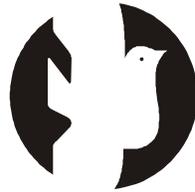


MAYRA SILVA DE SOUZA



UNIVERSIDADE
SÃO FRANCISCO

**EVIDÊNCIAS DE VALIDADE E PRECISÃO PARA A
ESCALA DE DEPRESSÃO DE BAPTISTA E SISTO (EDEP)**

ITATIBA

2010

MAYRA SILVA DE SOUZA

**EVIDÊNCIAS DE VALIDADE E PRECISÃO PARA A
ESCALA DE DEPRESSÃO DE BAPTISTA E SISTO (EDEP)**

Tese apresentada Programa de Pós-Graduação
Stricto Sensu em Psicologia da Universidade de
São Francisco para obtenção do título de doutor.

Aluna: Mayra Silva de Souza

ORIENTADOR: PROF. DR. MAKILIM NUNES BAPTISTA

ITATIBA
2010

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

**EVIDÊNCIAS DE VALIDADE E PRECISÃO PARA A
ESCALA DE DEPRESSÃO DE BAPTISTA E SISTO (EDEP)**

Este exemplar corresponde à redação final da tese de doutorado defendida por Mayra Silva de Souza, sob orientação do Prof. Dr. Makilim Nunes Baptista, aprovada pela comissão examinadora na Universidade São Francisco, campus Itatiba, em 25 de fevereiro de 2010.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dr. Makilim Nunes Baptista
Universidade São Francisco (USF)

Prof. Dr. Marcos Antônio Batista
Universidade do Vale do Sapucaí (UNIVÁS)

Prof. Dr^a Evelyn Boruchovitch
Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)

Prof. Dr^a Ana Paula Porto Noronha
Universidade São Francisco (USF)

Prof. Dr. Cláudio Garcia Capitão
Universidade São Francisco (USF)

ITATIBA
2010

WM 190 S716e	<p>Souza, Mayra Silva de. Evidências de validade e precisão para a Escala de Depressão de Baptista e Sisto (EDEP). / Mayra Silva de Souza. -- Itatiba, 2010. 136 p.</p> <p>Tese (doutorado) – Programa de Pós-Graduação <i>Stricto Sensu</i> em Psicologia da Universidade São Francisco. Orientação de: Makilim Nunes Baptista.</p> <p>1. Depressão. 2. Sensibilidade e especificidade. 3. Escalas de avaliação. 4. Funcionamento diferencial dos itens. 5. Diferenças entre sexos. I. Baptista, Makilim Nunes. II. Título.</p>
-----------------	--

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

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por mais uma etapa vencida.

Aos meus pais, pelo apoio, pelo cuidado em todos os momentos, fáceis ou difíceis desta caminhada. Sem eles eu não conseguiria!

Aos meus familiares, cada qual com sua colaboração...a maneira de cada um. Em especial à minha irmã Larisse e aos meus sobrinhos Lucas e Leo, pelos momentos de descontração e lazer!

Aos muitos amigos, em especial os da Pós-Graduação que acompanharam toda essa minha trajetória acadêmica.

Ao meu orientador Prof. Dr. Makilim Nunes Baptista por todas as oportunidades que me fizeram crescer profissionalmente e também enquanto pessoa. Muito obrigada!

Aos componentes da banca de qualificação, Prof. Dr. Francisco Baptista Assumpção Júnior, Prof.^a Dr.^a Evely Boruchovitch, Prof.^a Dr.^a Ana Paula Porto Noronha e Prof. Dr. Cláudio Garcia Capitão, pelas contribuições que me permitiram enriquecer o trabalho, e nesse momento, pelo acompanhamento e compreensão diante das datas e prazos.

Ao Prof. Dr. Marcos Antônio Batista, que prontamente aceitou o convite para fazer parte da banca de defesa.

À todos os outros professores da Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia, pelo aprendizado nas disciplinas e nos projetos paralelos.

À CAPES, pelo apoio financeiro.

RESUMO

SOUZA, M. S. (2010). *Evidências de validade e precisão para a Escala de Depressão de Baptista e Sisto (EDEP)*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia. Universidade São Francisco, Itatiba.

Esta pesquisa teve como objetivo a realização dos estudos de validade e precisão com a Escala de Depressão de Baptista e Sisto (EDEP), buscando: a) evidências entre a EDEP e critério diagnóstico (transtorno depressivo maior), com base nos índices de sensibilidade e especificidade; b) evidências de validade baseadas na estrutura interna dos itens da EDEP, por meio de análise fatorial e funcionamento diferencial do item (DIF); c) evidências de validade por padrões de correlações da depressão com depressão, ansiedade, desesperança e ideação suicida; d) avaliar a precisão da EDEP, por meio do alfa de *Cronbach*; e e) buscar diferenças entre os sexos, grupos de participantes e eventos de vida estressantes em relação aos escores obtidos pela EDEP. Foram participantes 771 pessoas, sendo 691 universitários, 40 depressivos e 40 não-depressivos; 70,25% do sexo feminino, com idades de 17 a 69 anos (M=26, DP=8,60). Para a coleta de dados foram utilizadas uma ficha de caracterização, a *SCID-CV* (para confirmação diagnóstica dos pacientes depressivos), a EDEP e as escalas Beck (BDI, BAI, BHS e BSI). 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 indicou 2 fatores responsáveis por 35,32% da variância total explicada. Dos 75 itens da EDEP, 23 apresentaram DIF, sendo 14 mais facilmente endossados por homens (traduzindo sintomas de sono, desempenho nas tarefas, desesperança, falta de apoio/ajuda, mudança de comportamento/atitude, falta de aceitação das coisas que faz, isolamento e auto-agressão) e 9 por mulheres (traduzindo sintomas de irritação, choro, cansaço, diminuição do desejo sexual, aumento de peso e sentimento de culpa). No que se refere às correlações significativas entre os instrumentos, foi encontrada magnitude alta para os que avaliam depressão (EDEP e BDI), moderada entre EDEP e BAI e EDEP e BSI e baixa entre EDEP e BHS, sugerindo que quanto maior escore de depressão, maior escore de ansiedade, desesperança e ideação suicida. A precisão pelo alfa de *Cronbach* variou de 0,90 a 0,96 para os grupos de participantes (universitários, depressivos e não depressivos) e grupos de sexo (feminino e masculino). Nas análises de diferenças de médias, a EDEP foi capaz de distinguir: 1) o sexo masculino do feminino, de maneira que mulheres relataram maior sintomatologia que homens e 2) grupos de participantes, de maneira que os depressivos apresentaram maiores escores, seguidos dos universitários e dos não-depressivos. Os eventos de vida estressantes se correlacionaram com a EDEP de forma a sugerir que quanto mais eventos, maior sintomatologia depressiva; esses eventos foram mais vivenciados pelos grupos de depressivos e universitários quando comparados com não-depressivos. Os índices psicométricos encontrados para a EDEP foram satisfatórios, de forma a lhe conceder várias evidências de validade. Dentre as limitações do estudo, destaca-se o pequeno número de casos depressivos para a realização da análise fatorial. Sugere-se que outros estudos incluam amostras clínicas maiores.

Palavras-chave: sensibilidade e especificidade; funcionamento diferencial dos itens; diferenças entre sexos.

ABSTRACT

SOUZA, M. S. (2010). *Validity and Reliability Evidences to Escala de Depressão de Baptista e Sisto (EDEP)*. Doctoral Thesis, *Stricto Sensu* Post-Graduation in Psychology Program, São Francisco University, Itatiba.

This study aimed at validity and reliability studies with Escala de Depressão de Baptista e Sisto (EDEP), searching for: a) evidences between EDEP and a diagnosis criterion (MDD), based on sensitivity and specificity rates; b) validity evidences based on internal structure of EDEP items, through factor analysis and differential item functioning (DIF); c) validity evidences by correlation patterns of depression with depression, anxiety, hopelessness and suicidal ideation; d) assess EDEP reliability through Cronbach's alpha and; e) search for genders differences, participant groups and stressful life events in relation to scores participants obtained at EDEP. 771 people were participants, so that 691 were undergraduates, 40 were depressed and 40 non-depressed; 70.25% were female, aging from 17 to 69 years old ($M=26$, $SD=8.60$). For data collection, an identification questionnaire were administrated along with SCID-CV (in order to confirm depressive people's diagnosis), EDEP and Beck Scales (BDI, BAI, BHS and BSI). Results suggested a cut-off point of 88.5, being able to identify 97,5% of true positive cases (sensitivity) and 87.5% of true negatives (specificity). Factor analysis with principal components indicated 2 factors responsible for 35.32% of explained variance related to the total. From 75 items of EDEP, 23 presented DIF, so that 14 were more easily endorsed by men (representing sleep symptoms, task performance, hopelessness, lack of help/support, change on behavior/attitudes, lack of acceptance on things someone does, isolation and self-aggression) and 9 by women (representing irritation symptoms, crying, tiredness, decrease on sexual desire, weigh increase and feeling of guilt). As to significant correlations between instruments, a high magnitude for those assessing depression were found (EDS and BDI), moderated between EDEP and BAI, and EDEP and BSI, and a low magnitude correlation between EDEP and BHS, suggesting that as higher depression scores are, higher anxiety, hopelessness and suicidal ideation scores will be. Reliability through Cronbach's alpha varied from .90 to .96 for participant groups (undergraduates, depressed and non-depressed) and gender groups (female and male). On mean differences analysis, EDEP was able to distinguish: 1) female and male gender, so that women related more symptoms than men and 2) participant groups, so that depressed people presented higher scores, followed by undergraduates and non-depressed people. Stressful life events were correlated with EDEP, suggesting that as more events, higher depression symptoms; these events were more experienced by the depressed and undergraduates groups when compared to undepressed group. Psychometric rates found for EDEP were good, so bringing several validity evidences. Among limitations of this study, the small number of depressive cases for factor analysis is highlighted. It is suggested that other studies include higher clinic samples.

Keywords: sensitivity and specificity; differential item functioning; gender differences.

RESUMEN

SOUZA, M. S. (2010). *Las pruebas de validez y confiabilidad para la escala de depresión de Baptista y Sisto (EDEP)*. Tesis de Doctorado, Posgrado en Psicología. Universidade São Francisco, Itatiba.

Esta investigación tuvo como objetivo la realización de los estudios de validez y confiabilidad con la Escala de Depresión de Baptista y Sisto (EDEP) buscando: a) evidencias que vincula EDEP y los criterios diagnósticos (trastorno depresivo mayor), basado en la sensibilidad y especificidad, b) evidencias de validez basadas en la estructura interna de los ítemes de EDEP, a través de análisis factorial y funcionamiento diferencial del ítem (DIF), c) evidencias de validez por patrones de correlaciones de la depresión con la depresión, ansiedad, desesperanza e ideación suicida d) evaluar la precisión de EDEP, por medio del alfa de Cronbach, y e) las diferencias entre los sexos, grupos de participantes y los eventos estresantes de la vida en relación con las puntuaciones obtenidas por EDEP. Los participantes fueron 771 personas, de estos, 691 eran estudiantes, 40 depresivos y 40 no depresivos; 70,25% mujeres, con edades entre 17-69 años ($M = 26$, $SD = 8,60$). Para recolectar los datos se utilizaron una ficha de caracterización, la SCID-VC (para confirmar el diagnóstico de los pacientes depresivos), EDEP y escalas de Beck (BDI, BAI, BHS y BSI). Los resultados indicaron un punto de corte igual a 88,5, con la capacidad de identificar el 97,5% de los verdaderos casos positivos (sensibilidad) y el 87,5% de los verdaderos casos negativos (especificidad). El análisis factorial por componentes principales indicó dos factores responsables por el 35,32% de la varianza total explicada. De los 75 ítemes de EDEP, 23 presentaron DIF, de estos, 14 más fácilmente endosados por los hombres (lo que refleja síntomas de sueño, el rendimiento en las tareas, la desesperanza, la falta de apoyo / ayuda, el cambio en el comportamiento / actitud, la falta de aceptación de las cosas que él hace, el aislamiento y el auto-daño) y 9 de las mujeres (lo que refleja síntomas de irritación, llanto, cansancio, disminución del deseo sexual, aumento de peso y sentimiento de culpa). En el caso de las correlaciones significativas entre los instrumentos, se encontró magnitud alta para los que evalúan depresión (EDEP y BDI), moderada entre EDEP y BAI y EDEP BSI y baja entre EDEP y BHS, lo que sugiere que cuando hay mayores puntuaciones de depresión, hay mayores puntuaciones de ansiedad, desesperanza e ideación suicida. La confiabilidad por alpha de Cronbach osciló entre 0,90 a 0,96 para los grupos de participantes (universitarios, depresivos y no depresivos) y por género (femenino y masculino). En el análisis de las diferencias de promedios, EDEP era capaz de distinguir: 1) el sexo masculino del femenino, de modo que las mujeres relataron mayor sintomatología que los hombres y 2) grupos de participantes, de modo que los depresivos tuvieron una mayor puntuación, seguido de los estudiantes universitarios y de los no depresivos. Los eventos estresantes de la vida se correlacionaron con EDEP de forma que sugiere que cuando hay más acontecimientos, hay más síntomas depresivos; estos eventos fueron más experimentados por los grupos de depresivos y académicos en comparación con los no depresivos. Los índices psicométricos encontrados para EDEP fueron satisfactorios, por lo que le ha concedido varias evidencias de validez. Entre las limitaciones del estudio, está el pequeño número de casos de depresivos para la realización del análisis factorial. Se sugiere que otros estudios incluyan muestras clínicas mayores.

Palabras clave: sensibilidad y especificidad, funcionamiento diferencial de los ítemes, las diferencias de género.

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS.....	xi
LISTA DE TABELAS.....	xii
LISTA DE ANEXOS.....	ix
APRESENTAÇÃO.....	1
1 ASPECTOS HISTÓRICOS E CONCEITUAÇÃO DA DEPRESSÃO.....	5
1.1 Histórico da Depressão.....	5
1.2. Definição da Depressão.....	8
1.3 Indicadores Psicológicos de Depressão.....	17
1.3.1. A Manifestação dos Sintomas em Homens e Mulheres.....	22
2 ETIOLOGIA, EPIDEMIOLOGIA E CONSTRUTOS RELACIONADOS À	
DEPRESSÃO.....	30
2.1 Etiologia da Depressão.....	30
2.1.1 Eventos de Vida Estressantes.....	31
2.2 Epidemiologia da Depressão.....	36
2.3 Ideação Suicida, Desesperança e Ansiedade.....	43
3 AVALIAÇÃO DA DEPRESSÃO.....	51
4 OBJETIVOS.....	51
5 MÉTODO.....	64
5.1 Participantes.....	64
5.2 Instrumentos.....	65
5.2.1 Ficha de Caracterização.....	65
5.2.2 Entrevista Estruturada para o DSM-IV (SCID-CV).....	66

5.2.3 Escala de Depressão de Baptista e Sisto (EDEP).....	66
5.2.4 Inventário de Depressão de Beck (BDI).....	69
5.2.5 Inventário de Ansiedade de Beck (BAI).....	70
5.2.6 Escala de Desesperança de Beck (BHS).....	71
5.2.7 Escala de Ideação Suicida de Beck (BSI).....	72
5.3 Procedimentos.....	73
6 RESULTADOS	76
6.1 Estatísticas descritivas dos participantes.....	76
6.2 Estatísticas Inferenciais.....	82
6.2.1 Sensibilidade e Especificidade.....	83
6.2.2 Análise Fatorial.....	86
6.2.3 Análise de DIF por sexo.....	90
6.2.4 Análise de Precisão.....	92
6.2.5 Correlação entre EDEP e Escalas Beck.....	94
6.2.6 Análises Complementares.....	95
7 DISCUSSÃO	107
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	118
REFERÊNCIAS	121
ANEXO	134

LISTA DE FIGURAS

<i>Figura 1.</i> Curva ROC de acordo com os resultados obtidos na EDEP pelos grupos de depressivos e não-depressivos	84
<i>Figura 2.</i> Grupos de participantes diferenciados pelas medidas da EDEP	96

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 <i>Classificação dos Transtornos de Humor segundo DSM-IV-TR e CID-10</i>	13
Tabela 2 <i>Relação entre o resultado de um teste diagnóstico e a ocorrência de doença</i>	52
Tabela 3 <i>Instrumentos respondidos pelos participantes</i>	64
Tabela 4 <i>Distribuição dos grupos de participantes por sexo com a EDEP</i>	76
Tabela 5 <i>Distribuição dos universitários de acordo com o sexo e com os instrumentos respondidos</i>	77
Tabela 6 <i>Estatísticas dos participantes por idade</i>	77
Tabela 7 <i>Frequência dos participantes de acordo com o estado civil</i>	78
Tabela 8 <i>Frequência dos participantes de acordo com a classe econômica</i>	79
Tabela 9 <i>Frequência de respostas dos participantes quando questionados se passaram por avaliação psiquiátrica ou psicológica</i>	80
Tabela 10 <i>Médias dos eventos de vida vivenciados pelos participantes</i>	81
Tabela 11 <i>Estatísticas dos instrumentos respondidos pelos participantes</i>	83
Tabela 12 <i>Coordenadas da Curva ROC</i>	85
Tabela 13 <i>Comunalidades e componentes da matriz rotada e seus respectivos itens</i>	88
Tabela 14 <i>Medidas do DIF por sexo</i>	91
Tabela 15 <i>Índices de precisão da EDEP por grupos de participantes, grupos de sexo e grupo total</i>	93
Tabela 16 <i>Correlações entre os instrumentos respondidos pelos participantes</i>	94
Tabela 17 <i>Diferenças de médias dos grupos de participantes de acordo com os escores obtidos em cada item</i>	97

Tabela 18 <i>Diferenças de médias entre participantes do sexo masculino e feminino, de acordo com os escores obtidos nos instrumentos.....</i>	99
Tabela 19 <i>Diferenças de médias entre grupos que trabalham e não trabalham de acordo com os escores obtidos nos instrumentos.</i>	101
Tabela 20 <i>Diferenças de médias entre os participantes que relataram ter depressivo na família e os que relataram não ter, de acordo com os escores dos instrumentos.....</i>	102
Tabela 21 <i>Diferenças de médias entre pessoas que não passaram por avaliação psicológica ou psiquiátrica e as que passaram e receberam diagnóstico de depressão, de acordo com os escores obtidos nos instrumentos.....</i>	103
Tabela 22 <i>Correlação entre a frequência total de eventos de vida vivenciados e os escores obtidos nos instrumentos</i>	104
Tabela 23 <i>Diferenças de médias entre os grupos de participantes de acordo com a frequência de eventos de vida vivenciados por categoria</i>	105

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 Questionário de Identificação	134
---	-----

APRESENTAÇÃO

A depressão é caracterizada por sentimentos de tristeza ou irritação, anedonia, diminuição da energia, perda de confiança e auto-estima, desânimo, pessimismo, sentimento de culpa, diminuição da concentração, alterações no sono e no apetite, e idéias de morte e suicídio, dentre outras. Essas alterações podem interferir nas diferentes áreas como o pensamento, o humor, os sentimentos e várias percepções relacionadas ao corpo. A pessoa acometida pela depressão pode modificar, até mesmo, os sentimentos em relação a ela mesma, no modo como enfrenta os fatos da vida, e também as suas relações pessoais (Del Porto, 2002; Grevet & Knijnik, 2001; Holmes, 2001).

Em forma de doença, a depressão pode variar em termos de gravidade, podendo ser leve, moderada ou grave com ou sem sintomas psicóticos. Ocorre em formas episódicas podendo acontecer em um evento único como também pode ser recorrente, e muitas vezes tomar um curso crônico (APA, 2002, OMS, 2000). Tanto crianças, como adolescentes, adultos e idosos podem ser afetados pela doença depressiva. A depressão constitui-se num grande problema de saúde pública, uma vez que é altamente prevalente, é considerada como causa incapacitante no trabalho e ainda pode ter como resultado o suicídio. Em adição, a detecção e o tratamento precoces da depressão constituem estratégias importantes para prevenção do suicídio, já que grande parte dos suicídios ocorre na presença de doença depressiva (OMS, 2001).

Sabocki (2008) destaca as implicações da depressão na saúde pública. O autor define a saúde econômica como a aplicação da teoria da economia à saúde, que informa sobre como usar bem os recursos na produção de saúde. Avaliar a saúde econômica significa analisar custos e benefícios de estratégias alternativas de alocar recursos, ajudar em decisões que apontam a melhorar eficiência. Pesquisas recentes apontadas neste estudo

mostraram que a doença depressiva representa maior custo frente aos outros transtornos psiquiátricos e neurológicos. Uma das categorias que acarreta maiores custos para a depressão é a incapacitação no trabalho e por isso as pessoas acometidas pela depressão representam um alvo, na medida em que, quando avaliadas e tratadas com eficiência, este custo se reduz de maneira significativa.

Para o diagnóstico diferencial da depressão é necessário levar em conta vários aspectos, uma vez que os sintomas depressivos são muito comuns e podem ser confundidos com outros estados e doenças, como por exemplo, a depressão atípica pode ser confundida com estados limítrofes de personalidade, a depressão maior, com fadiga crônica, ansiedade e pânico; e ainda, a depressão pode ser confundida com negligência em adolescentes, alcoolismo em adultos e demência em idosos. Em adição, muitos desses quadros ocorrem junto com a depressão, sendo considerados comorbidades, podendo ser citados também doenças crônicas, cardíacas, esclerose múltipla, hepatite, encefalite, Parkinson, epilepsia, hipo e hipertireoidismo, dentre outras (Del Porto, 1999; Juruena & Cleare, 2007; Teng, Humes & Demetrio, 2005; Thayer & Bruce, 2006; Sociedade Brasileira de Informações de Patologias Médicas, 1999).

O diagnóstico como um todo consta de um processo, no qual podem se utilizar escalas auto-aplicativas como auxílio, entendidas como procedimentos práticos e de baixo custo que buscam facilitar o diagnóstico. Existem várias medidas de avaliação da depressão que diferem em alguns aspectos, enquanto ênfase atribuída a cada grupo de sintomas, quais sejam, humor, vegetativos, motores, sociais, cognitivos, ansiedade, irritabilidade (Calil & Pires, 1998).

Santor, Gregus e Welch (2006) relataram que a primeira medida criada para avaliar depressão, em 1918, foi desenvolvida por Woodward. O instrumento denominado *Psychoneurotic Inventory* abarcava o construto da neurastenia e constituiu-se numa extensa

colecção de sintomas de depressão e ansiedade. Esta medida foi utilizada para identificar recrutas do exército americano que poderiam sofrer dificuldades de ajustamento às exigências da vida militar. Desde então, o número de medidas, inventários, e listas de sintomas desenvolvidos para avaliar a gravidade de depressão aumentou substancialmente, com medidas novas de depressão que aparecem a cada ano. Os autores pontuam que existe uma boa razão para construção de diferentes medidas de depressão, pois esta tem sido conceitualizada de diferentes formas, incluindo diversas teorias, como psicodinâmica, cognitiva, interpessoal, comportamental, do vínculo, dentre outras.

Em relação às escalas que avaliam depressão, algumas delas deixam de distinguir ou até mesmo incluir sintomas característicos de faixas etárias diferentes (crianças, adolescentes, adultos e idosos) (Bernstein, 2006; Bhatia & Bhatia, 2007; Cunha, Buzaid & Watanabe, 2005; Gazalle, Lima, Tavares & Hallal, 2004) e dos sexos feminino e masculino (Aros, 2008). As escalas adaptadas e traduzidas no Brasil já chegam com seu formato final, e portanto, com número de itens reduzidos, o que limita sua capacidade de rastreamento dos sintomas que diferenciam com a cultura.

Assim, foi desenvolvida uma escala para avaliar depressão, com a intenção de captar o máximo possível de informações a respeito da sintomatologia da depressão, denominada Escala de Depressão de Baptista e Sisto – EDEP (Baptista & Sisto, 2007). São necessários estudos que avaliem tal escala para permitir seu uso. Por isso, os objetivos do presente estudo consistem em buscar evidências de validade que serão baseadas: na estrutura interna dos itens; e nas relações com outras variáveis, a saber, depressão, ansiedade, desesperança e ideação suicida, buscando padrões de relações com as Escalas *Beck* (depressão, ansiedade, desesperança e ideação suicida), e com critério diagnóstico (Transtorno Depressivo Maior), fundamentadas nos cálculos de sensibilidade e

especificidade. Além disso, avaliar a precisão da EDEP e buscar diferenças entre os sexos, idade e estado civil.

Assim, no primeiro capítulo serão abordados os aspectos históricos e a conceituação da depressão, com a definição da depressão levando-se em conta os critérios do DSM-IV-TR e CID-10; depois uma atenção é dispensada aos indicadores psicológicos da depressão, como apresentação de teorias psicológicas acerca dos sintomas para depressão, classificações em categorias, e diferenças entre faixas etárias e gênero, com um subtópico que aborda a manifestação dos sintomas em homens e mulheres. A seguir, aborda-se um capítulo sobre etiologia, epidemiologia e construtos relacionados à depressão (ansiedade, desesperança e ideação suicida). Um último capítulo teórico fala sobre avaliação da depressão. No método, são descritos os participantes, instrumentos e procedimentos utilizados na pesquisa. São expostos os resultados, a discussão e as considerações finais, seguidas das referências utilizadas e dos anexos.

1 ASPECTOS HISTÓRICOS E CONCEITUAÇÃO DA DEPRESSÃO

1.1 Histórico da Depressão

O que se entende hoje por depressão, na antiguidade chamava-se melancolia. Houve uma mudança no nome de tal distúrbio, e também uma mudança na classificação do quadro depressivo, por isso faz-se necessária uma busca histórica para melhor explanação da evolução desse conceito. Embora a expressão melancolia tenha sido utilizada antes (na história do Rei Saul, no Antigo Testamento e em um dos personagens da obra *Ilíada*, de Homero, que era considerado melancólico, condenado, por deuses, ao ódio, ao sofrimento e à solidão), sua conceitualização surge no século IV a. C., com Hipócrates, considerado pai da medicina moderna. A melancolia derivaria da teoria dos humores, segundo a qual os transtornos mentais seriam causados pelo desequilíbrio de quatro substâncias (ou humores), a saber: bile negra, bile amarela, sangue e linfa. O aumento da concentração da bile negra resultaria em sintomas de tristeza, ansiedade e tendência ao suicídio, que combinados aos fatores ambientais e internos, constituiriam o quadro conhecido como melancolia (Pontes, 2000; Solomon, 2002).

Outros autores da antiguidade como Celsus, Arateus e Galeno dentre outros, fizeram uso de tal conceito, em escritos reunidos na obra de R. Burton (1577-1640), intitulado “*Anatomia da Melancolia*”. Nestas descrições, a disposição melancólica poderia tornar os homens desconfiados, malévolos, lamurientos, cobiçosos, descontentes e inclinados à vingança, assim como poderia fazê-los mais espirituosos, e possuidores de certo entusiasmo que os tornava excelentes filósofos, poetas ou profetas. A melancolia disseminava-se como uma forma de viver possível, uma vez que via-se encanto na tristeza melancólica dos poetas da época (Solomon, 2002).

Paralelamente à perspectiva do romantismo literário acerca da melancolia, difundia-se uma perspectiva médica, aliando-a as novas classificações que pudessem enquadrá-la em padrões científicos. Foi na tradução latina das obras de Hipócrates que surgiu primeiramente a palavra depressão, como tradução de melancolia, derivada de *depremere*, o que significa pressionar para baixo. No final do século XVIII, a palavra depressão é mencionada por Weickhard, que dividiu as doenças em enfermidades do espírito e enfermidades do sentimento, dentre as quais a depressão se encaixava, sendo ainda dividida em sintomas de excitação tais como orgulho, cólera, fanatismo e sintomas de depressão, como tristeza, inveja, desespero, suicídio, dentre outros. Essa classificação foi posta de lado, assim como muitas outras (Foucault, 1978; Scliar, 2003).

O termo depressão veio a substituir mais intensamente o termo melancolia em meados do século XIX, após o surgimento da psiquiatria como especialidade médica. Porém a complexidade dos dois termos não é justificada por mera substituição de um pelo outro. Para se chegar ao que se têm hoje, diversos autores contribuíram no sentido de buscar a expressão mais adequada ao quadro sintomático referido (Vertzman, 1995).

Pinel, na observação de sintomas e sinais da doença, deu origem a uma nova teoria que veio substituir a hipótese da bile negra de Hipócrates. Suas descrições constavam de sintomas de características diversas atribuídas a causas diferentes, e por isso não foi possível estabelecer a etiologia da doença. Duas patologias foram distinguidas, a saber, a melancolia (ou monomania), entendida somente como uma idéia fixa e a mania (ou delírio geral), que abrangia todo o conjunto do entendimento. Pinel ressaltava que o que computa na melancolia é a forma de ser um delírio que se manifestava sem comprometer o restante da personalidade e mesmo não acreditando ser importante o que transparecia na afecção, ele dividiu a melancolia na sua forma triste e na sua forma alegre, acreditando que as duas formas pertenciam a uma mesma entidade clínica (Vertzman, 1995).

A partir da metade do século XIX, novas conceituações de melancolia apareceram: a *folie circulaire* de Falret, na qual o paciente experimentava humores alternados de depressão e mania, e a *folie à double forme* de Baillarger, com características que incluíam períodos regulares, um de depressão e outro de excitação, com acessos isolados, ora intermitentes, ora ininterruptos, variando de dois dias a um ano. Além dessas duas conceituações, Griesinger estabeleceu dois grupos para classificar os transtornos psíquicas (Kaplan, Sadock & Grebb, 1997).

Um grupo assinalava produção mórbida de emoções e estados emocionais que dominavam o sujeito e se fixavam de maneira permanente, e outro grupo caracterizava lesões da inteligência e da vontade que não provinham do estado emocional dominante, mas que representavam um estado calmo, independente, sem profunda excitação de sentimentos, no qual o pensamento e a vontade eram falseados. A depressão fazia parte do primeiro grupo, sendo caracterizada pela existência mórbida de uma emoção penosa, depressiva, dentro de um estado de dor moral, e ainda estaria situada no cérebro sob a forma de uma irritação. Essa concepção que incluía a noção de humor chegou à França e retirou a ênfase dada ao delírio na melancolia (Kaplan, Sadock & Grebb, 1997).

