001, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) passou a cuidar da questão com a criação de critérios de avaliação das características fundamentais para que um teste psicológico seja aprovado para uso profissional (Alves, Souza & Baptista, 2011). Desde então, teve início um movimento do CFP no sentido da melhora da qualidade dos testes utilizados na prática profissional do psicólogo. Também foi iniciado um sistema de certificação de instrumentos de avaliação

psicológica, o Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (SATEPSI), a partir da Resolução CFP nº 002/2003, que avalia e qualifica os instrumentos em apto ou inapto para uso profissional.

Os testes psicológicos têm sido utilizados em várias áreas de atuação do psicólogo. No contexto da saúde, seu uso tem sido principalmente para compreender os pacientes com doenças físicas e para adequar de forma mais satisfatória as propostas de intervenção. Além disso, os psicólogos que trabalham em equipes multiprofissionais em saúde têm desenvolvido pesquisas com o uso dos testes psicológicos (Custódio, 2007).

2.2 Escalas de Avaliação da Depressão no Contexto da Saúde

Os instrumentos comumente utilizados na avaliação da depressão são entrevistas, escalas, medidas observacionais e sistemas de codificação do comportamento. As escalas representam os instrumentos mais adotados na avaliação da sintomatologia da depressão, tendem a ter melhores propriedades psicométricas, além da praticidade e do pouco tempo para aplicação e correção (Baptista e Sisto et al., 2010). As escalas de avaliação da depressão ajudam na avaliação dos sintomas, na elaboração do diagnóstico, no acompanhamento do paciente e do resultado dos tratamentos (Calil & Pires, 1998).

Quanto à história de surgimento de escalas para a avaliação da depressão, Custódio (2011) cita que as primeiras escalas criadas com esse objetivo foram a Escala de Depressão de Beck – BDI, criada em 1961, a *Center for Epidemiological Studies Depression Scale* (CES-D), de 1977, a escala de depressão do *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), surgida em 1983, e a *Children's Depression Scale* (CDS), criada em 1983, para a avaliação da depressão em crianças. Segundo Parcias et al. (2011), no que concerne aos instrumentos para a avaliação da depressão, ponto que merece destaque, alguns desses instrumentos foram desenvolvidos antes de 1980, prévias ao advento dos sistemas de diagnóstico baseados em evidência, o DSM ou CID. Como consequência, por exemplo, não cobrem amplamente os sintomas de depressão

maior do DSM (Parcias et al., 2011).

Em revisão sistemática da literatura sobre o uso de escalas de avaliação de sintomas depressivos, utilizando as bases de dados SciELO e PePSIC, durante os anos de 2000 a 2009, e por intermédio das palavras “depressão” e “avaliação psicológica”, utilizadas no título de artigos, Baptista, Argimon e Yoshida (2012) identificaram os instrumentos mais utilizados. Os seis primeiros instrumentos na distribuição por frequência de utilização foram: Inventário de Depressão de Beck – BDI, Inventário de Depressão Infantil (CDI), Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS), Escala Geriátrica de Depressão (GDS), Escala de Hamilton (HAM-D) e Escala de Depressão pós-parto Edimburgo (EPDS).

Durante o mesmo período de tempo considerado nessa revisão da literatura (2000 a 2009), foram realizados vários estudos com a utilização de escalas de avaliação da depressão em amostras constituídas por pacientes adultos com doenças diversas. Como exemplos, dentre esses muitos estudos originais que avaliaram depressão em pacientes, Thomas e Alchieri (2005) utilizaram o BDI com pacientes submetidos à hemodiálise; Salvetti, Pimenta, Lage, Oliveira e Rocha (2007), com o BDI, avaliaram doentes com dor crônica; Baptista, Vargas e Baptista (2008), em amostra de obesos mórbidos, utilizaram o BDI; Gioia-Martins, Medeiros e Hamzeh (2009), com internados em enfermaria de hospital geral, fizeram uso do BDI; Delfini, Roque e Peres (2009), com pacientes de enfermaria de clínica médica, utilizaram a HADS. Nesses estudos, a utilização das escalas concorda com a frequência identificada por Baptista et al. (2012), no que se refere às escalas para uso com adultos, BDI mais utilizado, em seguida, a HADS.

Telles-Correia e Barbosa (2009), com o objetivo de identificar instrumentos de avaliação de ansiedade e de depressão utilizados com pacientes no contexto de saúde, realizaram pesquisa da literatura anglo-saxônica, sem limite temporal, por meio da MEDLINE, utilizando como palavras-chave *models of anxiety and depression*, *measurement of anxiety and depression* e *anxiety and depression in medical patients*. Os

resultados apontaram a existência de vários instrumentos disponíveis, destacando-se a *Hamilton Anxiety Scale* (HAM), a *Hamilton Depression Scale* (HDS), a *Montgomery and Asberg Depression Rating Scale* (MADRS), a *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), o *Beck Depression Inventory* – BDI e o *State Trait Anxiety Inventory* (STAI). Ressalta-se que HDS, MADRS, HADS e BDI são instrumentos que avaliam depressão. Os autores alertaram que, desses instrumentos, o único desenvolvido especialmente para avaliar a ansiedade e a depressão na população médica é a escala HADS.

Porcú, Franzi, Abreu, Previdelli e Astolfi (2011), com o objetivo de caracterizar a prevalência de transtornos depressivos e de ansiedade em pacientes obesos mórbidos submetidos à cirurgia bariátrica no Hospital Universitário Regional de Maringá e no Centro de Cirurgia de Obesidade de Maringá, no Paraná, avaliaram 50 pacientes utilizando o BDI e a HADS. Os quadros sugestivos de depressão, obtidos pela utilização da escala HADS, foram de 26% no pré-operatório, 10% no primeiro mês pós-operatório, e 8% no terceiro mês e no sexto mês pós-operatório. Por meio da aplicação do BDI, os resultados de prevalência de depressão obtidos foram: 18% no período pré-operatório, 8% no primeiro mês pós-operatório, 6% no terceiro mês pós-operatório e 4% no sexto mês pós-operatório.

Em estudo realizado com 50 pacientes com diabetes *mellitus* tipo 1 ou tipo 2, com úlcera no pé e idade superior a 18 anos, atendidos no ambulatório de feridas de um conjunto hospitalar no interior do Estado de São Paulo, Salomé, Blanes e Ferreira (2011) tiveram por objetivo avaliar a intensidade de sintomas da depressão nesses pacientes. Para isso, foi utilizado o BDI e, dos pacientes avaliados, 64% apresentaram depressão moderada e 10% depressão grave.

Braz et al. (2012) também avaliaram a presença de sintomas depressivos em pacientes com diabetes *mellitus*. O objetivo do estudo foi averiguar a associação entre sintomas depressivos e variáveis sociodemográficas e clínicas, e adesão ao tratamento medicamentoso em pessoas com diabetes *mellitus* tipo 2. A amostra foi constituída por

145 pessoas atendidas no Ambulatório do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe. Foram utilizados os instrumentos BDI e Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT). Os resultados apontaram que a média do BDI foi igual a 18,4 (D.P.=11,7), com 33,1% apresentando sintomas depressivos (>20).

Para verificar a frequência de ideação suicida e os sintomas depressivos associados a ela nos pacientes internados em enfermarias de clínica médica, Stefanello e Furlanetto (2012) avaliaram 1.092 pacientes internados no Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago de Florianópolis, da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC). Foi utilizado o BDI e os resultados apontaram que a frequência de síndromes depressivas moderadas a graves foi de 25,6%.

Também utilizando o BDI, pode-se apontar o estudo de Souza et al. (2014), para verificar sintomas depressivos e adesão ao tratamento quimioterápico em 112 pacientes com diagnóstico de câncer de mama, que retiraram o quimioterápico em farmácia de um hospital universitário, localizado em um município do interior do Estado de São Paulo, no período de outubro de 2012 a março de 2013, identificou-se que 12,50% e 1,78% das pacientes apresentaram “depressão moderada” e “grave”, respectivamente, de acordo com a classificação da intensidade dos sintomas depressivos preconizada pelo BDI.

Com o uso do BDI, Dessotte et al. (2015) investigaram a associação de sintomas somáticos e cognitivo-afetivos ao sexo e à idade de 531 pacientes hospitalizados com doença cardíaca em dois hospitais públicos no Estado de São Paulo. Os resultados das subescalas do BDI apresentaram sintomas somáticos e cognitivo-afetivos da depressão diferentes entre os homens e as mulheres, mas não foram diferentes de acordo com as faixas etárias. Entre os homens, foi verificada média 5,4 e desvio-padrão 4,3 para a subescala somática e a média 6,7 e desvio-padrão 7,2 para a subescala cognitivo-afetiva. Na avaliação de mulheres, a média 7,1 e o desvio-padrão 4,5 para a subescala somática e a média 8,3 e o desvio-padrão 7,9 para a subescala cognitivo-afetiva.

Costa, Coutinho e Santana (2014) desenvolveram estudo em três instituições hospitalares, localizadas no município de João Pessoa – PB, que disponibilizam o tratamento da hemodiálise para adultos e mantêm convênio com o Sistema Único de Saúde (SUS). Participaram 26 pacientes nefrológicos, com idades entre 22 e 73 anos em tratamento de hemodiálise. Para verificar a presença de sintomas depressivos nos pacientes, foi utilizada a HADS. Os resultados evidenciaram que 20% dos participantes apresentaram sintomas depressivos.

Utilizando também a HADS, Pinheiro, Uchida, Mathias, Perez e Cordeiro (2014) avaliaram 125 pacientes atendidos no ambulatório de tratamento de dor crônica da cidade de São Paulo, com dados coletados no período de maio de 2012 a abril de 2013. O estudo teve por objetivo caracterizar a população de casos novos atendidos nesse serviço de referência no tratamento de dor crônica, com base em parâmetros clínicos relativos à dor e aos sintomas depressivos e ansiosos e, ainda, a parâmetros sociodemográficos. De acordo com a escala HAD, a depressão possível ou provável esteve presente em 48% (n=60) deles. Quanto à depressão, a média de pontos foi de 7,6 (DP=5,2), mediana de 7, valor mínimo de 0 e máximo de 18.

Quanto ao uso da Escala Baptista de Depressão (Versão Ambulatório) (EBADEP-HOSP-AMB), utilizada neste estudo, Messias (2014), objetivando buscar evidências de validade para esse instrumento baseadas na relação com variáveis externas, avaliou 80 mulheres que se encontravam em atendimento nos Ambulatórios da Clínica de Dor e Oncologia, de quatro instituições de saúde do Interior de São Paulo. Os resultados revelaram que a escala em questão foi capaz de diferenciar os 35 pacientes com diagnóstico de depressão dos 45 que não tinham depressão.

Também com a utilização da EBADEP-HOSP-AMB, Sette (2015) avaliou 68 pacientes diagnosticados com câncer, de quatro instituições de municípios do interior do Estado de São Paulo. O estudo teve por objetivo investigar os sintomas depressivos em pacientes oncológicos e as diferenças com base no sexo, qualidade de vida e suporte

social. Os escores obtidos na EBADEP-HOSP-AMB se mostraram baixos, correspondendo a sintomas depressivos leves na amostra avaliada.

Observando esses e outros estudos originais, realizados nos últimos anos, sobre avaliação da depressão com pacientes adultos no contexto da saúde, é possível apontar que as amostras são formadas por pacientes de clínicas diversas, como obesidade, diabetes *mellitus*, câncer, pacientes em hemodiálise, com dor, com doença cardíaca ou em enfermarias. Também se observa uma grande frequência do uso do BDI com esses pacientes. Mas recentemente, há registros do uso da EBADEP-HOSP-AMB, direcionada a amostras ambulatoriais e hospitalares.

Em se tratando da utilização de escalas de avaliação da depressão em pacientes com lesão encefálica, amostra clínica estudada nesta pesquisa, Mota e Nicolato (2008) realizaram estudo objetivando identificar os instrumentos genéricos e específicos utilizados na avaliação da qualidade de vida (QV) e os seus resultados em sobreviventes de acidente vascular cerebral (AVC). Para isso, realizaram revisão da literatura dos últimos dez anos, com população acima de 18 anos, nos bancos de dados MEDLINE e Lilacs, cujas publicações utilizassem instrumentos padronizados e validados no país de origem. Combinaram-se os descritores *quality of life*, *cerebrovascular accident*, *stroke*, QV e acidente cerebrovascular. Foram considerados 31 estudos. A presença de depressão ou de seus sintomas teve associação com pior QV. Nos 12 estudos que abordaram esta variável, a prevalência da depressão maior pós-AVC foi de 10% a 34%, variando conforme o método empregado. As escalas *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (CES-D), *Hospital Anxiety Depression Scale* (HADS) e *Montgomery Asberg Depression Rating Scale* (MADRS) foram identificadas nos estudos que mensuraram a sintomatologia da depressão em pacientes pós-AVC.

Ribeiro, Cerqueira, Losapio e Sena. (2009) realizaram revisão de literatura sobre tratamento da depressão após AVC, pesquisando em 13 artigos originais publicados nos doze anos anteriores, obtidos em busca nos bancos de dados MEDLINE e SciELO. Nos

resultados, descreveram que os instrumentos de avaliação da depressão utilizados nesses estudos foram *Hamilton Depression Scale (HAM – D)*, *Zung Self-rating Depression Scale (ZDS)*, *Beck Depression Inventory – BDI*, *Clinical Global Impression of Depression (CGI)*, *Montgomery – Asberg Depression Rating Scale (MADRS)*. Acrescentaram que o Inventário Beck de Depressão – BDI foi citado em quatro dos artigos estudados.

Quanto aos estudos originais sobre avaliação da depressão em pacientes com AVC, cita-se, como exemplo, Fróes et al. (2011). Os autores, com objetivo de avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde e identificar os fatores associados, utilizaram o BDI para avaliar 64 pacientes adultos vítimas de AVC admitidos em programa de reabilitação em uma das unidades da Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação na cidade de Fortaleza – Ceará, entre março e agosto de 2008. A partir dos resultados, identificaram que a média de idade foi de 58,8 anos. Do total de 64 adultos, nove não puderam ser investigadas por meio do BDI, devido à instabilidade clínica ou ao fato de que o programa foi interrompido antes de completar a primeira semana de internação. A prevalência dos sintomas depressivos foi de 40% (n=22), e os sintomas predominantes foram de intensidade leve à moderada (21,8%), seguido por sintomas de intensidade moderada à grave (12,7%). A pontuação média do BDI foi de 11,65 pontos na amostra estudada.

Em outro estudo com pacientes após AVC em reabilitação, Rangel, Belasco e Diccini (2013) avaliaram 139 pacientes em dois serviços de reabilitação do município de Maceió, em Alagoas, com idade média de 59,4 anos. Os objetivos do estudo foram avaliar e correlacionar a qualidade de vida e depressão de pacientes após AVC em reabilitação. Utilizaram o BDI para avaliar a depressão e os escores apontaram que 49,7% dos pacientes tinham sintomas depressivos.

Nogueira e Teixeira (2012), objetivando identificar e comparar a percepção e o enfrentamento da dor entre 25 homens e 25 mulheres com dor central por AVC, atendidos no Departamento de Neurologia do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, também utilizaram, para avaliar os sintomas da depressão, o BDI. A idade média dos

homens foi de 59,6 anos e das mulheres foi de 53,5 anos. Os resultados do BDI mostraram que a pontuação das mulheres (18,5) foi maior do que a dos homens (16,8), mas não houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos ($p = 0,498$), correspondendo a sintomas leves de depressão.

No que se refere à avaliação de sintomas da depressão após traumatismo cranioencefálico (TCE), aponta-se o estudo de Seel e Kreutzer (2003) em que foi avaliada uma amostra de 172 pacientes com o uso de duas escalas, o BDI e o *Neurobehavioral Functioning Inventory*. O percentual de pacientes considerados deprimidos, a partir dos resultados do BDI, foi de 37%. Com os resultados do *Neurobehavioral Functioning Inventory*, o percentual encontrado foi de 30%.

Já Barker-Cotto et al. (2015) analisaram a prevalência da depressão em uma amostra de 315 adultos, durante o primeiro ano pós-TCE, com a utilização da *Hospital Anxiety Depression Scale* (HADS). Com a aplicação desse instrumento, foi possível verificar que os percentuais de pacientes classificados como deprimidos reduziu significativamente entre os valores da avaliação realizada com um e seis meses de lesão, que foi de 21%, e os valores da avaliação realizada com 12 meses de TCE, que foi de 12,4% de pacientes com depressão.

Os estudos supracitados demonstram que, da mesma forma que ocorre com estudos com amostras de outras clínicas médicas, é frequente a utilização do BDI para avaliar sintomas depressivos em pacientes com lesão encefálica. Importante frisar que dentre as escalas de avaliação de sintomas da depressão identificadas nos estudos citados com várias amostras clínicas do contexto da saúde, apenas o BDI está aprovado pelo SATEPSI do CFP, para uso profissional em nosso país. De extrema relevância frisar a ausência de instrumento específico para a avaliação de sintomas da depressão em pacientes com doenças médicas dentre os aprovados pelo SATEPSI. Porém, destaca-se que EBADEP-HOSP-AMB, está em processo de validação e é utilizada neste estudo.

2.3 Estudos de Validade para EBADEP-A e EBADEP-HOSP-AMB

Sabe-se que os psicólogos no Brasil utilizaram, por vários anos, como recursos de avaliação, apenas instrumentos psicológicos construídos em outros países, e que não possuíam estudos de validade com amostras brasileiras (Noronha & Alchieri, 2011). Contudo, é incontestável o avanço na área da avaliação psicológica no Brasil, refletido na adaptação, na construção e no aumento gradual dos estudos psicométricos dos testes (Conselho Federal de Psicologia, 2010).