No ano de 1882, Karl Kahlbaum, um psiquiatra alemão, descreveu a mania e a depressão como estágios da mesma doença, fazendo uso do termo *ciclotomia*. Baseando-se no conhecimento de psiquiatras franceses e alemães, Emil Kraepelin, em 1899, descreveu um quadro denominado *psicose maníaco-depressiva (PMD)* que continha a maioria dos critérios usados atualmente para o estabelecimento do diagnóstico de transtorno bipolar I. O que diferenciava tal quadro da demência precoce (esquizofrenia) era a ausência de um curso demenciante e deteriorante (Pontes, 2000).

Até então, na substituição e especificação dos termos melancolia e depressão é possível entender que os delírios caracterizavam preponderantemente a melancolia,

abrangendo algo a mais do que outras pessoas tinham. O que ficou concedido à depressão (em sua forma triste) corresponde à falta de algo; falta de alegria (associada à tristeza), falta de vontade de viver (associada ao suicídio), falta de convívio social (associada ao isolamento), dentre outros sintomas.

A partir dessa distinção e maior clareza dos sintomas depressivos, esse quadro foi ganhando maior espaço na nosologia psiquiátrica. Na Classificação Internacional das Doenças – CID, em sua sexta versão, em 1948, eram classificadas várias psicoses, dentre elas a PMD, tal como nomeada por Kraepelin. Já na CID-9, em 1978, existia um item reservado às psicoses afetivas, que se subdividia em três itens, e ainda cinco itens eram destinados à depressão. No *Diagnostic Statistic Manual of Mental Disorders* -DSM-III, em 1980, observava-se o mesmo movimento, com a categoria transtornos afetivos, que passou então a incluir quadros psicóticos (como a PMD), aliados a quadros depressivos ou circulares leves, como a distímia ou ciclotímia (Rodrigues, 2000).

1.2 Definição da Depressão

Os transtornos de humor são caracterizados por perturbação principal do humor, acompanhada de outros sintomas que traduzem alterações no nível global de atividade do indivíduo. A depressão é contemporaneamente definida como um transtorno de humor, marcada por um conjunto de sinais, sintomas, comportamentos e manifestações fisiológicas apresentadas pelos indivíduos, descritos de diferentes formas por diversas teorias. Existe uma diversidade de apresentações clínicas existentes, e por isso são propostas classificações genéricas para estes quadros. Dois manuais mundialmente utilizados para o diagnóstico de transtornos mentais são o DSM (American Psychiatric Association [APA], 2002) e a CID (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2000). Esses manuais trazem de maneira

padronizada e em termos científicos e nosológicos, a classificação de doenças baseadas em critérios diagnósticos descritivos, hierarquizados e de fácil observação (Andreoli, Blay & Mari, 1998; Grevet & Knijnik, 2001).

Os dois manuais citados reuniram os principais critérios (sintomas) para detecção desses transtornos, e ainda que possuam algumas diferenças de classificação, a essência desses transtornos é mantida (APA, 2002, OMS, 2000). Na CID-10 (OMS, 2000) ressalta-se que ainda não se tem uma compreensão satisfatória sobre a etiologia, processos bioquímicos, sintomas, resposta ao tratamento e evolução dos transtornos de humor que comportem uma classificação com aceitação geral, mas que a tentativa de classificação nosológica é válida. A organização de cada manual pode ser conferida a seguir, na Tabela 1.

Tabela 1

Classificação dos Transtornos de Humor segundo DSM-IV-TR e CID-10 (APA, 2002; OMS, 2000)

DSM-IV-TR	CID-10
Episódios de Humor	Episódio Maníaco
- Episódio depressivo maior	- Hipomania
- Episódio maníaco	- Mania sem ou com sintomas psicóticos
- Episódio misto	- Outros episódios maníacos
- Episódio hipomaníaco	- Episódio maníaco, não especificado
Transtornos Depressivos	Transtorno Afetivo Bipolar
- Transtorno depressivo maior	- Episódio atual hipomaníaco
- Transtorno distímico	- Episódio atual maníaco sem ou com sintomas psicóticos
- Transtorno depressivo sem outra especificação	- Episódio atual depressivo leve ou moderado
	- Sem ou com sintomas somáticos
Transtornos Bipolares	- Episódio atual depressivo grave sem ou com sintomas psicóticos
- Transtorno bipolar I	- Transtorno afetivo bipolar, episódio atual misto
- Transtorno bipolar II	- Transtorno afetivo bipolar, atualmente em remissão
- Transtorno ciclotímico	- Outros transtornos afetivos bipolares
- Transtorno bipolar sem outra especificação	- Não especificado
Outros Transtornos de Humor	Episódio Depressivo
- Transtorno do humor devido a uma condição médica geral	- Leve
- Transtorno do humor induzido por substância	- Sem ou com sintomas somáticos
- Transtorno do humor sem outra especificação	- Moderado
	- Sem ou com sintomas somáticos
Especificadores descrevendo a condição clínica do episódio de humor atual	- Grave sem ou com sintomas psicóticos
- Leve	- Outros episódios depressivos
- Moderado	- Não especificado
- Grave sem características psicóticas	Transtorno Depressivo Recorrente
- Grave com características psicóticas	- Episódio atual leve
- Em remissão parcial	- Sem ou com sintomas somáticos
- Em remissão completa	- Episódio atual moderado
	- Sem ou com sintomas psicóticos
Especificadores descrevendo as características do episódio atual	- Episódio atual grave sem ou com sintomas psicóticos
- Crônico	- Atualmente em remissão
- Com características catatônicas	- Outros transtornos depressivos recorrentes
- Com características melancólicas	- Não especificado
- Com características atípicas	Transtornos persistentes do humor (afetivos)
- Com início no pós-parto	- Ciclotimia
	- Distímia
Especificadores para a descrição do curso de episódios recorrentes	- Outros transtornos persistentes do humor (afetivos)
- Especificadores de curso longitudinal	- Não especificado
- Com padrão sazonal	Outros transtornos do humor (afetivos)
- Com ciclagem rápida	- Outros transtornos únicos do humor (afetivos)
	- Episódio afetivo misto
	- Outros transtornos recorrentes do humor (afetivos)
	- Transtorno depressivo breve recorrente
	- Outros transtornos especificados do humor (afetivos)
	Transtorno do humor (afetivo) não especificado

Nos dois manuais existe uma diferença entre episódio e transtorno (maníaco e/ou depressivo), de maneira que um episódio antecede o transtorno. Quando um indivíduo apresenta critérios suficientes para satisfazer o diagnóstico pela primeira vez, trata-se de um episódio, e a ocorrência mais de um episódio sucessivo caracteriza um transtorno. Os episódios foram incluídos para conveniência de classificação e, desta forma, não consistem em quadros diagnósticos distintos, contudo auxiliam no diagnóstico dos transtornos, enquanto base para construção destes (APA, 2002; Grevet & Knijnik, 2001; OMS, 2000).

Como exemplo, um segundo episódio depressivo configura-se num quadro de transtorno depressivo maior (DSM-IV-TR) ou transtorno depressivo recorrente (CID-10), ou se houver episódios intercalados de mania ou hipomania, configura-se o quadro de transtorno bipolar (DSM-IV-TR) ou transtorno afetivo bipolar (CID-10). Serão descritos, na seqüência, apenas os critérios diagnósticos para os episódios e conseqüentemente para os transtornos depressivos, que são considerados pertinentes para a presente pesquisa (APA, 2002; OMS, 2000).

O DSM-IV-TR (APA, 2002), estabelece critérios para o episódio depressivo maior, dentre os quais é necessária a identificação de cinco ou mais sintomas incluindo ao menos humor depressivo (sendo que em crianças e adolescentes, o humor pode ser irritável) e/ou perda de interesse ou prazer, que perdurem no mínimo duas semanas, representando uma alteração diante do funcionamento anterior. Outros sintomas importantes para a classificação do transtorno depressivo maior são: a perda ou ganho significativo de peso sem estar em dieta, ou freqüente diminuição ou aumento do apetite, insônia ou hipersonia, agitação ou retardo psicomotor, freqüente fadiga ou perda de energia, sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada (que pode ser delirante), (não meramente auto-recriminação ou culpa por estar doente), capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se, ou indecisão, pensamentos de morte recorrentes (não apenas medo de

morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.

Além disso, indivíduos com episódio depressivo maior apresentam com frequência, propensão ao choro, ansiedade, fobias, irritabilidade, ruminação obsessiva, preocupação com a saúde física e queixas de dores. Considera-se também se os sintomas não satisfazem os critérios para um episódio misto, se causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo em áreas importantes da vida do indivíduo, tais como social, afetiva e ocupacional, se os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância ou de uma condição médica geral, e se os sintomas não são mais bem explicados por condição de luto (perda de um ente querido), persistindo por mais de 2 meses ou são marcados por acentuado prejuízo funcional, preocupação mórbida com desvalia, ideação suicida, sintomas psicóticos ou retardo psicomotor (APA, 2002; Matos, Matos & Matos, 2006).

No diagnóstico do transtorno depressivo maior, avalia-se ainda se ocorreu apenas um episódio anterior (Único) ou se existiram episódios que estão ocorrendo novamente, com intervalo de ao menos 2 meses consecutivos entre um e outro em cujo tempo não foram satisfeitos os critérios para o episódio depressivo maior (Recorrente). Em termos de especificadores, descrevendo a condição clínica do episódio atual, o número de sintomas, a gravidade e grau de acometimento (sofrimento e incapacidade funcional) é que determinarão a gravidade do episódio. Se forem identificados apenas cinco ou seis dos nove sintomas listados e a incapacitação for branda ou inexistente, o episódio é leve; os episódios moderados têm gravidade intermediária entre os leves e graves (APA, 2002; Grevet & Knijnik, 2001), porém não são apontados no DSM-IV-TR o número de sintomas, gravidade e incapacitação para tal classificação.

O episódio grave sem características psicóticas são marcados pela detecção de quase todos os sintomas e a incapacitação é visivelmente notória (incapacidade de trabalhar, de

cuidar de um filho). Quando o episódio é grave com características psicóticas, há presença de delírios e alucinações (geralmente auditivas), condizentes ou não com temas depressivos. São mais frequentes os que traduzem pontos depressivos, como delírios de culpa, de punição merecida e delírios somáticos. Quando presentes, as alucinações são passageiras e não elaboradas, podendo incluir vozes que humilham a pessoa por deficiência ou pecado que esta cometeu (APA, 2002; Grevet & Knijnik, 2001).

A depressão maior é considerada em remissão completa quando os sintomas significativos da depressão não estão presentes durante um período de dois meses. Já a remissão parcial pode se apresentar de duas formas, sejam elas, quando estão presentes alguns sintomas, mas não o suficiente para satisfazer os critérios para o episódio depressivo maior, ou quando não existem mais sintomas, porém o período de remissão não chegou a dois meses ainda (APA, 2002).

Quanto às características, a cronicidade do episódio depressivo maior é definida quando os critérios foram satisfeitos de maneira contínua por um período mínimo de dois anos. O especificador com características catatônicas contempla o predomínio de dois dos seguintes aspectos: imobilidade ou estupor, atividade motora excessiva, negativismo extremo ou mutismo, movimentos estereotipados e postura inadequada ou bizarra, ecolalia ou ecopraxia. As características melancólicas são especificadas por dois critérios. O primeiro critério deve incluir um dos quesitos durante o período mais grave do episódio, quais sejam, anedonia em quase todas as atividades ou falta de reatividade a estímulos antes agradáveis. O segundo critério inclui três dos indícios que se seguem, como qualidade distinta de humor depressivo, depressão pior pela manhã, despertar muito cedo pela manhã, retardo ou agitação motora acentuados, perda de peso expressiva ou anorexia, culpa inadequada ou exagerada (APA, 2002; Matos, Matos & Matos, 2006).

As características atípicas são identificadas quando, num período de duas semanas, há reatividade do humor, juntamente com duas ou mais características como ganho de peso ou aumento significativo do apetite, hipersonia, paralisia “de chumbo” (sensação de ter chumbo nos braços ou pernas), esquiva a relacionamentos resultando em prejuízos sociais e ocupacionais. Avalia-se também se não são satisfeitos os critérios para os dois especificadores descritos anteriormente (características melancólicas e características catatônicas). O especificador com início no pós-parto é satisfeito quando os sintomas estão presentes dentro de quatro semanas do período pós-parto (APA, 2002; Aros, 2008; Matos, Matos & Matos, 2006).

Quanto aos episódios recorrentes, os especificadores para o curso longitudinal com recuperação completa entre os episódios são assinalados quando a remissão completa é alcançada entre os dois episódios mais recentes. E sem recuperação completa entre episódios significa que a remissão completa não foi atingida entre os dois episódios mais recentes. Para a determinação do padrão sazonal é necessário que se tenha em vista a ocorrência do episódio em determinada estação do ano (outono ou inverno), da mesma forma, se as remissões ocorreram em outras estações, se durante dois anos, nenhum outro episódio não-sazonal ocorreu, e se os padrões sazonais superam os não-sazonais que podem ter ocorrido durante toda a vida do indivíduo (APA, 2002). Em relação ao especificador com ciclagem rápida se aplicam apenas aos transtornos bipolares, não sendo necessária sua especificação, já que esse transtorno não é foco do presente estudo.

Segundo a CID-10 (OMS, 2000), um episódio depressivo caracteriza-se principalmente por rebaixamento de humor, perda de interesse, alteração na capacidade de experimentar o prazer, redução de energia e diminuição da atividade ou fadiga (mesmo após esforço mínimo). Observam-se como sintomas adicionais problemas de sono, alteração do apetite, alteração psicomotora, diminuição da capacidade de concentração,

diminuição da auto-estima e auto-confiança, idéias de culpabilidade e/ou indignidade freqüentes, pensamento suicida. O humor depressivo quase não se altera de dia para dia ou de acordo com as circunstâncias, e pode vir acompanhado de síndrome somática (características melancólicas, neurovegetativas ou físicas) tais como marcante perda de interesse ou prazer em atividades normalmente prazerosas, falta de reação emocional a eventos ou atividades que normalmente produzem tais efeitos, despertar matinal precoce (ao menos duas horas antes do horário habitual), depressão pior pela manhã e evidência objetiva de retardo ou agitação psicomotora marcante.

A quantidade de sintomas necessários para satisfazer o critério de episódio depressivo pela CID-10 (OMS, 2000) só é definida em combinação com a gravidade do episódio/transtorno. Assim, um episódio depressivo leve caracteriza-se pela presença, por um período de duas semanas no mínimo, de dois sintomas típicos (humor deprimido, perda de interesse/prazer ou fadiga aumentada) e outros dois secundários, porém nenhum deles deve ser intenso. O indivíduo acometido tem dificuldades na continuação de atividades sociais e laborais, mas não ao ponto de parar suas funções completamente. A categoria sem sintomas somáticos é preenchida se poucos ou nenhum sintoma somático estiver presente. Ao passo que na categoria com sintomas somáticos, quatro ou mais sintomas somáticos adicionais estão presentes.

O episódio depressivo moderado é marcado pela presença de ao menos dois dos três sintomas típicos e três ou quatro sintomas secundários. Os descritores para as categorias sem e com sintomas somáticos são os mesmos estabelecidos para o episódio depressivo leve. O episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos inclui sintomas de angústia ou agitação significativa, perda de auto-estima ou sentimentos de inutilidade ou culpa, além do perigo do suicídio. Os sintomas somáticos estão quase sempre presentes em episódios

graves. O episódio depressivo grave com sintomas psicóticos, além de satisfazer os critérios do episódio grave, inclui delírios, alucinações ou estupor depressivo (OMS, 2000).

De forma similar como no DSM-IV-TR (APA, 2002), na CID-10 (OMS, 2000), a ocorrência seguida de um episódio depressivo configura-se no transtorno depressivo recorrente, respeitando-se um espaço de tempo de dois meses entre um e outro episódio, sem que haja neste tempo, a ocorrência da sintomatologia que satisfazem os critérios para um episódio depressivo. A partir de então, classifica-se o transtorno depressivo recorrente de acordo com as características de gravidade, que são as mesmas especificadas para os episódios.

As descrições feitas sobre os transtornos depressivos pelos manuais psiquiátricos são de extrema importância, uma vez que enquadram sintomas para a classificação da depressão enquanto doença. Porém, torna-se importante clarificar que o termo depressão além de uma doença, pode se constituir num sintoma, fazendo parte de inúmeros distúrbios emocionais sem ser exclusivo de nenhum deles, e ainda pode significar uma síndrome traduzida por muitos e variáveis sintomas somáticos. Enquanto sintoma, a depressão pode estar presente no transtorno de estresse pós-traumático, demência, esquizofrenia, doenças clínicas, alcoolismo, e ainda, em circunstâncias econômicas e sociais adversas ou como resposta a eventos estressantes. Como síndrome, a depressão inclui não somente alterações de humor, tais como tristeza, apatia, falta de capacidade de sentir prazer, irritabilidade, mas compreende também alterações psicomotoras, cognitivas e vegetativas, como sono, apetite, etc. (Del Porto, 2002).

Lima (1999) ressalta que as classificações identificadas nos critérios propostos pelos manuais (DSM e CID) podem deixar a desejar, apresentando pouca relevância clínica. Uma das razões atribuídas é que não fica claro o limite entre depressão clínica e flutuações normais no humor, e até mesmo a presença ou ausência de sintomas pode ser controversa.

Mesmo não preenchendo os critérios estabelecidos pela doença depressiva, as síndromes também podem incapacitar o indivíduo. Os transtornos psiquiátricos menores acabam por se tornar “maiores” quando associados com incapacitação e alto custo individual, social e econômico, pois causam significativo sofrimento. Sendo assim, de qualquer maneira é importante destacar os sintomas da depressão, uma vez que eles podem ocorrer sem se configurar numa doença e causar prejuízos ao indivíduo.

1.3 Indicadores Psicológicos e Sintomas da Depressão

São inúmeros os sintomas encontrados na literatura referentes à depressão. Alguns deles estão relacionados entre si, e outros são bem diferentes. A manifestação dos sintomas varia de pessoa para pessoa, e ainda, varia de acordo com a faixa etária e sexo. Várias combinações de sintomas podem resultar em depressão. Além das descrições dos sintomas nos manuais diagnósticos, várias teorias psicológicas buscam explicações para o surgimento destes. Cada teoria contribui de uma forma, de maneira a oferecer indicadores de comportamentos, pensamentos e sentimentos relacionados com a depressão. Enfatiza-se aqui, as contribuições das teorias cognitivas e comportamentais (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1982; Ferster, Culbertson, & Boren, 1977), pois são as teorias que foram utilizadas como base na construção dos itens da Escala de Depressão de Baptista e Sisto (EDEP), que é alvo do presente estudo.

Numa abordagem da análise comportamental, a depressão, como um todo, é considerada como redução na frequência de certos comportamentos. Os sintomas de uma pessoa deprimida incluem a perda de certos tipos de atividade, associada a um aumento de comportamento de esquiva e fuga, como choro, queixas e irritabilidade. Porém, o dado mais importante a ser considerado, é a frequência dos desempenhos de uma pessoa

deprimida, pois quase todos os itens de conduta observados em uma pessoa deprimida, também podem ser observados vez ou outra em pessoas não deprimidas (Ferster, Culbertson, & Boren, 1977).

De acordo com os princípios da terapia cognitiva da depressão, existe um modelo que caracteriza o quadro depressivo, desenvolvido a partir de observações clínicas sistemáticas e de testes experimentais. Esse modelo postula que três conceitos estão envolvidos para a explicação da depressão, a saber: a tríade cognitiva, os esquemas e os erros cognitivos. A tríade cognitiva consiste em três padrões cognitivos, quais sejam: a) a visão negativa que o paciente depressivo tem de si mesmo, que o faz acreditar não ter atributos suficientes para obtenção da felicidade, percebendo-se como inadequado, doente, carente, defeituoso, desamparado, indesejável e sem valor; b) tendência a interpretar suas experiências de forma negativa, percebendo o mundo como lhe fazendo solicitações absurdas e/ou colocando obstáculos insuperáveis ao alcance dos seus objetivos de vida, e c) visão negativista do futuro, na medida em que prevê dificuldades, sofrimentos, frustrações e privações (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1982).

Os esquemas, por sua vez, referem-se ao modo que o paciente depressivo categoriza e avalia suas experiências e constituem-se em padrões cognitivos estáveis. E os erros cognitivos descrevem o processamento falho de informações do paciente depressivo, uma vez que este preserva seu pensamento negativista, distorcendo informações (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1982). Desta forma, resumam-se alguns dos sintomas presentes na depressão segundo essa visão, tais como, pessimismo, desesperança, incapacidade, sentimentos de impotência, desamparo e frustração, distorções de informações, inadequação, dentre outros.

Como o próprio nome realça, o modelo cognitivo da depressão prioriza os sintomas cognitivos da depressão, entendendo os outros sintomas como decorrentes da ativação dos

padrões cognitivos negativistas. Como exemplo, a paralisia da vontade (sintomas motivacional), pode ser resultante do pessimismo e desamparo do paciente deprimido; se ele prevê um resultado negativo, não se comprometerá com uma tarefa. Ainda, os desejos suicidas podem significar uma expressão extrema de anseio de fugir dos problemas insolúveis, e como o deprimido se vê como inadequado e sem valor, conseqüentemente pode acreditar que todos se sentirão melhor quando ele estiver morto (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1982).

Porque os sintomas da depressão são muitos, os autores classificam-nos de forma a agrupar os que são similares segundo determinada categoria. De acordo com Grevet e Knijnik (2001), os sintomas da depressão classificam-se em alterações de humor (triste ou deprimido), alterações psicomotoras (agitação ou retardo), cognitivas (alterações subjetivas da memória, atenção e velocidade do pensamento e do raciocínio), neurovegetativas (alterações de peso, sono, interesse sexual e sintomas somáticos, como fraqueza muscular, peso na região das costas, e cefaléia), nos ritmos circadianos (alterações nos ritmos de sono-vigília, liberação de cortisol e regulação da temperatura) e sazonalidade (padrão caracterizado pelo aumento de episódios depressivos em determinadas épocas do ano).

De maneira similar, Calil e Pires (1998) quando avaliam os aspectos das escalas de depressão separaram-nos em sintomas. A classificação se dá da seguinte forma: sintomas de humor (tristeza, perda de interesse e/ou prazer, crises de choro, variação diurna do humor), vegetativos ou somáticos (alterações no sono, no apetite e no peso, perda de libido e fadiga), motores (inibição ou retardo, agitação, inquietação), sociais (apatia, isolamento, incapacitação para o desempenho das tarefas cotidianas), cognitivos (inclui desesperança, desamparo, idéias de culpa e de suicídio, indecisão, perda do reconhecimento de que está doente), ansiedade (ansiedade psíquica, somática e fóbica), e irritabilidade (inclui hostilidade, auto e heterodirigida).

Del Porto (1999), num artigo sobre o conceito e diagnóstico da depressão considera categorias para os sintomas. Dessa forma, no diagnóstico da depressão, levam-se em conta os sintomas psíquicos (humor depressivo, anedonia, fadiga, perda de energia, diminuição na capacidade de pensar, concentrar-se e tomar decisões), sintomas fisiológicos (alterações do sono, apetite, redução do interesse sexual), evidências comportamentais (retraimento social, crises de choro, comportamentos suicidas, retardo ou agitação psicomotora).

De acordo com as distintas manifestações dos sintomas depressivos, muitos autores apontam diferenças entre as faixas etárias e entre os gêneros. Esses autores ressaltam que nem sempre essas particularidades são respeitadas e levadas em conta, inclusive pelos manuais diagnósticos, que não fazem grandes distinções em termos de aparecimento de determinados sintomas específicos a grupos característicos (Aros, 2008; Bernstein, 2006; Bhatia & Bhatia, 2007; Cunha, Buzaid & Watanabe, 2005; Gazalle, Lima, Tavares & Hallal, 2004; Justo & Calil, 2006).

Bhatia e Bhatia (2007) ressaltam que as crianças e adolescentes podem expressar sintomas depressivos de diferentes formas de acordo com seu estágio de desenvolvimento, e que alguns deles têm dificuldades em identificar e descrever seu estado interno. Os autores comentam sobre a manifestação dos sintomas e a influência sofrida pelo desempenho na escola, relacionamentos familiares ou com pares e que podem inclusive, levar ao suicídio. Em consonância com essas colocações, Cunha, Buzaid e Watanabe (2005), apontam que podem ser considerados sintomas em crianças e adolescentes, o isolamento, baixo rendimento escolar, uso de drogas como tentativa de sentir-se melhor, baixa auto-estima e lentificação. As autoras enfatizam a importância da detecção e tratamento desses sintomas, que podem prevenir o transtorno depressivo maior em outras fases posteriores da vida.

Gazalle, Lima, Tavares e Hallal (2004) consideram como sintoma peculiar da depressão na população idosa a diminuição da resposta afetiva (erosão afetiva), o que acarreta predomínio de sintomas como anedonia, alterações no sono, ruminções sobre o passado e perda de energia. Bernstein (2006) aponta que a avaliação de depressão em idosos pode requerer uma adaptação ligeiramente diferente da classificação habitual, porque os adultos mais velhos tendem a expressar seus sintomas de depressão por ansiedade e reclamações somáticas que podem mascarar a profundidade de depressão contínua. Eles podem estar com risco aumentado para depressão e suicídio porque experimentam frequentemente perdas múltiplas (cônjuge, amigos, trabalho), condições médicas comórbidas, e declínio cognitivo. Em idosos, muitas vezes não é possível delimitar quando os sintomas cognitivos (desorientação, apatia, dificuldade de concentração e perda da memória) são conseqüentes de demência ou de um quadro de depressão maior.

Justo e Calil (2006) e Aros (2008) discutem as diferenças encontradas no acometimento dos transtornos depressivos entre homens e mulheres, nas quais, na mulher, esses transtornos são duas vezes mais freqüentes que em homens. Nessas considerações, ambos mencionam que as mulheres têm tendência a expressar melhor o que sente, podendo relatar melhor o humor deprimido, enquanto o homem se expressa de forma mais agressiva, podendo relatar seus sintomas em forma de agressividade, raiva e irritação.

De acordo com essas diferentes expressões dos sintomas depressivos em determinados grupos, é importante ressaltar que encontrar um padrão consistente de manifestação para um grupo específico significa refinamento na detecção da doença, uma vez que há muita diversidade dos sintomas, que podem ser distintos para pessoas igualmente deprimidas e que os sintomas são muito comuns, podendo ser confundidos com outras enfermidades. No subtópico a seguir serão apresentados estudos que se

aprofundaram em diferenças entre grupos de sexo, cujo destaque se deve ao fato de que essas diferenças também serão avaliadas na presente pesquisa.

1.3.1 A Manifestação dos Sintomas em Homens e Mulheres

Além de serem mais acometidas que homens, as mulheres apresentam maior número de episódios depressivos e também maior número de sintomas de depressão (Smith, Kyle, Forty, Cooper, Walters, Russell, & cols., 2008). No que tange à expressão dos sintomas, as mulheres diferem-se dos homens, uma vez que elas são mais propensas a relatar sintomas prolongados de tristeza, apatia, choro, baixa auto-estima, alteração no apetite e diminuição da libido (Cole, Kawachi, Maller, Berkman, 2000; Gelin & Zumbo, 2003; Nolen-Hoeksema, 1994; Santor & Ramsay, 1998; Smith, Kyle, Forty, Cooper, Walters, Russell, & cols., 2008; Wenzel, Steer, & Beck, 2005; Yang & Jones, 2007), enquanto eles retratam mais retraimento social, indecisão e irritabilidade (Williamson, 1998). Porém, o padrão de expressão de determinados sintomas para grupos de sexo não é consistente, como demonstram os estudos que se seguem.

Schechtman, Kutner, Wallace, Buchner, Ory e cols. (1997) investigaram a associação entre distúrbios do sono e sintomatologia depressiva em adultos idosos e avaliaram o grau em que a variável sexo serve para mediar essa relação. Participaram da pesquisa 485 idosos que responderam a uma escala para avaliar os sintomas depressivos (pela *Center for Epidemiological Studies-Depression*, CES-D), porém omitindo-se o item “meu sono foi agitado”, o único item relacionado diretamente aos distúrbios do sono. Os distúrbios do sono foram avaliados com base nas respostas a três questões utilizadas no *Established Populations for Epidemiologic Studies of the Elderly* (EPESE), quais sejam, com que frequência você tem dificuldade em adormecer, com que frequência você tem

problemas com a acordar durante a noite e com que frequência você se sente realmente descansou quando você acorda de manhã?

De acordo com os resultados encontrados, as mulheres relataram mais sintomas depressivos e mais distúrbios do sono do que homens. Interações de gênero sugerem que, embora as mulheres tenham relatado mais sintomas depressivos e mais condições crônicas de saúde do que os homens, a relação entre as perturbações do sono e sintomas depressivos é mais forte em homens que em mulheres. Este pode ser um indicativo que distúrbios do sono são sintomas mais relatados por homens depressivos que em mulheres depressivas (Schechtman & cols., 1997).

Troisi e Moles (1999) examinaram as diferenças de gênero no comportamento interpessoal da depressão em pacientes, usando técnicas etológicas que envolvem a observação direta do comportamento. O comportamento não-verbal de 61 não-depressivos voluntários e 57 pacientes com uma DSM-III-R diagnóstico de depressão unipolar não psicótica foi filmado em uma entrevista clínica e foi utilizado um sistema de pontuação etológica, incluindo 26 padrões de comportamento, principalmente expressões faciais e movimento das mãos. Em relação às diferenças entre os sexos, as mulheres deprimidas mostraram mais comportamentos socialmente interativos do que os homens deprimidos. Sua modalidade de interação incluía maiores níveis de hostilidade, tanto verbal e comportamentos de submissão e filiação. Os autores sugerem mais estudos avaliando as diferenças de sexo, incluindo traços de personalidade, eventos da vida interpessoal e tipo de tratamento para depressão.

Em uma pesquisa realizada por Lange, Thalbourne, Houran e Lester (2002) foram combinados os resultados de oito pesquisas diferentes com os estudantes de graduação da Universidade de Adelaide, Austrália, em um único conjunto de dados composto por 742 mulheres e 369 homens. A idade média desses 1111 participantes foi de 27,7 anos (DP =

8,51). Todos completaram a *Manic-Depressiveness Scale* (MDS), que inclui 18 itens correspondentes aos sintomas da depressão bipolar. Os resultados para análise do DIF indicou menor propensão dos homens a indicarem que eles estariam "muito irritados" em um item (5), ao passo que as mulheres foram mais propensas a resposta ao item 13 (baixa atividade sexual), seguido pelos itens 17 (hipersonia) e 10 (diminuição no consumo alimentar). Apesar de irritação ser considerado um sintoma mais predominante em homens, nesse estudo, o grupo em questão expressou menor probabilidade de endosso ao item correspondente. Há de se considerar que a amostra estudada não foi controlada por diagnóstico depressivo.

Möller-Leimkühler, Bottlender, Straub e Rutz (2004) investigaram se os sintomas depressivos atípicos, tais como ataques de irritabilidade, raiva, agressividade ou comportamento abusivo são suficientes para indicar uma síndrome depressiva hipotética do sexo masculino, sendo mais prevalente nesse sexo do que no feminino em pacientes com depressão maior unipolar. Os dados foram obtidos a partir de 2411 pacientes que haviam sido internados consecutivamente no Departamento de Psiquiatria da Universidade de Munique. Os sintomas psicopatológicos foram avaliados por um sistema de documentação (*Association for Methodology and Documentation in Psychiatry – AMDP*), utilizada na padronização de documentação de arquivos psiquiátricos, e para o estudo, foram selecionados os sintomas equivalentes baseados nos itens da *Gotland Scale*, um instrumento que avalia depressão masculina. O sistema de pontuação da AMDP e da *Gotland Scale* é idêntico, constando de uma escala *Likert* de 4 pontos (0-3).

Como resultados, nem frequências nem pontuações médias da maioria dos sintomas hipoteticamente masculinos diferiu entre homens e mulheres. Houve diferenças em relação à gravidade da depressão, a primeira hospitalização e a duração da doença. No entanto, as diferenças de gênero surgiram por meio de análise fatorial, pois os sintomas se agruparam

de diferentes formas, de modo que os sintomas como irritabilidade, agressividade e comportamento anti-social estão mais fortemente relacionadas entre si em homens do que nas mulheres deprimidas. Como limitação do estudo, os autores consideraram que apenas os pacientes foram estudados e casos de co-morbidade não foram considerados. Concluiu-se que a hipótese de uma síndrome depressiva masculino necessita de mais pesquisa, com foco no desenvolvimento gradual (mascarado) da depressão por homens, principalmente em amostras não-clínicas (Möller-Leimkühler & cols., 2004).

Bennett, Ambrosini, Kudes, Metz e Rabinovich (2005) verificaram se as diferenças de sexo na manifestação da depressão adulta estavam presentes durante a adolescência. Foi utilizada a versão infantil da Entrevista para Transtornos Afetivos e Esquizofrenia (*Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia*) e o Inventário de Depressão de Beck em 383 adolescentes (de 11 a 20 anos de idade) que passaram por avaliação em um ambulatório. Os resultados apontaram que as meninas e os meninos tinham prevalência de sintomas depressivos similares. No entanto, as meninas deprimidas expressaram mais culpa, insatisfação com a imagem corporal, auto-acusação, autodecepção, sentimentos de fracasso, problemas de concentração, dificuldade de trabalho, tristeza /humor deprimido, problemas de sono, fadiga e preocupações com saúde do que meninos deprimidos em algumas comparações. Em contraste, os meninos deprimidos expressaram mais anedonia, humor deprimido pela manhã e fadiga pela manhã.

Ainda fazendo referência ao estudo citado anteriormente, os autores apontaram como limitações a pesquisa transversal, uma vez que o corte longitudinal é necessário para testar se tais sintomas específicos em relação ao gênero desempenham papéis diferentes no início, manutenção ou remissão da depressão para os meninos e meninas. Eles concluem que os resultados encontrados indicam que, em geral, a experiência da depressão é muito semelhante para as meninas e meninos adolescentes. No entanto, algumas diferenças de

gênero anteriormente encontradas entre os adultos deprimidos parecem estar presentes na adolescência, possivelmente sugerindo etiologias pouco distintas para depressão entre homens e mulheres (Bennett & cols., 2005).

De acordo com Winkler, Pjrek e Kasper (2006), existem diferenças sutis entre homens e mulheres em padrões de sintomas, de forma que as mulheres mostram mais labilidade afetiva, provavelmente como um mecanismo de enfrentamento ou sinal social, enquanto que os homens têm níveis mais elevados de rigidez afetiva e afeto embotado. No que diz respeito à irritabilidade, é freqüente encontrar que os homens sofrem de uma síndrome depressiva especificamente irritável, que é caracterizada pelo reduzido controle dos impulsos, abuso de substâncias, maior prontidão para assumir riscos e ataques de raiva inadequada com sintomas vegetativos de hipervigilância. Porém, nem sempre são encontradas diferenças significativas entre homens e mulheres na manifestação da irritação na depressão. No entanto, os homens sofrem cerca de duas vezes mais que as mulheres de ataques de raiva, que são caracterizados por um início súbito, não muito diferente de ataques de pânico.

Raiva e fúria são vivenciadas pelos pacientes que têm reação exagerada e inadequada. Essas explosões de raiva podem resultar de sentimentos reprimidos e psicossociais não resolvidos, que têm de ser expressos em alguma maneira. Ao lado disso, há de se considerar também as diferenças entre homens e mulheres na prevalência de abuso e dependência de substâncias psicotrópicas. O alcoolismo é freqüentemente encontrado em pacientes que sofrem de depressão, em geral, com mais freqüência em homens do que nas mulheres e pode levar ao desenvolvimento de uma síndrome depressiva. Em pacientes deprimidos essa comorbidade também pode ser um fator importante para a perpetuação da doença. Além dos ataques de raiva e do alcoolismo como sintomas da depressão masculina, também são encontradas taxas de suicídio em homens deprimidos duas vezes mais que em

mulheres deprimidas. Por estas razões, o diagnóstico de depressão em homens pode vir mascarado por estes comportamentos, sendo necessária uma investigação cuidadosa e maior atenção dos profissionais de saúde (Winkler & cols., 2006).

Yang, Tommet e Jones (2008), avaliaram o funcionamento diferencial dos itens (DIF), na *Center for Epidemiological Studies-Depression (CES-D)*, considerando a idade, sexo e raça/etnia, entre uma comunidade de 2773 idosos. Com relação aos resultados encontrados por sexo, as mulheres foram menos propensas a apoiar os itens de dificuldades interpessoais e o item que descreve sentimento de fracasso quando comparadas aos homens, porém elas apresentaram uma maior probabilidade de endossar o item referente ao choro. Já na análise por idade, os itens que descrevem fracasso e choro foram mais facilmente endossados por idosos com idade igual ou acima de 75 anos. Esses dados mostram a importância de se estudar essas variáveis (idade e sexo) de maneira combinada na diferença de manifestação dos sintomas de depressão.

Oliffe e Phillips (2008) questionaram o número maior de casos de depressão em mulheres, de modo a levantar a possibilidade da depressão em homens ser subdiagnosticada. Num contexto sócio-cultural, os homens ainda se preocupam em demonstrar sua masculinidade, com ideais de força, aptidão física e sexual, ao passo que as mulheres estão ligadas aos ideais de fragilidade e afetividade. Nesse cenário, é de se esperar que os homens tenham dificuldade em assumir alguma incapacidade ou doença. Quando os sintomas são reconhecidos, a reação de autosuficiência é um comportamento comum e normalmente inclui, de médio a longo prazo, o autocontrole e de alguma forma, o autotratamento, na relutância em buscar cuidados médicos profissionais. Durante estes processos homens tendem a negar a doença e suprimir afetos, na esperança de que os sintomas irão desaparecer, e que apenas homens fracos respondem ao estresse.

Há preocupação também na maneira de se diagnosticar, pois muitos instrumentos de diagnóstico não são sensíveis à depressão nos homens e, portanto, esses casos não são identificados na prática clínica. Por exemplo, um critério diagnóstico para os sintomas principais da depressão enfatiza a expressão de sentimentos e julgamentos internos das próprias insuficiências, o que representa um padrão feminino de comportamento que tem limitada aplicabilidade para homens. Desta forma, a expressão dos sintomas pelos homens, por meio de instrumentos de avaliação da depressão na forma de auto-relato pode ajudar a encobrir a doença. Ademais, muitos dos sintomas que os homens apresentam na prática clínica podem ser erroneamente atribuídos a diagnósticos como um transtorno de personalidade ou transtorno de abuso de substância, apesar de existir uma depressão subjacente (Olliffe & Phillips, 2008).

Kendel, Wirtz, Dunkel, Lehmkuhl, Hetzer e Regitz-Zagrosek (2009) analisaram a dimensionalidade, o ajuste dos itens e o funcionamento diferencial do item (DIF) de dois instrumentos utilizados para avaliar depressão, sejam eles, a *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS-D) e o *Paciente Health Questionnaire* (PHQ-9). Participaram 1271 pacientes (idade média de 67,2, sendo 22,5% mulheres) submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio. Com relação aos resultados do DIF por gênero, os resultados foram significativas para o item 1 (apreciar as coisas) e para o item 7 (gostar de livros/TV) da HADS-D. Os homens eram mais propensos a aprovar estes itens que as mulheres. Por outro lado, as mulheres eram mais prováveis que os homens para aprovar itens PHQ 2 (humor deprimido) e 4 (cansaço). Assim, entre mulheres e homens igualmente deprimidos, mulheres endossaram mais facialmente itens relacionados ao humor deprimido (item 2, PHQ) e somático (item 4, PHQ), enquanto os homens endossaram itens da HADS relacionados às atividades prazerosas. Os autores alertaram para uma investigação mais

aprofundada, embora as diferenças encontradas entre homens e mulheres tenham sido consideráveis.

Möller-Leimkühler e Yücel (2010) pesquisaram uma amostra de 1018 estudantes, sendo 518 homens e 500 mulheres. Dentre outros objetivos do estudo, destaca-se o de investigar a depressão masculina em pessoas de ambos os sexos. Para tal foi utilizada a *Gotland Scale for Male Depression*, com 13 itens que incluem sintomas de estresse, agressividade, irritabilidade, desagrado, consumo excessivo de álcool ou substâncias relacionadas, mudança de comportamento, autopiedade, esgotamento, cansaço, dificuldade em tomar decisões, problemas de sono, desesperança e histórico de depressão ou suicídio na família. Os resultados indicaram, ao contrário do que se esperava, um maior risco de depressão masculina em mulheres do que em homens. Os autores sugerem que a depressão masculina pode ser também altamente prevalente em mulheres, ao menos em estudantes universitários e que isso pode ser explicado por uma crescente aceitação social da agressividade nas mulheres, e por uma sensibilidade mais acentuada nestas quando expostas aos fatores de estresse.

Em suma, dentre os estudos descritos, as crises de choro aparecem como sintoma predominantemente feminino (até aos 74 anos), assim como o humor deprimido. Os homens relatam comportamento anti-social, enquanto mulheres mostram boa interação social. Os sintomas irritação, anedonia, sentimentos de fracasso e alterações no sono aparecem ora sendo mais endossados por mulheres, ora por homens. Além das diferenças entre amostras, análise dos dados, é necessário um maior aprofundamento nas variáveis relacionadas à manifestação dos sintomas. Tentativas de explicações para o surgimento dos sintomas depressivos também têm sua base na etiologia da doença, e não só como respostas à estímulos ambientais, mas em achados biológicos, encaixando a depressão numa perspectiva multifatorial, como explicitado no capítulo que se segue.

2 ETIOLOGIA, EPIDEMIOLOGIA E CONSTRUTOS RELACIONADOS À DEPRESSÃO

2.1 Etiologia da Depressão

A etiologia principal da depressão ainda é desconhecida, apesar de intensas tentativas de estabelecer bases biológicas (genéticas e fisiopatológicas) que explicassem sua causa, e após muita discussão chegou-se ao consenso de que ela é uma desordem biopsicossocial, ou seja, fatores biológicos, psicológicos e sociais participam do surgimento e curso da depressão. Em adição, esses fatores colaboram em diferentes proporções em pessoas distintas (Assumpção Júnior & Kuczynski, 2004; Bahls, 2000; Del Porto, 2002; Ebert, Loosen & Nurcombe, 2002; Lima, Sougey & Filho, 2004; Scorza, Guerra, Cavalheiro & Calil, 2005).

Existem evidências consideráveis sobre a genética, mas que não explicam 100% da desordem depressiva. Estudos feitos com gêmeos idênticos (que são geneticamente iguais) e gêmeos fraternos demonstram que as possibilidades dos dois irmãos idênticos compartilharem o transtorno depressivo é de 50 a 80%, enquanto que essa probabilidade nos outros pares de irmãos é de 15 a 25%. Isso significa que o componente genético desempenha um papel bastante importante na etiologia da depressão (Del Porto, 2002; Lima, Sougey & Filho, 2004).

Outro fator considerado na etiologia da síndrome depressiva é a variação no nível dos neurotransmissores, especialmente da norepinefrina, serotonina e dopamina. Os medicamentos utilizados no tratamento da depressão, os antidepressivos, quando clinicamente eficazes, aumentam as concentrações dos neurotransmissores nos locais dos receptores pós-sinápticos, inibindo a sua recaptação a partir da fenda sináptica. Essa hipótese reforça a idéia de que uma deficiência do neurotransmissor constitua-se como

causa da depressão e de que o antidepressivo, por sua vez, exerça a sua ação clínica combatendo esse desequilíbrio (Ebert, Loosen & Nurcombe, 2002; Scorza, Guerra, Cavalheiro & Calil, 2005).

A contribuição de fatores ambientais se deve a eventos de vida estressantes, que são situações que provocam mudanças, podendo gerar estresse. Esses eventos tem associação com os primeiros episódios depressivos, funcionando como precipitadores da depressão. Fatores eventuais como separação (divórcio) ou perdas por morte de entes queridos, por exemplo, não podem ser obrigatoriamente associados a um quadro depressivo. Ou seja, os fatores ambientais em si, não provocariam a depressão, mas por outro lado, esses eventos podem contribuir para o desencadeamento da depressão, principalmente em pessoas mais suscetíveis, que reagem de forma sensivelmente acentuada (Bahls, 2000). A seguir serão apresentadas pesquisas empíricas que avaliaram a relação dos eventos de vida com a depressão.

2.1.1 Eventos de Vida Estressantes

Um estudo conduzido por Pine, Cohen, Johnson e Brook (2002) examinou a relação preditiva entre eventos de vida em 1986 e a depressão, bem como a ansiedade, em 1992. Uma amostra de 776 jovens que passaram por avaliações psiquiátricas e avaliações dos eventos de vida em 1986 foi selecionada de um estudo epidemiológico. A psicopatologia dos participantes foi novamente avaliada em 1992. Os resultados apontaram que os acontecimentos de vida dos adolescentes funcionaram como fator preditivo do aumento do risco para o diagnóstico de depressão maior na idade adulta. Quando analisados de forma contínua, uma associação surgiu com sintomas de depressão maior, bem como com

sintomas de transtorno de ansiedade generalizada. No entanto, esta associação com transtorno de ansiedade generalizada foi limitada às mulheres.

O estudo de Comijs, Beekman, Smit, Bremmer, Tilburg, e Deeg (2007) investigou a relação entre eventos (na infância e recentes) e sintomatologia depressiva. Os dados foram utilizados a partir de uma amostra de base populacional, com idades entre 55 a 85 anos (N = 1887). Adversidades da infância e recentes eventos estressantes foram avaliados retrospectivamente enquanto os sintomas depressivos foram mensurados com a *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (CES-D). Os resultados indicaram que 14,4% da nossa amostra apresentaram eventos adversos durante a infância e 35,4% experimentaram eventos recentes. Associações de sintomas depressivos foram encontradas com os dois, tanto os eventos da infância como os recentes. Uma limitação é a subnotificação, que pode estar presente devido à falta de vontade para relatar eventos embaraçosos ou revelar memórias dolorosas.

Landis, Gaylord-Hardenb, Malinowski, Grant, Carletona, e Forda (2007) buscaram explorar possíveis mecanismos através dos quais os estressores incontroláveis e crônicos podem levar a desesperança (e à depressão) em adolescentes de baixa renda. Em particular, as estratégias de *coping* específicas, que atuam como moderadores ou mediadores da associação entre estresse e desesperança foram examinadas. Foi utilizada a *Urban Adolescent Life Experiences Scale* (UALES), para avaliação de estressores crônicos e episódicos, que podem ser classificados em controláveis e incontroláveis, a *Hopelessness Scale for Children*, para avaliação da desesperança, a *Responses to Depression Questionnaire - Rumination Scale*, para avaliar estratégias de enfrentamento de ruminação e a *Children's Coping Strategies Checklist*, que avalia estratégias de enfrentamento de ação, distração, suporte social e esquiva.

Os resultados sugerem que estressores incontroláveis foram significativamente e positivamente relacionados com a desesperança nessa amostra. Os estressores incontroláveis nos homens foram mais fortemente associados com a desesperança para aqueles que relataram uso de estratégias mais ativa, de distração e de apoio social. As estratégias de enfrentamento ruminativo também emergiram como um mediador da relação entre estressores incontroláveis e desesperança para as meninas. Os autores sugerem como importante o estudo da identificação de fatores protetores que possam amenizar o efeito dos estressores crônicos e incontroláveis na população de baixa renda para que seja possível o desenvolvimento de intervenções no sentido de construir a resiliência e esperança em situações adversas. Ações que visem diminuir a desesperança são muito importantes, tanto na prevenção da depressão, quanto na prevenção do suicídio (Landis, 2007).

Pelkonen, Marttunen, Kaprio, Huurre, e Aro (2008) avaliaram problemas pessoais e psicossociais em adolescentes como fatores de risco para a depressão, até a idade adulta propriamente dita, e as diferenças nestes episódios de depressão e a persistência deste, num estudo longitudinal. A amostra consistiu de 1261 pessoas (547 homens e 714 mulheres) de uma comunidade urbana da Finlândia que foram acompanhados por um período de 16 anos. Os dados foram coletados primeiramente com um questionário em sala de aula quando os participantes tinham 16 anos e outras duas vezes, por meio de questionário postado quando estes alcançaram as idades de 22 e 32 anos. Para a avaliação da depressão, aos 16 anos eles responderam uma medida com 7 itens indicativos de depressão, e aos 22 e aos 32, responderam ao Inventário de Beck para depressão (BDI).

Diferenças na predição de episódio depressivo (apenas na idade de 22 ou 32 anos) e depressão persistente (ambos em 22 e 32 anos) foram estudadas por meio de análises de regressão logística. Os resultados mostraram que os sintomas depressivos nos adolescentes foram preditores de depressão episódica e persistente no sexo feminino. Baixa auto-estima,

insatisfação com o desempenho acadêmico, problemas com a lei, não ter experiências com pares (namoro) e divórcio dos pais, todos foram preditores tanto para depressão episódica quanto para persistente. Com os resultados encontrados, os autores concluíram que os esforços preventivos devem concentrar-se nos jovens em risco (Pelkonen & cols., 2008).

O estudo de Horesh, Klomek e Apter (2008) examinou a relação entre eventos estressantes da vida e episódio depressivo maior recorrente. Três grupos de 50 indivíduos cada, pareados por sexo (30 mulheres e 20 homens) e idade (35 a 58 anos) foram avaliados, quais sejam, pacientes com transtorno depressivo recorrente grave com características melancólicas, pacientes com transtorno de personalidade *borderline* e controles saudáveis. Foram utilizados dois instrumentos que avaliaram eventos de vida, a *Life Event Scale* da *Israel Psychiatric Epidemiology Research Interview* (IPERI) e a *Coddington Life Events Schedule* (CLES), e o Inventário de Depressão de Beck (BDI), que avaliou a depressão.

Eventos de perdas (morte e separação dos pais) na infância diferenciaram os grupos de depressivos e controle; e no ano anterior ao primeiro episódio, proporções de perdas (separação dos pais) e eventos negativos foram significativamente maiores no grupo de deprimidos quando comparados ao grupo controle. Os autores consideram que as descobertas têm papel importante nas implicações clínicas para a prevenção dos transtornos depressivos. Aos indivíduos que sofreram a separação ou perda na infância e um acúmulo excepcional de eventos estressantes durante um curto período de tempo devem ser oferecidas intervenções terapêuticas e preventivas. Estas intervenções devem promover experiências de controle para restabelecimento de confiança e capacidade para lidar com situações estressantes (Horesh & cols., 2008).

O estudo de Horesha, Nachshoni, Wolmer, e Torena, (2009) avaliou as correlações entre os diversos tipos de eventos estressantes da vida em suicidas com transtorno depressivo maior (N=22), e com transtorno de personalidade *borderline* (N=18), e não-

suicidas com transtorno depressivo maior (N=20) e transtorno de personalidade *borderline* (N=20). As medidas utilizadas foram *Life Events Checklist*, *Childhood Sexual Abuse Questionnaire*, *Suicide Risk Scale* e *Beck Depression Inventory*. Os participantes suicidas experimentaram maior número de eventos de vida negativos que os não-suicidas, independente do diagnóstico. Os participantes com depressão maior relataram mais eventos do que os participantes com personalidade *borderline*. Suicidas *borderlines* relataram mais abuso sexual relacionados com eventos de vida em comparação com os não-suicidas *borderlines*. Os resultados podem contribuir para implicações clínicas com foco na prevenção.

Horesha e Iancuc (2009) exploraram a associação entre eventos estressantes da vida e o desenvolvimento de psicopatologia de humor. A taxa de eventos estressantes de 30 pacientes com transtorno unipolar e 30 pacientes com transtorno bipolar foi comparada com 60 controles saudáveis. Medidas de avaliação incluíram o *Beck Depression Inventory*, o *Adult Life Events Questionnaire*, e a *Childhood Life Events List*. A amostra de pacientes apresentou mais eventos, relacionados a perdas e ocorridos no ano anterior ao seu primeiro episódio depressivo, em comparação com controles normais. Uma relação significativa foi encontrada entre eventos na infância e o desenvolvimento de transtornos afetivos na idade adulta, com pacientes com transtorno unipolar. Os autores concluíram que o acúmulo de eventos no período próximo ao episódio depressivo pode contribuir para a precipitação de um mecanismo de resposta patológica, e ser reativado no futuro, por menor número de estressores e menos severos.

A pesquisa de Borine (2009) teve como objetivo a busca de evidências de validade para a Escala de Depressão (EDEP), atual Escala de Depressão de Baptista e Sisto (EDEP). Os resultados obtidos por meio dos escores da EDEP tiveram média igual a 84,33 (DP=45,07). Como resultados secundários, os escores da referida escala foram

correlacionados com o número de eventos de vida estressantes vivenciados no último ano pelos participantes (N=212). Os resultados demonstraram que quanto maior o número de eventos vivenciados, maior escore em sintomatologia depressiva relatada. Quando dispostos em categorias, a sintomatologia depressiva mostrou-se correlacionada com 3 dos 10 eventos de vida, quais sejam, saúde, mudança/migração e matrimônio, indicando que quanto mais sintomas de depressão, maior o número de eventos ocorridos nessas categorias, podendo incluir doença física grave pessoal ou de familiar próximo, gravidez indesejada, mudança de casa/cidade/país, relação extraconjugal, brigas com o cônjuge, dentre outros.

Foi possível notar a contribuição dos eventos de vida para a depressão, porém, como já dito anteriormente, outros fatores também estão associados a essa, de forma a aumentar a probabilidade para o seu surgimento. Nesse sentido, os estudos epidemiológicos que avaliam a depressão podem contribuir muito para o maior conhecimento sobre esses fatores. De acordo com Lima (1999), os estudos epidemiológicos permitem avaliar a ocorrência de doenças na população, assim como a frequência, fatores de risco, incapacidade social e uso de serviços de saúde em grandes populações.

2.2 Epidemiologia da Depressão

No que diz respeito às pesquisas epidemiológicas realizadas para investigar transtornos mentais no geral, destacam-se 4 grandes estudos, quais sejam, o Estudo na Área de Capacitação Epidemiológica do Instituto Nacional de Saúde Mental (ECA-NIMH), realizado nos EUA (Robbins & Regier, 1991), a Pesquisa Nacional de Comorbidade (NCS), também nos EUA (Kessler, McGonagle & Zhao, 1994), a Pesquisa Nacional de Morbidade Psiquiátrica na Grã-Bretanha (OPCS) (Jenkins & Meltzer, 1995) e o Estudo Multicêntrico Brasileiro de Morbidade Psiquiátrica, no Brasil (Almeida-Filho, Mari,

Coutinho, Franca, Fernandes, Andreoli & cols., 1997). Os resultados encontrados nestas grandes pesquisas serão descritos, mas apenas no que se refere à depressão e variáveis relacionadas.

Um grande estudo epidemiológico, pioneiro no uso de critérios diagnósticos padronizados para a definição dos transtornos mentais (por meio da *Diagnostic Interview Schedule - DIS*), foi o Estudo na Área de Capacitação Epidemiológica do Instituto Nacional de Saúde Mental (ECA-NIMH), realizado em cinco grandes centros dos Estados Unidos, com a participação de 19182 pessoas. Em relação aos transtornos depressivos, a idade que marcou o início da depressão foi os 27 anos, com duração de aproximadamente nove anos. Aproximadamente 20% da população estudada relataram ao menos um sintoma depressivo num mês determinado, e 12% relataram dois ou mais em um ano. Encontrou-se uma porcentagem de 4,9% de pessoas com depressão maior, 3,2% com distímia, com um total de 8,1% de transtornos depressivos (Robbins & Regier, 1991).

Os resultados do ECA-NIMH relacionados ao sexo apontaram que as mulheres expressam cerca de duas vezes mais transtornos depressivos que os homens. O estudo também revelou que pessoas mais idosas procuram mais os serviços de atenção básica à saúde, enquanto que os mais jovens procuram serviços especializados. Com relação aos grupos diversas raças (brancos, afro-americanos e hispânicos), não foram encontradas diferenças quando foram controlados os fatores idade, local de residência e situação socioeconômica. E em relação ao nível socioeconômico, foi fraca a associação entre depressão e baixa renda (Robbins & Regier, 1991).

Outra pesquisa importante, também nos EUA, foi a Pesquisa Nacional de Comorbidade (NCS), realizada após o ECA. Os objetivos desta pesquisa envolveram, além do estudo de prevalência dos transtornos mentais, a identificação de fatores de risco associados a tais transtornos. Os critérios diagnósticos utilizados basearam-se no DSM-III,

e foram classificados a partir de uma versão modificada do CIDI (*Composite International Diagnostic Interview*). Participaram 8098 pessoas, com idades entre 15 e 54 anos. No geral, o estudo mostrou que 56% dos transtornos mentais apresentavam comorbidades com outras condições psiquiátricas. A porcentagem para a depressão maior encontrada foi de 10,3% e para a distímia, 2,5%, totalizando 12,8% de transtornos depressivos. As mulheres apresentaram mais transtornos depressivos que os homens. Pessoas com menor renda apresentaram maiores prevalências de transtornos afetivos (Kessler, McGonagle & Zhao, 1994).

A Pesquisa Nacional de Morbidade Psiquiátrica na Grã-Bretanha (OPCS) também teve como objetivo estudar a prevalência dos transtornos mentais, e ainda avaliar a extensão da incapacidade associada, comorbidades e utilização dos serviços de saúde. A amostra constituiu-se de 10108 pessoas, com idades entre 16 e 64 anos. Os diagnósticos foram obtidos a partir do CIS-R (*Clinical Interview Schedule, Revised*). Foram encontradas 2,2% de pessoas acometidas pela depressão maior e 7,7% com distímia, totalizando 9,9% de transtornos depressivos. Mulheres obtiveram aproximadamente duas vezes mais transtornos depressivos do que os homens. Pessoas com depressão maior apresentaram inatividade econômica e menor nível de escolaridade quando comparadas às outras sem depressão ou com outros transtornos mentais. As pessoas identificadas com transtornos mistos de ansiedade e depressão e depressão maior consultaram mais serviços de saúde generalistas e se internaram mais freqüentemente do que as pessoas com outros transtornos (Jenkins & Meltzer, 1995).

No Brasil foi realizado o Estudo Multicêntrico Brasileiro de Morbidade Psiquiátrica buscando prevalências para os transtornos mentais. A amostra foi constituída por 6476 pessoas. Num primeiro momento do estudo, foi utilizado o QMPA (Questionário sobre Morbidade Psiquiátrica em Adultos), e após, as pessoas que obtiveram escore acima de 7,

foram reentrevistadas, por psiquiatras especialmente treinados, que fizeram uso da lista de checagem de sintomas do DSM-III para o diagnóstico. Foram encontradas 13,9% de pessoas acometidas por transtornos depressivos. Diferenças entre sexos também foram encontradas neste estudo, em consonância com outros estudos, de aproximadamente duas vezes mais mulheres acometidas por transtornos depressivos quando comparadas aos homens (Almeida-Filho, Mari, Coutinho, Franca, Fernandes, Andreoli & cols., 1997).

Outros dados epidemiológicos são encontrados na literatura, porém não são especificados os estudos nos quais foram encontrados. A Sociedade Brasileira de Informações de Patologias Médicas (1999), por exemplo, divulgou que um episódio típico de depressão dura cerca de seis meses e que, na maioria dos casos, os sintomas ressurgem periodicamente ocorrendo, em média, de cinco a sete episódios durante toda a vida. Quando há recuperação da depressão, os pacientes apresentam ainda algum sintoma residual, e cerca de 10% dos pacientes deprimidos permanecem aproximadamente 15 anos ou mais com a doença.