Na perspectiva de parâmetros psicométricos, uma das condições para que um instrumento de avaliação psicológica seja qualificado como tecnicamente adequado é possuir evidências empíricas de validade. A validade de um instrumento está relacionada às evidências acerca das interpretações feitas a partir dos resultados de um teste, e podem ser verificadas por meio de cinco classificações definidas pela *American Educational Research Association (AERA)*, *American Psychological Association (APA)* e o *National Council on Measurement in Education (NCME)* (2014): evidências com base no conteúdo, com base nos processos de respostas, com base na estrutura interna, com base nas relações com variáveis externas e com base nas consequências da testagem.

Além de possuir evidências de validade, a indicação de uso de um teste deve ser sustentada por suporte teórico e empírico suficientes. Como a utilização das escalas de avaliação da depressão ocorre em vários contextos, é essencial que apresentem estudos empíricos que justifiquem seu uso para determinada área. Na utilização dessas escalas no contexto da saúde, devem-se considerar suas propriedades psicométricas, além de ponderar as especificidades dos pacientes, por exemplo, a que estão indicadas a avaliar. Assim, os argumentos que indicam a aplicabilidade do teste para uma dada área deve ser respaldada em dados empíricos (Conselho Federal de Psicologia, 2010).

Estudos originais, anteriormente citados, apontam o BDI como a escala de avaliação da depressão mais utilizada com amostras de pacientes adultos no contexto da saúde e que é frequente sua utilização para avaliar sintomas depressivos em pacientes

com lesão encefálica. Sabe-se que o BDI possui inúmeras evidências empíricas de validade e está aprovado pelo SATEPSI do CFP, contudo essa escala não foi construída para ser utilizada nesse contexto específico.

Esta pesquisa buscou realizar estudos de validade para a Escala Baptista de Depressão (Versão Hospital/Ambulatório) – EBADEP-HOSP-AMB com amostra clínica de pacientes após lesão encefálica. Essa escala é de rastreamento de sintomatologia depressiva direcionada a amostras ambulatoriais e hospitalares, derivada dos descritores da Escala Baptista de Depressão (Versão Adulto) - EBADEP-A, anteriormente denominada Escala de Depressão - EDEP. A EBADEP-A também é um instrumento de rastreio de sintomatologia depressiva construída no Brasil, direcionado tanto a amostras psiquiátricas quanto a não psiquiátricas, possui diversas evidências de validade, normatização com amostras brasileiras e avaliação positiva pelo SATEPSI. Estudos psicométricos que foram realizados com essa escala estão apresentados a seguir.

Baptista, Souza e Alves (2008) avaliaram 157 estudantes de uma universidade particular do sul de Minas Gerais, com idade variando entre 18 e 51 anos. A pesquisa teve como objetivos a busca por evidências de validade para a EDEP, baseadas na relação com outras variáveis, avaliando o mesmo construto pelo BDI e, ainda, avaliando construtos relacionados, sendo o suporte familiar mensurado pelo Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF). Nos resultados, encontraram-se correlações altas, positivas e significativas entre EDEP e BDI ($r=0,75$; $p=0,000$), atendendo, assim, às expectativas do estudo quanto à evidência de validade para a EDEP. Nas correlações entre a EDEP e as dimensões do IPSF, foram encontradas correlações negativas e significativas ($r=-0,42$; $p=0,000$), atendendo às expectativas do estudo quanto à evidência de validade para a EDEP, sugerindo que quanto maior a sintomatologia de depressão, pior a percepção do suporte familiar recebido.

Com uma amostra composta por 200 participantes, dos quais 100 eram pacientes de um ambulatório de doenças inflamatórias intestinais e os outros 100 acompanhantes,

Dias (2008) buscou evidências de validade para a EDEP. Os instrumentos aplicados foram o *Inflammatory Bowel Disease (IBDQ)*, o IPSF, a Bateria Fatorial de Personalidade (BFP) e a EDEP. Os resultados indicaram que a correlação da EDEP com o IBDQ, com o IPSF Total e com o fator neuroticismo do BFP foi significativa, indicando evidências de validade convergente, discriminante e de critério, uma vez que os pacientes apresentaram maior sintomatologia depressiva ao serem comparados com os acompanhantes.

Baptista, Carneiro e Sisto (2010) também realizaram estudo psicométrico da EDEP com 165 estudantes universitários. O objetivo foi buscar evidências de validade para a EDEP, baseada na relação com outras variáveis, avaliando, para isso, as relações com o BDI e o Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF). As análises foram realizadas pela estatística paramétrica, a qual denotou correlações boas e positivas entre a EDEP e o BDI, assim como correlações fracas e negativas entre a EDEP e o IPSF.

A EDEP também foi estudada por Baptista e Carneiro (2011), com o objetivo de buscar evidências de validade para essa escala, baseada na relação com outras variáveis, no caso, o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) e a Escala de Vulnerabilidade ao Estresse no Trabalho (EVENT). Participaram dessa pesquisa 121 estudantes universitários do interior do Estado de São Paulo que exerciam alguma função laboral. Foram encontradas correlações positivas entre EDEP, BAI e EVENT. As correlações encontradas entre EVENT e EDEP foram baixas ($r = 0,17$; $p = 0,06$). Na EDEP com BAI, a correlação foi moderada ($r = 0,56$; $p = 0,00$).

Baptista e Gomes (2011) realizaram estudo com o objetivo de analisar as qualidades psicométricas da EBADEP-A, com base na Teoria da Resposta ao Item (TRI) e na Teoria Clássica dos Testes (TCT), utilizando, para isso, um banco de dados derivado de diferentes aplicações do instrumento em instituições de ensino superior e de saúde nos estados de São Paulo e Minas Gerais. Dos 1.467 participantes, 1.307 (89,1%) eram universitários, 40 (2,7%) depressivos, 40 (2,7%) não depressivos e 80 (5,5%) pacientes psiquiátricos. Sobre os parâmetros de ajuste ao modelo, tanto no que concerne aos itens

quanto às pessoas, os valores foram considerados de boa adequação, com percentual de desajuste considerado baixo. Em relação à precisão, tanto o alfa de Cronbach quanto o índice gerado pelo modelo de Rasch, foram considerados excelentes. O estudo do funcionamento diferencial apresentou 17 itens com viés de resposta, sendo 11 favorecendo o grupo feminino, e seis, o masculino. Quanto às análises com base na TCT, foi realizada ANOVA para análise dos grupos critério, sendo que a EBADEP-A foi capaz de discriminar os grupos de não depressivos, universitários, psiquiátricos e depressivos.

Em outro estudo, Baptista, Souza, Gomes, Alves e Carneiro (2012) buscaram evidência de validade convergente para a EDEP por meio da correlação com a *Center for Epidemiological Studies of Depression* (CES-D), avaliando também a dificuldade de itens com base na teoria de resposta ao item, em ambos os instrumentos. Participaram da pesquisa 146 estudantes universitários que responderam à EDEP e à CES-D. Os resultados indicaram correlação positiva e de excelente magnitude ($r = 0,75$; $p = 0,001$) entre os instrumentos, e que os sintomas mais difíceis de endossar eram específicos da depressão, o que era esperado, já que não se tratava de uma amostra clínica.

Gomes (2013) realizou estudo para investigar evidências de validade e consistência interna para a EBADEP-A. Participaram 581 estudantes, os quais responderam também à *Center for Epidemiologic Studies - Depression* (CES-D). As correlações encontradas, bem como as diferenças de pontuações médias indicaram importantes evidências de validade baseada na relação com variáveis externas para a EBADEP-A e consistência interna satisfatória para a EBADEP-A. Quanto à consistência interna, observaram-se bons índices de ajuste de itens e pessoas ao modelo de Rasch, bem como áreas delimitadas entre as opções de resposta da escala, não tendo sido encontrados índices com alta incidência de ruídos. Quanto ao funcionamento diferencial do item em relação a sexo, quatro itens apresentaram viés de resposta ao grupo feminino, enquanto três foram beneficiados pelo grupo masculino.

Bighetti, Alves e Baptista (2014) realizaram estudo com 317 estudantes de

graduação de uma universidade particular do interior do estado de São Paulo, que fizeram parte do grupo A (não clínico) e 29 pacientes de um consultório particular de psiquiatria que fizeram parte do grupo B (clínico). O estudo teve por objetivo buscar evidências de validade baseadas na relação com outras variáveis para a EBADEP-A, por meio de sua relação com o Big Five – Adjetivos Marcadores da Personalidade. Os resultados indicaram correlações negativas entre a EBADEP-A e os fatores Socialização, Extroversão, Realização e Abertura, sendo esta última dimensão significativa apenas no grupo clínico, além de magnitude positiva com o fator Neuroticismo. Além disso, foram encontradas diferenças de sexo entre os grupos, indicando que as mulheres pontuaram mais no instrumento que avalia depressão, ao passo que os homens pontuaram mais no fator Socialização do Big Five.

Mais recentemente, Souza, Baptista e Alves (2015) buscaram evidências de validade interna, com base na relação com outras variáveis, por meio de grupos critério e índices de sensibilidade, especificidade e precisão da EBADEP-A. Participaram do estudo 771 pessoas, distribuídas em três amostras selecionadas por conveniência formada por 691 universitários, 40 depressivos e 40 não depressivos. Para a coleta de dados, foi utilizada uma entrevista estruturada para o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – IV – Transtornos do Eixo I* e a EBADEP-A. Os resultados encontrados indicaram um ponto de corte igual a 88,5, com capacidade de identificar 97,5% de casos verdadeiros positivos (sensibilidade) e 87,5% de casos verdadeiros negativos (especificidade). A análise fatorial por componentes principais, em sua resolução final, indicou dois fatores responsáveis por 35,3% da variância total explicada. A precisão pelo alfa de Cronbach variou de 0,90 a 0,96 para os grupos de participantes e grupos de gênero.

Quanto à EBADEP-HOSP-AMB, da mesma forma que a EBADEP-A, sua construção apoiou-se em indicadores sintomáticos derivados de teorias sobre a depressão, além dos manuais internacionais de diagnóstico da Associação Americana de

Psiquiatria e da Organização Mundial de Saúde. A EBADEP-HOSP-AMB foi derivada dos descritores da EBADEP-A (Baptista, 2012), porém, por trata-se de instrumento direcionado a amostras ambulatoriais/hospitalares e, assim, haver a possibilidade de sintomas das doenças físicas serem identificados como sendo da depressão, houve a eliminação de descritores vegetativos, e, conseqüentemente, a EBADEP-HOSP-AMB ficou formada por menos itens que a EBADEP-A.

Em relação à EBADEP-HOSP-AMB, a pesquisa de Messias (2014) teve como objetivo buscar evidências de validade baseadas na relação com variáveis externas, utilizando para isso medidas de saúde geral, dor e percepção de suporte social a partir de grupos de pacientes com dor crônica. A amostra da pesquisa foi composta por 80 mulheres provenientes de quatro instituições de saúde: um hospital, duas clínicas especializadas em dor e um ambulatório de especialidades médicas, de três cidades do interior de São Paulo. Em se tratando das correlações da EBADEP-HOSP-AMB com o Questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG), foram estatisticamente significativas, positivas e de magnitude moderada entre todos os fatores, incluindo o fator total, variando entre ($r= 0,49$; $p<0,05$) a ($r= 0,64$; $p<0,05$), com exceção do fator distúrbio do sono que foi estatisticamente significativa, positiva e de magnitude fraca ($r= 0,39$; $p<0,05$). No que diz respeito à correlação da EBADEP-HOSP-AMB com a Escala de Percepção de Suporte Social (Versão Adulto) – EPSUS-A, foi estatisticamente significativa, negativa e de magnitude moderada entre todos os fatores, incluindo o fator total, variando entre ($r= -0,48$; $p<0,05$) a ($r= -0,62$; $p<0,05$), com exceção da EPSUS-A Instrumental, que foi de magnitude fraca. A correlação da EBADEP-HOSP-AMB com a quantidade dos pontos dolorosos do Questionário de Dor McGill foi estatisticamente significativa, positiva e de magnitude fraca ($r= 0,37$; $p<0,05$), indicando que quanto maior for a presença de sintomatologia depressiva, maior será a presença de pontos dolorosos.

Neste segundo capítulo, foi abordado o frequente uso de escalas de avaliação da depressão, na avaliação psicológica e na identificação da depressão e de sintomas

depressivos em pacientes no contexto da saúde. Foram apresentados estudos realizados com a utilização dessas escalas, avaliando pacientes com lesão encefálica e de outras clínicas médicas, ficando realçado o uso expressivo do BDI e ressalta-se o fato de sua construção não ter sido para uso com pacientes no contexto médico. A importância de estudos psicométricos com escalas de avaliação da depressão foi justificada, considerando, no contexto da saúde, as especificidades dos pacientes e de suas demandas. Foram mostrados resultados de estudos empíricos de validade para a EBADEP-A e que parte de seus descritores serviram para a construção da EBADEP-HOSP-AMB.

Dentre os requisitos básicos para a utilização de um determinado instrumento de avaliação psicológica estão os resultados favoráveis de estudos empíricos realizados com objetivos orientados para os problemas específicos relacionados às exigências de cada área. Nessa direção, na busca de contribuir com a área da avaliação psicológica no contexto da saúde e com os estudos psicométricos da EBADEP-HOSP-AMB, esta pesquisa objetivou realizar estudos de validade para essa escala com amostra clínica específica de pacientes após lesão encefálica.

OBJETIVOS

Geral

1. Realizar estudos de validade para EBADEP-HOSP-AMB com amostra clínica de pacientes após lesão encefálica.

Específicos

2. Buscar evidência de validade para EBADEP-HOSP-AMB baseada nas relações com o BDI.
3. Comparar os escores da EBADEP-HOSP-AMB por nível de escolaridade de pacientes após lesão encefálica.
4. Verificar se há diferença no escore da EBADEP-HOSP-AMB conforme variáveis hemisfério afetado, etiologia e tempo da lesão encefálica.
5. Buscar evidência de validade para EBADEP-HOSP-AMB com base na estrutura interna.

HIPÓTESES

1. É possível identificar evidências de validade verificando-se empiricamente se o teste em processo de validação apresenta forte associação com outro que avalia o mesmo construto e que apresenta um conjunto consistente de evidências de validade (Nunes & Primi, 2010). O BDI é uma escala de avaliação de sintomas da depressão que reúne inúmeras evidências de validade e tem a finalidade de medir a intensidade da depressão em pacientes psiquiátricos, não psiquiátricos e pessoas da população em geral. Hipótese: é esperada correlação positiva entre a EBADEP-HOSP-AMB e o BDI, por tratarem-se de instrumentos que avaliam mesmo construto, sintomas da depressão.
2. É relevante conhecer variáveis relacionadas ao construto avaliado pelo instrumento (Conselho Federal de Psicologia, 2010). Nessa direção, investigar a relação entre o nível de escolaridade do avaliado e os escores do instrumento

- detém especial importância. Hipótese: é esperado que a escolaridade dos pacientes após lesão encefálica diferencie os escores da EBADEP-HOSP-AMB.
3. Carvalho (2010) e Fábregas et al. (2012) relacionam lesões no hemisfério esquerdo com depressão. Assim, a localização da lesão, influenciada pela etiologia, associam-se à sintomatologia depressiva. Hipótese: espera-se escore mais elevado da EBADEP-HOSP-AMB em pacientes com lesão encefálica no hemisfério esquerdo.
 4. Quanto ao tempo de lesão, Starkstein e Lischinsky (2002) sugerem a presença de sintomas específicos da depressão nos primeiros meses após lesão encefálica. Fábregas et al. (2012) associa as lesões no hemisfério esquerdo à depressão nos primeiros três meses após lesão encefálica. Hipótese: é esperado escore mais elevado da EBADEP-HOSP-AMB em pacientes com menos tempo de lesão, com diminuição dos escores à medida que aumenta o tempo de lesão dos pacientes.
 5. Entre os principais requisitos que um instrumento psicológico precisa ter, pode-se mencionar a apresentação de dados empíricos sobre as propriedades psicométricas dos itens, o que refere-se às evidências com base na estrutura interna (Conselho Federal de Psicologia, 2010). Hipótese: para a EBADEP-HOSP-AMB é esperado que os resultados da estrutura interna mostrem uma adequação ao modelo Rasch.

MÉTODO

Situação do Estudo

Os dados foram coletados em um centro de reabilitação, localizado em Teresina-PI, e com uma amostra constituída de pacientes adultos com lesão encefálica. Nesse centro, são realizados atendimentos em saúde voltados para pessoas com paralisia cerebral, lesão medular, mielomeningocele, lesões encefálicas adquiridas, amputação, doenças neuromusculares, malformações congênitas, sequelas de poliomielite, deficiência auditiva, deficiência intelectual, síndrome de Down e transtorno do espectro autista. Essa instituição de saúde é referência para o serviço de reabilitação de pacientes pelo Sistema Único de Saúde – SUS no estado do Piauí, participando da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência, seguindo as portarias GM 793, de 24 de abril de 2012, e GM 835, de 25 de abril de 2012, e as diretrizes do Programa Saúde sem Limites do Ministério da Saúde. Isso significa a prerrogativa de que pacientes com lesão encefálica e perfil para reabilitação, atendidos em serviços de saúde nos municípios piauienses, devem ser encaminhados, via SUS, para o referido centro de reabilitação.