De acordo com a OMS (2001), especialistas calculam que a depressão afeta 20% da população mundial, e que há uma estimativa de que os transtornos de humor no geral (incluindo os transtornos depressivos) atingirão cerca de 340 milhões de pessoas nos próximos anos. Espera-se ainda, para o ano 2020, que a depressão seja o principal distúrbio mental a atingir a população dos países em desenvolvimento. Para a APA (2002), a maior incidência de transtornos depressivos é em adultos de 20 a 50 anos, porém cresce cada vez mais o número de pessoas acometidas por tal doença durante a adolescência e início da vida adulta. Esses transtornos são mais comuns em mulheres, estimando-se uma prevalência do episódio depressivo em 1,9% no gênero masculino e 3,2% no feminino. O risco para o transtorno depressivo maior durante a vida em amostras comunitárias varia de 10 a 25% nas mulheres e de 5 a 9% nos homens.

A depressão é considerada um problema de saúde pública, uma vez que transtornos desta natureza são altamente prevalentes e crescentes na população geral. Apesar de representar apenas pouco mais de 1% de índice de mortalidade, a depressão e outros transtornos psiquiátricos são responsáveis por aproximadamente 12% do total de afastamentos de atividades profissionais e educacionais em todo o mundo, fazendo desse transtorno um das principais causas de incapacitação e responsável por um grave impacto econômico nas sociedades, além do acometimento de portadores de transtorno e das pessoas que convivem com os mesmos, em um estado de sofrimento (Kaplan, Sadock & Grebb, 1997; OMS, 2001).

Como se pode notar, vários fatores encontram-se relacionados à depressão, tais como apresentados acima, como sexo e idade. Existe mais uma série de fatores que se encontram relacionados com a depressão, de modo a apresentar risco para tal doença, como ter histórico de depressão na família, vivenciar grande número de eventos estressantes, ter problemas de saúde crônicos ou graves, ter os pais falecidos prematuramente (Baptista, 2004; Levinson, 2006; Nierenberg, Trivedi, Fava, Biggs, Shores-Wilson, Wisniewski & cols., 2007). Fatores como raça, nível socioeconômico, educação e estado civil, aparentam não ser de grande relevância no estudo da depressão. Alguns autores chamam atenção para o relacionamento interpessoal íntimo, que parece ser um fator de proteção para transtornos depressivos, uma vez que estes transtornos são mais comuns em pessoas que não tem um companheiro(a) e quando estas moram sozinhas (APA, 2002; Kaplan, Sadock & Grebb, 1997; Lima, 1999).

Referindo-se aos quatro estudos epidemiológicos descritos, e também aos outros dados encontrados, a prevalência de transtornos depressivos é bem alta, ainda mais quando se pensa nos prejuízos qualitativos da doença, como incapacitação e duração do transtorno ao longo da vida. Porém não se sabe se a depressão é crescente, ou se está sendo mais

diagnosticada, ou ainda, se está sendo mal diagnosticada. A prevalência nas idades de 20 a 50 anos é questionável, uma vez que raramente os outros estudos incluem outras faixas etárias, como crianças e idosos, de maneira que se possa comparar o acometimento dos transtornos depressivos em diferentes faixas etárias. É possível que o início do crescimento desses transtornos em adolescentes seja compatível com a informação de que essa população está recebendo maior atenção no momento, e portanto casos de depressão em adolescentes estão sendo mais detectados.

Para o acometimento maior em mulheres do que em homens, argumenta-se que as mulheres são mais propensas a relatarem seus sintomas depressivos do que os homens, e que elas são mais vulneráveis aos eventos estressantes e precipitadores de episódios depressivos (Aros, 2008). Comenta-se que essa diferença pode ser atribuída aos hormônios femininos (que podem afetar humor e cognição), uma vez que a diferença entre sexos aparece coincidindo com a menarca, na mulher e antes disso, não são notadas diferenças significativas entre homens e mulheres para a depressão (Kessler, 2003).

Podem também estar relacionados com a depressão, os quadros de comorbidades como doenças crônicas, cardíacas, esclerose múltipla, hepatite, encefalite, Parkinson, epilepsia, hipo e hipertireoidismo, fadiga crônica, ansiedade e pânico; dentre outras (Baptista, Baptista e Torres, 2006; Baptista, Santos e Dias, 2006; Del Porto, 1999; Juruena & Cleare, 2007; Teng, Humes & Demetrio, 2005; Thayer & Bruce, 2006; Sociedade Brasileira de Informações de Patologias Médicas, 1999). Enfatiza-se o suicídio, que geralmente está ligado ao quadro de depressão, e é um problema de saúde pública e está entre as dez primeiras causas de morte, e considerando apenas os jovens (de 15 a 34 anos), ele ocupa uma posição entre as três principais causas de morte. Cerca de 2/3 de todos os suicídios são cometidos por portadores de depressão. Por esse motivo, fazem parte das estratégias para a prevenção do suicídio, a detecção e o tratamento precoces da depressão

(Baptista & Borges, 2007; OMS, 2001). O recorte deste estudo realça a ansiedade, enquanto sintoma e comorbidade dos quadros depressivos, a ideação suicida e a desesperança enquanto sintomas muito importantes da depressão que estão interligados entre si.

2.3 Ideação Suicida, Desesperança e Ansiedade

Ideação suicida refere-se a pensamentos acerca de acabar com a própria vida, com diversos graus de intensidade e elaboração e também ao sentimento de estar cansado da vida, à crença de que não vale a pena viver e ao desejo de não despertar de um sono profundo. Esse pensamento sobre morte constitui uma das categorias do suicídio, juntamente com a categoria tentativa de suicídio, na qual o indivíduo age com o intuito de acabar com a própria vida nem sempre alcançando o resultado almejado, e também com uma terceira categoria que é o suicídio propriamente dito, ou seja, o sucesso da tentativa de interromper com a própria vida (Vilhjalmsson, Kristjansdottir & Sveinbjarnardottir, 1998).

Para se considerar o processo de suicídio no seu âmbito total, há de se considerar ainda outra categoria que constitui no planejamento do mesmo, ou seja, como será feito, quando, em qual lugar, qual instrumento será utilizado para a ação suicida. A compreensão da ideação e planejamento suicida são importantes passos no processo de suicídio. A ideação precede o planejamento, que pode resultar na tentativa, podendo ou não levar à morte. Se não-fatal, a tentativa pode aumentar a probabilidade da subsequente ideação, planejamento e tentativa (Vilhjalmsson, Kristjansdottir & Sveinbjarnardottir, 1998).

Essas categorias expressam distintos graus de gravidade, não existindo necessariamente uma continuidade entre eles (Organização Panamericana de Saúde [OPS], 2003). A ideação suicida constitui um importante valor preditivo na avaliação do risco para

o suicídio, na medida em que há uma forte associação entre ideação suicida e suicídio, mostrando que o indivíduo tem idéias, pensamentos e desejo de estar morto antes de cometer o suicídio propriamente dito. Desta forma, mesmo que as categorias de ideações suicidas, as tentativas, o planejamento e o suicídio propriamente dito não tenham necessariamente continuidade, elas estão relacionadas de alguma forma (Vilhjalmsson, Kristjansdottir & Sveinbjarnardottir, 1998).

Pensando em formas de se investigar o suicídio, sem dúvida, a intenção de morrer é um elemento chave. Não obstante, é difícil reconstruir os pensamentos das pessoas que se suicidam, a menos que houvessem exposto suas intenções com clareza antes da sua morte. Nem todos os que sobrevivem a um ato suicida tinham proposto viver e nem todas as mortes por suicídio foram precedidas de um planejamento. Sendo assim, os estudos que avaliam variáveis preditoras do suicídio enfatizam as ideações suicidas e as tentativas mal sucedidas de suicídio (OPS, 2006).

O suicídio, no geral, está fortemente ligado aos transtornos mentais (96,8% dos suicídios), e dentre esses, principalmente aos transtornos de humor (35,8%), nos quais se encaixa a depressão (OPS, 2006). Uma característica do transtorno depressivo maior, é que ele está associado a uma alta mortalidade, chegando a 15% de suicídios nos casos de depressão grave. A identificação da ideação suicida no indivíduo com depressão não é capaz de prever se e quando o suicídio acontecerá, porém ajuda a reconhecer um grupo de risco, servindo de alerta para o possível comportamento suicida. As idéias e motivações para o suicídio nos depressivos podem indicar um desejo de acabar com a própria vida como solução dos problemas e/ou sentimentos de incapacidade de superar os obstáculos, vistos como intransponíveis (APA, 2002; OPS, 2003).

A ideação suicida também se encontra fortemente relacionado com a desesperança. A desesperança tem sido considerada melhor preditora de suicídio quando comparada com

a depressão. Três elementos norteadores são considerados na teoria da desesperança, quais sejam, expectativas de resultados antagônicos, sentimentos de desamparo frente à possibilidade de tais resultados e alto grau de certeza diante de certas crenças. Esses elementos podem, em hipótese, resultar numa depressão desesperançosa (Cunha, 2001).

O humor de uma pessoa acometida pelo transtorno depressivo maior é descrito como triste, deprimido, desencorajado e desesperançoso (APA, 2002). A desesperança é vista como a expectativa que resultados altamente desejáveis não acontecerão ou que eventos altamente aversivos acontecerão. Não se trata de não controlar a situação, mas de atribuir os acontecimentos negativos a causas globais e estáveis. A denominada Teoria da Desesperança da Depressão é um modelo de vulnerabilidade ao estresse que descreve a etiologia de um subtipo de depressão (depressão desesperançosa), em termos de vulnerabilidade cognitiva diante da ocorrência de eventos de vida negativos. Especificamente, existe um estilo ou tendência para deduzir características negativas sobre o eu e conseqüências negativas para o futuro, o que aumenta a vulnerabilidade da pessoa em situações de estresse, contribuindo no desenvolvimento de sentimentos de desesperança (Abramson, Metalsky & Alloy, 1989).

Por sua vez, a ansiedade é considerada como um sentimento desagradável de apreensão, inquietação, geralmente vago, e acompanhado por sensações físicas. Pode ser considerada como essencial para a autopreservação, no entanto, se excessiva e de duração prolongada pode ser prejudicial ao indivíduo, uma vez que a situação de ansiedade pode restringir, dificultar ou mesmo impossibilitar sua capacidade de adaptação (Kaplan & Sadock, 1990). De acordo com Kessler, Berglund e Demler (2003), 58% dos pacientes com doença depressiva possuem também transtornos de ansiedade. A presença de transtornos de ansiedade é considerada um risco significativo para o desenvolvimento de depressão maior,

e assim, a identificação e o tratamento da ansiedade pode evitar o desenvolvimento de depressão.

O diagnóstico e tratamento da depressão e ansiedade sofrem interferência do problema da diferenciação dos sintomas entre ansiedade e depressão, que se constitui num grande problema da psicopatologia. Apesar de estar claramente definida nos manuais psiquiátricos, a diferenciação clínica da ansiedade e da depressão não é tão evidente, o que dificulta distinguir os dois quadros, identificar o curso deles, e ainda, saber qual antecedeu o outro. A sobreposição dos sintomas é bastante evidente, o que causa confusão, pois conceitos como nervosismo, medo, irritabilidade, apreensão, agitação e inquietude são utilizados tanto na definição da ansiedade como na definição da depressão (Agudelo, Buela-Casal & Spielberger, 2007). A ansiedade, assim como a depressão, é mais prevalente em mulheres (Simonds & Whiffen, 2003), ainda assim, Bekker e Mens-Verhulst (2007) avaliam a necessidade de estudos com ansiedade e diferenças de sexo, especialmente em associação com outros transtornos mentais que têm uma prevalência desigual entre os sexos.

Os estudos empíricos descritos a seguir relacionam a depressão com ideação suicida, ansiedade e desesperança e também investigam relações entre eles, como ideação suicida e ansiedade, ideação suicida e desesperança. Outras variáveis importantes também são associadas, como suporte social, locus de controle, auto-estima, estresse vital, personalidade, capacidade para resolver problemas e abuso de álcool e substâncias. Com relação aos fatores sociais e demográficos, são encontradas relações com sexo, idade, histórico de suicídio, condições crônicas, número de episódios depressivos, interações familiares, dentre outros. O propósito dessas investigações foi, no geral, voltado para identificação de fatores de risco e também de proteção para a depressão, ansiedade, desesperança e suicídio.

Um estudo considerou numerosos fatores potencialmente relatados para ideação suicida em adultos incluindo estresse vital, percepção de estresse, suporte social, personalidade, uso de álcool, condições crônicas, sintomas de *distress* e experiências sociodemográficas. Usando dados de saúde de 825 adultos, o estudo encontrou que sofrimento financeiro, estresse com situações judiciais, dificuldades familiares, percepção de estresse e baixo suporte material são resultados significativamente relatados por indivíduos com ideação suicida. Múltiplas condições crônicas, freqüentemente uso de álcool e várias formas de *distress* (depressão, ansiedade, desesperança, doença) são também relatadas por estes indivíduos. Ainda baixa auto-estima e lócus de controle externo são ambos associados com indivíduos com ideação suicida (Vilhjalmsson, Kristjansdottir & Sveinbjarnardottir, 1998).

Estudos sobre o comportamento suicida em adolescentes têm distinguido entre três níveis de variáveis: forças macrossociais, como alienação e o enfraquecimento de coerência na comunidade, estressores pessoais (eventos de vida), e a predisposição para transtornos mentais, tais como a depressão. O objetivo desse estudo foi o de identificar fatores de risco e fatores protetivos para o comportamento suicida. Foram investigados comportamento suicida, depressão, estresse (eventos de vida estressantes) e relações positivas interpessoais (aspectos do funcionamento familiar e relacionamento entre pares) em adolescentes. O comportamento suicida foi identificado em 14% de 272 estudantes de uma escola pública. Depressão e estresse (especialmente suicídio na família, sentimentos de violação do corpo, e sexualidade) aumentaram o risco para o suicídio, assim como mudanças na estrutura familiar (separação dos pais e recasamento) (Rubenstein, Halton, Kasten, Rubin & Stechler, 1998).

Cannon, Mulroy, Otto, Rosenbaum, Fava, e Nierenberg (1999) examinaram o potencial demográfico e diagnóstico como preditores de sintomas de desesperança em uma

amostra de 138 pacientes ambulatoriais (73 mulheres e 65 homens) com diagnóstico primário de depressão maior. A importância dos preditores foi avaliada por meio de análises de regressão simples e múltipla. Não foram encontradas associações significativas entre maior desesperança e variáveis demográficas (idade, número de episódios depressivos) e de diagnóstico (transtorno de ansiedade e abuso de substâncias). Desesperança foi significativamente associada com maior gravidade da depressão, baixa capacidade de resolver problemas, como avaliadas pelo *Problem Solving Inventory*, e cada uma das duas medidas de crenças disfuncionais (*Dysfunctional Attitudes Scale* e o *Cognitions Questionnaire*). Os resultados, identificando as correlações clínicas da desesperança, fornecem potenciais metas para avaliação e tratamento do risco de suicídio.

Tentativas anteriores de suicídio e desesperança são os preditores clínicos mais poderosos para o futuro suicídio completo. Malone, Oquendo, Haas, Ellis, Li e Mann (2000), hipotetizaram que “razões para viver” poderiam proteger ou conter os pacientes com depressão maior a tentarem suicídio. Pacientes internados com depressão maior foram avaliados para depressão, psicopatologia geral, história de suicídio, razões para viver, e desesperança. Dos 84 pacientes, 45 tinham tentado suicídio e 39 não tinham tentado suicídio. Os pacientes deprimidos que não tinham tentado suicídio expressaram mais sentimentos de responsabilidade para com a família, mais medo de desaprovação social, mais objeções morais para suicídio, maior sobrevivência e habilidades de enfrentamento, e um maior medo de suicídio que os pacientes deprimidos que tinham tentado suicídio. Os escores para desesperança, depressão subjetiva, e ideação suicida foram significativamente mais altos para os que tentaram suicídio. Nenhuma gravidade objetiva de depressão nem quantidade de recentes eventos de vida diferiu entre os dois grupos.

Stein, Fuetsch, Muller, Lib e Wittchen (2001) estudaram o transtorno de ansiedade social como fator de risco para a depressão. Participaram deste estudo 3021 adultos jovens

e adolescentes, levando-se em conta que é nesta última fase que o transtorno de ansiedade social tem sua primeira manifestação. A coleta de dados seguiu uma perspectiva longitudinal. Os resultados indicaram que a ansiedade social constitui um preditor para a depressão e para a gravidade desta em adolescentes e adultos jovens. O transtorno com início na adolescência tem um ímpeto mais agressivo do que quando sua primeira manifestação ocorre em fases posteriores a esta. Os papéis da ansiedade e da esquiva são discutidos como subsídios para o retraimento social e conseqüente depressão.

Kuo, Gallo e Eaton (2004) encontraram, em revisão bibliográfica, muitos estudos que mostraram a desesperança como um fator de risco para comportamento suicida, porém estes estavam baseados em amostras clínicas ou restritas. Baseando-se nesta justificativa, os autores examinaram a desesperança como um possível preditor a longo prazo de comportamentos suicidas, num estudo longitudinal com uma amostra comunitária de mais de 3000 participantes. Foi avaliada a associação da desesperança e comportamentos suicidas incidentes no período de seguimento de 13 anos, com dados ajustados para a presença de depressão e transtornos de uso de substância. Comportamentos de suicídio incluíram dados de suicídio completo, e instrumentos de auto-relato de tentativa de suicídio e ideação suicida.

Como resultado da pesquisa citada anteriormente, a desesperança foi considerada um fator preditivo de todos os três tipos de comportamento suicida no período de seguimento, até mesmo depois de ajuste. Pessoas que expressaram desesperança em 1981 tinham probabilidade aumentada de 11,2 vezes de ter completado suicídio no intervalo de 13 anos. A associação entre suicídio e desesperança foi mais forte e mais estável que a associação entre suicídio com a presença de depressão e com transtornos de uso de substância. Os autores concluíram que a desesperança pode ser considerada como um fator de risco para suicídio completo, tentativas de suicídio e ideação suicida e ressaltaram que

estratégias de intervenção que consigam enfraquecer o nível de desesperança podem ser efetivos para prevenção de suicídio (Kuo, Gallo e Eaton, 2004).

O estudo de Joiner, Wingate e Otamendi (2005) examinou 169 estudantes universitários do curso de Psicologia. Esperava-se que a desesperança levasse ao aumento de sintomas depressivos e também de estresse interpessoal. Foram utilizadas a *Hopelessness Scale*, escala que avalia desesperança, o *Beck Depression Inventory*, que avalia depressão, e o *Negative Life Events Questionnaire*, que avalia eventos negativos produtores de estresse. Os resultados encontrados indicaram que a desesperança produziria aumentos em parte em sintomas deprimentes como uma função geradora de estresse interpessoal. Os autores sugerem pesquisas teóricas e empíricas que investiguem melhor essa relação entre desesperança e surgimento do estresse.

Silva, Oliveira, Botega, Marin-León, Barros e Dalgalarrrondo (2006) conduziram um estudo de caso-controle no qual foram investigados a relação entre sintomas depressivos, ideação suicida, uso de álcool e drogas e fatores sociodemográficos. Participaram 29 pessoas identificadas como casos de ideação suicida nos últimos 12 meses por meio de um inquérito de prevalência e 166 pessoas selecionadas aleatoriamente na mesma base populacional, que não apresentaram ideação suicida nos últimos 12 meses. Na coleta de dados, foram utilizados os instrumentos *Self-Report Questionnaire (SRQ-20)* e o *Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT)*, já validados no Brasil.

Foi utilizado também, um questionário que permitiu obter informações sociodemográficas, história de comportamento suicida pessoal e em membros da família, saúde física e mental, contato com serviços de saúde e questões relacionadas com consumo de álcool e drogas. Quanto aos resultados, não foram encontradas relações entre ideação suicida e fatores sociodemográficos. Ideação suicida esteve significativamente relacionada com dificuldades emocionais, vizinhança não solidária, menor frequência à igreja e

principalmente à falta de energia e humor deprimido, fatores derivados do SQR-20 que estão relacionados aos sintomas depressivos (Silva & cols., 2006).

Borges e Werlang (2006) investigaram a relação entre depressão, desesperança, ideação suicida e outras variáveis sócio-demográficas em adolescentes de população geral de Porto Alegre. Participaram desse estudo, 526 estudantes com faixa etária de 15 a 19 anos. Além de um questionário de dados sócio-demográficos, foram utilizados o Inventário de Depressão de Beck (BDI), para avaliar a sintomatologia depressiva, a Escala de Ideação Suicida de Beck (BSI), para avaliar ideação suicida, e a Escala de Desesperança de Beck (BHS), para avaliar desesperança. Como resultado 36% dos adolescentes apresentaram ideação suicida, dos quais 67% do sexo feminino. A ideação suicida relacionou-se significativamente com intensidade de depressão, desesperança, sexo feminino e tentativa de suicídio de um amigo.

A depressão quando envolve comorbidades e especialmente sintomas de ideação suicida expressa a gravidade do transtorno, o que torna imprescindíveis ações que busquem o tratamento, a fim de se evitar o suicídio. Porém, antes de ser tratada, a depressão precisa ser diagnosticada e o diagnóstico não é simples, uma vez que, além de apresentar alta comorbidade com outros quadros psiquiátricos, ainda é confundida com doenças físicas, sendo difícil a detecção de um quadro depressivo (Grevet & Knijnik, 2001; Sociedade Brasileira de Informações de Patologias Médicas, 1999).

3 AVALIAÇÃO DA DEPRESSÃO

Faz-se importante a questão do diagnóstico e de instrumental para facilitar a identificação precoce do quadro depressivo. Por mais que os critérios diagnósticos estejam operacionalizados em manuais psiquiátricos, as escalas de depressão auxiliam na avaliação dos sintomas para o estabelecimento do diagnóstico e no acompanhamento do paciente e resultado do tratamento (Calil & Pires, 1998).

Em um estudo que versa sobre o uso do DSM-IV, Matos, Matos e Matos (2005), apontaram, além de pontos positivos (como a evolução de quadros diagnósticos e desenvolvimento das pesquisas na área da saúde, por exemplo), limitações e desvantagens do referido manual, dentre as quais se destacam as listas dos sintomas descritos que não contemplam todas as queixas apresentadas por pacientes na clínica. Os autores argumentam que o objetivo do manual é auxiliar no reconhecimento dos transtornos mentais, e que este material nunca deve ser utilizado como fonte única para conhecimento de uma especialidade. Os sintomas se sobrepõem em diferentes diagnósticos, e assim, a comorbidade dentro de um eixo passa a ser quase sempre regra ao invés de exceção.

Rastreamento (*screening*) significa a identificação provável de doença ou fator de risco por meio do uso de testes, exames ou outros procedimentos que podem ser aplicados para separar pessoas que, mesmo tendo uma doença, aparentam estar bem, daquelas que provavelmente não a possuem. Sendo assim, não constitui um procedimento diagnóstico por si só, uma vez que identifica indivíduos com maior probabilidade de ter a desordem em questão para avaliação do diagnóstico específico subsequente. Testes de rastreamento constituem um componente importante na prevenção primária (que remove as causas da doença, impedindo que ela ocorra por completo) e na prevenção secundária (que detecta a

doença de maneira que a intervenção precoce possa impedi-la de progredir) (Derogatis & Lynn, 2000; Fletcher, Fletcher & Wagner, 1996).

A validade nestes tipos de testes diagnósticos (escalas de rastreamento) é dividida em sensibilidade (grau para o qual o teste identifica indivíduos com determinada desordem) e especificidade (extensão para a qual aqueles indivíduos livres da condição são identificados). Indivíduos identificados corretamente com a desordem são nomeados como verdadeiros-positivos e aqueles identificados corretamente como não afetados são denominados verdadeiros-negativos. De maneira similar, indivíduos saudáveis classificados incorretamente com a desordem são referidos como falsos-positivos e aqueles indivíduos afetados e não identificados no teste são denominados falsos-negativos (Derogatis & Lynn, 2000). A Tabela 2 mostra esses resultados possíveis na avaliação de um teste envolvendo diagnóstico.

Tabela 2

Relação entre o resultado de um teste diagnóstico e a ocorrência de doença

		DOENÇA	
		Presente	Ausente
TESTE	Positivo	Verdadeiro-positivo (a)	Falso-positivo (b)
	Negativo	Falso-negativo (c)	Verdadeiro-negativo (d)

A sensibilidade caracteriza-se por alta porcentagem em casos verdadeiros positivos, isto é, quando o teste avaliado foi capaz de identificar indivíduos com a desordem estudada. Sendo assim, testes sensíveis são úteis quando é imprescindível a detecção de uma doença

ou quando, em fase inicial de diagnóstico, no momento em que várias possibilidades são avaliadas e pretende-se reduzi-las, a presença da doença aparece como improvável. A especificidade por sua vez, assinala alto índice de casos verdadeiros negativos, ou seja, os indivíduos que não possuem a doença assim foram classificados pelo teste. Testes específicos são utilizados para confirmar ou acrescentar diagnóstico indicado por outros dados e ainda quando resultados falso-positivos podem prejudicar o paciente emocional, física e emocionalmente (Fletcher, Fletcher & Wagner, 1996; Klein & Costa, 1987).

O ideal seria que um teste fosse altamente sensível, assim como específico. Portanto, estabelece-se arbitrariamente como ponto de corte um escore que favoreça maior índice de sensibilidade e especificidade (Fletcher, Fletcher & Wagner, 1996). Para escalas de rastreamento em particular, espera-se que a sensibilidade seja maior do que a especificidade (Andreoli, Blay & Mari, 1998).

De acordo com Santor, Gregus e Welch (2006), desde 1918, mais que 280 medidas que avaliam gravidade da depressão têm sido desenvolvidas e publicadas. Essas medidas diferem no conteúdo, formato de resposta, e objetivos. Esse artigo examinou as características das escalas desenvolvidas a partir da década de 80, e a frequência com a qual diferentes escalas têm sido usadas nas ciências básicas e no tratamento. Menos da metade das medidas publicadas avaliou especificamente retraimento social, e aproximadamente 20% não avaliou diretamente humor deprimido ou tristeza.

A desvalorização foi tão avaliada quanto humor deprimido e mais completamente que todos os outros sintomas centrais da depressão. Dentre as muitas medidas existentes, poucas são realmente usadas, das quais, uma maior variabilidade é utilizada em estudos de avaliação da gravidade depressiva em estudos básicos científicos, e poucas são utilizadas em estudos envolvendo resultados de tratamento da depressão. Dentre as escalas mais usadas, algumas serão apresentadas a seguir (Santor, & cols., 2006).

A Escala de Depressão de Hamilton (HDRS) é uma escala hetero-aplicativa, muito utilizada mundialmente e avalia gravidade dos sintomas depressivos, e sendo assim, é recomendada para pacientes depressivos e não recomendada para *screening* populacional. Possui 21 itens na sua versão original, mas uma avaliação da depressão por Hamilton (1960), revelou que a escala deveria incluir apenas 17 itens, pois os outros quatro itens (variação diurna do humor, desrealização, sintomas paranóides e sintomas obsessivos) são sintomas que ocorrem com menor frequência e nem sempre correspondem a uma maior gravidade do quadro depressivo (Calil & Pires, 1998).

Pancheri, Picardi, Pasquini, Gaetano e Biondi (2002) estudaram a estrutura fatorial da Escala Depressiva de Hamilton (HDRS), que não tem se mostrado consistente entre os estudos, e alguns pesquisadores argumentaram que a estrutura dos fatores da escala não é confiável. Fizeram parte da amostra 186 adultos com depressão unipolar (Transtorno Depressivo Maior, N=80; Transtorno Distímico, N=71; Transtorno Depressivo Sem Outra Especificação, N=25; Transtorno de Ajustamento, N=10). Os participantes não tinham comorbidade de transtornos do eixo I e eixo II do DSM-IV, e não tinham recebido qualquer tratamento com medicamentos antidepressivos nos dois meses precedentes. A estrutura fatorial da escala foi estudada usando o método de extração por componentes principais, com rotação oblíqua.

Usando o critério de *scree-test* para a extração de fatores, obteve-se uma solução de quatro fatores, explicando 43,8% da variância total. Os quatro fatores extraídos foram identificados como (1) ansiedade somática / fator de somatização; (2) ansiedade psíquica; (3) depressiva pura e (4) anorexia. Pacientes com Transtorno Depressivo Maior tiveram significativamente maiores escores do que pacientes com outros diagnósticos na dimensão depressiva pura. Os autores concluíram que a HDRS (17-item) exibiu uma estrutura fatorial relativamente confiável, pois possui um fator que descreve sintomas centrais da depressão e

outros dois de ansiedade (somática e pura), porém não possui itens de hiperativação (raiva, irritação, agressividade, hostilidade e agitação psicomotora), que são também importantes e capazes de desempenhar um papel útil na investigação clínica (Pancheri & cols., 2002).

A Escala de Montgomery-Åsberg de Depressão (Montgomery & Åsberg, 1979), que foi desenvolvida e introduzida bem depois da Escala de Hamilton, é uma escala muito simples, que foi criada com o intuito de ser mais sensível às variações do estado clínico do paciente e assim, servir para avaliar a resposta ao tratamento para depressão. Ela possui 10 itens que são sintomas listados, no qual o aplicador deve marcar a intensidade do sintoma. Ela é amplamente utilizada em ensaios com medicamentos antidepressivos e também em conjunto com a Escala de Hamilton. A maior parte dos itens dessa escala avalia humor e sintomas somáticos, e um número menor de itens avalia ansiedade (Calil & Pires, 1998).

Benazzi (2001) avaliou a estrutura fatorial da Montgomery Åsberg Depression Rating (MADR) em pacientes com sintomatologia bipolar II (N = 251) e depressiva unipolar (N = 306). A análise fatorial foi calculada por meio do programa estatístico STATA 5, considerando itens com cargas fatoriais acima de 0,40. Destacam-se os resultados para pacientes com sintomatologia depressiva unipolar (casos de transtorno depressivo maior e distímia indicados pela SCID-CV), apontaram para a existência de três fatores, quais sejam, 1) relatos de tristeza e tristeza aparente, incapacidade de sentir e pensamentos suicidas; 2) dificuldades de concentração, cansaço, incapacidade sentir e pensamentos pessimistas; e 3) tensão interna e redução do sono. Não foram encontradas diferenças significativas entre pacientes com depressão bipolar e unipolar, porém a estrutura fatorial para cada grupo foi diferente, de modo que a diferença mais importante foi o fator vegetativo (sono, apetite) na depressão bipolar II, que corrobora com os relatos clínicos das características atípicas desse transtorno.

A Escala de Rastreamento Populacional para Depressão (*Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* - CES-D) é um instrumento que avalia sintomas depressivos ocorridos na última semana, por meio de uma escala likert de 3 pontos. A versão original contém 20 itens e portanto sua pontuação pode variar de 0 a 60 pontos. O ponto de corte estabelecido para a população geral é de 15 pontos e para farmacodependentes, 24 pontos. Na versão brasileira, ela possui 18 itens, divididos em 4 dimensões, a saber, afeto depressivo, afeto positivo, afetividade somática e relações interpessoais (Silveira & Jorge, 1998).

Caracciolo e Giaquinto (2002) avaliaram a validade de critério da CES-D, em 50 pacientes reabilitados neurológicos e 101 ortopédicos. A CES-D foi aplicada segundo critério de seleção por meio do DSM-IV e a SCID-I, juntamente com a Escala de Hamilton-HAM-D, *Mini Mental State Examination*- MMSE e *Functional Independence Measure* (FIM). Encontrou-se alta correlação entre a HAM-D e a CES-D (0,60 com pacientes ortopédicos e 0,66 com pacientes neurológicos). A CES-D apresentou um bom nível para rastreamento de transtorno depressivo em pacientes reabilitados, na qual os dados apresentaram uma boa sensibilidade (89% para pacientes ortopédicos e 96% para pacientes neurológicos) e baixa especificidade (75% e 57%, respectivamente), conseguindo detectar a maioria dos casos verdadeiros positivos, mas sendo limitada para avaliação de verdadeiros negativos.

Já Silveira e Jorge (1998) estudaram as qualidades psicométricas da CES-D com os Critérios Diagnósticos para Pesquisa (RDC), utilizados na identificação de critérios específicos para a detecção de transtornos psiquiátricos funcionais referentes a sintomas, grau de gravidade e duração, e curso da patologia. Os instrumentos foram aplicados em uma amostra de 523 indivíduos de três diferentes cursos, a saber, medicina (N=192),

arquitetura (N= 163) e economia (N= 168), e 50 farmacodependentes do Programa de Orientação e Atendimento de Dependentes (PROAD).

Os itens da escala foram submetidos à análise fatorial por análise de componentes principais. O critério de inclusão foi o de itens cuja carga fatorial fosse maior que 0,40. A solução fatorial explicou 53,8% da variância total, com a exclusão de 2 itens, apontando a existência de 4 fatores, quais sejam, afeto depressivo (subescala de humor), afeto positivo (subescala de bem-estar), atividade somática e relações interpessoais. O alfa de *Cronbach* foi de 0,84 para a versão com 20 itens e com a exclusão de dois itens, subiu para 0,86. O estudo permitiu estipular pontos de corte para a escala, sendo que o ponto 15 permitiu detectar todos os casos de transtornos depressivos, com 100% de sensibilidade e 75% de especificidade (Silveira & Jorge, 1998).

A Escala de Ansiedade e Depressão para Hospital (*Hospital Anxiety and Depression – HAD*), validada por Botega, Pondé, Medeiros, Lima e Guerreiro (1998), foi inicialmente desenvolvida para ser aplicada em pacientes não psiquiátricos de hospital geral, e avalia sintomas de depressão e ansiedade ocorridos na última semana. Possui 14 itens de múltipla escolha (de 0 a 3) sendo 7 para ansiedade e 7 para depressão, podendo variar entre 0 a 21 pontos em cada subescala e tendo como ponto de corte 8 para ansiedade e 9 para depressão. Destina-se a detectar graus leves de transtornos afetivos em ambientes não psiquiátricos. Seu formato é curto, podendo ser rapidamente preenchido.

Bjelland, Dahl, Haug e Neckelmann (2002), realizaram um trabalho de revisão da literatura sobre a validade da *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS). Foram revisados 747 artigos identificados nos quais a HADS foi utilizada para responder às seguintes questões: (1) Como são a estrutura fatorial, validade discriminante e a consistência interna da HADS? (2) Como a HADS funciona para identificar casos de transtornos de ansiedade e depressão? (3) Como a HADS se relaciona com outras medidas

de auto-avaliação de instrumentos utilizados para avaliar ansiedade e depressão? Nos resultados encontrados, a maioria das análises fatoriais realizadas demonstrou uma resolução de dois fatores de acordo com as subescalas da HADS para ansiedade (HADS-A) e depressão (HADS-D), respectivamente. As correlações entre as duas subescalas variaram de 0,40 à 0,74 (média de 0,56).

Os coeficientes de precisão avaliados pelo alfa de *Cronbach* para a HADS-A variaram de 0,68 a 0,93 (média de 0,83) e para a HADS-D variaram de 0,67 a 0,90 (média de 0,82). Na maioria dos estudos um melhor equilíbrio entre sensibilidade e especificidade foi alcançado quando o ponto de corte para identificação de casos foi igual ou superior a 8 em ambas subescalas (HADS-A e HADS-D). A sensibilidade e especificidade tanto para a HADS-A quanto para a HADS-D foi de cerca de 0,80. No que diz respeito às correlações entre a HADS e outros questionários utilizados, os coeficientes variaram de 0,49 a 0,83. A conclusão é de que os estudos pesquisados demonstraram um bom desempenho para a HADS na avaliação de casos e na gravidade dos sintomas e de transtornos de ansiedade e depressão em diferentes amostras, quais sejam, pacientes somáticos, psiquiátricos e de atenção primária e na população em geral (Bjelland & cols., 2002).

O estudo de Marcolino e cols. (2007) avaliou a validade de critério e a confiabilidade da HADS em pacientes pré-operatórios. Participaram 135 pessoas, sendo 79 pacientes e 56 acompanhantes, utilizados como grupo-controle do Hospital Central da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (ISCMSP). Aplicou-se um questionário sociodemográfico, os Inventários de Depressão e Ansiedade de Beck e a HADS. Destacam-se as correlações (*Spearman*) para as pontuações dos pacientes e acompanhantes, respectivamente entre a HADS-A (ansiedade) e o BAI foi de 0,68 e 0,70, e entre a HADS-D (depressão) e o BDI, foi de 0,67 e 0,68.

A sensibilidade da escala HADS-A foi de 80,6% para pacientes e 78,2% para acompanhantes, na escala HADS-D, foi de 70,8% para pacientes e 73,6 para acompanhantes. Já a especificidade encontrada para a HADS-A, pacientes e acompanhantes respectivamente foi de 89,5% e 69,6%, e para a HADS-D, 90,9% e 72,9%. A consistência interna (Alfa de *Cronbach*) encontrada para a HADS-A foi de 0,84 para pacientes e acompanhantes, e para a HADS-D, 0,83 para pacientes e 0,79 para acompanhantes. Os autores consideram bons os índices encontrados para a escala HADS, e confirmam seu bom desempenho na triagem para separar ansiedade e depressão, e casos de ansiedade e depressão entre pacientes cirúrgicos internados (Marcolino & cols., 2007).

Por fim, a Escala de Depressão de Beck (BDI) foi criada inicialmente para avaliar sintomas de depressão, porém hoje é muito utilizada mundialmente para avaliar intensidade dos sintomas depressivos, tanto em clínica como em pesquisas. Os itens referem-se a tristeza, pessimismo, sentimento de fracasso, insatisfação, punição, auto-aversão, idéias suicidas, choro, irritabilidade, retraimento social, indecisão, mudança na auto-imagem, dificuldade de trabalhar, insônia, fatigabilidade, perda de apetite e peso, preocupações somáticas e perda de libido. A pontuação da escala é em formato *Likert* de 4 pontos (0, 1, 2 e 3), podendo ter pontuações de 0 a 63 nos 21 itens (Cunha, 2001).

Em um estudo por Gorenstein e Andrade (1998) que avaliou a estrutura fatorial da escala (BDI), foi realizada uma análise fatorial por componentes principais com rotação *varimax*, considerando a amostra total, de 1.080 estudantes universitários, sendo 845 mulheres e 235 homens. De acordo com a literatura pesquisada, dois fatores são invariavelmente encontrados para o BDI, sejam eles o cognitivo-afetivo e o somático. De acordo com os resultados encontrados na análise fatorial, foram extraídos 3 fatores para a amostra total, responsáveis por 40,8%, da variância total. O fator 1 representa a dimensão

de autodepreciação (Alfa de *Cronbach* igual a 0,76), enquanto o fator 2, cognição-afeto (0,77) e o fator 3, a dimensão somática (0,66).

Quando as amostras foram subdivididas quanto ao sexo, houve alteração nos resultados da análise fatorial, extraindo-se dois fatores para cada subgrupo. De acordo com os resultados, as mulheres combinam autodepreciação e cognição-afeto no fator 1 e a dimensão somática no fator 2, enquanto para os homens o fator 1 representa a dimensão cognição-afeto, e o fator 2 representa as dimensões autodepreciação e somática. Assim, a autodepreciação foi mais associada à experiência depressiva de mulheres, enquanto nos homens ela aparece como um componente secundário. As diferenças entre homens e mulheres na expressão da depressão da sintomatologia depressiva precisam ainda ser confirmadas em estudos futuros em uma população clínica com diagnóstico atual estabelecido por meio de entrevista clínica e com uma distribuição balanceada de homens e mulheres (Gorenstein & Andrade, 1998).

Um estudo conduzido por Lasa, Ayuso-Mateos, Vazquez-Barquero, Diez-Manrique e Dowrick (2000) avaliou o desempenho do BDI como instrumento de rastreamento de depressão para a população geral. De uma amostra de 1250 sujeitos, foram selecionados casos prováveis de depressão (utilizando ponto de corte ≥ 13 no BDI), e 5% da amostra total com escore menor que 13. Num segundo momento, psiquiatras confirmaram casos de depressão (N=32) e não depressão (N=62) através da SCAN (*Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry*). Os resultados confirmaram o ponto de corte com melhor valor preditivo, de 12/13, com 100% de sensibilidade e 99% de especificidade. A área debaixo da curva ROC, foi igual a 0,99. Não foram encontradas estatísticas diferenciadas em termos de idade e sexo. Os autores concluem que o BDI é um bom instrumento para rastrear desordens depressivas nas pesquisas com população geral.

Nos estudos com a versão em português do BDI, por Cunha (2001), foram utilizadas 3 grandes amostras, sejam elas, uma constituída por pacientes psiquiátricos (N=1388), outra, por pacientes de clínica médica (N=531) e uma outra, de amostra não clínica da população geral (N=2476). No que diz respeito aos diagnósticos com depressão (N=595), as estimativas de fidedignidade (Alfa de *Cronbach*) variaram de 0,79 a 0,89. Já os estudos com amostras não-clínicas, especificamente universitários (N=1746), o coeficiente encontrado foi de 0,82. No estudo que avaliou a qualidade diagnóstica do BDI foram selecionados pacientes com episódio depressivo maior (148) e pacientes com transtorno distímico, sem co-morbidade (148), sendo 27 do sexo masculino e 121 do sexo feminino em cada grupo (emparelhados por idade). O padrão ouro utilizado foi o diagnóstico psiquiátrico. Como resultados, utilizando-se o ponto de corte 20, o BDI revelou sensibilidade de 0,77 e uma especificidade de 0,95.

No estudo de validação fatorial do BDI participaram 204 pacientes com diagnóstico de depressão maior sem co-morbidades. Por meio da análise fatorial com rotação *varimax* foi possível encontrar 3 fatores, explicando 43,8% da variância total. Estes três fatores refletem queixas cognitivo-afetivas, de desempenho e somáticas. Os resultados para análise de precisão do BDI com uma amostra de 212 pacientes com diagnóstico de episódio depressivo apontam uma alfa de *Cronbach* igual a 0,89, o que é considerado satisfatório (Cunha, 2001).

O estudo de Baptista, Souza e Alves (2008) teve como objetivos a busca por evidências de validade para a Escala de Depressão de Baptista e Sisto (EDEP), na avaliação do mesmo construto (mensurado pelo Inventário de Depressão de Beck - BDI) e, na avaliação de construtos relacionados, no caso, o suporte familiar (mensurado pelo Inventário de Percepção de Suporte Familiar - IPSF). Foram participantes dessa pesquisa 157 universitários do sul de Minas Gerais, sendo 75,5% do sexo feminino, com

idade média de 23,22 anos (DP=6,4), variando de 18 a 51 anos. No que tange aos resultados para o mesmo construto, foi encontrada correlação alta, positiva e significativa entre EDEP e BDI ($r=0,75$; $p=0,000$). Para Prieto e Muniz (2000), na avaliação de construtos similares, como no caso do estudo descrito (depressão e depressão), um índice é considerado excelente a partir de 0,60, indicando que os testes medem os mesmos construtos.

Calil e Pires (1998) apresentaram aspectos gerais de várias escalas de avaliação da depressão e consideraram de fácil reconhecimento a diferença marcante entre estas, refletindo a maneira como elas foram construídas e a cobertura dada às várias categorias dos sintomas depressivos. Umhas escalas priorizam sintomas vegetativos, outras os aspectos cognitivos, outras os aspectos motores, dentre outros. E algumas delas deixam de representar indicadores importantes, não possuindo itens relativos a estes.

Tendo em vista os vários critérios para se classificar os quadros depressivos e a falta de instrumentos a partir da realidade brasileira, foi desenvolvida a Escala de Depressão de Baptista e Sisto (EDEP). Este instrumento foi criado com o intuito de captar o máximo possível de informações (maior número de indicadores) a respeito da sintomatologia da depressão (Baptista & Sisto, 2007). Essa escala será mais bem apresentada adiante, na seção instrumentos, parte referente ao capítulo que descreve o método utilizado na presente pesquisa.

4 OBJETIVOS

Constituiu-se como objetivo desta pesquisa a realização dos estudos de validade e precisão com a EDEP, como parte de um projeto maior, utilizando amostras clínicas e não-clínicas. Dessa forma, o objetivo geral da atual pesquisa foi:

- buscar evidências de validade entre a EDEP e critério diagnóstico (transtorno depressivo maior), baseando-se nos índices de sensibilidade e especificidade.

Os objetivos específicos consistem em:

- buscar evidências de validade baseadas na estrutura interna dos itens da EDEP;
- buscar evidências de validade entre depressão, ansiedade, desesperança e ideação suicida, buscando relações entre a EDEP e BDI, BAI, BHS e BSI;
- avaliar a precisão da EDEP, por meio do alfa de *Cronbach*;
- buscar diferenças entre os sexos, grupos de participantes e eventos de vida estressantes em relação aos escores obtidos pela EDEP.

5 MÉTODO

5.1 Participantes

Fizeram parte do estudo 771 pessoas, sendo 691 universitários (U) de instituições particulares de ensino do Estado de São Paulo, 40 pacientes depressivos (D) e 40 controles não-depressivos (ND). Os pacientes depressivos vieram de uma clínica psiquiátrica particular que atende também por convênio médico e de um centro de saúde pública de cidades do interior de São Paulo. Já os pacientes não-depressivos foram pessoas dessas mesmas cidades, pareadas por sexo, idade e escolaridade. Da amostra total, 70,25% eram do sexo feminino, e as idades variaram de 17 a 69 anos, com média de 26 anos (DP=8,60). A Tabela 3 ilustra quais instrumentos foram respondidos por quantos e quais grupos de participantes.

Tabela 3

Instrumentos respondidos pelos participantes

	U	D	ND	Total
Caracterização	691	40	40	771
EDEP	691	40	40	771
SCID	-	40	40	80
BDI	172	-	-	172
BAI	181	-	-	181
BHS	169	-	-	169
BSI	161	-	-	161

Todos os participantes responderam à EDEP e a ficha de caracterização. Somente os universitários responderam ao BDI, BAI, BHS e BSI, de forma que eles foram separados em quatro grupos e cada grupo respondeu a um desses 4 instrumentos. O intuito dessa divisão foi não sobrecarregar os participantes com conteúdos depressivos, já que a ficha de

caracterização tem várias perguntas sobre depressão, a EDEP contém muitos itens (75) sobre depressão e os outros instrumentos também contêm sintomas depressivos. A SCID foi utilizada apenas para confirmação de casos e não casos de depressão. Os dados dos participantes serão pormenorizados nos resultados.

5.2 Instrumentos:

5.2.1 Ficha de Caracterização (Anexo 1)

Foi criada uma ficha para caracterizar o participante, contendo 13 questões a fim de se obter dados sociodemográficos, tais como idade, sexo, estado civil, nível de escolaridade e nível econômico com base no Critério de Classificação Econômica Brasil – CCEB (ANEP, 2007). Além desses dados, outros itens investigam se o participante trabalha, e em qual profissão, se alguém da família já foi diagnosticado com depressão por psicólogo ou psiquiatra, se o participante já passou ou não por avaliação psicológica ou psiquiátrica, com qual diagnóstico, se atualmente passa por tratamento para depressão, como avalia seus sintomas (leve, moderado ou severo). Um último item conta de uma lista de 50 eventos estressores de vida vivenciados no último ano.

Esses eventos de vida foram retirados da versão brasileira da Entrevista para Eventos de Vida Recentes, desenvolvida originalmente por Eugene Paykel em 1967, traduzida e validada para a língua portuguesa por Oliveira, Fonseca e Del Porto (2002). Os itens da entrevista foram transformados em tópicos fechados, para que o participante pudesse marcar qual evento vivenciou no período de 1 ano. Essa entrevista é muito utilizada em pesquisas para se associar eventos de vida estressantes e o desencadeamento de doenças mentais. Os eventos compõem 10 categorias que são: *trabalho, educação,*

finanças, saúde, luto, migração, namoro e coabitação, questões legais, família e relações sociais, identificados no tempo, envolvendo mudanças no ambiente social externo.

5.2.2 Entrevista Estruturada para o DSM-IV (SCID-CV)– Transtornos do Eixo I

A Entrevista Estruturada para o DSM-IV – transtornos do eixo I – versão clínica (SCID-CV) foi desenvolvida para padronizar os procedimentos diagnósticos entre profissionais psiquiatras. Essa entrevista inicia-se por uma seção de revisão geral, que segue o roteiro de uma entrevista clínica não-estruturada. São realizadas perguntas sobre idade, escolaridade, estado civil, entre outros fatores relevantes que fazem parte do perfil do paciente. Em seguida, o questionário é dividido em módulos que correspondem às categorias diagnósticas de cada transtorno.

Se os critérios essenciais de uma categoria não forem preenchidos, existe a possibilidade de questões remanescentes serem ignoradas, o que permite o descarte rápido de diagnósticos irrelevantes (Del-Ben & cols, 2001). No Brasil foi realizado um estudo para verificar a precisão desse instrumento, pela metodologia teste-reteste com intervalo mínimo de dois dias e no máximo um mês, de uma versão do instrumento traduzido e adaptado para o português. Para a presente pesquisa foi utilizada somente a parte que diz respeito aos transtornos de humor, para confirmação ou não de quadros de episódio ou Transtorno Depressivo Maior.

5.2.3 Escala de depressão (EDEP) (Baptista & Sisto, 2007)

Esta escala foi criada baseada em indicadores retirados do DSM-IV-TR (APA, 2002), CID-10 (OMS, 2000), Terapia Cognitiva da Depressão (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1982) e Princípios do Comportamento (Ferster, Culbertson & Boren, 1977), resultando inicialmente em um instrumento de “*screening*” (rastreamento) para amostras

psiquiátricas e não psiquiátricas (Baptista & Sisto, 2007). O instrumento consta de 75 questões, e tem como opções de resposta uma escala *Likert* de 5 pontos (0, 1, 2, 3 e 4), na qual o indivíduo deve responder se sente em relação às situações propostas. A pontuação mínima a ser atingida é 0 e a máxima, 300.

Para a criação de itens da EDEP estabeleceu-se um número mínimo de cinco frases para cada um dos 28 indicadores, quais sejam: humor deprimido, perda ou diminuição de prazer, choro, desesperança, desamparo, indecisão, sentimento de incapacidade, sentimentos de inadequação, carência/dependência, negativismo, esquiva de situações sociais, queda de produtividade, inutilidade, autocrítica exacerbada, culpa, diminuição de concentração, pensamento de morte, auto-estima rebaixada, falta de perspectiva sobre o presente, falta de perspectiva sobre o futuro (incorporado à desesperança), hipocondria, alteração de apetite, alteração de peso, insônia /hipersonia, lentidão /agitação psicomotora, perda de libido, fadiga /perda de energia e irritação.

As frases apontam extremos (negativos e positivos), para que o sujeito indique, em uma escala, como se sente em relação àquele item e foram elaboradas de forma abrangente e com linguagem coloquial, para que quaisquer pessoas pudessem se identificar com as afirmações propostas. Dessa forma as frases buscam padrões opostos dos sintomas correspondentes cujos itens expressam temporalidade dos sentimentos e comportamentos a serem expressos pelo respondente. A inclusão de frases extremas da EDEP possibilita captar a dicotomia de determinados indicadores da depressão, como agitação ou retardo psicomotor, aumento ou diminuição de apetite, seguida de aumento ou diminuição significativa de peso e insônia ou hipersonia, muitas vezes omitida em escalas auto-aplicativas que avaliam a depressão.

A seleção das frases levou em conta a adequação dessas aos indicadores, a linguagem clara e precisa que pudesse ser compreendida facilmente, e o critério norteador

para essa seleção foi a obtenção de, no mínimo, uma frase para cada um dos 28 descritores. As 75 frases dicotômicas foram colocadas numa mesma linha, e os 5 espaços, correspondentes à escala *Likert* ficaram no meio, de maneira que o sentido das frases (negativo ou positivo) indica qual espaço deve ser preenchido, pela proximidade da frase cujo conteúdo é apoiado pela maneira como o respondente se sente ou se comporta. São exemplos de itens da EDEP:

1. Viver está cada vez mais difícil Viver é muito bom
2. Não tenho vontade de chorar Tenho sentido vontade de chorar

Um estudo piloto foi realizado com a primeira versão da Escala de Depressão de Baptista e Sisto (EDEP), com a primeira versão, que constava de 75 itens. Participaram 137 sujeitos, dos quais 101 eram universitários dos cursos de Enfermagem, Biologia, Educação Física e Psicologia de instituições do interior do estado de São Paulo, e 36 eram voluntários da região Sul do país. Os dados foram analisados pela Teoria de Resposta ao Item (TRI) e para tal análise utilizou-se o programa *Winsteps*. Estabeleceu-se o *infit* ideal de 0,50 a 1,50 como critério para eliminação de itens. Porém, os identificadores de depressão representados por apenas um ou dois itens, foram mantidos, mesmo quando o *infit* não atendia ao critério estabelecido, a fim de que se obtivesse um instrumento com representatividade de todos os indicadores de depressão encontrados. Sendo assim, 20 dos 75 itens foram excluídos nessa análise.

O instrumento inicial contava com uma escala *Likert* de 5 pontos, na qual os participantes indicavam como se sentiam em relação às situações propostas. Entretanto, numa análise do gráfico de dispersão das categorias (*Winsteps*), percebeu-se que apenas 3 pontos seriam suficiente para tal identificação. Nesta análise preliminar, o instrumento final constaria de 55 questões, e teria como opções de resposta uma escala *Likert* de 3 pontos, na

qual o indivíduo deveria responder como se sente em relação às situações propostas (Baptista & Sisto, 2007). É importante ressaltar que no presente estudo foi utilizada a primeira versão da escala, com 75 itens, já que na primeira análise não foi controlada a presença de sujeitos com diagnóstico de depressão.

5.2.4 Inventário de Depressão de Beck (BDI) (Cunha, 2001)

É um instrumento utilizado para a medida da intensidade da depressão, sendo muito utilizado na área clínica e na pesquisa. É uma escala de auto-relato composta por 21 itens, cada um com 4 alternativas com escores de 0 a 3 que subentendem graus crescentes da depressão. Os 21 itens referem-se a tristeza, pessimismo, sentimento de fracasso, insatisfação, punição, auto-aversão, idéias suicidas, choro, irritabilidade, retraimento social, indecisão, mudança na auto-imagem, dificuldade de trabalhar, insônia, fatigabilidade, perda de apetite e peso, preocupações somáticas e perda de libido. O escore total permite a classificação dos níveis de intensidade da depressão, que varia entre depressão mínima (0-9), depressão leve (10-16), depressão moderada (17-29) e depressão severa (30-63).

Nos estudos de validade de construto com o BDI, foram encontradas correlações significativas com o BHS que variaram de $r=0,48$ a $r=0,78$, em amostra psiquiátrica (envolvendo diagnósticos específicos de transtornos de humor, transtornos de ansiedade, dependência de álcool e/ou outras substâncias e quaisquer diagnósticos psiquiátricos com ideação e tentativa de suicídio); de $r=0,39$ a $r=0,77$ em amostra médico-clínica (pacientes cardiopatas, HIV+ e disfunção erétil); e de $r=0,35$ a $r=0,65$ em amostra não-clínica (universitários, bombeiros, adolescentes, idosos, funcionários de hospital geral e de empresas de trens urbanos) (Cunha, 2001).

No estudo de validação fatorial com a versão em português do BDI foi utilizada análise fatorial exploratória com rotação *varimax*. Participaram 204 pacientes com

depressão maior sem comorbidades. A solução fatorial encontrou 3 fatores, explicando 43,8% da variância total. Os três fatores corresponderam à queixas cognitivo-afetivas (fator 1), de desempenho (fator 2) e somáticas (fator 3). O instrumento apresentou índices de precisão por alfa de *Cronbach* variando entre 0,70 a 0,86, em amostras não-clínicas (Cunha, 2001).

5.2.5 Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) (Cunha, 2001)

É uma escala de auto-relato que mede a intensidade de sintomas de ansiedade. Foi construído para medir sintomas de ansiedade compartilhados de alguma forma com a depressão, e originalmente criado para o uso com pacientes psiquiátricos, porém mostrou-se adequado também para população geral. É composto por 21 itens, com alternativas de respostas variando de *nada* a *um pouco*, *moderadamente* e *gravemente*.

Os itens da escala são afirmações descritivas de sintomas de ansiedade e incluem: dormência ou formigamento, sensação de calor, tremores nas pernas, incapacidade de relaxar, medo que aconteça o pior, atordoamento, palpitação ou aceleração do coração, falta de equilíbrio, aterrorizamento, nervosismo, sensação de sufocação, tremores nas mãos, trêmulo, medo de perder o controle, dificuldade em respirar, medo de morrer, assustado, ingestão ou desconforto no abdômen, sensação de desmaio, rosto afogado e suor (não devido ao calor). A classificação recomendada para o nível de ansiedade é ansiedade mínima (0-7), ansiedade leve (8-15), ansiedade moderada (16-25) e ansiedade grave (26-63).

Nos estudos de validade de construto com o BAI, foram encontradas correlações significativas com o BDI que variaram de $r=0,48$ a $r=0,78$, em amostra psiquiátrica (envolvendo diagnósticos específicos de transtornos de humor, transtornos de ansiedade, dependência de álcool e/ou outras substâncias e quaisquer diagnósticos psiquiátricos com

ideação e tentativa de suicídio); de $r=0,25$ a $r=0,62$ em amostra médico-clínica (pacientes cardiopatas, disfunção erétil, obesidade, unidade de cuidados primários e doença pulmonar obstrutiva crônica); e de $r=0,45$ a $r=0,76$ em amostra não-clínica (universitários, reclusos, bombeiros, adolescentes, idosos, funcionários de hospital geral e de empresas de trens urbanos) (Cunha, 2001).

No estudo de validação fatorial com a versão em português do BAI participaram 379 pacientes com transtornos de ansiedade. A análise fatorial exploratória com rotação *varimax* foi utilizada, obtendo solução fatorial capaz de explicar 57,79% da variância total. Foram encontrados 4 fatores, quais sejam, subescala neurofisiológica, subjetiva, pânico e autônoma. O instrumento apresentou índices de precisão por alfa *de Cronbach* variando entre 0,83 a 0,92, em amostras não-clínicas (Cunha, 2001).

5.2.6 Escala de Desesperança de Beck (BHS) (Cunha, 2001)

É uma medida da dimensão do pessimismo ou “da extensão das atitudes negativas frente ao futuro”. Por causa da desesperança ter sido considerada como nexos causal entre depressão e suicídio, o BHS tornou-se um indicador psicométrico de risco de suicídio. A escala apresenta 20 frases, nas quais o sujeito deve assinalar verdadeiro ou falso para cada afirmação apresentada. A classificação crítica de pessimismo, o que indica a desesperança, varia de nível mínimo de desesperança (0-3) a nível leve (4-8), nível moderado (9-14) e nível grave (superior a 14).

Em um estudo de validade de construto do BHS, com a participação de 238 pacientes depressivos, o escore maior que 9 no referido instrumento, relacionou-se com potencial suicida aumentado. Os resultados encontrados por meio de regressão logística revelou que um escore acima de 9 no BHS oferece aproximadamente 6 vezes mais chances de apresentação de ideação suicida que escores inferiores. (Cunha, 2001).

Nos estudos de validação fatorial com a versão em português do BHS foi utilizada análise fatorial exploratória com rotação *varimax*. Com a amostra de 208 pacientes com depressão maior, a solução fatorial encontrou 3 fatores, explicando 51,14% da variância total. Já com uma amostra de 230 pacientes com história de tentativa de suicídio, a solução encontrada foi de 5 fatores, explicando 58,86% da variância total. O instrumento apresentou índices de precisão por alfa de *Cronbach* variando entre 0,51 a 0,86, em amostras não-clínicas (Cunha, 2001).