Nessa instituição de saúde, profissionais da Psicologia atendem pacientes e familiares, atuando em equipe multidisciplinar e tendo como objetivos avaliar e intervir quanto aos aspectos afetivo-emocionais, comportamentais e neuropsicológicos, orientar em relação à situação clínica, familiar, educacional, laboral e social, e colaborar com o processo multiprofissional de reabilitação. Nesse contexto de atuação, a avaliação psicológica assume grande importância e tem o reconhecimento dos demais profissionais da equipe, favorecendo a compreensão diagnóstica, o acompanhamento da reabilitação ou a tomada de decisão para a construção ou a modificação do projeto terapêutico singular do paciente.

Com frequência, são observados sinais e/ou sintomas sugestivos de depressão em pacientes em reabilitação, dentre as situações em que é indicada a avaliação psicológica nesse centro de reabilitação. O encaminhamento, geralmente, é realizado diante da não colaboração do paciente às atividades propostas, das queixas expressas por ele e/ou por seus familiares ou dos comportamentos manifestados durante os atendimentos. Todavia, ao se tratar de pacientes com lesão encefálica, devido às inúmeras possibilidades de manifestações sintomáticas, comorbidades e alterações incapacitantes aumenta a dificuldade no reconhecimento de sinais e sintomas indicativos de depressão. Foi nesse contexto que surgiu a mobilização desta pesquisadora e houve a coleta de dados para o presente estudo.

Participantes

A amostra foi composta por 75 pacientes com lesão encefálica em atendimento em um centro de reabilitação, localizado em Teresina-PI. Os participantes foram selecionados por conveniência e com participação voluntária. Os critérios de inclusão de participantes deste estudo foram: diagnóstico de lesão encefálica por avaliação médica neurológica; idade de 18 a 60 anos; e capacidade cognitiva suficiente para colaboração com a coleta de informações avaliada por respostas dadas ao Questionário de Informações Pessoais e Clínicas. Os critérios de exclusão foram: manifestação de recusa em relação à participação neste estudo ou em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Anexo 1).

O tamanho da amostra foi calculado pela técnica de amostragem aleatória simples sem reposição (AASS), conforme Bolfarine e Bussab (2005). Foi adotado um intervalo de 95% ($z_{\alpha} = 1,96$) de confiança nas estimativas e levou-se em consideração o total de 84 pacientes com lesão encefálica atendidos nesse centro, no período de janeiro de 2014 a julho de 2015. Considerando a máxima variação ($S^2 = 0,25$) em relação aos pacientes

atendidos que são adultos (18 a 60 anos) e um erro amostral (B) de 5% nos parâmetros a serem estimados, o tamanho da amostra foi dado por:

$$D = \frac{B^2 = 0,0025}{z_{\alpha}^2 = 3,8416} = 0,00065$$

$$n = \frac{1}{D = 0,00065/S^2 = 0,25 + 1/N = 84} \cong 70$$

Pelo cálculo dado acima, foram estimados, para avaliação, o mínimo de 70 pacientes adultos com lesão encefálica.

Em se tratando do perfil sociodemográfico, a média de idade dos participantes foi de 44,0 anos ($DP=11,4$) e a maioria era do sexo masculino ($n=46$; 61,3%). Para melhor caracterização, a distribuição do perfil sociodemográfico foi organizada também em relação ao estado civil, à escolaridade e no que se refere à ocupação, e apresentada na Tabela 1.

Tabela 1

Distribuição do perfil sociodemográfico

Sexo	Número de Participantes	
	N	%
Feminino	29	38,7
Masculino	46	61,3
Estado civil		
Solteiro(a)	24	32,0
Casado(a) ou com algum tipo de união	42	56,0
Separado(a) ou divorciado(a)	9	12,0
Escolaridade		
Analfabeto	4	5,3
Ensino Fundamental Incompleto	25	33,3
Ensino Fundamental Completo	8	10,7
Ensino Médio Incompleto	10	13,3
Ensino Médio Completo	16	21,3
Ensino Superior Incompleto	5	6,7
Ensino Superior Completo	7	9,3
Ocupação		
Não trabalhando	16	21,3
Afastado do trabalho por motivo de saúde	31	41,3
Aposentado por motivo de saúde	24	32,0
Profissional liberal com atividade remunerada	2	2,7
Do lar	2	2,7
Idade		
Média ± DP	44,0 ± 11,4	

Instrumentos

Foram utilizados, neste estudo, os seguintes instrumentos para coleta de dados: Questionário de Informações Pessoais e Clínicas; BDI – Inventário de Depressão Beck;

Escala Baptista de Depressão (Versão Hospital/Ambulatório) – EBADEP-HOSP-AMB; e Roteiro para Busca de Dados em Prontuário.

Questionário de Informações Pessoais e Clínicas

O Questionário de Informações Pessoais e Clínicas foi construído pela pesquisadora e teve por objetivos avaliar a capacidade cognitiva para colaboração com o estudo, e obter informações pessoais e da situação clínica de cada participante. Os itens do questionário investigaram variáveis pessoais e clínicas. As variáveis pessoais investigadas foram: idade (em anos completos), sexo (feminino ou masculino), estado civil (casado ou algum tipo de união, solteiro, separado, viúvo ou outro), escolaridade (analfabeto, ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, ensino superior incompleto, ensino superior completo ou curso profissionalizante), e ocupação atual (não trabalhando, afastado do trabalho por motivo de saúde, aposentado por motivo de saúde, profissional liberal com atividade remunerada, profissional liberal sem atividade remunerada, empregado, do lar). As variáveis clínicas incluíram: idade na data da lesão (em anos completos), tempo de lesão na data da avaliação (em anos e meses), etiologia da lesão (AVC isquêmico, AVC hemorrágico, TCE ou Outro), depressão antes da lesão (sim, não ou não especificado), diagnóstico de depressão atual (sim ou não), e uso de medicação para depressão (sim ou não) (Anexo 2).

Inventário de Depressão Beck – BDI

O Inventário de Depressão Beck – BDI foi utilizado neste estudo para a busca de evidência de validade para Escala Baptista de Depressão (Versão Hospital/Ambulatório) – EBADEP-HOSP-AMB.

Essa escala é constituída por 21 itens, cada um com quatro alternativas, subtendendo graus crescentes de intensidade dos sintomas da depressão, com escores

de 0 a 3. É solicitado ao avaliado que em cada item escolha uma das quatro alternativas (0, 1, 2 ou 3) que descreva melhor a maneira que ele tem se sentido na última semana, incluindo o dia da testagem.

Os itens se referem aos sintomas tristeza, pessimismo, sentimento de fracasso, insatisfação, culpa, punição, autoaversão, autoacusações, ideias suicidas, choro, irritabilidade, retraimento social, indecisão, mudança na autoimagem, dificuldade de trabalhar, insônia, fadigabilidade, perda de apetite, perda de peso, preocupações somáticas e perda da libido. É administrada considerando se o examinando tem condições de ler, compreender e assinalar os itens ou se necessita de ajuda, podendo ser autoadministrada ou administrada de forma oral. O escore total do BDI é obtido somando-se os escores de cada um dos 21 itens. O maior escore possível é 63. Os pontos de corte para avaliar a intensidade da depressão em pacientes psiquiátricos são: escores de 0-11, nível mínimo; 12-19, leve; 20-35, moderado; 36-63, grave (Cunha, 2001).

Quanto aos estudos psicométricos do BDI, citam-se os estudos realizados por Gorestein e Andrade (1998), enfocando as propriedades psicométricas da versão dessa escala em língua portuguesa. A consistência interna do BDI foi alta (0,81), corroborando a validade de construto dessa versão. Foi evidenciada também a validade discriminante, em que diferenças significativas de escore foram obtidas em diferentes amostras de pacientes deprimidos, ansiosos e sujeitos normais.

Escala Baptista de Depressão (Versão Hospital/Ambulatório) – EBADEP-HOSP-AMB

Neste estudo, realizou-se estudos de validade para Escala Baptista de Depressão (Versão Hospital/Ambulatório) – EBADEP-HOSP-AMB.

A EBADEP-HOSP-AMB é uma escala de rastreamento de sintomatologia depressiva, direcionada a amostras ambulatoriais e hospitalares. Sua construção apoiou-se em indicadores sintomáticos de depressão derivados de teorias sobre a depressão, como a cognitiva e a comportamental, além dos manuais internacionais de diagnóstico da

Associação Americana de Psiquiatria, DSM-IV-TR e da Organização Mundial de Saúde, CID-10. É derivada dos descritores da Escala Baptista de Depressão (Versão Adulto) – EBADEP-A (Baptista, 2012).

A escala é constituída por 43 frases, estruturadas em formato Likert de 3 pontos (0, 1 e 2), com pontuação mínima de zero e máxima de 86 pontos. É requisitado ao participante que ele escolha uma das alternativas “sim”, “às vezes” ou “não” como resposta a cada item da escala. Nos itens 01, 05, 07, 08, 13, 14, 15, 17, 19, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 29, 30, 31, 33, 34, 35, 36, 37, 39, 40, 41 e 43, as alternativas “sim” pontuam o valor de 2; “às vezes”, pontuam 1; e “não”, pontuam zero. Já nos itens 02, 03, 04, 06, 09, 10, 11, 12, 16, 18, 21, 27, 28, 32, 38 e 42, as alternativas “não” pontuam o valor de 2; “às vezes”, pontuam 1; e “sim” pontuam zero. Para sua interpretação, quanto menor for a pontuação, menor a sintomatologia em depressão (Baptista, 2011).

Roteiro para Busca de Dados em Prontuário

Mediante análise de formulário arquivado no prontuário do paciente, preenchido por médico neurologista durante exame inicial no centro de reabilitação, seguiu-se um roteiro para busca de dados sobre hemisfério cerebral acometido, etiologia e tempo de lesão encefálica (Anexo 3).

Procedimento de Coleta de Dados e Questões Éticas

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade São Francisco, por meio do parecer nº 503.032 (Anexo 4), teve início a coleta de dados em um centro de reabilitação, em Teresina-PI, no período de janeiro de 2014 a julho de 2015.

Os dados foram coletados pela pesquisadora, por outros profissionais de Psicologia e por alunos de graduação em Psicologia, sob supervisão. A aplicação dos

instrumentos foi individual, com duração média de uma hora com cada paciente, e, para isso, utilizou-se um consultório, com condições satisfatórias de mobiliário, de iluminação e de acústica. Inicialmente, foram fornecidas informações sobre a pesquisa, seus objetivos e quanto à utilização dos instrumentos. Após a assinatura do TCLE, houve o preenchimento do Questionário de Informações Pessoais e Clínicas, mediante informações dadas pelo paciente. As respostas ao Questionário de Informações Pessoais e Clínicas serviram como triagem para avaliar a capacidade cognitiva do paciente em colaborar com o estudo (Alguns pacientes não foram incluídos na amostra devido demonstrarem não compreenderem os questionamentos feitos). Então, foram aplicados o Inventário de Depressão Beck – BDI e a Escala Baptista de Depressão (Versão Hospital/Ambulatório) – EBADEP-HOSP-AMB. Nos casos em que o paciente manifestava ser analfabeto ou possuir dificuldade de leitura e/ou escrita, houve a colaboração do aplicador com a leitura e a marcação dos itens.

Posteriormente, seguindo o Roteiro para Busca de Dados em Prontuário, houve a coleta de outras informações no prontuário de cada paciente, mediante consulta ao formulário preenchido por médico(a) durante exame inicial de admissão no centro de reabilitação.

Análise dos Dados

Os dados coletados foram organizados e tabulados no *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0. Foi utilizada a estatística descritiva para caracterizar o perfil sociodemográfico da amostra. Realizou-se a análise descritiva da pontuação máxima, média e desvio padrão da Escala Baptista de Depressão (versão Hospital/Ambulatório) – EBADEP-HOSP-AMB e do Inventário de Depressão Beck – BDI entre os participantes. Na busca de evidência de validade para EBADEP-HOSP-AMB baseada nas relações com o BDI foi utilizada a correlação de Spearman para verificar o

nível de associação entre os dois instrumentos. Para se comparar os escores da EBADEP-HOSP-AMB por nível de escolaridade dos pacientes após lesão encefálica empregou-se a prova ANOVA e nível de significância de 0,05. Para verificação da existência de diferença no escore da EBADEP-HOSP-AMB conforme variáveis hemisfério afetado, etiologia e tempo da lesão encefálica empregou-se a prova MANOVA. Por fim, foi feita a análise pelo modelo de Rasch para identificar o ajuste das pessoas e dos itens da EBADEP-HOSP-AMB ao modelo. Por meio da teoria de resposta ao item (TRI), realizou-se uma análise dos valores limiares (*thresholds*), buscando limiares entre as respostas e os itens que foram mais fáceis e mais difíceis.

Resultados

Inicialmente, realizou-se uma análise descritiva da pontuação máxima, da média e do desvio padrão dos resultados da Escala Baptista de Depressão (versão Hospital/Ambulatório) - EBADEP-HOSP-AMB e do Inventário de Depressão Beck – BDI, entre os 75 pacientes, com lesão encefálica, avaliados. Nos resultados, a EBADEP-HOSP-AMB, em um máximo de 86 pontos, teve a pontuação média de 27,7 ($DP=17,4$). Já o BDI, em uma pontuação máxima de 63, obteve uma média de 15,3 pontos ($DP=10,2$).

Realizou-se uma análise de correlação entre os escores dessas escalas com o objetivo de buscar evidência de validade para EBADEP-HOSP-AMB baseada nas relações com o BDI. O resultado encontrado na correlação foi positiva ($\rho=0,58$; $p<0,001$). A Figura 1 ilustra os escores das escalas e suas posições.

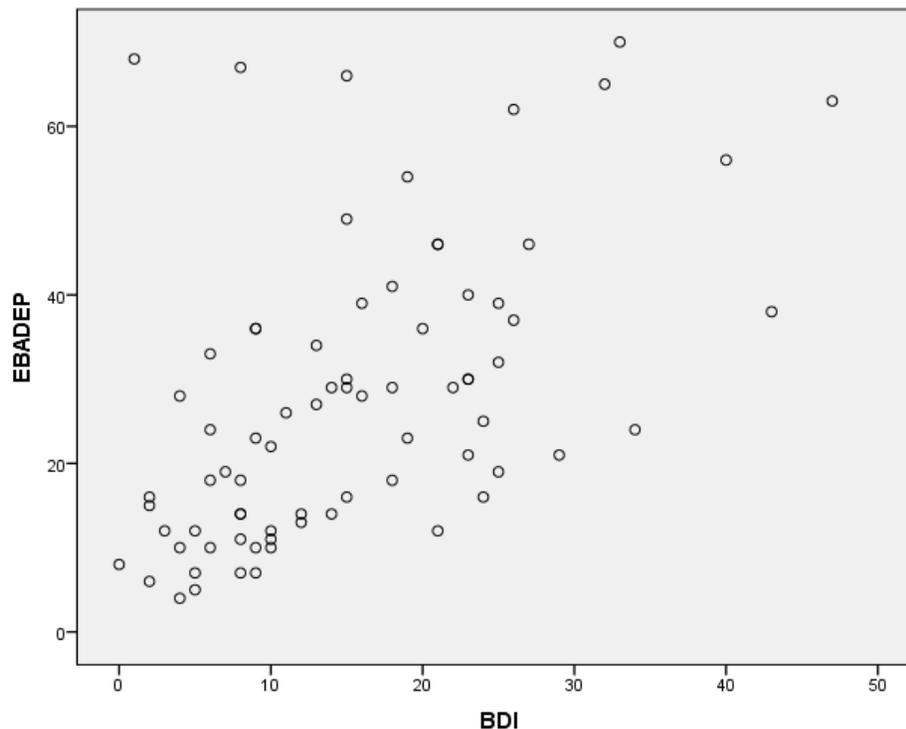


Figura 1. Correlação de Spearman entre os escores da EBADEP-HOSP-AMB e do DBI

Para se comparar os escores da EBADEP-HOSP-AMB por nível de escolaridade de pacientes com lesão encefálica, empregou-se a prova ANOVA e nível de significância de 0,05. Esta análise demonstrou não haverem diferenças significativas dos escores de depressão entre os níveis de escolaridade. Os dados estão disponíveis na Tabela 2.

Tabela 2

Análise de variância ANOVA para os níveis de escolaridade

Variáveis	Soma dos Quadrados	Df	Média Quadrática	F	Sig.
Entre Grupos	848,578	6	141,430	0,445	0,846
Dentro dos Grupos	21628,089	68	318,060		
Total	22476,667	74			

Em seguida, comparou-se os escores da EBADEP-HOSP-AMB por hemisfério afetado, etiologia e tempo da lesão encefálica, a partir da prova MANOVA. Seus resultados revelaram não haverem diferenças significativas entre estes grupos, nem efeito de interação entre as variáveis em questão. Esses resultados podem ser observados na Tabela 3.

Tabela 3

Prova MANOVA para hemisfério afetado, etiologia e tempo da lesão encefálica.

Fonte	Tipo III Soma dos Quadrados	Df	Média Quadrática	F	Sig.	Eta Parcial ao Quadrado
Modelo Corrigido	3922,407 ^a	12	326,867	1,013	0,459	0,263
Interceptar	2912,609	1	2912,609	9,027	0,005	0,210
Tempo lesão	522,457	1	522,457	1,619	0,212	0,045
Hemisfério afetado	36,000	2	18,000	0,056	0,946	0,003
Etiologia	1152,357	3	384,119	1,190	0,328	0,095
Hemisfério afetado * Etiologia	1943,854	6	323,976	1,004	0,439	0,151
Erro	10970,827	34	322,671			
Total	52078,000	47				
Corrigida Total	14893,234	46				

Nota: * R Squared = 0,263 (Adjusted R Squared =0,003)

Analisando-se especificamente os resultados da comparação dos escores da EBADEP-HOSP-AMB por tempo de lesão, identificou-se que os pacientes que tem de 3 a 11 meses de lesão tenderam a ter maiores escores de depressão em comparação aos demais grupos, sendo que, quanto maior o tempo de lesão, menor a média da EBADEP-HOSP-AMB. Essas análises estão demonstradas na Tabela 4 e Tabela 5.