5.2.7 Escala de Ideação Suicida Beck (BSI) (Cunha, 2001)

Instrumento de auto-relato constituído por 21 itens, dentre os quais os primeiros 19 apresentam três alternativas para respostas refletindo gradações da gravidade de desejos, atitudes e planos suicidas, subentendendo os seguintes conteúdos: desejo de viver, desejo de morrer, razões para viver ou morrer, tentativa de suicídio ativa, tentativa de suicídio passiva, duração das idéias de suicídio, frequência da ideação, atitude em relação à ideação, controle sobre atos suicidas, inibições para a tentativa, razões para a tentativa, especificidade do planejamento, acessibilidade ou oportunidade do método, capacidade de realizar a tentativa, probabilidade de tentativa real, extensão da preparação verdadeira, bilhete suicida, atos finais e despistamento e segredo.

Os dois últimos itens são informativos e fornecem informações sobre o paciente, a respeito do número de tentativas prévias de suicídio e quanto à seriedade da intenção de morrer na última delas. Esta escala é utilizada como medida dimensional da gravidade da ideação suicida, porém, não é classificada em níveis pelos autores, não apresentando assim, pontos de corte.

No estudo de validade de construto com o BSI, foram utilizados o BHS e o BDI omitindo-se o item 9, referente a ideação suicida) em pacientes com ideação e tentativas

prévias de suicídio. As correlações significativas encontradas para o grupo de pacientes com transtornos depressivos com ideação suicida (N=141) foram $r=0,53$ (BHS) e $r=0,51$ (BDI). Já no grupo de pacientes com transtornos depressivos com tentativa prévia de suicídio (N=61) foram $r=0,52$ (BHS) e $r=0,49$ (BDI). (Cunha, 2001).

No estudo de validação fatorial com a versão em português do BSI foi utilizada análise fatorial exploratória com rotação *varimax*. Participaram 138 pacientes internados com escores diferentes de 0 no BSI. A solução fatorial encontrou 4 fatores, explicando 43,8% da variância total. Os fatores corresponderam à intensidade de ideação suicida, desejo e motivação para o suicídio e controle sobre a ação suicida (fator 1), detalhamento do planejamento de suicídio: prós e contras (fator 2), extensão do planejamento (fator 3), e previsão de conseqüências do suicídio (fator 4). O instrumento apresentou índices de precisão por alfa de *Cronbach* variando entre 0,90 a 0,93, em amostras não-clínicas (Cunha, 2001).

5.3 Procedimentos

Após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade São Francisco, foram feitos contatos com duas universidades particulares de ensino e com clínicas de serviços de saúde para a aplicação em pacientes. Independente do tipo de aplicação e local, todos os participantes consentiram a participação na pesquisa mediante Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), impresso em duas vias, no qual constaram todas as informações pertinentes da pesquisa em questão.

As aplicações com universitários foram coletivas, em sala e nos horários de aula, marcados previamente com o professor responsável pela aula naquele momento. Os instrumentos foram grampeados e entregues aos participantes. O caderno com todos os instrumentos continha na primeira folha o termo de consentimento, em duas vias, seguido

da ficha de caracterização, da Escala de Depressão de Baptista e Sisto (EDEP) e de um dos instrumentos das Escalas Beck (BDI, BAI, BHS ou BSI). As aplicações duraram, em média, 50 minutos.

As aplicações com pacientes foram individuais, até porque incluíram a entrevista *SCID-CV*. Essa coleta ocorreu em dois lugares diferentes, numa clínica psiquiátrica particular, que também recebia pacientes de convênio médico e num centro de saúde pública. Na clínica, a coleta era feita depois da consulta médica dos pacientes, numa sala cedida para tal aplicação. Somente os pacientes com o diagnóstico de transtorno depressivo maior foram indicados pelo psiquiatra (que utilizou critérios da CID-10 para classificação diagnóstica). No centro de saúde, os casos de depressão eram indicados pela equipe (fisioterapeuta, psiquiatra, psicólogos e agentes de saúde), e aproveitava-se o momento de consulta dos pacientes, para a aplicação dos instrumentos. Os pacientes depressivos que recebiam visita domiciliar da equipe do Programa Saúde da Família (PSF) foram convidados a participar da pesquisa, e nestes casos, a aplicação foi realizada nas casas dos próprios pacientes.

Com os depressivos, de uma forma geral, primeiramente explicavam-se os objetivos da pesquisa e era solicitado ao paciente que permitisse sua participação na pesquisa por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Em seguida era aplicada a entrevista *SCID-CV* para os transtornos de humor. Após confirmação do transtorno depressivo maior, procedia-se ao preenchimento da ficha de caracterização e da Escala de Depressão de Baptista e Sisto (EDBP). Ao todo foram 67 pacientes depressivos entrevistados, dos quais, 12 interromperam a aplicação e 15 não confirmaram o diagnóstico de depressão maior (provavelmente porque estavam tomando medicamento há algum tempo e os sintomas principais já haviam desaparecido). A aplicação em cada paciente

durou, em média, uma hora e meia. Todos os dados foram coletados em um período de aproximadamente 9 meses.

Por fim, com os dados dos pacientes depressivos em mãos, procurou-se o mesmo número de pessoas com diagnóstico não confirmado para depressão, com sexo, idades e escolaridades pareadas. A coleta se deu também de forma individual, de acordo com a disponibilidade de lugar e horário de cada pessoa. Após a assinatura do termo de consentimento, procedeu-se às duas primeiras perguntas da *SCID-CV* (referentes aos sintomas centrais da depressão), e a ausência desses sintomas permitia a continuação da coleta com os outros instrumentos (ficha de caracterização e EDEP).

6 RESULTADOS

6.1 Estatística descritiva dos participantes

Dos 771 participantes, todos responderam à EDEP. Os universitários representaram a maioria, sendo 691 estudantes, dos quais 68,6% são mulheres. Os grupos de depressivos e não depressivos foram pareados por sexo, e por isso, tem número igual de integrantes, sendo 85% composto por mulheres e 15% por homens em cada grupo. No total, 70,2% da amostra foi composta por mulheres e 29,8% por homens. A Tabela 4 mostra essa distribuição.

Tabela 4

Distribuição dos grupos de participantes por sexo com a EDEP

EDEP	Masculino	Feminino	Total
U	218	473	691
D	6	34	40
ND	6	34	40
Total	230	541	771

No que tange aos outros instrumentos respondidos, todos eles foram respondidos por universitários. Em relação ao sexo, em todos predominaram mulheres (68,6%). No BDI, as mulheres representam mais que o triplo da quantidade de homens, e no BSI, elas são quase o quádruplo deles. Esses números são mostrados na Tabela 5.

Tabela 5

Distribuição dos universitários de acordo com o sexo e com os instrumentos respondidos

U	Masculino	Feminino	Total
BDI	42	130	172
BAI	66	115	181
BHS	72	97	169
BSI	34	127	161
Total	214	469	683

De acordo com a idade dos participantes universitários, as maiores frequências encontraram-se nas idades de 20, 21 e 22 (representando 32,1%, dos 90,9% que responderam). A média de idade desses participantes foi de 24 anos. Por sua vez, os grupos de depressivos e não depressivos, pareados também por idade, apresentam distribuição de idade sem concentração em uma faixa etária específica, com intervalo maior entre a idade mínima e máxima, de forma que a média foi de 40 anos. As outras estatísticas podem ser conferidas na Tabela 6.

Tabela 6

Estatísticas dos participantes por idade

	N		Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
	Válidas	Não responderam						
U	628	63	24,46	23,00	21,00	5,93	17,00	55,00
D	40	0	40,52	40,00	25,00	12,32	22,00	69,00
ND	40	0	40,52	40,00	25,00	12,32	22,00	69,00

No que diz respeito ao estado civil dos participantes, as maiores frequências foram encontradas nos estados solteiros e casados. O grupo de universitários possui maior número

de solteiros (76,3%), seguido de casados (19,5%). Já nos grupos depressivos e não depressivos, o número de pessoas solteiras (27,5% e 32,5%, respectivamente) é menor que o de pessoas casadas (47,5% e 65%, respectivamente). As freqüências dos outros estados civis pode ser observadas na Tabela 7.

Tabela 7

Freqüência dos participantes de acordo com o estado civil

Estado Civil	U	D	ND	Total
Solteiro(a)	527	11	13	551
Casado(a)	135	19	26	180
Viúvo(a)	0	1	0	1
Divorciado(a)	19	8	1	28
Recasado(a)	3	0	0	3
Outros	4	1	0	5
Não responderam	3	0	0	3
Total	691	40	40	771

De acordo com a classe econômica dos participantes universitários, existe uma concentração nas classes médias, quais sejam, B1, B2 e C1, correspondendo a 85,4% dos estudantes. Nos outros grupos de participantes, a classe mais freqüente foi a B2, sendo que nos depressivos foi de 57,5%, e no grupo de não depressivos, 75,0% (Tabela 8).

Tabela 8

Frequência dos participantes de acordo com a classe econômica

Classe Econômica	U	D	ND	Total
A1	8	0	0	8
A2	68	4	2	74
B1	164	3	5	172
B2	252	23	30	305
C1	173	8	3	184
C2	22	2	0	24
D	4	0	0	4
Total	691	40	40	771

Quando questionados se trabalhavam ou não, 591 (76,8%) participantes responderam que sim e 178 (23,1%) responderam não. Apenas 2 (0,3%) não responderam a questão. De 689 universitários, 544 (78,7%) trabalhavam e 145 (21,0%) não trabalhavam. Um total de 17 (42,5%) depressivos trabalhava, enquanto 23 (57,5%) não. Quanto aos não depressivos, maior parte trabalhava, somando 30 (75%) deles, e os outros 10 (25%) não trabalhavam.

Para investigar o histórico de depressão na família, os participantes foram questionados se algum familiar já foi diagnosticado com depressão, por psicólogo ou psiquiatra. Do total, 497 (64,5%) responderam que não, sendo 448 universitários, 13 depressivos e 36 não depressivos. Outros 274 (35,5%) responderam que sim, dos quais 243 universitários, 27 depressivos e 4 não depressivos. Ainda perguntou-se qual integrante da família recebeu o diagnóstico, e dentre os que responderam, 49 pessoas indicaram a mãe (40 universitários e 9 depressivos), 7 universitários indicaram o pai, 15 indicaram irmão (12 universitários e 3 depressivos), 11 indicaram tio(a) (10 universitários e 1 depressivo), 12 indicaram avô/avó (11 universitários e 1 depressivo), e ainda, 6 universitários indicaram

primos. Nenhum participante não depressivo especificou algum membro da família diagnosticado com depressão.

Perguntou-se aos participantes se eles já passaram por avaliação psiquiátrica ou psicológica. Um total de 519 (67,5%), responderam que não (Tabela 9). Para os participantes que responderam sim, com outro diagnóstico, tinha uma pergunta aberta questionando qual. Somente alguns universitários responderam, dos quais, 9 citaram transtorno do pânico, 10 citaram ansiedade, 3 citaram transtorno bipolar, 2 citaram estresse, 1 citou transtorno obsessivo-compulsivo, 1 citou hiperatividade e 1 citou hipocondria.

Tabela 9

Freqüência de respostas dos participantes quando questionados se passaram por avaliação psiquiátrica ou psicológica.

Você já passou por avaliação psiquiátrica ou psicológica?	U	D	ND	Total
Não	485	0	34	519
Sim, com diagnóstico de depressão	62	40	0	102
Sim, sem nenhum diagnóstico	113	0	5	118
Sim, com outro diagnóstico	31	0	1	32
Total	691	40	40	771

Os participantes foram questionados se estavam passando por tratamento para depressão, psicológico e ou medicamentoso. Um total de 723 (93,8%) respondeu que não estavam passando por tratamento psicológico e 33 (4,3%) responderam que sim, e 15 não responderam (2,2%). Ainda 639 (82,9%) pessoas responderam que não estavam passando por tratamento medicamentoso e 57 (7,4%) responderam que sim, e 75 (9,7) não responderam. Em relação aos grupos, 656 (94,9%) universitários não estavam passando por tratamento psicológico e 20 (2,9%) sim. Em relação ao tratamento medicamentoso, 598 (86,5%) não faziam e 18 (2,6%) faziam. Dos depressivos, 13 (32,5%) faziam tratamento

psicológico e 27 (67,5%) não. Desse grupo, quase todos (39, correspondendo a 97,5%) faziam tratamento medicamentoso, apenas 1 (2,5%) não fazia (pois estava em sua primeira consulta psiquiátrica). Dos não depressivos, nenhum fazia quaisquer tipos de tratamento para depressão.

Foi solicitado aos participantes que marcassem os eventos vivenciados no último ano, numa lista de 50, divididos em 10 categorias. As maiores médias foram encontradas para os eventos relacionados ao trabalho, seguido de questões financeiras e saúde. As médias para cada categoria de eventos de vida podem ser visualizadas na Tabela 10.

Tabela 10

Médias dos eventos de vida vivenciados pelos participantes

Categorias dos Eventos de Vida	U	D	ND	Total
Trabalho	1,63	1,00	0,27	2,90
Educação	0,46	0,10	0,15	0,71
Questões financeiras	0,82	0,70	0,20	1,72
Saúde	0,44	0,97	0,12	1,53
Lutos/Perdas	0,50	0,35	0,10	0,95
Migração	0,13	0,50	0,05	0,68
Namoro/ Coabitação	0,30	0,27	0,05	0,62
Questões legais	0,22	0,37	0,12	0,71
Família	0,27	0,55	0,05	0,87
Matrimônio	0,08	0,75	0,25	1,08
Eventos Total	4,84	4,45	1,40	10,69

Os eventos relacionados ao trabalho tiveram as maiores médias nos três grupos. As questões financeiras foram também bastante vivenciadas pelo grupo de universitários. No grupo de depressivos, destacam-se as médias dos eventos relacionados à saúde e ao matrimônio. Os não depressivos apresentaram as menores médias em relação aos outros grupos, mas dentre todas as categorias, após o trabalho, as maiores médias relacionaram-se aos eventos no matrimônio e nas questões financeiras.

6.2 Estatísticas Inferenciais

Primeiramente serão apresentadas as estatísticas dos instrumentos respondidos pelos participantes. Em seguida serão apresentadas as análises que contemplam os objetivos geral e específicos do trabalho e, em seguida, as análises complementares. Os resultados foram divididos ora por grupos de participantes (universitários, depressivos e não depressivos), ora como participantes no geral, levando-se em conta as respostas de todos, de acordo com a possibilidade e com a conveniência de cada análise.

A Tabela 11 ilustra as estatísticas encontradas para cada instrumento respondido e ainda os resultados da EDEP por grupo de participantes e no geral. É possível observar que os valores máximos do BDI e do BSI ficaram próximos da metade do valor máximo que essas escalas podem atingir. Não obstante, a moda desses dois instrumentos foi igual a 0, o que significa que esse foi o escore mais freqüente. Por sua vez, o BHS obteve pontuação máxima e o BAI ficou 9 pontos abaixo do seu máximo, e também teve um desvio padrão maior que os outros instrumentos das Escalas *Beck*. Quanto às médias, o BDI teve um dos resultados mais baixos, pois, considerando a pontuação máxima que poderia ser atingida, sua média representa 10% do valor. No que diz respeito ao BSI, já era esperado que tivesse média bem baixa, já que as instruções do instrumento indicam que se pule uma considerável parte do teste (14 itens), se os escores nos itens 4 e 5 forem iguais a 0.

Tabela 11

Estatísticas dos instrumentos respondidos pelos participantes.

	BDI	BHS	BAI	BSI	EDEP-U	EDEP-D	EDEP-ND	EDEP-Total
N	172	169	181	161	691	40	40	771
Média	6,14	5,78	9,35	0,60	82,62	184,05	58,55	86,63
Mediana	4,50	7,00	6,00	0,00	77,00	193,00	58,50	78,00
Moda	0,00	8,00	3,00	0,00	51,00	200,00	81,00	51,00
Desvio Padrão	6,35	3,81	10,05	2,57	46,01	47,32	28,24	50,99
Mínimo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	73,00	16,00	0,00
Máximo	31,00	20,00	54,00	20,00	246,00	256,00	132,00	256,00

No que se refere à EDEP, sua pontuação máxima não foi atingida (300), mas chegou a 246 no grupo de universitários e 256 no de depressivos. O máximo no grupo de não depressivos é bem menor (132), como esperado. O mínimo dos depressivos já começa no escore 73, bem alto em relação aos outros grupos. As médias nos três grupos são distintas, sendo a maior do grupo de depressivos, seguidas do grupo de universitários, e depois dos não depressivos.

6.2.1 Sensibilidade e Especificidade

Como objetivo geral deste estudo, pretendeu-se buscar os índices de sensibilidade e especificidade da EDEP. Para esta análise foram utilizados dois grupos de participantes, quais sejam, depressivos e não depressivos. O diagnóstico de depressão foi confirmado pela entrevista estruturada *SCID-CV*, utilizada assim como padrão-ouro, do mesmo modo que também foi utilizada para a não confirmação dos casos não depressivos. Estes grupos de participantes foram pareados por idade, sexo e nível de escolaridade. O procedimento de análise utilizado foi o da Curva ROC (*Receiver Operation Curve*), na qual uma área abaixo da curva é traçada. Quanto maior a área, maior a sensibilidade e menor a especificidade do instrumento avaliado. A Figura 1 mostra a curva ROC para os escores da EDEP.

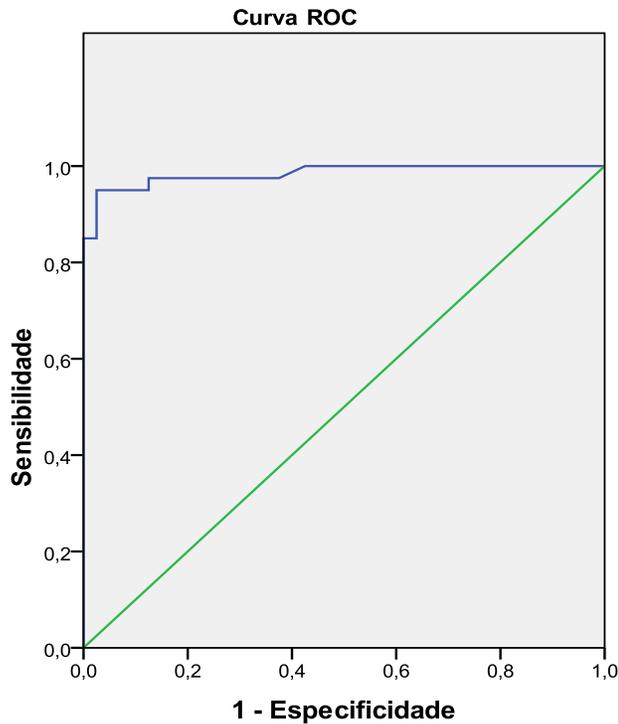


Figura 1. Curva ROC de acordo com os resultados obtidos na EDEP pelos grupos de depressivos e não-depressivos.

A área encontrada debaixo da curva é igual a 0,984, o que é considerado bastante satisfatório uma vez que se aproxima de 1, e que a curva está bem acima do corte de referência para os índices de sensibilidade e especificidade (Figura 1). Nos resultados da Curva ROC ainda são geradas coordenadas para melhores índices sensíveis e específicos para os escores. Os pontos de corte sugeridos e os índices correspondentes estão disponíveis na Tabela 12.

Tabela 12

Coordenadas da Curva ROC

Positivo se igual ou maior a	Sensibilidade (verdadeiro positivo)	1-Especificidade (falso negativo)	Positivo se igual ou maior a	Sensibilidade (verdadeiro positivo)	1-Especificidade (falso negativo)
15,0000	1,000	1,000	134,5000	0,850	0,000
16,5000	1,000	0,975	140,5000	0,825	0,000
17,5000	1,000	0,925	144,5000	0,800	0,000
20,5000	1,000	0,900	149,0000	0,775	0,000
25,0000	1,000	0,875	155,5000	0,750	0,000
28,0000	1,000	0,800	161,0000	0,725	0,000
29,5000	1,000	0,775	164,5000	0,700	0,000
31,5000	1,000	0,750	167,5000	0,675	0,000
34,5000	1,000	0,725	171,5000	0,650	0,000
39,5000	1,000	0,700	173,5000	0,625	0,000
43,5000	1,000	0,625	175,5000	0,600	0,000
48,0000	1,000	0,575	177,5000	0,575	0,000
54,0000	1,000	0,550	181,0000	0,550	0,000
56,5000	1,000	0,525	188,5000	0,525	0,000
58,5000	1,000	0,500	196,5000	0,475	0,000
64,5000	1,000	0,475	203,0000	0,400	0,000
69,5000	1,000	0,450	207,0000	0,375	0,000
71,5000	1,000	0,425	209,5000	0,350	0,000
74,0000	0,975	0,375	211,5000	0,325	0,000
76,0000	0,975	0,350	212,5000	0,300	0,000
79,0000	0,975	0,325	214,5000	0,275	0,000
83,0000	0,975	0,200	220,0000	0,225	0,000
86,0000	0,975	0,175	225,5000	0,200	0,000
88,5000	0,975	0,125	230,5000	0,175	0,000
90,5000	0,950	0,125	234,5000	0,150	0,000
91,5000	0,950	0,100	237,5000	0,125	0,000
97,5000	0,950	0,025	244,0000	0,100	0,000
105,0000	0,925	0,025	251,0000	0,050	0,000
110,5000	0,900	0,025	255,0000	0,025	0,000
116,5000	0,875	0,025	257,0000	0,000	0,000
125,5000	0,850	0,025			

Assim como destacado na Tabela 12, o ponto de corte que oferece melhores índices é o 88,5. Isso significa que um escore igual ou maior a este na EDEP, é indicativo de

sintomatologia clinicamente significativa, com sensibilidade igual a 0,975 e especificidade igual a 0,875. Em outras palavras, a capacidade do teste em identificar a depressão é grande, com apenas 25% de chance de não incluir um caso verdadeiro de depressão (falso positivo), e 12,5% de chance de incluir um caso de não depressão (falso negativo).

Este ponto de corte foi utilizado para segregar a amostra (sem discriminar grupos), com o intuito de aumentar o número de indivíduos com sintomas depressivos consideráveis, para que se possa analisar a estrutura interna dos itens da EDEP utilizando o procedimento da Análise Fatorial. A seguir, os resultados encontrados para essa simulação.

6.2.2 Análise Fatorial

Utilizando o ponto de corte sugerido pela análise da curva ROC, obteve-se um grupo de 316 indivíduos com consideráveis sintomas de depressão (72 homens e 244 mulheres), equivalente a 41% da amostra total, que foram utilizados neste procedimento. Foi realizada uma análise fatorial exploratória com os 75 itens da EDEP, utilizando o método de adequação de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e o teste de esfericidade de *Bartlett*. A extração dos fatores foi por meio de componentes principais, utilizando rotação *varimax*. Primeiramente, foi estabelecida a inclusão de itens com carga fatorial igual ou superior a 0,30, com extração de fatores com valores próprios (*eigenvalues*) maiores que 1.

A solução fatorial encontrada apontou 20 fatores, capazes de explicar 65,45% da variância total. O *scree plot* demonstrou que a solução mais adequada seria a extração de 4 fatores. Seguindo a solução, estabeleceu-se a extração fixada em 4 fatores, porém muitos itens eram comuns a dois ou a três fatores. Sendo assim, aumentou-se a carga fatorial, para igual ou superior a 0,40. Com esse delineamento, a interpretação de dois dos quatro fatores pareceu bastante parecida, com itens que descreviam a mesma idéia. Optou-se por limitar o

número de fatores para 3, e com essa decisão, o último fator ficou composto de apenas 4 itens. Por fim, a quantidade limitada de fatores foi reduzida para 2.

A resolução final obteve um KMO igual a 0,903, mostrando que a amostra é adequada para extração de fatores, e um índice significativo ao nível 0,000 no teste de esfericidade de *Bartlett*, ($\chi^2= 6372,908$; $gl=903$) indicando que as correlações entre as variáveis foram satisfatórias para o uso da análise fatorial. Os 2 fatores foram responsáveis por 35,32% da variância total explicada (23,30% no primeiro fator e 12,02% no segundo fator), com valores próprios iguais a 11,876 no primeiro fator e 3,311 no segundo fator. Ao todo, foram excluídos 32 itens dos 75 iniciais (2, 3, 4, 5, 6, 7, 12, 14, 15, 19, 24, 25, 26, 27, 35, 36, 40, 42, 43, 46, 48, 56, 58, 59, 62, 65, 67, 68, 70, 72, 74 e 75), sobrando 43, que se dispuseram entre os 2 fatores, de forma que o primeiro fator ficou com 30 itens, o segundo com 13. A Tabela 13 mostra as comunalidades e distribuição dos itens em cada fator, numa matriz rotada, após 3 interações.

Tabela 13

Comunalidades e componentes da matriz rotada e seus respectivos itens

	Comunalidades	Componentes	
		1	2
EDEP1	0,213	0,461	
EDEP8	0,203	0,437	
EDEP9	0,304	0,545	
EDEP10	0,307	0,527	
EDEP11	0,490	0,612	
EDEP13	0,306	0,511	
EDEP16	0,264	0,508	
EDEP17	0,248	0,470	
EDEP18	0,377	0,554	
EDEP20	0,199	0,445	
EDEP21	0,436	0,567	
EDEP22	0,356		0,571
EDEP23	0,484	0,664	
EDEP28	0,383	0,492	
EDEP29	0,420	0,596	
EDEP30	0,452	0,648	
EDEP31	0,331	0,575	
EDEP32	0,249	0,492	
EDEP33	0,170	0,410	
EDEP34	0,456	0,635	
EDEP37	0,279		0,443
EDEP38	0,311		0,558
EDEP39	0,279		0,452
EDEP41	0,302	0,548	
EDEP44	0,317		0,499
EDEP45	0,297	0,438	
EDEP47	0,246		0,489
EDEP49	0,607	0,755	
EDEP50	0,383	0,608	
EDEP51	0,558	0,739	
EDEP52	0,452		0,669
EDEP53	0,306	0,419	
EDEP54	0,571	0,739	
EDEP55	0,502	0,683	
EDEP57	0,524	0,697	
EDEP60	0,369		0,562
EDEP61	0,339		0,569
EDEP63	0,274		0,515
EDEP64	0,480	0,493	
EDEP66	0,267		0,466
EDEP69	0,390		0,622
EDEP71	0,282		0,521
EDEP73	0,201	0,444	

O primeiro fator agrupou itens referentes ao humor deprimido, perda ou diminuição de prazer, desesperança, desamparo, sentimento de incapacidade, sentimentos de inadequação, carência/dependência, negativismo, esquiva de situações sociais, queda de produtividade, inutilidade, pensamento de morte, auto-estima rebaixada e falta de perspectiva sobre o futuro (incorporado à desesperança). O segundo fator agrupou itens referentes a diminuição de concentração, auto-estima rebaixada, alteração de apetite, alteração de peso, insônia, lentidão psicomotora, fadiga /perda de energia e irritação.

Sendo assim, o fator 1, Afetivo-cognitivo ficou com 30 itens (1, 8, 9, 10, 11, 13, 16, 17, 18, 20, 21, 23, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 41, 45, 49, 50, 51, 53, 54, 55, 57, 64 e 73), com um alfa de *Cronbach* igual a 0,96. O fator 2, denominado Somático ficou com 13 itens (22, 37, 38, 39, 44, 47, 52, 60, 61, 63, 66, 69 e 71), e apresentou um alfa de *Cronbach* igual a 0,90. A precisão da escala total, com a retirada dos itens, foi igual a 0,96.

Ressalta-se que esta análise foi apenas com intuito exploratório, uma vez que a amostra de depressivos confirmados era muito pequena, e, para análise fatorial utilizada para excluir itens e extrair fatores num processo de desenvolvimento de uma escala, como é o caso da EDEP, são necessários mais casos realmente confirmados. Apesar de ser discutível o número de casos necessários de acordo com a quantidade de itens, acredita-se que a quantidade ainda não seja suficiente, mesmo porque apenas 40 são depressivos realmente confirmados. Em algumas análises posteriores, serão utilizados os resultados dessa análise fatorial, porém, no sentido de explorar o dado. Os dados considerados ainda são utilizados os da escala com 75 itens.

No que tange à análise da consistência interna dos itens de uma escala, além da análise fatorial, outra forma de se avaliar sua qualidade é através do DIF (*Differential Item Functioning*). O DIF representa o funcionamento diferencial do item para dois grupos distintos. Ele avalia se um grupo é favorecido, ou seja, se responde a um item com maior

facilidade que o outro, quando esses grupos possuem a mesma capacidade. Em suma, é quando há diferença na probabilidade de acerto ao item por um viés no mesmo, que privilegia um grupo em detrimento do outro. Na seqüência são apresentados os resultados da análise do DIF para grupos de sexo.

6.2.3 Análise de DIF (Differential Item Functioning) por sexo

O modelo de análise aqui utilizado para avaliar o DIF, calcula o quanto de viés é acrescido ao item, seja positiva ou negativamente, e se esta diferença pode ou não ser atribuída ao acaso. O acréscimo é considerado significativo se o resultado de t for maior que 2,4, já que a análise inclui mais de 20 itens. Na análise de itens com DIF num teste como a EDEP, no qual não se avalia habilidade, fala-se na maior ou menor facilidade de endosso ao item, ao invés de maior ou menor facilidade, em termos de desempenho em responder ao item. A Tabela 14 mostra os resultados para a análise do DIF.