Tabela 4

Análise de variância ANOVA por tempo de lesão

Grupos	Soma dos Quadrados	Df	Média Quadrática	F	Sig.
Entre Grupos	2517,824	3	839,275	2,986	0,037
Dentro dos Grupos	19958,843	71	281,110		
Total	22476,667	74			

Tabela 5

Análise por tempo de lesão

Tempo de lesão	N	1	2
Mais de 5 anos	14	20,5714	
De 3 a 5 anos	23	24,5217	
De 1 a 2 anos	30	29,8000	29,8000
De 3 a 11 meses	8		41,1250
Sig.		0,302	0,072

Nota: Subset for alpha = 0.05

Means for groups in homogeneous subsets are displayed:

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 14,639.

b. The group sizes are unequal.

The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

A seguir são descritos os parâmetros de ajuste, as medidas do Rasch e os erros de medida para os itens e as pessoas. Em relação aos itens, a média do *infit* foi de 1,02 ($DP= 0,22$) e a média do *outfit* foi de 1,09 ($DP=0,72$). Os valores do *infit* variaram entre 0,67 a 1,84. A variação do *outfit* foi de 0,46 a 5,04. A média da medida do Rasch (aderência ao item) foi convencionalmente estabelecida a zero ($DP=0,61$), com valores mínimo e máximo de -1,03 e 1,35 *logits*, respectivamente. A média do erro de medida foi 0,17 ($DP=0,03$), com valor mínimo de 0,15 e máximo de 0,27. Uma síntese dos resultados referentes aos itens pode ser observada na Tabela 6.

Tabela 6

Parâmetros de ajuste do Modelo de Rasch dos itens

Parâmetros	Escore	<i>Infit</i>		<i>Outfit</i>		erro	RASCH
	Total	MNSQ	ZSTD	MNSQ	ZSTD		
Média	48,3	1,02	0,0	1,09	0,0	0,17	0,00
D.P.	21,6	0,22	1,2	0,72	1,4	0,03	0,61
Máximo	91,0	1,84	2,7	5,04	4,8	0,27	1,35
Mínimo	11,0	0,67	-2,4	0,46	-2,1	0,15	-1,03

No que tange às pessoas, as médias do *infit* e do *outfit* foram 0,99 ($DP=0,25$) e 1,09 ($DP=0,66$), respectivamente. O *infit* variou de 0,48 a 1,82, enquanto que o *outfit* oscilou entre 0,45 e 5,11. A média da medida de Rasch (traço) das pessoas foi de -0,66 logits ($DP=0,76$) e os valores mínimo e máximo foram -2,19 e 1,10, respectivamente. A média do erro de medida foi 0,23 ($DP=0,05$) e os valores mínimo e máximo foram 0,19 e 0,44, respectivamente. Na Tabela 7 pode ser observada uma análise dos resultados referentes às pessoas.

Tabela 7

Parâmetros de ajuste do Modelo de Rasch das pessoas

Parâmetros	Escore	<i>Infit</i>		<i>Outfit</i>		<i>Erro</i>	<i>RASCH</i>
	Total	<i>MNSQ</i>	<i>ZSTD</i>	<i>MNSQ</i>	<i>ZSTD</i>		
Média	27,7	0,99	0,0	1,09	0,1	0,23	-0,66
<i>D.P.</i>	17,3	0,25	1,3	0,66	1,3	0,05	0,76
Máximo	70,0	1,82	4,2	5,11	3,9	0,44	1,10
Mínimo	4,0	0,48	-3,8	0,45	-2,5	0,19	-2,19

No que se refere aos índices de ajuste, tanto as pessoas como os itens apresentaram problemas com valores de *infit* e *outfit* acima do patamar 1,5, sugerido por Linacre (2002) como limite máximo para se aceitar um item na escala. Em relação aos itens, 2 itens tiveram desajustes de *infit* (6 “Não tenho vontade de fazer coisas que gostava antes” e 3 “Sinto que as pessoas não me apoiam”) e 4 itens tiveram desajustes de *outfit* (6 “Não tenho vontade de fazer coisas que gostava antes”, 3 “Sinto que as pessoas não me apoiam”, 9 “Não continuo a (o) mesma (o) com as pessoas” e 23 “Prefiro a solidão”). Examinando-se detalhadamente os valores dos *infits* e *outfits*, observa-se que foram encontrados valores acima de 1,5 para *infit*, ou seja, com um número maior de

resíduos e acima de 2 para *outfit*, que aponta alta incidência de ruídos. Foram observados que os mesmos dois itens, 6 “Não tenho vontade de fazer coisas que gostava antes” e 3 “Sinto que as pessoas não me apoiam”, apresentaram um número maior de resíduos tanto no *infit*, relativo ao desempenho próximo as habilidades dos sujeitos, quanto no *outfit*, mais distantes dos níveis de habilidade. Também os itens 9 “Não continuo a (o) mesma (o) com as pessoas” e 23 “Prefiro a solidão” apresentaram desajustes de *outfit*. O índice de separação foi 2,89, sugerindo no máximo a separação de duas faixas de desempenho nos itens em questão.

No que se refere às pessoas, 10 tiveram problemas de *outfit* e somente duas de *infit*. Isso revela que tanto nos itens como nas pessoas houve maiores desajustes de *outfit*, ou seja, houve padrões de concordância inesperados em regiões da curva característica dos itens em que a probabilidade de endosso é acima de 50% ou abaixo disto e não na sua região central. Pessoas que deveriam ter maior concordância a itens fáceis não o tiveram e vice versa. Apesar disto, esta quantidade de desvios é pequena, sobretudo por se tratar de uma população ainda não estudada pela EBADEP-HOSP-AMB e de um instrumento em construção. É interessante observar ainda que o índice de separação dos itens sugere que até três faixas podem ser separadas.

Por meio da teoria de resposta ao item (TRI), realizou-se uma análise dos valores limiares (*thresholds*), buscando limiares entre as respostas e os itens que foram mais fáceis e mais difíceis. A figura 2 ilustra os itens da EBADEP-HOSP-AMB e suas posições, de acordo com os valores dos limiares. Seguindo a sugestão do índice de separação, optou-se por separar 2 faixas de desempenho nos escores da EBADEP-HOSP-AMB que são apresentadas abaixo.

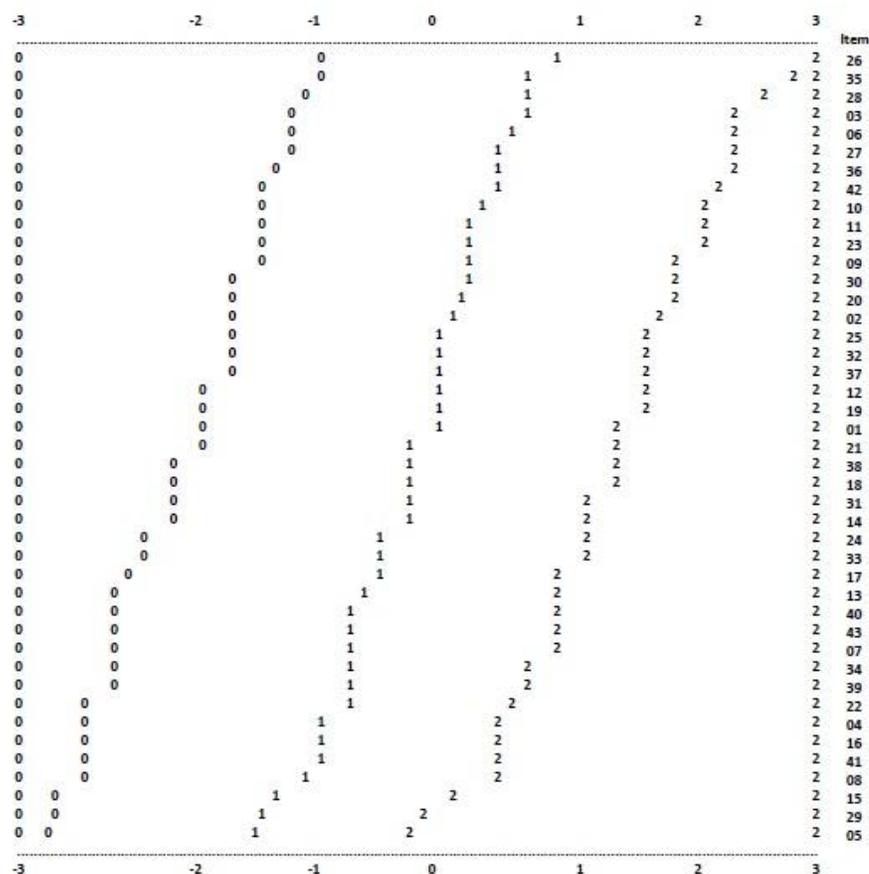


Figura 2. Itens da EBADEP-HOSP-AMB conforme análise *Rasch half point thresholds*

Como é possível observar na Figura 2, os itens 05 (“Parece que me falta alguma coisa na vida”), 29 (“Perco a paciência por muito pouco”), e 15 (“Está mais difícil decidir sobre as coisas”) da EBADEP-HOSP-AMB foram os mais fáceis, demonstrando, pois, menor traço de depressão. Ao passo em que os itens 26 (“Morrer é a solução para os problemas”) e 35 (“Tenho pensado em me machucar”) foram os mais difíceis, assim demonstrando maior traço de depressão.

Na primeira faixa de desempenho (pessoas com menor nível de depressão na EBADEP-HOSP-AMB) os participantes tendem a concordar em um ponto nos itens 25 (“Minha vida está cada vez pior”), 32 (“Sinto-me com disposição”), 37 (“Venho me sentido culpada(o) pelos problemas”), 12 (“Faço planos para o futuro”), 19 (“Nada vai bem na minha vida”) e 01 (“Sinto-me cada vez mais sozinha(o”). Também nessa faixa de

desempenho, em um nível menor de frequência, houve concordância em um ponto nos itens 02 (“Gosto da minha aparência”), 20 (“Comecei a inventar desculpas para ficar em casa sozinha(o)”), 30 (“Pensar no futuro me desanima”), 09 (“Continuo a(o) mesma(o) com as pessoas”), 23 (“Prefiro a solidão”), 11 (“Minhas atitudes me parecem normais”) e 10 (“O meu futuro será melhor”).

Na segunda faixa de desempenho que separa pacientes mais depressivos, existe uma tendência a concordar em 2 pontos nos itens 31 (“Quando algo dá errado, acho que a culpa é minha”), 14 (“Estou acreditando menos em mim”), 24 (“Tenho me sentido angustiada(o)”) e 33 (“Meus dias têm sido vazios”). Nessa mesma faixa de desempenho, com menor frequência há concordância em 2 pontos nos itens 01 (“Sinto-me cada vez mais sozinha(o)”), 21 (“Conseguo me concentrar nas atividades”), 38 (“Meus dias tem sido bons”) e 18 (“Sinto-me feliz com minha vida”), e daí por diante cada vez com menor frequência, nesta faixa de concordância, até o item mais difícil na EBADEP-HOSP-AMB.

Discussão

Esta pesquisa se refere a sintomas da depressão em pacientes após lesão encefálica, com idade de 18 a 60 anos. Estudos originais realizados com amostras formadas por pacientes com lesão encefálica, comumente, incluem idosos (Cavalcante et al., 2010; Costa et al., 2011; Fernandes et al., 2012; Nogueira & Teixeira, 2012; Nunes et al., 2014; Rangel et al., 2013). No entanto, essa faixa etária não fez parte dos critérios de inclusão dos participantes deste estudo. O número reduzido de pesquisas sobre o tema, com pacientes adultos, limitou as comparações com os achados deste trabalho.

No que se refere ao perfil sociodemográfico da amostra, a idade média dos participantes do presente trabalho foi de 44 anos, menor que a idade média dos participantes do estudo de Falcão et al. (2004) e dos participantes do estudo de Fróes et al. (2011), 52 anos e 58,8 anos, respectivamente, que também realizaram pesquisas originais com amostras formadas por pacientes adultos com lesão encefálica. A lesão encefálica dos pacientes do presente texto foi causada por Acidente Vascular Cerebral (AVC), por traumatismo cranioencefálico ou por outra etiologia, enquanto que, nos estudos de Falcão et al. (2004) e de Fróes et al. (2011), a etiologia da lesão foi AVC. Considerando que dados de estudos originais sugerem que essa doença ocorre com maior frequência em pessoas com faixa etária superior (Cavalcante et al., 2010; Costa et al., 2011; Falcão et al., 2004; Fernandes et al., 2012; Nunes et al., 2014; Rangel et al., 2013), ficou evidenciada a tendência de idade mais elevada entre pacientes adultos com lesão encefálica cuja etiologia é AVC, do que entre pacientes adultos com a mesma lesão por outras causas. Na tentativa de contribuir com um melhor entendimento sobre isso, realça-se que em amostras de pacientes acometidos por traumatismo cranioencefálico e assistidos em instituições de saúde de Teresina, local da realização desta pesquisa, existiu a ocorrência de um número maior de pacientes na faixa etária de 21 a 40 anos (Lopes et al., 2013; Marques et al., 2014).

Comparando o perfil sociodemográfico da amostra de pacientes do presente estudo com os das amostras do estudo de Falcão et al. (2004) e de Fróes et al. (2011), observa-se que se trata de adultos atendidos em instituições de saúde nas capitais Teresina, Recife e Fortaleza, respectivamente. Nessas amostras, há como tendência o predomínio de pacientes do sexo masculino, com estado civil casado ou com outro tipo de união e com níveis mais baixos de escolaridade, sendo analfabetos ou possuindo o ensino fundamental incompleto ou completo. Por se tratar de moradores de três capitais da mesma região do país e que se limitam geograficamente, esse perfil predominante pode refletir em fatores de risco coincidentes para a população desses locais, que se relacionam com as causas desse tipo de lesão, o que pode justificar investigações. Nessa perspectiva, cita-se Rangel et al. (2013), que apontaram a relação entre a baixa escolaridade e a alta incidência de AVC, principalmente devido às dificuldades de acesso à informação, de conscientização dos cuidados com a saúde e de manutenção de estilo de vida que favoreça a qualidade de vida relacionada à saúde.

Em relação à ocupação, a maioria (41,3%) dos pacientes após lesão encefálica participantes do presente estudo estava afastada do trabalho por motivo de saúde. Vale referir que eram adultos com idade média de 44 anos, o que representa idade considerada produtiva e com tendência de maior ocorrência de trabalhadores. Esses, no caso de serem acometidos, poderão ser afastados de suas atividades produtivas por dificuldades em relação à manutenção da condição de trabalho anterior à lesão. Dos participantes do estudo de Falcão et al. (2004), apenas 25% dos pacientes do sexo masculino e 4,5% do sexo feminino mantiveram a condição de trabalhador após o AVC. Sobre essa situação, os autores referiram ser comum, em casos da doença citada, as sequelas limitarem o retorno ao trabalho produtivo, com cerca de 30 a 40% dos sobreviventes ficando impedidos de voltar ao trabalho devido a algum grau de dependência. Essa estimativa apontada pelos autores é próxima do percentual

apresentado nesta pesquisa, de participantes que estavam afastados do trabalho por motivo de saúde.

Os resultados do estudo de Fróes et al. (2011) evidenciaram que, entre adultos com sequelas de AVC, as modificações físicas influenciam uma baixa funcionalidade, o que pode explicar o afastamento desses pacientes do trabalho. Os participantes do presente estudo estavam sendo atendidos em um centro de reabilitação, devido a limitações e a deficiências físicas adquiridas após lesão encefálica, o que podem ser motivos para o afastamento temporário ou permanente do trabalho anterior. Também, dentre os fatores relacionados ao não retorno ao trabalho após um acometimento neurológico, Falcão et al. (2004) apontam a escolaridade precária. Em relação à escolaridade da amostra do presente estudo, a maioria possuía o ensino fundamental incompleto.

A partir dessa análise, ficou evidenciado que entre pacientes adultos com lesão encefálica há uma tendência de idades maiores entre os acometidos por AVC. Também se evidenciou que há uma tendência maior de lesão encefálica em adultos do sexo masculino, casados ou com algum tipo de união e que possuem menor nível de escolaridade, sugerindo uma relação com fatores socioculturais influentes no estilo de vida e na qualidade da saúde desses adultos. Os dados também sugeriram que fatores decorrentes da lesão encefálica, como a dependência e as limitações físicas, assim como a baixa escolaridade, podem contribuir para o afastamento do trabalho após esse tipo de lesão.

No presente estudo, a Escala Baptista de Depressão (Versão Hospital/Ambulatório) (EBADEP-HOSP-AMB) foi utilizada com uma amostra de pacientes após lesão encefálica, tendo com um dos objetivos específicos buscar evidência de validade baseada nas relações com o Inventário de Depressão Beck (BDI). A EBADEP-HOSP-AMB é de avaliação de sintomas da depressão em processo de validação, direcionada a amostras ambulatoriais e hospitalares. As evidências de validade de um

instrumento psicológico são essenciais e são critérios para o seu uso em avaliação psicológica (*American Educational Research Association (AERA) American Psychological Association (APA) & National Council on Measurement in Education (NCME)*, 2014). Por apresentar boa qualidade psicométrica (Cunha, 2001; Gorestein & Andrade, 1998), a identificação de correlação positiva dos resultados do BDI com os resultados de outro instrumento voltado para avaliar sintomas depressivos aponta que os dois instrumentos possuem boas evidências para rastreamento desses sintomas.

A partir da análise de correlação entre os escores da EBADEP-HOSP-AMB e os escores do BDI, quando aplicados na amostra, o resultado encontrado foi de correlação positiva ($r=0,58$; $p<0,001$). Diferentes autores apresentam interpretações distintas para correlações. Conforme Dancey e Reidy (2006), no que diz respeito à magnitude do coeficiente, correlações com valores entre 0,40 e 0,60 devem ser consideradas moderadas. Já de acordo com Duffy, Mclean e Monshipouri (2011), valores de coeficiente de correlação de 0,40 a 0,69 são interpretados como fortes. O coeficiente de correlação encontrado no estudo entre a EBADEP-HOSP-AMB e o BDI pode ser considerado moderado, se interpretado segundo Dancey e Reidy (2006), ou pode ser considerado forte, se interpretado com base em Duffy et al. (2011). Uma vez que o BDI avalia sintomas da depressão e é um instrumento com maior número de evidências de validade, o resultado encontrado dá suporte para uma evidência de validade para a EBADEP-HOSP-AMB, confirmando a hipótese de correlação positiva entre essas escalas.

A correlação encontrada indica que a EBADEP-HOSP-AMB possui boa evidência para o rastreamento de sintomas da depressão. Neste estudo, a análise descritiva da média e o desvio padrão dos resultados da EBADEP-HOSP-AMB com a amostra de pacientes com lesão encefálica revelou a pontuação média de 27,7 pontos ($DP=17,4$). Analisando os resultados dessa escala em outras amostras de clínica médica, a pontuação média na EBADEP-HOP-AMB dos pacientes com lesão encefálica desta investigação é mais elevada que a pontuação média dos pacientes com dor crônica e sem

diagnóstico clínico de depressão ($M=15,62$), do estudo de Messias (2014), e também é mais elevada que a pontuação média dos pacientes oncológicos ($M=15,33$), do estudo de Sette (2015). De outra forma, a pontuação média dos pacientes com lesão encefálica do presente estudo é mais baixa, porém, próxima da pontuação média identificada em pacientes com dor crônica e diagnosticados clinicamente com depressão ($M=31,42$), participantes do estudo de Messias (2014).

A partir dos resultados da aplicação da EBADEP-HOSP-AMB, pode-se sugerir que a pontuação média dessa escala nos pacientes avaliados para este trabalho é superior às pontuações médias dos pacientes de outras clínicas dos estudos identificados, que também usaram tal escala, com exceção dos pacientes com dor crônica e já diagnosticados com depressão, em que foi identificada pontuação média superior à identificada nesta e nas demais análises citadas.

As pesquisas com a utilização da EBADEP-HOSP-AMB ainda são escassas. Na revisão da literatura realizada para esta pesquisa, não foi identificado qualquer estudo com a utilização da EBADEP-HOSP-AMB em pacientes com lesão encefálica. Portanto, uma comparação entre a pontuação média da amostra desta pesquisa com a de outros textos com amostra de pacientes de clínica neurológica não foi possível.

Segundo o Conselho Federal de Psicologia (2010), é importante conhecer as variáveis relacionadas ao construto avaliado pelo teste psicológico. Conforme Beck e Alford (2011), há a necessidade de maior compreensão do contexto cultural, a fim de evitar o subdiagnóstico ou o diagnóstico errôneo devido às diferenças na vivência e na comunicação dos sintomas da depressão. Nessa direção, é relevante identificar a relação entre o escore da escala de avaliação da depressão e o nível de escolaridade do avaliado.

Em relação ao objetivo específico de comparar os escores da EBADEP-HOSP-AMB por nível de escolaridade de pacientes após lesão encefálica, nesse contexto, de pacientes neurológicos, o menor nível de escolaridade foi o relacionado com a qualidade

da saúde de pacientes (Rangel et al., 2013). Na distribuição do perfil sociodemográfico da amostra, em relação à escolaridade, houve um predomínio de participantes possuindo o ensino fundamental incompleto. A análise realizada demonstrou não haver diferenças significativas dos escores de depressão entre os níveis de escolaridade dos pacientes avaliados pela escala. Dessa forma, foi negada a hipótese de que a escolaridade dos pacientes após lesão encefálica diferencie os escores da EBADEP-HOSP-AMB.

Mayberg et al. (2006), ao discutirem a complexidade da influência de fatores ambientais na etiologia da depressão, pontuaram o desconhecimento da correlação entre depressão e educação. Em termos das repercussões de uma lesão encefálica, ressalta-se, porém, que o menor nível de escolaridade dos pacientes, evidenciado na maioria da amostra neste estudo, tem sido relacionado ao não retorno ao trabalho após o acometimento neurológico (Falcão et al., 2004; Silver et al., 2006), situação também destacada como prevalente na amostra estudada. Essa relação merece atenção, principalmente devido ao afastamento do trabalho poder constituir-se em fator de risco em relação à qualidade de vida (Rangel et al., 2013), podendo influenciar uma difícil adaptação psicossocial, comum após um acometimento por uma lesão encefálica (Lucia et al., 2012). A atenção a essa relação também se torna importante como indício de que o nível da escolaridade é um fator que deve ser fomentado para a inclusão laboral e social de pacientes com lesão encefálica.

São várias as complicações clínicas possíveis após uma lesão encefálica, em que se inclui a depressão, e a localização, a etiologia e o tempo de lesão são fatores apontados como influentes a essas complicações. Nessa perspectiva, outro objetivo específico deste trabalho foi verificar se havia diferença no escore da EBADEP-HOSP-AMB, conforme as variáveis hemisfério afetado, etiologia e tempo da lesão encefálica. A análise não revelou a existência de diferenças significativas de escores entre esses grupos.

Na comparação de pacientes da amostra com lesão no hemisfério direito e pacientes com lesão no hemisfério esquerdo, não foram encontradas diferenças significativas nos escores da EBADEP-HOSP-AMB. Isso significa que não é possível assumir que os escores dessa escala se diferenciem, ao considerar o hemisfério cerebral afetado pela lesão encefálica. Fábregas et al. (2012) apontaram uma associação entre lesões no hemisfério esquerdo e depressão apenas nos primeiros três meses após a lesão. Apontaram também que, posteriormente a esse tempo, não há diferença na predominância da depressão entre os pacientes com lesão no hemisfério esquerdo e os com lesão no hemisfério direito. Vale ressaltar que na amostra do presente estudo não foram identificados pacientes com menos de três meses de lesão encefálica. Assim, foi negada a hipótese prévia de identificação de escore mais elevado da EBADEP-HOSP-AMB em pacientes com lesão encefálica no hemisfério esquerdo.

Quanto à existência de diferença no escore da EBADEP-HOSP-AMB, conforme a etiologia da lesão encefálica dos pacientes, ressalta-se que na amostra desta pesquisa foram identificados pacientes com lesão encefálica causada por AVC (isquêmico ou hemorrágico), por Traumatismo Cranioencefálico (TCE) ou por outra causa (AVC não especificado, Síndrome Parkinsoniana, Arnold Chiari ou Doença de Wilson). Na comparação entre esses grupos da amostra, quando os pacientes foram divididos por etiologia de sua lesão encefálica, também não foram observadas diferenças significativas nos escores da EBADEP-HOSP-AMB entre os grupos, ou seja, não é possível afirmar que, em relação aos escores dessa escala, os pacientes se diferenciem ao considerar a etiologia da lesão. O resultado dessa análise pode ser melhor compreendido com o fato de lesões por AVC ou por TCE, etiologias da maioria da amostra, ocorrerem tanto em hemisfério direito como em hemisfério esquerdo e, neste estudo, não ter sido identificada diferença na predominância da depressão ao considerar o hemisfério cerebral afetado pela lesão encefálica. Mayberg et al. (2006) referem que a diversidade de sintomas clínicos da depressão é um argumento contra uma etiologia associada a uma localização

cerebral, tipo de lesão ou sistema neuroquímico únicos. Os autores afirmam que os sintomas da depressão afetam vários circuitos cerebrais funcionalmente interligados.

Quanto à relação entre manifestações depressivas e tempo decorrido desde a lesão, na literatura pesquisada há controvérsias. Robinson e Starkstein (2006) encontraram índices de prevalência da depressão de 27% após duas semanas de AVC, 22% após três meses, 34% após seis meses, 14% após 12 meses e 21% após 24 meses. Os dados não demonstraram uma relação clara entre o tempo decorrido desde a lesão e o índice encontrado da depressão. Também não houve a demonstração de uma relação compreensiva entre tempo de lesão e a presença da depressão na discussão de Fukujima (2010) sobre os sintomas dos pacientes acometidos por AVC, em que se postula que a depressão está tanto entre as principais complicações agudas do AVC quanto entre as tardias ou as sequelas. Quanto à relação entre depressão e tempo de lesão, causada por TCE, Oliveira et al. (2012) apontaram estudo com 66 pacientes avaliados, com 1, 3, 6 e 12 meses de lesão, e os resultados mostraram que, em cada período, aproximadamente 25% dos pacientes tinham depressão, não apresentada relação entre aumento do tempo de lesão e diminuição ou aumento do índice de depressão.

De forma diferente, e apontando relações entre sintomatologia depressiva e tempo de lesão encefálica, Fábregas et al. (2012) associaram o hemisfério cerebral acometido por AVC e o desenvolvimento da depressão, afirmando que lesões no hemisfério esquerdo estão mais associadas à depressão nos primeiros três meses. Terroni et al. (2009), na revisão de literatura, com o objetivo de avaliar a relação entre depressão após AVC e prejuízo cognitivo, sugeriram ser frequente essa associação nos primeiros três meses após o AVC. Rangel et al. (2013) citam que, entre pacientes com AVC, a porcentagem de sintomas depressivos após o evento é de 40%; reduzindo para 23% no terceiro mês; 18% no sexto mês e 16,6% durante a reabilitação. O estudo conduzido por Barker-Collo et al. (2015), ao analisar a prevalência da depressão em uma amostra de 315 pacientes, durante o primeiro ano após o TCE, encontrou como resultado uma

redução significativa dos pacientes identificados com depressão, entre a avaliação com um e seis meses de TCE e a avaliação com 12 meses de TCE, demonstrando que a predominância da depressão diminuiu com o tempo da lesão.

Quando a amostra deste estudo foi separada por tempo de lesão encefálica, constataram-se diferenças significativas na comparação dos escores da EBADEP-HOSP-AMB, entre os pacientes com três a 11 meses, com uma a dois anos, com três a cinco anos e com mais de cinco anos de lesão. Os escores no grupo de pacientes com tempo de lesão de três a 11 meses foram significativamente maiores que os escores dos pacientes dos grupos com mais tempo de lesão, confirmando a hipótese de escore mais elevado da EBADEP-HOSP-AMB em pacientes com menos tempo de lesão, com diminuição dos escores à medida que aumenta o tempo de lesão dos pacientes.

Existe uma associação entre eventos geradores de estresse e o início de um episódio depressivo (Furlanetto & Brasil, 2006; Mayberg et al., 2006) e, ainda que cada paciente reaja de forma diferente, é sabido que adoecimento, hospitalização e trauma são estressores possíveis. Sobre variáveis que contribuem para a recuperação do paciente após uma lesão encefálica, Sohlberg e Mateer (2009) citam o tempo. Afirmam que a recuperação é mais rápida e significativa durante os seis primeiros meses. Ressalvam também que, conforme o tempo passa, pode haver adaptação à lesão cerebral. Robinson e Starkstein (2006) sugerem que os sintomas da depressão após lesão podem alterar-se com o tempo. Nessa perspectiva, o evento da lesão pode contribuir com manifestações de sintomas da depressão e o passar do tempo pode influir de forma significativa na diminuição desses sintomas, o que pode explicar escore mais alto da EBADEP-HOSP-AMB entre pacientes com menor tempo de lesão, e escore mais baixo entre os com mais tempo de lesão encefálica, conforme dados evidenciados na análise.

No processo de avaliação com instrumentos psicológicos, tem-se a variável que se pretende medir, os itens do instrumento utilizado e as respostas dadas a esses itens pelos avaliados (Sisto, 2006). Quanto aos itens do instrumento, segundo Urbina (2007, p. 213),

“são as unidades que o compõem e os meios pelos quais as amostras de comportamento dos testandos são coletadas”. A composição dos itens em uma escala deve ser unidimensional, ou seja, formar um conjunto homogêneo que avalia uma única variável. No caso deste estudo, as respostas dadas aos itens da escala EBADEP-HOSP-AMB devem revelar como as manifestações dos sintomas da depressão se aplicam aos avaliados. Em se tratando das respostas dadas aos itens, é relevante o conhecimento sobre a distribuição de respostas ou variabilidade dessas nos diferentes pontos da escala, como também indicações de tendência central. Essas informações permitem identificar, por exemplo, a ocorrência de itens extremos, respostas dadas que se concentram nos pontos mais elevados ou baixos da escala (Conselho Federal de Psicologia, 2010).

Nesta pesquisa, a análise pelo modelo de Rasch foi feita visando identificar o ajuste das pessoas e dos itens ao modelo antes de estabelecer o mapa de itens. Identificou-se que a precisão das pessoas e dos itens foram boas. A precisão das pessoas indica a replicabilidade das respostas das pessoas que poderiam se esperar caso essa amostra fosse submetida a outro grupo de itens que avaliam o mesmo construto. Essa medida é melhorada por um erro pequeno nas estimativas das habilidades das pessoas, como foi o caso. A precisão dos itens informa a replicabilidade dos itens se os mesmos indicadores fossem aplicados à outra amostra com níveis de habilidades similares (Bond & Fox, 2001). Em relação à média dos itens, essa foi maior que a média das pessoas, o que indica a tendência da amostra a responder com maior frequência às opções de resposta cujos sentidos indicam pouca sintomatologia depressiva. Vale ressaltar que houve pessoas com níveis muito baixos de depressão que a escala EBADEP-HOSP-AMB não apresentou itens suficientes para mensurar. Também houve itens que mediram níveis de depressão elevados que nenhum sujeito da amostra em questão apresentou. Tal fato revela que a escala avaliou, para esses pacientes, níveis de depressão mais elevados que as pessoas de fato apresentam na amostra em questão.

Quanto aos parâmetros de ajuste dos itens e das pessoas, a análise revelou problemas com os valores de *infit* e *outfit* acima do patamar 1,5. Porém, as médias foram valores próximos ao padrão esperado, que é 1,0, apontando boa adequação ao modelo Rasch (Linacre, 2002). Tais resultados levam a crer que os percentuais de desajuste podem ser considerados baixos. Em relação aos itens, dois deles tiveram desajustes de *infit*, os de número 06 (“Não tenho vontade de fazer coisas que gostava antes”) e 03 (“Sinto que as pessoas não me apoiam”), e quatro itens tiveram desajustes de *outfit*, os de número 06 (“Não tenho vontade de fazer coisas que gostava antes”), 03 (“Sinto que as pessoas não me apoiam”), 09 (“Não continuo a (o) mesma(o) com as pessoas”) e 23 (“Prefiro a solidão”). Os itens 06 e 03 apresentando um número maior de resíduos tanto no *infit* quanto no *outfit*. O *infit* de um item reflete a ocorrência de padrões de respostas inesperados por pessoas que têm um nível de habilidade próximo a sua dificuldade. Já o *outfit* refere-se à ocorrência de pessoas com alta probabilidade de acerto ou responderem equivocadamente, ou o oposto (Nunes & Primi, 2013).

Itens com altos índices de desajuste ao modelo indicam a ocorrência de padrões inesperados de respostas. Nessa situação, o item 06 da EBADEP-HOSP-AMB avalia a vontade de fazer coisas que gostava antes. Sugere-se que uma das explicações para o desajuste a esse item seja resultante da alta frequência de pacientes de doenças clínicas que não fazem as coisas que gostavam antes devido a diferentes fatores (biológicos, históricos, ambientais e psicológicos), e esse comportamento também seja manifestação de um sintoma da depressão (Silver et al., 2006). Ainda na situação de desajuste, cita-se o item 03 dessa escala que avalia a percepção de apoio recebido pelo paciente. Sugere-se, no caso desse item, que uma das explicações para seu desajuste seja devido à situação diferenciada de assistência recebida pelos pacientes em hospitais e ambulatórios, como, também, dos cuidadores, e da diminuição das atividades e contatos sociais anteriores (Robinson & Starkstein, 2006), o que pode ser manifestação de sintoma da depressão.

No que se refere às pessoas, dez tiveram problemas de *outfit* e somente duas de *infit*. Analisando os índices de ajustes, as duas que tiveram problemas com valores de *infit* também tiveram problemas com *outfit*. Foi observado que essas possuíam características concordantes e que se diferenciaram das características da maioria da amostra, possuíam nível superior completo e eram aposentadas. Sugere-se, pois, no caso dessas pessoas, que uma das explicações para esses índices de desajuste seja sua situação sociocultural diferenciada que pode favorecer respostas que manifestem adaptação psicossocial às modificações advindas do adoecimento.

A análise revelou que tanto nos itens como nas pessoas houve maiores desajustes de *outfit*, ou seja, houve padrões de concordância inesperados em regiões da curva características dos itens em que a probabilidade de acerto é acima de 50% ou abaixo disso e não na sua região central. Pacientes que deveriam ter maior concordância a itens fáceis não o tiveram e vice-versa. Apesar disso, essa quantidade de desvios é pequena, sobretudo por se tratar de uma população ainda não estudada com o uso da EBADEP-HOSP-AMB e por ser um instrumento em construção. Dessa forma, é confirmada a hipótese de que a estrutura interna da EBADEP-HOSP-AMB mostra uma adequação ao modelo Rasch.