Tabela 14

Medidas do DIF por sexo

Item	DIF Masculino	DIF Feminino	Mudança	T	Item	DIF Masculino	DIF Feminino	Mudança	t
1	-0,04	0,09	-0,12	-1,56	39	-0,06	-0,15	0,09	1,12
2	-0,37	-0,80	0,42	5,96	40	-0,41	-0,32	-0,09	-1,28
3	-0,44	-0,58	0,13	1,91	41	-0,11	0,16	-0,27	-3,39
4	-0,39	-0,29	-0,11	-1,47	42	-0,15	-0,01	0,16	1,95
5	-0,18	0,01	-0,19	-2,53	43	-0,19	-0,09	-0,10	-1,34
6	-0,26	0,05	-0,31	-4,15	44	-0,48	-0,52	0,05	0,65
7	-0,44	-0,42	-0,02	-0,32	45	-0,25	-0,30	0,05	0,69
8	0,07	-0,08	0,15	1,89	46	0,05	-0,34	-0,28	-3,40
9	0,13	0,40	-0,27	-3,21	47	-0,40	-0,64	0,25	3,47
10	-0,38	-0,31	-0,07	-0,94	48	0,30	0,40	-0,10	-1,13
11	0,17	0,17	0,01	0,07	49	0,42	0,47	-0,05	-0,50
12	0,33	-0,28	0,61	7,09	50	0,90	0,77	0,13	1,10
13	0,01	-0,13	0,14	1,74	51	0,95	0,69	0,26	2,24
14	0,27	0,27	0,00	-0,04	52	0,05	0,09	-0,04	-0,49
15	0,21	0,29	-0,08	-0,92	53	0,38	0,52	-0,14	-1,48
16	0,73	0,70	0,03	0,27	54	0,69	0,69	0,01	0,07
17	0,04	0,28	-0,24	-2,90	55	0,78	0,72	0,06	0,53
18	-0,18	0,00	-0,18	-2,40	56	-0,89	-0,79	-0,10	-1,46
19	-0,86	-0,66	-0,20	-2,98	57	0,42	0,65	-0,22	-2,34
20	0,29	0,34	-0,04	-0,50	58	-0,20	-0,31	0,12	1,59
21	-0,04	-0,12	0,09	1,12	59	0,07	0,30	0,22	-2,70
22	-0,38	-0,10	-0,28	-3,91	60	-0,20	-0,49	0,30	4,01
23	0,42	0,44	-0,02	-0,21	61	-0,52	-0,74	0,23	3,28
24	-0,36	-0,34	-0,03	-0,37	62	-0,33	-0,42	0,09	1,24
25	-0,18	-0,15	-0,03	-0,39	63	-0,72	-0,93	0,21	3,05
26	0,01	0,01	0,00	0,03	64	-0,23	-0,33	0,09	1,29
27	-0,17	-0,07	-0,10	-1,35	65	-0,11	-0,12	0,01	0,08
28	-0,19	0,03	-0,16	-2,10	66	-0,28	-0,39	0,11	1,53
29	0,07	-0,01	0,09	1,06	67	0,05	0,03	0,02	0,29
30	0,17	0,08	0,09	1,05	68	0,56	-0,10	0,66	6,95
31	0,24	0,54	-0,30	-3,34	69	-0,12	-0,08	-0,04	-0,55
32	0,15	0,43	-0,28	-3,29	70	-0,08	0,03	-0,10	-1,33
33	-0,20	0,08	-0,28	-3,74	71	-0,63	-0,83	0,20	2,84
34	0,33	0,48	-0,15	-1,63	72	0,55	0,79	-0,25	2,43
35	0,58	0,51	0,07	0,73	73	0,26	0,31	-0,06	-0,65
36	-0,02	-0,05	0,03	0,41	74	1,07	0,88	0,19	1,48
37	-0,21	-0,25	0,05	0,64	75	-0,16	-0,35	0,19	2,53
38	-0,47	-0,25	-0,22	-3,03					

Dos 75 itens avaliados, 23 itens apresentaram *t* significativo, e portanto, possuem viés de acordo com os grupos de sexo (Tabela 11). Desses 23 itens, 14 favorecem homens, ou seja, são mais facilmente endossados pelos participantes sexo masculino. E outros 9 favoreceram as mulheres, de forma que elas tem maior facilidade de aderir ao item. Ressalta-se que o viés estatístico pode estar associado ao sentido social valorativo, o que se aplica no caso da avaliação em grupos de sexo, pois homens e mulheres são vistos de diferentes formas num contexto sócio-cultural.

Dos itens que privilegiam homens, 2 incluem sintomas de sono (dormir menos e dificuldade em pegar no sono), 2 relativos às tarefas (sentimento de impotência para realização e dificuldade para terminar), 2 que traduzem sentimentos de desesperança (falta de perspectiva para o futuro e sensação que as coisas estão piores que antes), 2 que traduzem falta de apoio/ajuda (tanto de receber como oferecer), 2 referentes à mudança de comportamento/atitude (diferente e inadequado), 1 relativo à falta de aceitação das coisas que faz, 1 sobre preferência pela solidão, 1 que fala dos problemas de saúde não identificados e 1 que traduz auto-agressão, sobre pensamentos de se machucar.

Por sua vez, dos 9 itens que privilegiam mulheres, 3 versam sobre o aumento da irritação (falta de paciência, facilidade em sentir-se nervosa), 2 relativo ao aumento na vontade de chorar), 1 sobre aumento do cansaço, 1 sobre diminuição do desejo sexual, 1 que traduz aumento de peso e 1 referente ao sentimento de culpa pelos problemas. Explorando os resultados obtidos na análise fatorial, 10 dos 23 itens com DIF foram eliminados. Ficaram apenas 8 itens mais endossados por homens e 5, mais endossados por mulheres.

Ainda na análise de consistência interna se encaixa a estimação dos índices de precisão pelo alfa de *Cronbach*. A precisão ou fidedignidade, no geral, avalia a consistência da medida avaliada em termos de estabilidade. O próximo subtópico apresenta resultados do alfa de *Cronbach* encontrados em diferentes grupos.

6.2.4 Análise de Precisão

Os itens de precisão pelo alfa de *Cronbach* foram calculados primeiramente de acordo com o grupo de participantes, quais sejam, universitários, depressivos e não depressivos. Depois foram calculados separadamente, os índices para homens e para

mulheres. Ao final, foi calculado o índice para a amostra total, para todos os participantes.

Os resultados estão na Tabela 15.

Tabela 15

Índices de precisão da EDEP por grupos de participantes, grupos de sexo e grupo total

Grupos	N	alfa de Cronbach
U	691	0,964
D	40	0,943
ND	40	0,906
Masculino	230	0,969
Feminino	541	0,969
Total	771	0,970

Como é possível observar na Tabela 15, todos os índices obtidos são maiores que 0,90. Uma pequena variação foi encontrada entre os grupos de universitários e depressivos, e um índice um pouco menor, no grupo de não depressivos. Já para os grupos masculino e feminino os índices são exatamente iguais. E para o grupo total, envolvendo toda a amostra, o índice foi o maior encontrado. Todos os índices foram excelentes, e isso indica boa estabilidade do instrumento e menos erros relacionados à medida.

Outros tipos de análises que não relacionadas à consistência interna, mas relacionadas aos critérios externos são importantes também nos estudos de validade. Assim, como critérios externos, podem ser utilizados outros testes que avaliam o mesmo construto e/ou construtos que estão relacionados. É o que é abordado a seguir, completando os objetivos específicos propostos neste trabalho.

6.2.5 Correlação entre EDEP e Escalas Beck

Os instrumentos das Escalas Beck respondidos pelos universitários foram correlacionados com a EDEP, utilizando-se a correlação paramétrica de *Pearson*. Todos responderam à EDEP e mais um dos 4 instrumentos (BDI, BAI, BHS e BSI), por isso, só foi possível realizar a correlação de todos eles com a EDEP, e não deles entre si. Como se trata de depressão e construtos relacionados optou-se por poupar os participantes e evitar também algum viés de fadiga ou mesmo a interrupção do preenchimento dos dados. Na Tabela 16, os resultados encontrados dessas correlações.

Tabela 16

Correlações entre os instrumentos respondidos pelos participantes

		BDI	BHS	BAI	BSI
EDEP	<i>r</i>	0,661**	0,346**	0,551**	0,413**
	<i>p</i>	0,000	0,000	0,000	0,000

** Correlações significativas ao nível 0,001.

Todas as correlações foram altamente significativas entre os instrumentos que avaliam a depressão, a ansiedade, a desesperança e a ideação suicida. A maior correlação foi encontrada entre os instrumentos que avaliam a depressão, o que significa que, quanto maior o escore indicativo de depressão em um instrumento, maior também no outro. Essa correlação, de magnitude considerada alta, é esperada entre os instrumentos que avaliam o mesmo construto.

Enquanto construtos relacionados à depressão, o BAI (ansiedade) e o BSI (ideação suicida), encontraram-se moderadamente correlacionados a EDEP, de forma que quanto maior o escore de ansiedade e ideação suicida, maior o escore da depressão. Esse resultado

mostra a relação entre essas variáveis, assim como a correlação entre a EDEP e o BHS (desesperança), que não menos importante, porém, com magnitude baixa, mas ainda sim significativo, mostrando que essa correlação não é atribuída ao acaso. Ressalta-se que as correlações encontradas com a versão da EDEP de 43 itens, após a análise fatorial, foram aumentadas, porém não a ponto de interferir na magnitude comparando com as correlações com a versão de 75 itens ($r=0,680$ – BDI; $r=0,551$ – BAI; $r=0,354$ – BHS; $r=0,437$ – BSI).

Ainda outras variáveis relacionadas são importantes nesta investigação, como dados demográficos, como sexo, estado civil, classe econômica e outros relacionados à depressão, como histórico de depressão na família, diagnóstico de depressão e eventos de vida estressantes. Essas variáveis são utilizadas especialmente na diferenciação de grupos de acordo com os escores obtidos nos instrumentos. Além de análises incluindo os grupos criados por meio dessas variáveis, foram realizadas análises buscando diferenças entre os grupos de participantes. Todos esses resultados podem ser encontrados no tópico a seguir.

6.2.6 Análises Complementares

Visando explorar melhor os resultados dos itens da EDEP, foi feita uma análise do escore total e outra dos escores de cada item, buscando diferenças entre os grupos de participantes. Para tal, foi realizada uma análise de diferença de média, a ANOVA (Análise de Variância), utilizada para comparar 3 ou mais grupos. Para saber qual grupo se diferencia de qual, foi utilizada a prova *Tukey*. Os resultados para os escores totais da EDEP foram altamente significativos ($F=102,665$; $p=0,000$), o que significa que a escala em questão foi capaz de diferenciar os 3 grupos (universitários, depressivos e não depressivos). A Figura 2 ilustra esses resultados.

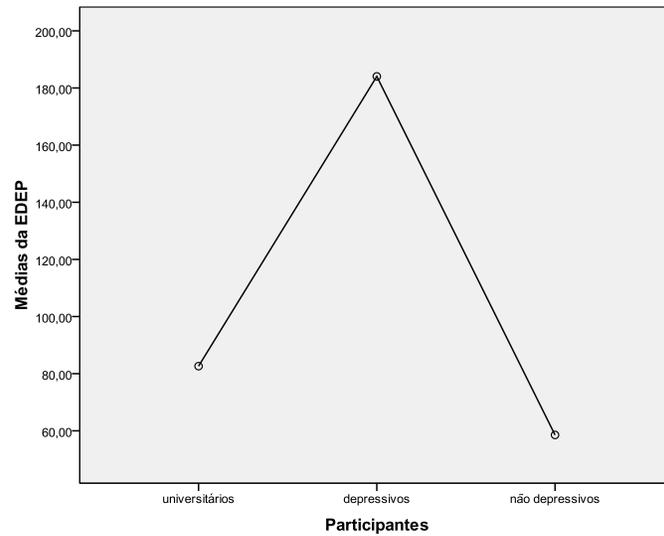


Figura 2. Grupos de participantes diferenciados pelas medidas da EDEP.

Como é possível notar na Figura 2, o ponto mais alto, correspondente ao grupo com maior média encontrada na EDEP, dos depressivos. Em seguida, a média dos universitários, e por último, dos não depressivos. O escore geral da EDEP (com 75 itens) discriminou os três grupos. Na versão da EDEP de 43 itens (análise fatorial), o escore geral obtido também diferenciou os três grupos ($F=98,778$; $p=0,000$). Na Tabela 17 encontram-se os resultados encontrados desta mesma análise, mas agora, pelo escore obtido em cada um dos 75 itens da EDEP.

Tabela 17

Diferenças de médias dos grupos de participantes de acordo com os escores obtidos em cada item

Item	F	p	Item	F	p
EDEP1	25,585	0,000	EDEP39	42,142	0,000
EDEP2	16,876	0,000	EDEP40	24,926	0,000
EDEP3	25,723	0,000	EDEP41	41,709	0,000
EDEP4	10,423	0,000	EDEP42	32,190	0,000
EDEP5	13,019	0,000	EDEP43	19,106	0,000
EDEP6	10,719	0,000	EDEP44	29,775	0,000
EDEP7	14,414	0,000	EDEP45	30,276	0,000
EDEP8	27,117	0,000	EDEP46	0,832	0,436
EDEP9	18,420	0,000	EDEP47	9,495	0,000
EDEP10	25,566	0,000	EDEP48	49,416	0,000
EDEP11	64,720	0,000	EDEP49	67,348	0,000
EDEP12	35,830	0,000	EDEP50	40,307	0,000
EDEP13	51,336	0,000	EDEP51	55,904	0,000
EDEP14	29,133	0,000	EDEP52	41,798	0,000
EDEP15	18,897	0,000	EDEP53	50,534	0,000
EDEP16	22,882	0,000	EDEP54	93,026	0,000
EDEP17	43,958	0,000	EDEP55	63,085	0,000
EDEP18	50,790	0,000	EDEP56	1,788	0,168
EDEP19	10,589	0,000	EDEP57	48,089	0,000
EDEP20	14,860	0,000	EDEP58	25,325	0,000
EDEP21	45,412	0,000	EDEP59	30,611	0,000
EDEP22	28,842	0,000	EDEP60	24,014	0,000
EDEP23	45,314	0,000	EDEP61	20,352	0,000
EDEP24	51,819	0,000	EDEP62	30,761	0,000
EDEP25	21,845	0,000	EDEP63	26,016	0,000
EDEP26	45,121	0,000	EDEP64	58,674	0,000
EDEP27	14,631	0,000	EDEP65	8,875	0,000
EDEP28	46,665	0,000	EDEP66	5,932	0,003
EDEP29	54,826	0,000	EDEP67	13,651	0,000
EDEP30	40,550	0,000	EDEP68	52,992	0,000
EDEP31	13,236	0,000	EDEP69	33,745	0,000
EDEP32	34,510	0,000	EDEP70	24,196	0,000
EDEP33	10,531	0,000	EDEP71	20,825	0,000
EDEP34	78,697	0,000	EDEP72	13,841	0,000
EDEP35	23,707	0,000	EDEP73	59,214	0,000
EDEP36	41,232	0,000	EDEP74	9,743	0,000
EDEP37	37,035	0,000	EDEP75	32,516	0,000
EDEP38	21,163	0,000			

Dos 75 itens, 73 obtiveram alta significância estatística, ou seja, conseguem captar as diferenças entre os grupos. Os dois itens restantes (destacados em Itálico na Tabela 17) não são sensíveis às diferenças na manifestação de sintomas depressivos dos grupos. Destes 73 itens, 19 separam os três grupos (destacados em Negrito na Tabela 17), sempre com depressivos com médias maiores, universitários com médias menores, e os não depressivos, com médias menores ainda.

Os outros 54 separam apenas 2 grupos através dos escores obtidos (itens sem marcação nenhuma na Tabela 17). Desses 54, 49 diferenciam depressivos de não depressivos, e depressivos de universitários. Mesmo não obtendo diferença significativa para a diferenciação dos 3 grupos, esses itens continuam com a ordem dos grupos de acordo com as médias (depressivos > universitários > não depressivos). Os outros 5 itens (sejam eles, 19, 47, 66, 68 e 70), apresentam depressivos com maior média que não depressivos, e estes com maior média que os universitários, e 4 deles separam depressivos de não depressivos e depressivos de universitários. Apenas o item 66 não diferencia depressivos de não depressivos, apenas depressivos de universitários.

Os itens que não diferenciaram grupos (46 e 56) referem-se aos sintomas de hipocondria, que demonstraram não ser de tanta importância na composição da depressão na amostra estudada, já que foram os primeiros a serem eliminados na análise fatorial. Ressalta-se ainda, que esses outros 5 itens que diferenciam 2 grupos (19, 47, 66, 68 e 70) versam sobre mudança de comportamento, alteração de peso/apetite e diminuição do desejo sexual, que são sintomas não tão específicos da depressão, e 3 deles foram excluídos na análise fatorial (19, 68 e 70).

Em seguida, foram feitas análises de diferenças de médias entre os sexos, de acordo com todos os instrumentos respondidos. Para comparar o sexo masculino com o feminino foi utilizado o teste *t* de *Student*, que busca diferenças entre duas variáveis. Vale lembrar

que a EDEP foi respondida por todos os participantes, portanto, todos estão nesta análise. Não foram separados grupos de participantes porque a frequência do sexo masculino é muito pequena para os grupos de depressivos e não depressivos. Os resultados estão dispostos na Tabela 18.

Tabela 18

Diferenças de médias entre participantes do sexo masculino e feminino, de acordo com os escores obtidos nos instrumentos

	Sexo	N	Média	Desvio Padrão	t	P
EDEP	Masculino	230	77,4217	46,94167	-3293	0,001
	Feminino	541	90,5527	52,16139		
BDI	Masculino	42	5,1667	4,85355	-1,143	0,255
	Feminino	130	6,4538	6,75268		
BHS	Masculino	72	4,8472	3,78901	-2,798	0,006
	Feminino	97	6,4742	3,69992		
BAI	Masculino	66	6,6667	8,24683	-2,775	0,006
	Feminino	115	10,8957	10,68313		
BSI	Masculino	34	0,7353	2,45331	0,354	0,724
	Feminino	127	0,5591	2,60845		

Foram encontradas diferenças entre os sexos na EDEP, na BHS e no BAI, de forma que as mulheres possuem significativamente mais sintomas de depressão, desesperança e ansiedade quando comparadas aos homens. O BDI, que também avalia depressão, não diferenciou os grupos de sexo, assim como o BSI.

Na amostra estudada não houve variabilidade desejável para se realizar análises com idade. E ainda, na caracterização dos participantes, os universitários são, na sua maioria jovens-adultos, e os depressivos tem distribuição de idade menos espaçada e mais avançadas, o que poderia constituir num fator confundidor.

A variável estado civil foi recodificada, buscando semelhanças entre as categorias, afim de diminuí-las e aumentar suas frequências. Foram somadas as categorias solteiro, desquitado/divorciado e viúvo, e as categorias casado/ amasiado e recasado. Obteve-se dois grupos: pessoas solteiras e não-solteiras. Não foram encontradas diferenças entre os grupos para os escores dos instrumentos utilizados. Reconhece-se que a maioria dos participantes são universitários, e mesmo que solteiros civilmente, muitos possuem algum compromisso, o que não foi possível discriminar nesta amostra.

A variável classe econômica também foi recodificada, e as classe A1 e A2 transformaram-se em A, as classes B1 e B2, em B, e as classes C1 e C2, em C. As classes D e E foram excluídas da análise porque não tinham frequência desejável. Não foram encontradas diferenças significativas entre esses três grupos de classe para os escores dos instrumentos.

Foram separados grupos de quem trabalha e quem não trabalha. E buscou-se diferenças entre esses grupos, de acordo com os escores obtidos nos instrumentos, separando os resultados da EDEP por grupos de participantes. Os resultados podem ser conferidos na Tabela 19.

Tabela 19

Diferenças de médias entre grupos que trabalham e não trabalham de acordo com os escores obtidos nos instrumentos

	Trabalha?	N	Média	Desvio Padrão	t	p
EDEP-U	Não	145	84,9172	53,95581	0,688	0,492
	Sim	544	81,9540	43,76734		
EDEP-D	Não	23	199,0435	45,97972	2,480	0,018
	sim	17	163,7647	42,33723		
EDEP-ND	não	10	59,4000	36,87577	0,108	0,914
	sim	30	58,2667	25,51123		
BDI	não	36	5,1667	7,18530	-1,034	0,303
	sim	136	6,3971	6,11650		
BHS	não	22	6,1364	3,48186	0,528	0,598
	sim	146	5,6781	3,83439		
BAI	não	36	8,3333	9,12767	-0,702	0,483
	sim	144	9,6528	10,30128		
BSI	não	48	1,3958	4,26634	2,620	0,010
	sim	113	0,2566	1,18607		

Foram encontradas diferenças significativas entre os grupos na EDEP respondida por depressivos e no escore do BSI. Esses resultados apontam que pessoas que não trabalham possuem mais sintomas depressivos e ideação suicida quando comparadas às pessoas que trabalham.

Uma variável separou grupos de pessoas com e sem histórico de depressão na família. Perguntou-se aos participantes se algum familiar já tinha sido diagnosticado com depressão, por psicólogo ou psiquiatra. Buscou-se diferenças entre esses grupos de acordo com as médias alcançadas nos instrumentos respondidos. Os resultados estão dispostos na Tabela 20.

Tabela 20

Diferenças de médias entre os participantes que relataram ter depressivo na família e os que relataram não ter, de acordo com os escores dos instrumentos

		N	Média	Desvio Padrão	t	p
EDEP	não	496	77,1190	47,15652	-7,264	0,000
	sim	274	104,0949	53,05424		
BDI	não	115	5,6783	5,35666	-1,356	0,177
	sim	57	7,0702	7,96837		
BHS	não	108	5,6296	3,72562	-0,686	0,494
	sim	61	6,0492	3,98090		
BAI	não	118	7,8220	8,96110	-2,861	0,005
	sim	63	12,2222	11,35277		
BSI	não	100	0,5700	2,49142	-0,162	0,869
	sim	61	0,6393	2,71436		

Os resultados apontam diferenças significativas para a EDEP e para o BAI. Isso indica que participantes com histórico de depressão na família têm significativamente mais sintomas de depressão e ansiedade do que os participantes que não possuem familiar com depressão.

Uma variável continha a pergunta: “Você já passou por avaliação psiquiátrica ou psicológica?”. Foram escolhidas duas respostas para buscar diferenças entre grupos, quais sejam, não e sim, com diagnóstico de depressão. Os resultados desta análise encontram-se na Tabela 21.

Tabela 21

Diferenças de médias entre pessoas que não passaram por avaliação psicológica ou psiquiátrica e as que passaram e receberam diagnóstico de depressão, de acordo com os escores obtidos nos instrumentos

	Você já passou por avaliação psiquiátrica ou psicológica?	N	Média	Desvio Padrão	T	p
EDEP	Não	519	76,5453	43,22436	-12,313	0,000
	sim, com diagnóstico de depressão	97	140,0412	61,79990		
BDI	Não	126	5,5159	6,02493	-2,655	0,009
	sim, com diagnóstico de depressão	18	9,7222	7,96171		
BHS	Não	120	5,6296	3,73263	-2,008	0,047
	sim, com diagnóstico de depressão	15	6,0492	3,98090		
BAI	Não	118	8,2966	9,15984	-3,496	0,001
	sim, com diagnóstico de depressão	15	17,6667	13,90101		
BSI	Não	115	0,2174	1,14542	-2,917	0,004
	sim, com diagnóstico de depressão	12	1,5000	3,20511		

Foram encontradas diferenças significativas para todos os instrumentos pesquisados. Sendo assim, pessoas que foram avaliadas e receberam diagnóstico de depressão, possuem maior escore de depressão na EDEP e no BDI, mais sintomas de ansiedade, desesperança e ideação suicida, quando comparadas às pessoas que não passaram por este tipo de avaliação, e portanto, não possuem diagnóstico prévio.

Na seqüência, as frequências dos eventos de vida estressantes foram somadas, num escore geral, e submetidas à análise de correlação com os instrumentos respondidos pelos participantes. Na Tabela 22 é possível conferir os resultados encontrados nesta análise.

Tabela 22

Correlação entre a frequência total de eventos de vida vivenciados e os escores obtidos nos instrumentos

		EDEP	BDI	BHS	BAI	BSI
Eventos	<i>r</i>	0,215**	0,246**	0,080	0,219**	0,108
	<i>p</i>	0,000	0,001	0,299	0,003	0,173

** Correlações significativas ao nível 0,01.

Foram encontradas correlações significativas entre os eventos de vida e a EDEP, BDI e BAI. Esse resultado demonstra que, quanto maior o número de eventos de vida vivenciados, maior o escore de depressão obtido pela EDEP e pelo BDI, e mais sintomas de ansiedade detectados nos participantes.

Os 50 eventos de vida estressantes são divididos em 10 categorias. Uma última análise, buscou diferenças entre os 3 grupos de participantes (universitários, depressivos e não depressivos) de acordo com a frequência de eventos vivenciados por categoria. A Tabela 23 mostra os resultados encontrados.

Como é possível observar na Tabela 23, na categoria Lutos e perdas, apenas universitários se diferenciaram dos não depressivos, com maior número de eventos vivenciados. Os eventos da categoria migração não diferenciaram os grupos de participantes. No Namoro e coabitação, dois grupos se distinguiram, de forma que universitários vivenciaram mais eventos na categoria do que não depressivos.

Tabela 23

Diferenças de médias entre os grupos de participantes de acordo com a frequência de eventos de vida vivenciados por categorias.

Categorias dos Eventos de Vida	Participantes (I)	Participantes (J)	Diferença de média (I-J)	p
Trabalho	U	D	0,62808*	0,006
		ND	1,35308*	0,000
Educação	D	ND	0,72500*	0,028
		U	0,36020*	0,000
Questões financeiras	U	D	0,31020*	0,001
		ND	-0,05000	0,909
Saúde	D	ND	0,11621	0,184
		U	0,61621*	0,000
Lutos/perdas	D	ND	0,50000*	0,000
		U	-0,53651*	0,000
Migração	D	ND	0,31349*	0,014
		U	0,85000*	0,000
Namoro/Coabitação	D	ND	0,15217	0,315
		U	0,40217*	0,000
Questões legais	D	ND	0,25000	0,193
		U	0,07880	0,331
Família	D	ND	0,07880	0,331
		U	0,00000	1,000
Matrimônio	D	ND	0,02312	0,952
		U	0,24812*	0,004
Eventos total	D	ND	0,22500	0,086
		U	-0,15069	0,112
Eventos total	D	ND	0,09931	0,384
		U	0,25000*	0,042
Eventos total	D	ND	-0,28082*	0,002
		U	0,19418	0,055
Eventos total	D	ND	0,47500*	0,000
		U	0,00170	1,000
Eventos total	D	ND	-0,17330*	0,010
		U	-0,17500	0,084
Eventos total	D	ND	0,39226	0,632
		U	3,44226*	0,000
Eventos total	D	ND	3,05000*	0,000

Nas Questões legais, apenas diferenciaram-se depressivos de não depressivos, de maneira que os depressivos vivenciaram mais eventos nesta categoria. Na Família, os depressivos vivenciaram mais eventos que os universitários e não depressivos. No matrimônio, os não depressivos vivenciaram mais eventos que universitários. E na categoria total, ou seja, levando-se em conta todos os eventos vivenciados, universitários e depressivos vivenciaram mais eventos que não depressivos (Tabela 23)

Os resultados encontrados para a EDEP foram mais que satisfatórios, uma vez que superaram a qualidade psicométrica encontrada, levando-se em conta que o instrumento em questão está em fase de desenvolvimento, em sua primeira versão. No tópico seguinte os resultados serão discutidos de acordo com a literatura pesquisada.

7 DISCUSSÃO

Com relação às estatísticas descritivas dos instrumentos respondidos, a média encontrada no BDI (M=6,14), é bem parecida com a média descrita por Cunha (2001), no Manual da versão em português das Escalas *Beck*, para amostras não-clínicas (M=6,6). Os resultados encontrados neste estudo para o BAI também são consonantes com os dados do manual, para amostras não-clínicas (M=9,35 e M=9,11 respectivamente), assim como para o BHS (M=5,78 e M=5,56). Em relação ao BSI, não são encontrados parâmetros de comparação, já que no Manual, os estudos descritos foram feitos com amostras psiquiátricas. Existe nele uma justificativa de que foram realizados trabalhos com amostra não-psiquiátrica, mas em números que não justificam um estudo. Explicita-se ainda que o BSI tem uso apropriado para pacientes psiquiátricos adultos.

Com relação à EDEP com os universitários (M=82,62; DP=46,01), o estudo de Borine (2009), com participantes universitários encontrou estatísticas bastante parecidas (M=84,33; DP=45,07). No que tange aos resultados da EDEP para grupos de depressivos e não-depressivos, até o presente momento, não existem outros estudos com essa amostra específica, sendo este, o pioneiro.

Os resultados encontrados para sensibilidade (97,5%) e especificidade (87,5%) da EDEP foram satisfatórios. A sensibilidade maior caracteriza testes de rastreamento, de acordo com Andreoli, Blay e Mari (1998). De acordo com os resultados encontrados estão os estudos de Lasa e cols. (2000), com índices de 100% de sensibilidade e 99% de especificidade para o BDI; o de Caracciolo e Giaquinto (2002), que encontraram 89% e 96% de sensibilidade e 75% e 57% de especificidade (em pacientes ortopédicos e neurológicos, respectivamente) e o de Silveira e Jorge (1998), que encontraram 100% de sensibilidade e 75% de especificidade, ambos estudos realizados com a CES-D.

Outras pesquisas que avaliaram os mesmos índices em escalas de depressão encontraram o inverso, ou seja, maior especificidade do que sensibilidade, quais sejam, Marcolino e cols. (2007) que encontraram sensibilidade igual a 70,8% e especificidade igual a 90,9% para a HADS-D, em pacientes pré-operatórios, e Cunha (2001) encontrou sensibilidade de 0,77 e uma especificidade de 0,95 para o BDI, com paciente com depressão maior e distímia. Fletcher, Fletcher e Wagner (1996) ressaltam que testes específicos são utilizados para confirmar ou acrescentar diagnóstico.