Quanto às posições dos itens dessa escala no mapa, foi verificado que os itens mais fáceis foram os de número 05 (“Parece que me falta alguma coisa na vida”), 29 (“Perco a paciência por muito pouco”) e 15 (“Está mais difícil decidir sobre as coisas”). De outro modo, os itens mais difíceis foram os de número 26 (“Morrer é a solução para os problemas”), 35 (“Tenho pensado em me machucar”) e 28 (“Não gosto de mim”). No caso deste estudo, interpreta-se a dificuldade do item como a frequência de resposta que pontua dois, ou seja, os itens denominados como difíceis são aqueles que apresentaram baixa frequência de resposta para a alternativa que pontua o valor dois, enquanto os itens denominados como fáceis tiveram alta frequência de resposta para essa alternativa.

Merece destaque o fato de que, em escalas que avaliam sintomas da depressão, os itens mais difíceis são os que avaliam sintomas mais específicos do transtorno, como os relacionados ao humor deprimido ou às ideias suicidas, diferentes dos que avaliam sintomas secundários, que são mais fáceis e que, por si só, não têm significado clínico para a depressão (Baptista & Souza et al., 2012). Dessa forma, sugere-se que os conteúdos dos itens mais fáceis da EBADEP-HOSP-AMB – 05, 29 e 15 – apontam para sintomas secundários de depressão identificados nos pacientes com lesão encefálica. Sugere-se, ainda, que os conteúdos dos itens mais difíceis – 26, 35 e 28 – apontam para sintomas específicos da depressão verificados nesses pacientes a partir da aplicação dessa escala.

É relevante apontar que, na avaliação de pacientes da clínica médica, a resposta a um item de uma escala de avaliação de sintomas da depressão pode estar relacionada a outras características do paciente, que se sobrepõem aos sintomas depressivos. E, conforme Furlanetto e Brasil (2006), é importante conhecer, em pacientes com doenças físicas, a frequência dos sinais e dos sintomas da depressão que podem ser facilmente explicados pela doença física ou hospitalização. Na amostra desta pesquisa, a lesão encefálica foi a situação clínica comum a todos os pacientes. Conforme Rodrigues et al. (2011), esse acometimento neurológico está dentre as principais causas de limitações, de incapacidades ou de deficiências, podendo ocorrer perdas físicas, cognitivas, afetivo-emocionais e sociais nos pacientes. Assim, o conteúdo de um item fácil da EBADEP-HOSP-AMB respondido por um paciente com lesão encefálica pode estar diretamente relacionado às repercussões da própria lesão. Dessa forma, sugere-se que os itens 05, 29 e 15 apontam para sintomas secundários da depressão, mas também para as repercussões da lesão encefálica.

Nessa perspectiva, foi identificado, dentre os itens mais fáceis da EBADEP-HOSP-AMB, o item 15, no qual o conteúdo indica coletar informação sobre indecisão. As funções executivas, que incluem tomada de decisão, comumente são prejudicadas após a lesão

encefálica (Rao & Munro et al., 2010; Silver et al., 2006), contribuindo para que o sintoma da indecisão fique mais fácil de ser identificado em um paciente após lesão. O item 29 também foi identificado dentre os mais fáceis e seu conteúdo indica informação sobre irritabilidade, manifestação frequente entre pacientes após lesão encefálica (Lúcia et al., 2012; Silver et al., 2006). Quanto ao item 05, item mais fácil da escala, e o item 41 (“As coisas me agradam menos que antigamente”), também posicionado como um item fácil, seus conteúdos informam alterações de humor, também comuns após uma lesão encefálica. Segundo Lucia et al. (2012), a presença de humor depressivo nesses pacientes pode ser consequência da difícil adaptação psicossocial que a doença neurológica os submete.

Continuando a analisar os itens mais fáceis dessa escala, o conteúdo dos itens 16 (“Não consigo me virar sozinha(o)”) e 04 (“Não resolvo meus problemas”) parecem coletar informações de situação de dependência, e essa é uma repercussão comumente identificada em adultos após lesão encefálica, especialmente devido às limitações físicas e ao afastamento do trabalho (Fróes et al., 2011). Também foram relativamente fáceis os itens relacionados às alterações de sono e ao choro. A alteração de sono foi identificada pelo item 17 (“Tenho dificuldades para dormir”), e choro pelos itens 07 (“Tenho chorado muito”) e 08 (“Tenho sentido vontade de chorar”). Nesse caso, foi possível observar diferenças de posição nos itens relacionados ao choro, o que pode ser explicado pelas diferenças na formulação do conteúdo de cada item da escala. Alguns pacientes apresentam alteração no ciclo de sono (Oliveira et al., 2012; Silver et al., 2006; Teixeira et al., 2012), bem como choro fácil (Robinson & Starkstein, 2006; Silver et al., 2006), após o acometimento neurológico.

Ainda por meio da Teoria de Resposta ao Item (TRI), os resultados encontrados pela análise dos valores limiares (*thresholds*) na EBADEP-HOSP-AMB mostraram que os itens mais difíceis foram os de números 26 (“Morrer é a solução para os problemas”), 35 (“Tenho pensado em me machucar”) e 28 (“Não gosto de mim”). Esses resultados

concordam com Baptista e Souza et al. (2012), ao afirmarem que os itens mais difíceis em uma escala que avalia sintomas depressivos são os que avaliam sintomas mais específicos do transtorno. Observa-se uma correspondência no conteúdo dos itens 26 e 35 que envolve ideias suicidas. Paranhos e Werlang (2009) chamam a atenção para os itens que avaliam ideação suicida, pois, se pontuados diferentes de zero, quando associados a qualquer nível de depressão, podem ser preditivos de um potencial para o suicídio. Já o conteúdo do item 28 envolve sentimento negativo relacionado a si próprio. Sobre esse sintoma, Beck e Alford (2011) referem que, nos casos mais severos da depressão, os pacientes podem, além de manifestar a autorrecriação e a autocrítica, abusarem de si mesmos de maneira brutal.

Itens com sintomas mais específicos foram mais difíceis também no estudo original de Baptista e Souza et al. (2012), que, para comparar os resultados da Escala de Depressão (EDEP) e do *Center for Epidemiological Studies of Depression* (CES-D), realizaram análise dos valores limiares (*thresholds*). Na EDEP, entre os mais difíceis, encontraram o sintoma ideação suicida e na CES-D um sintoma central da depressão relacionado ao humor deprimido. Importante frisar que a EBADEP-HOSP-AMB, utilizada nesta discussão, foi construída a partir dos descritores da EDEP, posteriormente denominada EBADEP-A, e essas escalas concordam no que se refere ao item relacionado ao sintoma ideação suicida ser mais difícil.

A análise de concordância de respostas aos itens da EBADEP-HOSP-AMB por faixa de desempenho revelou que, entre os pacientes avaliados com menor nível de depressão, houve uma tendência a concordar com a resposta “às vezes” aos itens 25 (“Minha vida está cada vez pior”), 32 (“Sinto-me com disposição”), 37 (“Venho me sentido culpada(o) pelos problemas”), 12 (“Faço planos para o futuro”), 19 (“Nada vai bem na minha vida”) e 01 (“Sinto-me cada vez mais sozinha(o”). Essa resposta, “às vezes”, a esses itens sugere que pacientes com lesão encefálica e com indicativos de menor nível da depressão vivenciam com uma determinada frequência os sintomas relacionados ao

humor deprimido, à paralisia da vontade, à culpa a si próprio, à desesperança e à perda de vínculos emocionais. Beck e Alford (2011) apontam que essas manifestações podem ser verificadas nas intensidades leve, moderada e grave da depressão. Podem, também, ser identificadas como queixas de pacientes que, devido a lesão encefálica, sofrem com a adaptação às modificações nas suas relações e nas atividades que realizavam antes do acometimento neurológico. Como exemplo dessas modificações, foi verificada, na análise do perfil sociodemográfico deste estudo, que a maioria da amostra estava afastada do trabalho por motivo de saúde, o que pode influenciar a satisfação, as expectativas e os vínculos. Incapacidades funcionais e desajuste social são complicações frequentes da lesão encefálica (Fukujima, 2010).

Entre os pacientes avaliados pela EBADEP-HOSP-AMB com maior nível de depressão houve uma tendência a concordar em mais frequência com resposta indicativa de sintomatologia depressiva aos itens 31 (“Quando algo dá errado, acho que a culpa é minha”), 14 (“Estou acreditando menos em mim”), 24 (“Tenho me sentido angustiada(o)”) e 33 (“Meus dias têm sido vazios”). Tal análise revelou que pacientes com lesão encefálica e com indicativos de maior nível da depressão vivenciam com grande frequência os sintomas relacionados à autorrecriminação, à autoavaliação negativa e ao humor deprimido. Essas manifestações também são apontadas por Beck e Alford (2011) como possíveis sintomas em estados leves, moderados e graves da depressão. Contudo, no estado grave da depressão tais sintomas são mais extremados para maior nível, como foi o caso observado na faixa de desempenho com pacientes mais depressivos da amostra. Coster et al. (2005) referem que o humor deprimido nos pacientes com acometimento neurológico foi o melhor discriminador entre pacientes com e sem depressão.

Ainda nessa faixa de desempenho de pacientes avaliados pela EBADEP-HOSP-AMB com um nível mais elevado de depressão, em uma posição de sintomas mais difíceis, houve uma tendência a concordar com respostas indicativas de depressão aos

itens 03 (“Sinto que as pessoas me apoiam”), 06 (“Tenho vontade de fazer coisas que gostava antes”), 27 (“Gosto da minha vida”) e 36 (“Tenho pensado mais sobre morte”). Na análise pelo modelo de Rasch, visando identificar o ajuste dos itens ao modelo, identificou-se que os itens 03 e 06 apresentaram um número maior de resíduos tanto no *infit* quanto no *outfit*. Em relação ao conteúdo dos itens 27 e 36, esses se referem à satisfação com a vida ou ao pensamento de morte, respectivamente. Em pacientes com depressão, o interesse pela morte indica a gravidade do transtorno e assume diversas formas. Em algumas situações, os pacientes pensam na morte, porém tentam repelir esse pensamento (Beck & Alford, 2011), o que pode explicar a tendência dos itens 27 e 36 concordarem.

As análises apresentam evidências empíricas de validade para a EBADEP-HOSP-AMB. Evidenciam os itens dessa escala que são mais difíceis e mais fáceis, apontando para relação entre os mais fáceis e as repercussões da doença clínica dos participantes. Mostram a tendência a concordar com respostas no nível mais elevado e no nível menos elevado de sintomatologia depressiva. Esses resultados apoiam a utilidade da EBADEP-HOSP-AMB com amostra clínica de pacientes após lesão encefálica e o conhecimento de como itens comunicam o nível da sintomatologia depressiva.

Considerações Finais

O presente estudo visou contribuir para a área da avaliação psicológica no contexto da saúde e teve como objetivo realizar estudos de validade para Escala Baptista de Depressão (Versão Hospital/Ambulatório) – EBADEP-HOSP-AMB com amostra clínica de pacientes após lesão encefálica. O resultado encontrado dá suporte à evidência de validade para a EBADEP-HOSP-AMB, com correlação positiva entre essa escala e o Inventário de Depressão Beck – BDI. Assim, atesta a validade da EBADEP-HOSP-AMB para identificar sintomas da depressão. Sendo uma escala de rastreamento de sintomatologia depressiva, direcionada a amostras ambulatoriais e hospitalares, as informações sobre seu uso e sobre o que comunica com amostra clínica de pacientes após lesão encefálica, sustentadas pelos dados empíricos da pesquisa, apoiam a utilidade da EBADEP-HOSP-AMB para esse fim.

Sobre as relações dos seus escores com a variável nível de escolaridade e com as variáveis hemisfério afetado, etiologia e tempo da lesão encefálica, só foi evidenciada diferença significativa dos escores dessa escala quando comparados, por tempo da lesão, com pacientes que têm de três a 11 meses de lesão, tendendo a escores mais elevados em comparação aos pacientes com mais tempo de lesão. Por diferenciar os sintomas da depressão na amostra ao comparar por tempo da lesão encefálica, ficou em realce a utilidade da EBADEP-HOSP-AMB desde os primeiros meses após o acometimento neurológico como uma das fontes de informação para a identificação de sintomas depressivos. É reconhecida a utilidade de um teste para monitoramento, dessa forma, sugere-se que, por diferenciar a variável tempo de lesão, essa escala apresenta condições adequadas para acompanhar, ao longo do tempo, as manifestações da sintomatologia depressiva em pacientes após lesão encefálica.

Devido os resultados desta pesquisa encontrarem média de escores da EBADEP-HOSP-AMB em valor expressivo, ao ser comparada com a média identificada em estudos

com amostras de pacientes de outras clínicas médicas, utilizando essa mesma escala, alerta-se para a importância do rastreamento da sintomatologia da depressão de forma precoce em pacientes após lesão encefálica. Vale ressaltar que dados epidemiológicos revelam o elevado número de casos de lesão encefálica e que a associação do acometimento neurológico com a depressão tem sido amplamente estudada e evidenciada.

Este estudo teve, também, como objetivo analisar a EBADEP-HOSP-AMB por meio do Modelo de Rasch. Os resultados apresentaram boa adequação dos itens e das pessoas ao modelo, e bons índices de precisão, com a escala avaliando, para os pacientes da amostra, níveis de depressão mais elevados que as pessoas de fato apresentavam. Alvitrou-se que itens mais fáceis avaliam sintomas secundários da depressão e relacionados com as repercussões da lesão encefálica. Sugeriu-se, ainda, que itens mais difíceis avaliam sintomas específicos do transtorno depressivo, os que envolvem sentimentos negativos relacionados a si próprios e os que envolvem ideias suicidas. Também foram mais difíceis e os pacientes tenderam a concordar com os itens que avaliam a satisfação com a vida e o pensamento de morte, na faixa de desempenho dos que tinham nível mais intenso de sintomatologia depressiva. Assim, ficou evidente que, com o uso do instrumento em questão, é importante averiguar os sintomas identificados por seus itens, pois esses podem servir de referência para tomada de decisões quanto a possíveis estratégias e intervenções preventivas ou para contribuir com o diagnóstico precoce do transtorno depressivo. Deve-se ressaltar que o resultado de uma escala de avaliação da depressão, apesar de ser relevante, não é considerado suficiente para que um diagnóstico clínico seja concluído.

Quanto às limitações deste estudo, aponta-se: o número de pacientes da amostra; e as poucas pesquisas originais utilizadas como parâmetro de comparação dos resultados encontrados, em relação aos estudos com amostra de pacientes adultos com lesão encefálica. Contudo, merece menção que o tamanho das amostras com pacientes de

clínicas médicas específicas dos estudos psicométricos brasileiros de escalas de avaliação da depressão, identificados nesta investigação, situa-se, em sua maioria, de 30 até 120 pacientes (Cunha, 2001; Dias, 2008; Marcolino et al., 2007), o que ocorre também com as amostras de pacientes que utilizaram a EBADEP-HOSP-AMB (Messias, 2014; Sette, 2015). Em relação à faixa etária, a maioria dos estudos identificados com amostra de pacientes com lesão encefálica inclui idosos (Cavalcante et al., 2010; Costa et al., 2011; Fernandes et al., 2012; Nunes et al., 2014), limitando o número de pesquisas utilizadas para comparação com os resultados desta análise, restrita aos adultos (Fróes et al., 2011; Nogueira & Teixeira, 2012; Rangel et al., 2013).

No que se refere à inexistência de estudos empíricos com a utilização da EBADEP-HOSP-AMB, com amostra de pacientes da mesma clínica médica, neurológica, foi impossível comparação dos resultados; reconhece-se esse fato como limitação para maior compreensão dos dados deste estudo. No entanto, aponta-se ser indicado seu uso com esses pacientes por se tratar de um instrumento voltado especificamente à avaliação de pacientes em contexto hospitalar ou ambulatorial, com seus itens avaliando menos os sintomas somáticos, o que minimiza serem confundidos com os da doença de base. Por meio do uso da referida escala, é possível acrescentar que se mostrou de fácil e rápida aplicação, exigindo várias respostas – simples – do paciente, o que é de extrema importância para com pacientes que apresentam alguma limitação decorrente da lesão. Pesquisas futuras são necessárias na busca de outras evidências de validade e para comparação com os resultados encontrados por esta análise.

Sendo expressivo o percentual de casos da depressão, especialmente no primeiro ano após lesão encefálica, com reconhecidos influentes negativos para a qualidade de vida, para evolução clínica e para a reabilitação, sugere-se que, na assistência aos pacientes com esse tipo de lesão, devam estar incluídos, entre seus objetivos, a avaliação de sintomas depressivos, prioritariamente e continuamente, e cuidado especial deva ser dado aos que possuem o perfil semelhante ao predominante identificado.

Referências

- Almeida, S. R. M. (2012). Análise epidemiológica do Acidente Vascular Cerebral no Brasil. *Revista Neurociências*, 20(4), 481-482.
- Alves, G. A. da S., Souza, M. S. de, & Baptista, M. N. (2011). Validade e precisão de testes psicológicos. Em R. A. M. Ambiel, I. S. Rabelo, S. V. Pacanaro, G. A. da S. Alves & I. F. A. DE S. Leme (Orgs.), *Avaliação psicológica: guia de consulta para estudantes e profissionais de psicologia*. (pp. 109-128). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- American Educational Research Association (AERA) American Psychological Association (APA) & National Council on Measurement in Education (NCME). (2014). *Standards for educational and psychological testing*. Washington: AERA, APA, NCME.
- Aros, M. S., & Yoshida, E. M. P. (2009). Estudos da depressão: instrumentos de avaliação e gênero. *Boletim de Psicologia*, 59(130), 61-76.
- Associação Psiquiátrica Americana (APA). (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*. (5. ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Baptista, M. N. (2011). *Escala Baptista de Depressão – (Versão Ambulatório) – EBADEP-HOSP-AMB*. (Dissertação/Mestrado), Programa de Pós-Graduação *Stricto sensu* em Psicologia da Universidade São Francisco, Itatiba, SP.
- Baptista, M. N. (2012). *Escala Baptista de Depressão: versão adulto*. São Paulo: Vetor.
- Baptista, M. N., Argimon, I. I. L., & Yoshida, E. M. P. (2012). Escalas de avaliação de sintomas depressivos. Em E. Boruchovitch, A. A. A. Santos & E. Nascimento (Orgs.), *Avaliação psicológica nos contextos educativo e psicossocial* (pp. 255-280). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Baptista, M. N., Carneiro, A. M., & Sisto, F. F. (2010). Estudo psicométrico de escalas de depressão (EDEP e BDI) e o Inventário de Percepção de Suporte Familiar – IPSF. *Psicologia em Pesquisa*, 4(01), 65-73.

- Baptista, M. M., & Carneiro, A. M. (2011). Validade da escala de depressão: relação com ansiedade e *stress* laboral. *Estudos de Psicologia*, 28(3), 345-352.
- Baptista, M. N., Capitão, C. G., & Scortegagna, S. A. (2006). Evaluación psicológica en la salud: contextos actuales. *Estudios Sociales: Revista de Investigación Científica*, 14(28), 137-161.
- Baptista, M. N., & Gomes, J. O. (2011). Escala Baptista de Depressão (Versão Adulto) – EBADEP-A: evidências de validade de construto e de critério. *Psico – USF*, 16(2), 151-161.
- Baptista, M. N., Sisto, F. F., Noronha, A. P., & Argimon, I. (2010). Avaliação em depressão: principais técnicas. Em A. A. A. Santos, E. N. Boruchovitch & F. F. Sisto (Orgs.), *Perspectiva em avaliação psicológica* (pp. 41-63). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Baptista, M. N., Souza, M. S. de, & Alves, G. A. da S. (2008). Evidências de validade entre a Escala de Depressão (EDEP), o BDI e o Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF). *Psico-USF*, 13(2), 211-220.
- Baptista, M. N., Souza, M. S.; Gomes, J. O., Alves, G. A. da S., & Carneiro, A. M. (2012). Validade convergente e comparação de itens entre Edep e CES-D. *Psicologia: teoria e prática*, 14(1), 140-152.
- Baptista, M. N., Vargas, J. F., & Baptista, A. S. D. (2008). Depressão e qualidade de vida em uma amostra brasileira de obesos mórbidos. *Avaliação Psicológica*, 7(2), 235-247.
- Barbosa, M. N. M., Ferreira, R. S., & Barbosa, D. M. (2012). Neuropsicologia no traumatismo cranioencefálico e no acidente vascular encefálico. Em L. Caixeta & S. B. Ferreira (Eds.), *Manual de Neuropsicologia dos princípios à reabilitação* (pp. 205-214). São Paulo: Editora Atheneu.
- Barker-Collo, S., Jones, A., Jones, K., Theadom, A., Dowell, A., Starkey, N., & Feigin, V. L. (2015). Prevalence, natural course and predictors of depression 1 year following

- traumatic brain injury from a population-based study in New Zealand. *Brain Injury*, 29(7-8), 859-865.
- Beck, A. T., & Alford, B. A. (2011). *Depressão: causas e tratamento*. Porto Alegre: Artmed.
- Bighetti, C. A., Alves, G. A. da S., & Baptista, M. N. (2014). Escala Baptista de Depressão (EBADEP-A): evidências de validade com o Big Five. *Avaliação Psicológica*, 13(1), 29-36
- Bolfarine, H., & Bussab, W. (2005). *Elementos de Amostragem*. São Paulo: Edgard Blucher.
- Bond, T.G., & Fox, C. M. (2001). *Applying the Rasch model: Fundamental measurement in the human sciences*. Mahwah, N.J.: Erlbaum.
- Braz, J. M., Silva, M. R., Gois, C. F. L., Braz, T. M., Santos, V., & Silva, L. A. S. M. (2012). Sintomas depressivos e adesão ao tratamento entre pessoas com diabetes *mellitus* tipo 2. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 13(5), 1092-1099.
- Caixeta, L., & Reimer, C. H. R. (2012). Depressão e cognição. Em L. Caixeta & S. B. Ferreira (Eds.), *Manual de Neuropsicologia dos princípios à reabilitação* (pp. 159-170). São Paulo: Editora Atheneu.
- Calil, H. M., & Pires, M. L. N. (1998). Aspectos gerais das escalas de avaliação de depressão. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25(5), 240-244.
- Cangussu, R. de O., Soares, T. B. de C., Barra, A. de A., & Nicolato, R. (2010). Sintomas depressivos no câncer de mama: inventário de depressão de Beck – *Short Form*. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(2), 106-110.
- Carvalho, R. do C. (2010). Acidente vascular cerebral: atualizações. Em E. C. Miotto, M. C. S. de Lucia & M. Scaff (Orgs.), *Neuropsicologia e as interfaces com as neurociências* (pp. 99-105). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Cavalcante, T. F., Moreira, R. P., Araujo, T. L. de, & Lopes, M. V. de O. (2010). Fatores demográficos e indicadores de risco de acidente vascular encefálico: comparação entre moradores do município de Fortaleza e o perfil nacional. *Revista Latino-*

- Americana de Enfermagem*, 18(4), 1-6.
- Chaturvedi, S. K. (2005). Opções limitadas para o diagnóstico da depressão. Em M. Maj & N. Sartorius (Orgs.), *Transtornos depressivos*. (pp. 72-73). (2. ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Conselho Federal de Psicologia. (2010). *Avaliação Psicológica: diretrizes na regulamentação da profissão*. (1. ed.). Brasília: CFP.
- Costa, F. G., Coutinho, M. da P. de L., & Santana, I. O. de. (2014). Insuficiência renal crônica: representações sociais de pacientes com e sem depressão. *Psico-USF*, 19(3), 387-398.
- Costa, F. A. da, Silva, D. L. A. da, & Rocha, V. M. da. (2011). The neurological state and cognition of patients after a stroke. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(5), 1081-1086.
- Costa, R. Q. M. da, Porto, F. H. de G., & Marrocos, R. P. (2013). Dissociation of depression from apathy in traumatic brain injury. *Dement Neuropsychol*, 7(3), 312-315.
- Coster, L. de, Leentjens, A. F., Lodder, J., & Verhey, F. R. (2005). The sensitivity of somatic symptoms in post-stroke depression: a discriminant analytic approach. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(4), 358-362.
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Custódio, E. M. (2007). Inserção da avaliação psicológica na saúde: breve relato sobre a experiência brasileira. Em M. M. M. Siqueira, S. N. de Jesus & V. B. de Oliveira (Orgs.), *Psicologia da saúde: teoria e pesquisa* (pp. 243-256). São Bernardo do Campo: Universidade Metodista de São Paulo.
- Custódio, E. M. (2011). Avaliação psicológica no setor da saúde. Em R. Primi (Org.), *Temas em avaliação psicológica* (pp. 37-55). (2. ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo. Porto Alegre: IBAP – Instituto Brasileiro de Avaliação Psicológica.
- Dancey, C. P., & Reidy, J. (2007). *Estatística sem matemática para Psicologia: usando*

- SPSS para Windows*. (3. ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Delfini, A. B. L., Roque, A. P., & Peres, R. S. (2009). Sintomatologia ansiosa e depressiva em adultos hospitalizados: rastreamento em enfermagem clínica. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 2(1), 12-22.
- Del Porto, J. A. (2000). Conceito de depressão e seus limites. Em B. Lafer, O. P. Almeida, R. Fráguas Júnior & E. C. Miguel (Orgs.), *Depressão no ciclo da vida* (pp. 20-28). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Dessotte, C. A. M., Silva, F. S., Furuya, R. K., Ciol, M. A., Hoffman, J. M., & Dantas, R. A. S. (2015). Sintomas depressivos somáticos e cognitivo-afetivos entre pacientes com doença cardíaca: diferenças por sexo e idade. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(2), 208-215.
- Dias, C. C. (2008). *Evidências de validade convergente e discriminante para a Escala de Depressão – EDEP em uma amostra no contexto hospitalar*. (Dissertação de Mestrado), Programa de Pós-Graduação *Stricto sensu* em Psicologia da Universidade São Francisco, São Francisco, Itatiba.
- Duffy, S. P., McLean, S. L., & Monshipouri, M. (2011). *Pearson's r correlation*. Recuperado de <http://faculty.quinnipiac.edu/libarts/polsci/Statistics.html>
- Fábregas, B. C., Dias, F. M. V., Fontenelle, L. F., & Teixeira, A. L. (2012). Neuropsiquiatria do Acidente Vascular Encefálico. Em A. L. Teixeira & A. Kummer (Orgs.), *Neuropsiquiatria clínica* (pp. 287-294). Rio de Janeiro, Rubio.
- Falcão, I. V., Carvalho, E. M. F. de, Barreto, K. M. L., Lessa, F. J. D., & Leite, V. M. M. (2004). Acidente vascular cerebral precoce: implicações para adultos em idade produtiva atendidos pelo Sistema Único de Saúde. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 4(1), 95-102.
- Fernandes, T. G., Goulart, A. C., Campos, T. F., Lucena, N. M. G., Freitas, K. L. A., Trevisan, C. M., Benseñor, I. M., & Lotufo, P. A. (2012). Early stroke case-fatality rates in three hospital registries in the Northeast and Southeast of Brazil. *Arquivos de*

- Neuro-Psiquiatria*, 70(11), 869-873.
- Ferreira, R. de A., Lessa, J. M., & Teixeira, A. L. (2012). Neurologia dos sintomas afetivos. Em A. L. Teixeira & A. Kummer (Orgs.), *Neuropsiquiatria clínica* (pp. 333-343). Rio de Janeiro, Rubio.
- Fonseca, R. P., & Parente, M. A. de M. P. (2007). Perfis neuropsicológicos de lesados de hemisfério direito: implicações para o diagnóstico e a reabilitação. Em E. C. Macedo, L. I. Z. de. Mendonça, B. B. G. Schlecht, K. Z. Ortiz & D. A. de. Azambuja (Orgs.), *Avanços em Neuropsicologia: das pesquisas à aplicação clínica* (pp. 61-71). São Paulo, Livraria Santos Editora.
- Fróes, K. S. dos S. O., Valdés, M. T. M., Lopes, D. de P. L. e O., & Silva, C. E. P. da. (2011). Factors associated with health-related quality of life for adults with stroke sequelae. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 69(2), 371-376.
- Fukujima, M. M. (2010). Acidente Vascular Cerebral. Em K. Z. Ortiz (Org.), *Distúrbios neurológicos adquiridos: linguagem e cognição* (pp. 34-46). (2. ed.). Barueri-SP: Manole.
- Furlanetto, L. M., & Brasil, M. A. (2006). Diagnosticando e tratando depressão no paciente com doença clínica. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 55(1), 8-19.
- Gagliardi, R. J. (2010). Acidente vascular cerebral ou acidente vascular encefálico? Qual a melhor nomenclatura?. *Revista de Neurociências*, 18(2), 131-132.
- Gaudêncio, T. G., & Leão, G. de M. (2013). A epidemiologia do traumatismo crânio-encefálico: um levantamento bibliográfico no Brasil. *Revista de Neurociências*, 21(3), 427-434.
- Gioia-Martins, D. F., Medeiros, P. C. da S., & Hamzeh, S. A. (2009). Avaliação psicológica de depressão em pacientes internados em enfermaria de hospital geral. *Psicologia: teoria e prática*, 11(1), 128-141.
- Gomes, J. O. (2013). *Estudos psicométricos da Escala Baptista de depressão – versão adulto (EBADEP-A)*. (Tese de Doutorado), Universidade São Francisco, Itatiba.

- Gonçalves, D. A., Mari, J. de J., Bower, P., Gask, L., Dowrick, C., Tófoli, L. F., Campos, M., Portugal, F. B., Ballester, D., & Fortes, S. (2014). Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(3), 623-632.
- Gorestein, C., & Andrade, L. (1998). Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25(5), 245-250.
- Gudayol-Ferre, E., Guàrdia-Olmos, J., Herrera-Guzmán, I., Però-Cebollero, M., Herrera-Abarca, J., Herrera-Guzmán, D., & Martínez-Medina, P. (2010). Estimación de la prevalencia puntual de alteraciones neuropsicológicas asociadas al trastorno depresivo mayor. *Escritos de Psicología*, 3(4), 21-32.
- Joly, M. C. R. A., & Berberiam, A. de A. (2010). Análise de teses e dissertações em avaliação psicológica disponíveis na BVS-PSI Brasil. *Psicologia Ciência e Profissão*, 30(1), 174-187.
- Julião, M., & Barbosa, A. (2011). Depressão em cuidados paliativos. *Acta Médica Portuguesa*, 24(4), 807-818.
- Linacre J.M. (2002). What do infit and outfit, mean-square and standardized mean? *Rasch Measurement Transactions*, 16(2), 887.
- Lipsey, J. R., Spencer, W. C., Rabins, P. V., & Robinson, R. G. (1986). Phenomenological comparison of poststroke depression and functional depression. *American Journal of Psychiatry*, 143(4), 527-529.
- Lopes, R. D., Costa, P. P., & Carvalho, F. T. de. (2013). Perfil epidemiológico dos pacientes acometidos por trauma cranioencefálico assistidos em um hospital público de Teresina. *Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria*, 7(3), 80-90.
- Lucia, M. C. S. de, Fráguas Junior, R., & Campanholo, K. R. (2012). Depressão em neurologia. Em E. C. Miotto, M. C. S. de Lucia & M. Scaff (Orgs.), *Neuropsicologia clínica* (pp. 341-354). São Paulo: Roca.
- Machado, N., Parcias, S. R., Santos, K. dos, & Silva, M. E. M. da (2009). Transtorno

- depressivo maior: avaliação da aptidão motora e da atenção. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 58(3), 175-180.
- Mayberg, H. S., Keightley, M., Mahurin, R. K., & Brannan, S. K. (2006). Aspectos neuropsiquiátricos dos transtornos afetivos e do humor. Em S. C. Yudofsky & R. E. Hales. *Neuropsiquiatria e neurociências na prática clínica* (pp. 839-860). (4. ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Marcolino, J. A. M., Mathias, L. A. da S. T., Piccinini Filho, L., Guaratini, A. A., Suzuki, F. M., & Alli, L. A. C. (2007). Escala hospitalar de ansiedade e depressão: estudo de validade de critério e da confiabilidade com pacientes no pré-operatório. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 57(1), 52-62.
- Marques, M. A. B., Marques, B. B., & Capitão, C. G. (2014, maio). Perfil de pacientes com traumatismo cranioencefálico admitidos no Centro Integrado de Reabilitação em Teresina – PI. In *I Congresso Brasileiro da SBNp Jovem*. Congresso organizado pela Sociedade Brasileira de Neuropsicologia, Brasil, Minas Gerais, Belo Horizonte.
- 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.
- Messias, C. R. (2014). *Sintomatologia depressiva e associações com dor crônica, saúde geral e suporte social em pacientes fibromiálgicos e oncológicos*. (Dissertação de Mestrado), Universidade São Francisco, Itatiba.
- Ministério da Saúde. Datasus. (2015). *Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)*. Recuperado: 05 de dezembro de 2015. Disponível: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niPI.def>
- Miotto, E. C., & Scaff, M. (2012). Alterações cognitivas e comportamentais associadas aos acidentes vasculares cerebrais. Em E. C. Miotto, M. C. S. de Lucia & M. Scaff (Orgs.), *Neuropsicologia clínica* (pp. 105-116). São Paulo: Roca.
- Mortensen, J. K., Johnsen, S. P., Larsson, H., & Andersen, G. (2015). Early Antidepressant Treatment and All-Cause 30-Day Mortality in Patients with Ischemic Stroke.

- Cerebrovascular Diseases*, 40(1), 81–90.
- Mota, J. F., & Nicolato, R. (2008). Qualidade de vida em sobreviventes de acidente vascular cerebral – instrumentos de avaliação e seus resultados. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 57(2), 148-156.
- Nogueira, M., & Teixeira, M. J. (2012). Central pain due to stroke: cognitive representation and coping according to gender. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 70(2), 125-128.
- Noronha, A. P. P., & Alchieri, J. C. (2011). Reflexões sobre os instrumentos de avaliação psicológica. Em R. Primi (Org.), *Temas em avaliação psicológica* (pp. 19-36). (2. ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo. Porto Alegre: IBAP – Instituto Brasileiro de Avaliação Psicológica.
- Noronha, A. P. P., & Reppold, C. T. (2010). Considerações sobre a avaliação psicológica no Brasil. *Psicologia: Ciências e profissão*, 30(núm. esp.), 192-201.
- Nunes, A. C. B., Costa, J. M. da, Silva, M. A. da, Chaves, T. S., Souza, T. E. de, & Nunes, C. M. P. (2014). “Re”conhecimento dos pacientes com Acidente Vascular Cerebral por meio de um Programa de Educação Tutorial. *Revista Médica de Minas Gerais*, 24(1), 57-63.
- Nunes, C. H. S. da S., & Primi, R. (2010). Aspectos técnicos e conceituais da ficha de avaliação dos testes psicológicos. Em Conselho Federal de Psicologia, *Avaliação psicológica: diretrizes na regulamentação da profissão* (pp. 101-127). Brasília: Autor.
- Nunes, C. H. S. da S., & Primi, R. (2013). Teoria de resposta ao item: conceitos e aplicações na Psicologia e na Educação. Em Hutz, C. S. (Org.), *Avanços e polêmicas em avaliação psicológica: em homenagem a Jurema Alcides Cunha* (pp. 25-69). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ojeda, A. A. O. (2005). Diagnóstico dos transtornos depressivos: sistemas taxonômicos e prática clínica. Em M. Maj & N. Sartorius (Orgs.), *Transtornos depressivos* (pp. 74-75). (2. ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Okasha, A. (2005). Subdiagnóstico da depressão: seu impacto nas comunidades. Em M.

- Maj & N. Sartorius (Orgs.), *Transtornos depressivos* (pp. 71-72). (2. ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Oliveira, E., Lavrador, J. P., Santos, M. M., & Antunes, J. L. (2012). Traumatismo crânio-encefálico: abordagem integrada. *Acta Médica Portuguesa*, 25(3), 179-192.
- Oliveira, G. N. M. de, Araujo Filho, G. M. de, Kummer, A., Salgado, J. V., Portela, E. J., Sousa-Pereira, S. R., & Teixeira, A. L. (2011). Inventário de depressão de Beck (BDI) e escala de depressão de Hamilton (HAM-D) em pacientes com epilepsia. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 60(2), 131-134.
- Ovsiew, F. (2006). Neuropsiquiatria à cabeceira do paciente: evocando os fenômenos clínicos das doenças neuropsiquiátricas. Em S. C. Yudofsky & R. E. Hales (Orgs.), *Neuropsiquiatria e neurociências na prática clínica* (pp. 145-180). (4. ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Paranhos, M. E., & Werlang, B. G. (2009). Diagnóstico e intensidade da depressão. *Barbarói*, 2(31), 111-125.
- Parcias, S., Rosário, B. P. do, Sakae, T., Monte, F., Guimarães, A. C. A., & Xavier, A. J. (2011). Validação da versão em português do inventário de depressão maior. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 60(3), 164-70.
- Pinheiro, R. C., Uchida, R. R., Mathias, L. A. da S. T., Perez, M. V., & Cordeiro, Q. (2014). Prevalência de sintomas depressivos e ansiosos em pacientes com dor crônica. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 63(3), 213-219.
- Porcú, M., Franzi, R., Abreu, P. B. de, Previdelli, I. T. S., & Astolfi, M. (2011). Prevalência de transtornos depressivos e de ansiedade em pacientes obesos submetidos à cirurgia bariátrica. *Acta Scientiarum. Health Sciences*, 33(2), 165-171.
- Price, T. R. P., Goetz, K. L., & Lovell, M. R. (2006). Aspectos neuropsiquiátricos dos tumores cerebrais. Em S. C. Yudofsky & R. E. Hales (Orgs.), *Neuropsiquiatria e neurociências na prática clínica* (pp. 629-652). (4. ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Radanovic, M. (2012). Demências subcorticais. Em E. C. Miotto, M. C. S. de Lucia & M.

- Scaff, (Orgs.), *Neuropsicologia clínica* (pp. 291-300). São Paulo: Roca.
- Rangel, E. S. S., Belasco, A. G. S., & Diccini, S. (2013). Qualidade de vida de pacientes com acidente vascular cerebral em reabilitação. *Acta Paulista de Enfermagem*, 26(2), 205-212
- Rao, V., Munro, C. A., Rosenberg, P., Ward, J., Bertrand, M., Degoankar, M., Horská, A., Pham, D., Yousem, D. M., & Barker, P. B. (2010). Neuroanatomical correlates of depression in post traumatic brain injury: preliminary results of a pilot study. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 22(2), 231-235.
- Ribas, G. C. (2010). Traumatismo cranioencefálico. Em K. Z. Ortiz (Org.), *Distúrbios neurológicos adquiridos: linguagem e cognição* (pp. 241-276). (2. ed.). Barueri-SP: Manole.
- Ribeiro, D. S., Cerqueira Filho, E. A. de, Losapio, M. F., & Sena, E. P. (2009). Terapia medicamentosa na depressão pós-acidente vascular cerebral. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 58(2), 135-142.
- Robinson, R. G., & Starkstein, S. E. (2006). Aspectos neuropsiquiátricos dos distúrbios cerebrovasculares. Em S. C. Yudofsky & R. E. Hales (Orgs.), *Neuropsiquiatria e neurociências na prática clínica* (pp. 605-628). (4. ed.) Porto Alegre: Artmed.
- Rodrigues, P. A., Schewinsky, S. R., & Alves, V. L. R. (2011). Estudo sobre depressão reativa e depressão secundária em pacientes após acidente vascular encefálico. *Revista Acta Fisiátrica*, 18(2), 60-65.
- Rombaldi, A. J., Silva, M. C., Gazelli, F. K., Azevedo, M. R., & Hallal, P. C. (2010). Prevalência e fatores associados a sintomas depressivos em adultos do sul do Brasil: estudo transversal de base populacional. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 13(4), 620-629.
- Rozenthal, M., Laks, J., & Engelhardt, E. (2004). Aspectos neuropsicológicos da depressão. *Revista de Psiquiatria*, 26(2), 204-212.

- Salomé, G. M., Blanes, L., & Ferreira, L. M. (2011). Avaliação de sintomas depressivos em pessoas com diabetes *mellitus* e pé ulcerado. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 38(5), 327-333.
- Salveti, M. G., Pimenta, C. A. M., Lage, L. V., Oliveira, Junior, J. O., & Rocha, R. O. (2007). Auto-eficácia e sintomas depressivos em doentes com dor crônica. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(3), 111-117.
- Santos, E. G. dos S., & Siqueira, M. M. (2010). Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(3), 238-246.
- Seel, R. T., Kreutzer, J. S. (2003). Depression assessment after traumatic brain injury: an empirically based classification method. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 84(11), 1621–1628.
- Sette, C. P. (2015). Suporte social, qualidade de vida e depressão em pacientes oncológicos. (Dissertação de Mestrado), Universidade São Francisco, São Francisco, Itatiba.
- Shields, C., Ownsworth, T., O'Donovan, A., & Fleming, J. (2015). A transdiagnostic investigation of emotional distress after traumatic brain injury. *Neuropsychological Rehabilitation*, 28(1), 1-36.
- Silva, M. T., Galvão, T. F., Martins, S. S., & Pereira, M. G. (2014). Prevalence of depression morbidity among Brazilian adults: a systematic review and meta-analysis. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 36(3), 262-270.
- Silver, J. M., Hales, R. E., & Yudofsky, S. C. (2006). Aspectos neuropsiquiátricos das lesões cerebrais traumáticas. Em S. C. Yudofsky & R. E. Hales (Orgs.), *Neuropsiquiatria e neurociências na prática clínica* (pp. 527-563). (4. ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Simon, G. E., & Von Korff, M. (2006). Medical co-morbidity and validity of DSM-IV depression criteria. *Psychological Medicine*, 36(1), 27-36.

- Sisto, F. F. (2006). O funcionamento diferencial dos itens. *Psico-USF*, 11(1), 35-43.
- Skorikov, V. B., & Vandervoort, D. J. (2003). Relationships between the underlying constructs of the Beck depression inventory and the center for epidemiological studies depression scale. *Educational and Psychological Measurement*, 63(2), 313-335.
- Sohlberg, M. M., & Mateer, C. A. (2009). *Reabilitação cognitiva: uma abordagem neuropsicológica integrativa*. São Paulo: Livraria Santos Editora.
- Sousa, R. L. de, Medeiros, J. G. M. de, Moura, A. C. L. de, Souza, C. L. e M. de, & Moreira, I. F. (2007). Validade e fidedignidade da Escala de Depressão Geriátrica na identificação de idosos deprimidos em um hospital geral. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56(2), 102-107.
- Souza, B. F. de, Moraes, J. A. de, Inocenti, A., Santos, M. A. dos, Silva, A. E. B. de C., & Miasso, A. I. (2014). Women with breast cancer taking chemotherapy: depression symptoms and treatment adherence. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(5), 866-873.
- Souza, M. S. de, Baptista, M. N., & Alves, G. A. da S. (2015). Estudos psicométricos preliminares da Escala Baptista de Depressão para Adultos. *Estudos de Psicologia*, 32(3), 357-370.
- Souza, B. P. F. de, Torquato Júnior, M. A. A., & Soares, S. M. de S. R. (2010). Prevenção de depressão pós-AVC. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 37(4), 182.
- Spanemberg, L. (2010). Depressão e sintomas depressivos: confusão conceitual. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(3), 258.
- Starkstein, S. E., & Lischinsky, A. (2002). Diagnosis, phenomenology and treatment of poststroke depression. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(1), 44-49.
- Stefanis, C. N., & Stefanis, N. C. (2005). Diagnóstico dos transtornos depressivos: uma revisão. Em M. Maj & N. Sartorius (Orgs.), *Transtornos depressivos* (pp. 13-49). (2. ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Stefanello, B., & Furlanetto, L. M. (2012). Ideação suicida em pacientes internados em

- enfermarias de clínica médica: prevalência e sintomas depressivos associados. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 61(1), 2-7.
- Talarico, T. R., Venegas, M. J., & Ortiz, K. Z. (2011). Perfil populacional de pacientes com distúrbios da comunicação humana decorrentes de lesão cerebral, assistidos em hospital terciário. *Revista. CEFAC*, 13(2), 330-339.
- Tavares, N. U. L., Costa, K. S., Mengue, S. S., Vieira, M. L. F. P., Malta, D. C., & Silva Júnior, J. B. da. (2015). Uso de medicamentos para tratamento de doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 24(2), 315-323.
- Teixeira, M. J., Andrade, A. F. de, Paiva, W. S., Amorim, R. L. O. de, & Guirado, V. P. (2012). Alterações cognitivas no traumatismo cranioencefálico. Em E. C. Miotto, M. C. S. de Lucia & M. Scaff (Orgs.), *Neuropsicologia clínica* (pp. 137-147). São Paulo: Roca.
- Telles-Correia, D., & Barbosa, A. (2009). Ansiedade e depressão em medicina: modelos teóricos e avaliação. *Acta Médica Portuguesa*, 22, 89-98.
- Terroni, L. de M. N., Mattos, P. F., Sobreiro, M. de F. M., Guajardo, V. D., & Fráguas, R. (2009). Depressão pós-AVC: aspectos psicológicos, neuropsicológicos, eixo HHA, correlato neuroanatômico e tratamento. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 36(3), 100-108.
- Thomas, C. V., & Alchieri, J. C. (2005). Qualidade de vida, depressão e características de personalidade em pacientes submetidos à hemodiálise. *Avaliação Psicológica*, 4(1), 57-64
- Tranel, D. (2006). Neuroanatomia funcional: correlatos neuropsicológicos de lesões corticais e subcorticais. Em S. C. Yudofsky & R. E. Hales (Orgs.), *Neuropsiquiatria e neurociências na prática clínica* (pp. 77-112). (4. ed.) Porto Alegre: Artmed.
- Urbina, S. (2007). *Fundamentos da testagem psicológica*. Porto Alegre: Artmed.

World Health Organization (WHO). (2012). *Depression: A Global Crisis*. *World Mental Health Day*. Recuperado: 18 de janeiro de 2016. Disponível: http://www.who.int/mental_health/management/depression/en/.

Xavier, F. M. F., Ferraz, M. P. T., Bertollucci, P., Poyares, D., & Moriguchi, E. H. (2001). Episódio depressivo maior, prevalência e impacto sobre qualidade de vida, sono e cognição em octogenários. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(2), 62-70.

Anexo 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Paciente)

TÍTULO DA PESQUISA: SINTOMAS DA DEPRESSÃO APÓS LESÃO ENCEFÁLICA

Eu,....., RG....., abaixo assinado, dou meu consentimento livre e esclarecido para participar como voluntário do projeto de pesquisa supra-citado, sob a responsabilidade do(s) pesquisador(es) Maria Andréia Bezerra Marques e do Profº Dr. Cláudio Garcia Capitão do Curso de Doutorado em Psicologia do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia da Universidade São Francisco.

Assinando este Termo de Consentimento estou ciente de que:

1 - O objetivo da pesquisa é identificar sintomas da depressão em pacientes com lesão encefálica e realizar estudos psicométricos da Escala Baptista de Depressão (Versão Hospital/Ambulatório) - EBADEP-HOSP-AMB;

2- Durante o estudo responderei a um questionário de informações pessoais e clínicas, serei submetido à instrumentos psicológicos que objetivam a avaliação de sintomas da depressão, o que deve ocorrer em um tempo estimado de 1 hora;

3 - Obtive todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre a minha participação na referida pesquisa;

4- A resposta a este (s) instrumento(s)/ procedimento(s) não causam riscos conhecidos à minha saúde física e mental, não sendo provável, também, que causem desconforto emocional;

5 - Estou livre para interromper a qualquer momento minha participação na pesquisa, o que não me causará nenhum prejuízo;

6 – Meus dados pessoais serão mantidos em sigilo e os resultados gerais obtidos na pesquisa serão utilizados apenas para alcançar os objetivos do trabalho, expostos acima, incluída sua publicação na literatura científica especializada;

7 - Poderei contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade São Francisco para apresentar recursos ou reclamações em relação à pesquisa pelo telefone: 11 - 24548981;

8 - Poderei entrar em contato com o responsável pelo estudo, Profº Dr. Cláudio Garcia Capitão sempre que julgar necessário pelo telefone: 11 - 24548981;

9- Este Termo de Consentimento é feito em duas vias, sendo que uma permanecerá em meu poder e outra com o pesquisador responsável.

Local, _____ data

Assinatura do Sujeito de Pesquisa: _____

Assinatura do Pesquisador Responsável: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(Responsável)

TÍTULO DA PESQUISA: SINTOMAS DA DEPRESSÃO APÓS LESÃO ENCEFÁLICA

Eu, RG abaixo assinado responsável legal de....., dou meu consentimento livre e esclarecido para que ele(a) participe como voluntário do projeto de pesquisa supra-citado, sob a responsabilidade do(s) pesquisador(es) Prof^o Dr. Cláudio Garcia Capitão e de Maria Andréia Bezerra Marques do Curso de Doutorado em Psicologia do Programa de Pós-Graduação Stricto Senso em Psicologia da Universidade São Francisco.

Assinando este Termo de Consentimento estou ciente de que:

1 - O objetivo da pesquisa é identificar sintomas da depressão em pacientes com lesão encefálica e realizar estudos psicométricos da Escala Baptista de Depressão (Versão Hospital/Ambulatório) - EBADEP-HOSP-AMB;

2- Durante o estudo o paciente responderá a um questionário de informações pessoais e clínicas, será submetido à instrumentos que objetivam a avaliação de sintomas da depressão, o que deve ocorrer em um tempo estimado de 1 hora;

3 - Obtive todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre a sua participação na referida pesquisa;

4- A resposta a este (s) instrumento(s)/ procedimento(s) não apresentam riscos conhecidos à sua saúde física e mental, não sendo provável, também, que causem desconforto emocional;

5 - Estou livre para interromper a qualquer momento sua participação na pesquisa, bem como ele estará livre para interromper a sua participação, não havendo qualquer prejuízo decorrente da decisão;

6 – Seus dados pessoais serão mantidos em sigilo e os resultados gerais obtidos na pesquisa serão utilizados apenas para alcançar os objetivos do trabalho, expostos acima, incluída sua publicação na literatura científica especializada;

7 - Poderei contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade São Francisco para apresentar recursos ou reclamações em relação à pesquisa pelo telefone: 11 - 24548981;

8 - Poderei entrar em contato com o responsável pelo estudo, Prof^o Dr. Cláudio Garcia Capitão, sempre que julgar necessário pelo telefone 11 - 24548981;

9- Este Termo de Consentimento é feito em duas vias, sendo que uma permanecerá em meu poder e outra com o pesquisador responsável.

_____, _____
Local data

Assinatura do Responsável: _____

Assinatura do Pesquisador Responsável: _____

Anexo 2 - Questionário de Informações Pessoais e Clínicas

Data: ___/___/____

Variáveis Pessoais

1. Nome: _____

2. Idade (em anos completos): _____

3. Sexo: () Feminino () Masculino

4. Estado civil:

() Solteiro () Casado ou algum tipo de união () Separado ou divorciado () Viúvo

5. Escolaridade:

() Analfabeto

() Ensino Fundamental Incompleto

() Ensino Fundamental Completo

() Ensino Médio Incompleto

() Ensino Médio Completo

() Ensino Superior Incompleto

() Ensino Superior Completo

() Curso Profissionalizante

6. Ocupação atual:

() Não trabalhando

() Afastado do trabalho por motivo de saúde

() Aposentado por motivo de saúde

() Profissional liberal com atividade remunerada

() Profissional liberal sem atividade remunerada

() Trabalhando com vínculo empregatício

() Do lar

Variáveis Clínicas

1. Idade na data da lesão (em anos completos): _____

2. Tempo de lesão na data da avaliação (em anos e meses): _____

3. Tipo de lesão:

() AVC Isquêmico

() AVC Hemorrágico

() Traumatismo Cranioencefálico

() Outro _____

4. Hemisfério mais acometido:

Direito

Esquerdo

Os dois hemisférios

5. Depressão antes da lesão: sim não não especificado

6. Atualmente tem diagnóstico de depressão: sim não

7. Faz uso de medicação para depressão: sim não

Anexo 3 - Roteiro para Busca de Dados em Prontuários

Data: ___/___/____

Nome: _____

Hemisfério cerebral acometido

- Direito
- Esquerdo
- Os dois hemisférios
- Não especificado

Etiologia

- AVC Isquêmico
- AVC Hemorrágico
- Traumatismo Cranioencefálico
- Outro _____

Tempo da lesão encefálica

Em anos e meses: _____