Fletcher, Fletcher e Wagner (1996) explicam que o ideal seria um teste com altos índices de sensibilidade e especificidade, por isso busca-se um ponto de corte que favoreça esses dois índices. A EDEP apresentou índices bons, sendo capaz de captar uma alta porcentagem de casos verdadeiros-positivos, identificando os indivíduos com depressão, e uma alta porcentagem de verdadeiros-negativos, distinguindo os indivíduos que não têm depressão. Dessa forma, pode ser utilizada em fase inicial de diagnóstico, para confirmar ou acrescentar informações à avaliação realizada (Fletcher, Fletcher & Wagner, 1996; Klein & Costa, 1987).

Um resultado de análise fatorial parecido com o encontrado neste trabalho foi num estudo com o BDI, no qual Cunha (2001) encontrou 3 fatores, que explicaram 43,8% da variância total, e os fatores diziam respeito às queixas cognitivo-afetivas, de desempenho e somáticas. Ainda, em outro estudo, por Gorenstein e Andrade (1998), foram encontrados 3 fatores responsáveis por 40,8% da variância total explicada. O fator 1 representou a dimensão autodepreciação (Alfa igual a 0,76), enquanto o fator 2, cognição-afeto (0,77) e o fator 3, a dimensão somática (0,66). Os índices de precisão encontrados no presente estudo foram maiores que os relatados por esses estudos (0,96 e 0,90), porém os 2 fatores encontrados explicaram menos variância (35,32%).

Em relação aos fatores, a essência dos itens com padrões afetivo-cognitivos e somáticos foram encontrados, porém há de se considerar que cada instrumento de depressão difere no tamanho, no conteúdo, no formato de resposta, nas ênfases de sintomas e nos objetivos como apontaram Santor e cols. (2006) e Calil e Pires (1998). Muitos estudos de análise fatorial não discriminam os itens agrupados em cada fator, e assim fica difícil saber o se o item se encaixa mesmo em determinada categoria. Somado a isso, são encontradas diferentes categorias de sintomas por diferentes autores. Del Porto (1999) por exemplo, considera a diminuição na capacidade de pensar e concentrar-se como um sintoma psíquico, enquanto para Calil e Pires (1998) esse sintoma é cognitivo. De quaisquer formas, a análise fatorial deste estudo foi de cunho exploratório, já que os depressivos confirmados foram apenas 40.

Na análise do DIF, dos itens mais endossados por homens, a respeito dos que expressam insônia, Schechtman e cols. (1997) encontraram maior relação entre depressão e problemas de sono nos homens do que em mulheres. Bennett e cols. (2005) encontraram mais problemas de sono em mulheres, porém não há discriminação se é insônia ou hipersonia, já Lange e cols. (2002) especificaram que mais sintomas de hipersonia foram relatados em mulheres. Sobre os itens relativos às dificuldades nas tarefas e problemas de saúde não identificados, os estudos de Bennett e cols. (2005) apontaram a predominância de sintomas de dificuldade de trabalho e preocupação com a saúde em meninas, ao contrário do que foi encontrado. Há de se considerar nesse estudo que a amostra foi de adolescentes deprimidos, entre os quais se notou experiência de depressão muito semelhante para o sexo masculino e feminino.

Em relação aos resultados encontrados para comportamento diferente e preferência pela solidão, os estudos de Möller-Leimkühler e cols. (2004) e Williamson (1998) seguiram a mesma vertente, uma vez que mostraram comportamento anti-social e retraimento social

mais relacionados aos homens. Os problemas de saúde não identificados, nos homens, podem estar relacionados à maior procura das mulheres pelos serviços de saúde, e para a auto-agressão e outros sintomas, não foram encontrados estudos que abordassem as diferenças entre os sexos para eles. Porém a agressão, não necessariamente auto-dirigida, é mais presente nos homens (Möller-Leimkühler & cols., 2004; Oliffe & Phillips, 2008; Winkler & cols., 2006).

Em relação aos sintomas mais endossados pelas mulheres encontrou-se a irritação. Não há um consenso sobre a manifestação desse sintoma, de maneira que Lange e cols. (2002) concordam com os resultados, indicando que mulheres manifestam mais irritação e Möller-Leimkühler e cols. (2004), discordam, atribuindo esse sintoma ao sexo masculino. Möller-Leimkühler e Yücel (2010) consideram que determinados sintomas considerados masculinos para a depressão podem também ser bastante prevalentes em mulheres uma vez que existe uma crescente aceitação social da agressividade nas mulheres. Com relação ao choro, Yang e cols. (2008) e Gelin e Zumbo (2003) também encontraram predominância feminina nestes itens, assim como os resultados para os sintomas cansaço, diminuição do desejo sexual, aumento de peso e sentimentos de culpa são corroborados pelos estudos encontrados (Bennett & cols., 2005; Kendel, 2009; Lange & cols., 2002).

No geral, no que diz respeito às diferenças entre homens e mulheres na manifestação dos sintomas de depressão, e também na prevalência maior em mulheres, há de se considerar os ideais esperados de cada sexo pela sociedade, como apontaram Oliffe e Phillips (2008), que discutem que as mulheres são vistas como mais afetivas e frágeis, enquanto homens cumprem ideais de força e resistência, tendo mais dificuldade em assumir a doença. Adicionalmente, a diferente maneira que homens reagem aos conflitos, com ataques de raiva, comportamento agressivo e tendência ao alcoolismo pode ajudar a mascarar os sintomas da depressão em homens (Winkler & cols., 2006).

Sobre os bons índices de precisão encontrados (de 0,90 até 0,97), corroboram os estudos de Silveira e Jorge (1998) que encontraram um alfa de 0,86 para a CES-D, em universitários e farmacodependentes; Marcolino e cols. (2007) que encontraram índice para a HADS-D de 0,83 para pacientes pré-cirúrgicos, e o de Cunha (2001), no qual os índices para depressivos foram de 0,79 a 0,89, e de 0,82 para universitários. Ainda que aceitos e considerados bons, os índices de precisão encontrados na literatura foram menores que o do presente estudo, o que confere à EDEP uma confiabilidade bastante satisfatória.

As correlações entre a depressão (EDEP) e os construtos avaliados pelas Escalas Beck, encontram aparato numa vasta literatura que estuda a relação da depressão com a depressão, em cujos estudos encontraram-se excelentes coeficientes (Prieto e Muniz, 2000) com a EDEP e BDI ($r=0,75$) (Baptista & cols., 2008) e BDI e HADS-D ($r=0,67$) (Marcolino & cols., 2007); da relação da depressão com ideação suicida (Borges & Werlang, 2006; Malone, Oquendo, Haas, Ellis, Li & Mann, 2000; Rubenstein, Halton, Kasten, Rubin & Stechler, 1998; Vilhjalmsson, Kristjansdottir & Sveinbjarnardottir, 1998); da depressão com ansiedade (Agudelo, Buela-Casal & Spielberger, 2007; Stein, Fuetsch, Muller, Lib & Wittchen, 2001); e da depressão com desesperança (Borges & Werlang, 2006; Joiner, Wingate & Otamendi, 2005).

No que diz respeito à análise dos itens da EDEP, que buscou diferenciar os grupos de participantes, ressalta-se que a depressão tem muitos sintomas que são bastante comuns, podendo ser encontrados em quaisquer grupos. Em particular os sintomas somáticos por si não caracterizam depressivos, apenas em conjunto com outros sintomas e, por conseguinte, de quaisquer formas agregam para a formulação ou não de um diagnóstico. Sendo assim, a análise para exclusão de itens em instrumentos de auto-avaliação da depressão requer um cuidado maior. Pode ser que um item que descreve um sintoma não tenha muita

importância por si só, mas em conjunto com outros sintomas, são indispensáveis na avaliação diagnóstica da depressão.

A importância desses sintomas para o diagnóstico não se restringe apenas ao seu caráter qualitativo, mas também quantitativo, uma vez que os critérios previstos nos manuais psiquiátricos (DSM-TR e CID-10) são alcançados também pela quantidade de sintomas expressados (APA, 2002; OMS, 2000). Considerando essa problemática na avaliação da depressão, especialmente no auto-relato em escalas sintomáticas, a EDEP cumpriu com seu objetivo com excelência ao conseguir diferenciar os grupos de participantes, de maneira que depressivos tiveram maiores escores que os universitários e esses, maiores escores que os não-depressivos. Quando os itens foram avaliados, 73 dos 75 conseguiram separar os três ou ao menos dois grupos, de maneira que depressivos sempre separados de não-depressivos.

Na análise envolvendo a comparação entre os sexos, os resultados encontrados confirmam a maior prevalência da depressão em mulheres pela EDEP (Almeida-Filho, Mari, Coutinho, Franca, Fernandes, Andreoli & cols., 1997; APA, 2002; Kessler, McGonagle & Zhao, 1994; Robbins & Regier, 1991; OMS, 2001). Diante desses resultados, questiona-se se as mulheres são realmente mais acometidas, se são mais diagnosticadas, uma vez que procuram mais os serviços de saúde, se elas têm maior facilidade para relatar os sintomas depressivos, se elas são mais suscetíveis porque são mais sensíveis aos eventos estressantes e se os sintomas enfatizados são mais e/ou melhor relatados por mulheres (Aros, 2008; Möller-Leimkühler e Yücel, 2010; Oliffe & Phillips, 2008; Winkler & cols., 2006). As diferenças encontradas para a ansiedade concordam com Simonds e Wiffen (2003), no qual mulheres são mais acometidas.

As variáveis estado civil e classe econômica, como apontado por Lima (1999), parecem não ter muita relevância no estudo da depressão, uma vez que não foram

encontradas diferenças significativas entre os grupos formados para essa avaliação. A investigação do estado civil não possibilita saber do relacionamento íntimo interpessoal, se a pessoa tem um relacionamento com par e se mora junto ou não, cujas informações podem agregar na consideração de um fator protetivo frente aos transtornos depressivos, e por isso sugere-se que essas variáveis sejam investigadas ao invés do estado civil (APA, 2002; Kaplan, Sadock & Grebb, 1997; Lima, 1999). E ainda, a variável classe econômica no presente estudo, quando foram agrupadas as categorias, e excluídos os extremos de baixo (classes D e E), pode ter diminuído a variabilidade, fazendo com que as classes todas se aproximassem em termos de resultados.

Em relação às diferenças encontradas com grupos que trabalham e não trabalham, pode ser que os sintomas sejam mais evidentes nos depressivos que não trabalham porque eles já foram afastados do trabalho em decorrência da depressão. Como apontaram Kaplan, Sadock e Grebb (1997) e OMS (2001), a depressão e outros transtornos são responsáveis por 12% do total de afastamentos de atividades profissionais e educacionais em todo o mundo, fazendo desse transtorno um das principais causas de incapacitação e responsável por um grave impacto econômico nas sociedades, além do acometimento de portadores das pessoas que convivem com os mesmos, em um estado de sofrimento. As diferenças encontradas para o BSI podem também estar ligadas à depressão e à gravidade desta, o que também acarreta afastamento de atividades laborais.

Quanto à investigação do histórico de depressão na família, é inegável que este é um fator de risco potente (APA, 2002, Baptista, 2004; Nierenberg, 2007). Até mesmo pensando na etiologia da doença depressiva, mesmo que ainda não se tenha um consenso e que ela seja multifatorial, a importância dos fatores genéticos nunca é descartada (Del Porto, 2002; Levinson, 2006, Lima, Sougey & Filho, 2004). Quanto às diferenças na pontuação do BAI, maiores para pessoas com histórico de depressão na família, vem reforçar a difícil

separação da depressão e ansiedade, uma enquanto comorbidade da outra. Como apontam Kessler, Berglund e Demler (2003), 58% dos pacientes com doença depressiva possuem também transtornos de ansiedade. A presença de transtornos de ansiedade é considerada um risco significativo para o desenvolvimento de depressão maior, e assim, a identificação e o tratamento da ansiedade pode evitar o desenvolvimento de depressão.

Pensando no maior escore de depressão (EDEP e BDI), ideação suicida (BSI), ansiedade (BAI) e desesperança (BHS) em pessoas diagnosticadas com depressão comparadas com pessoas sem nenhum diagnóstico, que não passaram por avaliação, mais uma vez a relação entre esses construtos aparece. Eles são interrelacionados entre si, já que funcionam em conjunto, um como sintoma, comorbidade, ou preditor do outro (Agudelo, Buéla-Casal & Spielberger, 2007; Borges & Werlang, 2006; Joiner, Wingate & Otamendi, 2005; Malone, Oquendo, Haas, Ellis, Li & Mann, 2000; Rubenstein, Halton, Kasten, Rubin & Stechler, 1998; Stein, Fuetsch, Muller, Lib & Wittchen, 2001; Vilhjalmsón, Kristjansdóttir & Sveinbjarnardóttir, 1998).

No que diz respeito às análises dos eventos de vida estressantes com a depressão, como apontou Bahls (2000), os eventos podem contribuir para o desencadeamento da depressão, principalmente em pessoas mais suscetíveis, que reagem de forma sensivelmente acentuada. Em consonância com os resultados encontrados, vários estudos mostraram que os eventos estressantes podem ter contribuição no surgimento e ou desenvolvimento da depressão (Comijs & cols., 2007, Horesh & cols., 2008, Horesha & cols., 2009, Horesha & Iancuc, 2009, Pelkonen & cols., 2008, Pine & cols., 2002). Foram encontradas também correlações entre eventos de vida e ansiedade, consonante com o estudo de Pine & cols., em cujo estudo essa relação foi pertinente apenas para mulheres. Möller-Leimkuhler e cols. (2010) e Aros (2008) comentam que as mulheres são mais sensíveis aos eventos estressores que homens. No estudo atual não foram encontradas correlações significativas entre os

eventos e desesperança, ao contrário dos resultados encontrados por Landis e cols.(2007), e também entre eventos e ideação suicida, contrastando com os resultados de Horesha e cols. (2008).

Na diferença encontrada nos grupos de participantes de acordo com as categorias dos eventos de vida, os eventos no trabalho diferenciaram os três grupos. É possível que o grupo de universitários tenha alcançado maior frequência nesta categoria, porque a maioria deles trabalha. Da mesma forma, se vivenciam mais eventos na educação é porque estão em contato frequente com o meio acadêmico. Os depressivos têm maior frequência nos eventos relacionados às questões financeiras, isso pode ser explicado porque fazem tratamento para a depressão, o que inclui gastos com consultas e medicamentos, além do que nem todos trabalham (ao menos na amostra em questão), o que também pode significar diminuição de renda. A saúde separou os três grupos, desta vez, de forma que os depressivos possuem mais eventos relacionados na categoria, talvez pelo próprio acometimento da doença.

A categoria lutos/ perdas foi mais relatada pelos universitários, diferentemente dos resultados de Horesh e cols. (2008) que apesar de não incluírem estudantes na amostra, diferenciou depressivos de um grupo controle, de maneira que os deprimidos vivenciaram mais morte dos pais (na infância) que os do grupo controle, porém há de se considerar que os resultados da pesquisa atual não abordaram os eventos ocorridos na infância, apenas os vivenciados no último ano. A categoria migração reconheceu apenas um grupo de participantes, não diferenciando nenhum deles, ao contrário do estudo de Borine (2009), que encontrou padrões de correlação entre a EDEP com esta categoria. Há de se considerar que as análises da presente pesquisa buscaram diferenças entre os grupos de participantes, e não analisou a correlação entre EDEP e a categoria migração, como na pesquisa de Borine (2009), o que justifica a divergência dos resultados.

Na categoria namoro, depressivos e universitários se diferenciaram dos não depressivos. Os eventos desta categoria incluem eventos ocorridos no relacionamento, ou seja, quando existe um relacionamento entre pares, já no estudo de Pelkonen e cols. (2008), o evento não ter experiências com pares (namoro) foi considerado como preditor de depressão episódica e persistente. As questões legais conseguiram separar depressivos de não depressivos, condizente com o estudo de Pelkonen e cols. (2008), que mostrou que os problemas com a lei são preditores de depressão.

A categoria que diz respeito ao matrimônio separou universitários e depressivos de não depressivos, como no estudo de Borine (2009), no qual essa categoria mostrou-se importante na relação com a depressão. Na categoria total, os eventos de vida separaram dois grupos, depressivos e universitários de não depressivos e de acordo com Baptista (2004), vivenciar grande número de eventos estressantes é fator de risco para a depressão. Sendo assim, o grupo de universitários pode estar em risco, por não ter se diferenciado dos depressivos, porém outros fatores estão relacionados para o surgimento da depressão, não somente os ambientais (Assumpção Júnior & Kuczynski, 2004; Bahls, 2000; Del Porto, 2002; Ebert, Loosen & Nurcombe, 2002; Lima, Sougey & Filho, 2004; Scorza, Guerra, Cavalheiro & Calil, 2005).

Esta análise foi realizada com o intuito de investigar a presença de eventos com o surgimento de um episódio depressivo. Porém as médias de universitários e depressivos para os eventos vivenciados foram bem próximas, com mais eventos ocorridos com os universitários. A análise por categorias procurou discriminar as que são mais importantes na investigação da depressão. Aqui, destacou-se as categorias Saúde, Família, Lutos/Perdas, Questões financeiras, Matrimônio, Namoro/ coabitação e Trabalho, apesar das médias em muitas destas categorias tenham sido parecidas e muitas vezes maiores no grupo de universitários do que em depressivos. Atenta-se para as características da amostra

antes dessa investigação, pois, por exemplo, não vivenciam eventos no matrimônio, pessoas que não são casadas. É importante que ao menos os grupos sejam iguais nessas variáveis, para poder investigar o poder desses eventos.

No geral, os objetivos cumpridos nesta pesquisa encontraram aparato na literatura de forma a confirmar o que se esperava em relação à avaliação da depressão. As análises realizadas conferiram à EDEP ótimos resultados psicométricos, o que a torna um instrumento promissor para auxiliar no diagnóstico depressivo. A seguir serão feitas as considerações sobre a pesquisa realizada, suas contribuições, limitações e sugestões para futuros estudos.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Levando em conta os objetivos propostos no estudo, acredita-se que todos tenham se cumprido, com exceção daqueles que constituem limitações da amostra em si. Destaca-se a limitação do número de participantes realmente confirmados com diagnóstico depressivo, que restringiu principalmente os resultados da análise fatorial. Um outro entrave foi a avaliação da idade, cada vez mais em pauta nos estudos sobre a depressão. Acredita-se que a depressão vem aumentando em adolescentes e jovens adultos. Para tal avaliação seria necessário investigar no mínimo, se ela é mais freqüente nessa faixa-etária, em detrimento de outras. E também, as diferenças na manifestação dos sintomas da depressão e o funcionamento diferencial dos itens (DIF) poderiam ser calculados. Essa variabilidade é muito difícil de ser alcançada em estudos que utilizam amostra de universitários.

Por mais limitada que tenha sido, a análise fatorial demonstrou resultados interessantes, que foram confirmados em outras análises. Por exemplo, os itens que não diferenciaram grupos de participantes (menos discriminativos) e muitos dos itens com DIF foram eliminados na análise fatorial. E com a escala reduzida os coeficientes de correlação foram maiores, ao contrário do índice de precisão, que diminuiu, porém, pode ser que tenha encontrado uma precisão mais real, uma vez que o maior número de itens de um teste pode influenciar no índice, de maneira a aumentá-lo.

De forma geral, os resultados psicométricos encontrados para a EDEP foram excelentes. Os índices de precisão foram muito bons, a associação com as variáveis mostrou-se bastante coerente, com padrões de correlação esperados, a busca de validade interna pela análise fatorial, apesar de limitada, conseguiu encontrar as dimensões predominantemente afetivo-cognitivas e somática e para análise do DIF, há um balanço

aproximado de itens mais endossados por homens e mulheres ainda não equilibradas, porém as conclusões para retirada ou mudança desses itens precisam ser mais minuciosamente analisadas. Levando-se em conta que esta é a primeira versão da EDEP, e esperando que numa versão posterior e mais reduzida, itens ruins sejam eliminados, otimizando mais a escala, ela se torna muito promissora na avaliação da depressão.

Outro ponto importante a se considerar é a dificuldade em obter amostra de depressivos confirmados, pois os depressivos em tratamento medicamentoso já têm seus sintomas mais contidos. Os depressivos da amostra utilizada no presente estudo são, no geral, pessoas já diagnosticadas com depressão, porém em fase de crise (episódio). Foi a piora nos sintomas que os levou ao médico e também à coleta de dados. Porém, com toda dificuldade de coleta é importante que não se deixe de pesquisar esse grupo, pois a análise é diferencial e muito rica. Por conta dessa dificuldade, não foi possível obter um número maior de depressivos, o que limitou várias análises e comparações. Espera-se que outros estudos possam incluir um número maior de depressivos, para contribuir melhor com os estudos de validade de instrumentos que pretendem avaliar a depressão.

Ainda nesse contexto de coleta, torna-se mais difícil ainda obter dados de depressivos do sexo masculino. Essa questão também restringe a investigação da diferença de sexos na depressão, sobre a qual repousam vários questionamentos. Todo o desenvolvimento da pesquisa envolvendo o construto estudado depende da superação desses obstáculos. De quaisquer formas, considera-se, no presente estudo, que apesar das limitações, os resultados obtidos foram satisfatórios.

As análises realizadas tiveram cunho mais exploratório e investigativo. Como parte de um projeto maior, o presente estudo colaborou com formas diversas de analisar os dados da Escala de Depressão de Baptista e Sisto. Os estudos futuros com a Escala de Depressão de Baptista e Sisto podem tomar outro caminho, pois trata-se de um instrumento ainda em

fase de desenvolvimento. Este estudo deixa aqui sua contribuição, e estima-se que as limitações possam ser superadas.

Sugere-se nos estudos envolvendo a SCID-CV para confirmação diagnóstica da depressão, que os dados utilizados sejam utilizados também como critério, de maneira a avaliar os sintomas relatados e compará-los com os instrumentos de auto-relato. A coleta do mesmo dado de forma diferente pode enriquecer muito as análises. Sugere-se também análises com variáveis relacionadas, como personalidade, *coping*, atitudes disfuncionais e outras variáveis de interesse. Seria interessante que as variáveis avaliadas por DIF (sexo, idade e cultura, principalmente) fossem avaliadas conjuntamente, seguindo os padrões internacionais.

REFERÊNCIAS

- Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., & Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, *96*, 358–372.
- Agudelo, D., Buena-Casal, G., & Spielberger, C. D. (2007). La depresión: ¿un trastorno dimensional o categorial?. *Salud Mental*, *30*, 20-28.
- Almeida-Filho, N., Mari, J. J., Coutinho, E., Franca, J. F., Fernandes, J., Andreoli, S. B., & colaboradores. (1997). Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity: methodological features and prevalence estimates. *British Journal Psychiatry*, *171*, 524-529.
- American Psychiatric Association (APA). (2002). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- IV- TR*. Washington, DC.
- Associação Nacional de Empresas de Pesquisa (ANEP) (2007). *Critério de Classificação Econômica Brasil*. Recuperado em 18 mar. 2009: www.anep.org.br.
- Andreoli, S. B., Blay, S. L., & Mari, J. J. (1998). Escalas de rastreamento de psicopatologia. *Revista de Psiquiatria Clínica*, *25* (5), pp. 229-232.
- Aros, M. S. (2008). Produção científica sobre depressão: análise de resumos (2004-2007). Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas.
- Assumpção Júnior, F. B., & Kuczynski, E. (2004). Aspectos Medicamentosos da Depressão. Em: M. N. Baptista. *Suicídio e Depressão: Atualizações* (pp. 102-115). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Bahls, S. C. (2000). Uma visão geral sobre a doença depressiva. *Interação* (Curitiba), *4*, 61-73.
- Baptista, M. N., Baptista, A. S. D., & Torres, E. C. R. (2006). Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes, *Psic*, *8*, 39-48.

- Baptista, M. N., & Borges, A. (2005) Suicídio: aspectos epidemiológicos em Limeira e adjacências no período de 1998 a 2002. *Estudos de Psicologia, Campinas*, 22(4), 425-431.
- Baptista, M. N., Borges, A., & Biagi, T. A. T. de. (2004). Pesquisa de Suicídios no Brasil. Em: M. N. Baptista. *Suicídio e Depressão: Atualizações* (pp. 35-49). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Baptista, M. N., Santos, K. M., & Dias, R. R. (2006). Auto-Eficácia, Locus de Controle e Depressão em Mulheres com Câncer de Mama. *Psicologia Argumento*, 24(44), 27-36.
- Baptista, M. N., & Sisto, F. F. (2007). *Escala de Depressão de Baptista e Sisto – EDEP*. Manual Técnico não-publicado. Programa de Pós-Graduação Stricto-Sensu em Psicologia da Universidade São Francisco – Itatiba/São Paulo.
- Baptista, M. N., Souza, M. S., & Alves, G. A. 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, 211-220.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1982). Uma visão geral. Em: A. T. Beck, A. J. Rush, B. F. Shaw, & G. Emery, *Terapia cognitiva da depressão* (pp. 15-45). Rio de Janeiro: Zahar.
- Bekker, M. H. J., & Mens-Verhulst, J. (2007). Anxiety Disorders: Sex Differences in Prevalence, Degree, and Background, But Gender-Neutral Treatment. *Gender Medicine*, 4, 178-193.
- Benazzi, F. (2001). Factor Analysis of The Montgomery Asberg Depression Rating Scale in 251 Bipolar II and 306 Unipolar Depressed Outpatients. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 25, 1369-1376.

- Bennett, D. S., Ambrosini, P. J., Kudes, D., Metz, C., & Rabinovich, H. (2005). Gender differences in adolescent depression: Do symptoms differ for boys and girls?. *Journal of Affective Disorders*, 89, 35–44.
- Bernstein, K. S. (2006). Clinical Assessment and Management of Depression. *Medsurg Nursing*, 15(6), 333-342.
- Bhatia, S. K., & Bhatia, S. C. (2007). Childhood and Adolescent Depression. *American Family Physician*, 75(1), 73-80.
- Bjelland, I., Dahl, A. A., Haug, T. T., & Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale An updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research*, 52, 69– 77.
- Borine, B. (2009). *Escala de Depressão (EDEP) e Bateria Fatorial de Personalidade: Evidências de Validade*. Dissertação de mestrado, Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* da Universidade São Francisco, Itatiba, São Paulo.
- Borges, V. R., & Werlang, B. S. G. (2006). Estudo de ideação suicida em adolescentes de 15 a 19 anos. *Estudos de Psicologia*, 11(3), 345-351.
- Botega, N. J., Pondé, M. P., Medeiros, P., Lima, M. G., & Guerreiro, C. A. M. (1998). Validação da escala hospitalar de ansiedade e depressão (HAD) em pacientes epiléticos ambulatoriais. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 47(6), 285-289.
- Calil, H. M., & Pires, M. L. (1998). Aspectos gerais das escalas de avaliação de depressão. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25 (5), pp. 240-244.
- Cannon, B., Mulroy, R., Otto, M. W., Rosenbaum, J. F., Fava, M., & Nierenberg, A. A. (1999). Dysfunctional attitudes and poor problem solving skills predict hopelessness in major depression. *Journal of Affective Disorders*, 55, 45–49.

- Caracciolo, B.; & Giaquinto, S. (2002). Criterion validity of the center for edpidemiological studies depression (CES-D) scale in a sample of rehabilitation inpatients. *Journal of Rehabilitation Medicine, 34*, 221-225.
- Cole, S. R., Kawachi, I., Maller, S. J., Berkman, L. F. (2000). Test of item-response bias in the CES-D scale: experience from the New Haven EPESE Study. *Journal of Clinical Epidemiology, 53*, 285–289.
- Comijs, H. C., Beekman, A. T. F., Smit, F., Bremmer, M., Tilburg, T., & Deeg, D. J. H. (2007). Childhood adversity, recent life events and depression in late life. *Journal of Affective Disorders, 103*, 243–246.
- Cunha, B. F. V. da, Buzaid, A., & Watanabe, C. E. (2005). Depressão na infância e adolescência: revisão bibliográfica. *Revista Virtual da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo, 15*(3), 8-16.
- Cunha, J. (2001). *Manual em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Del Ben, C. M., Vilela, J. A., Crippa, J. A., Hallak, J. E., Labate, C. M., & Zuardi, A. W. (2001). Confiabilidade da entrevista estruturada para o DSM-IV - versão clínica traduzida para o português. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 23*(3), 156-159.
- Del Porto, J. A. (2002). Depressão: Conceito e Diagnóstico em J. J. Mari e cols (2002). *Atualização em Psiquiatria I*. (pp. 21-29). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Del Porto, J. A. (1999). Depressão: Conceito e Diagnóstico. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 21*(supl. 1), 6-11.
- Derogatis L. R., & Lynn, L. L. (2000). Psychological tests in screening for psychiatric disorder. Em: M. E. Maruish, *The Use of Psychological Testing for Treatment Planning and Outcomes Assessment* (pp. 41-79). New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Ebert, M. H., Loosen, P. T. & Nurcombe, B. (2002). *Psiquiatria: Diagnóstico e Tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Ferster, C. B., Culbertson, S., & Boren, M. C. (1977). Depressão clínica. Em: C. B. Ferster, S. Culbertson, & M. C. Boren, *Princípios do comportamento* (M. I. Silva, M. A. Rodrigues, & M. B. Pardo, Trans., pp. 699-725). São Paulo: Editora Hucitec.
- Fletcher, R. H., Fletcher, S. W., & Wagner, E. H. (1996). *Epidemiologia clínica: elementos essenciais*. Porto Alegre: Artmed.
- Foucault, M. *História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1978.
- Gazalle, F. K., Lima, M. S. de, Tavares, B. F., & Hallal, P. C. (2004). Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no Sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 38(3), 365-371.
- Gelin, M. N., & Zumbo, B. D. (2003). Differential item functioning results may change depending on how an item is scored: an illustration with the center for epidemiologic studies depression scale. *Educational and Psychological Measurement*, 63, 65–74.
- Gorenstein, C., & Andrade, L. (1998). Inventário de depressão de Beck : propriedades psicométricas da versão em português. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25 (5), pp. 245-250.
- Grevet, E. H., Knijnik, L. (2001). Diagnóstico de depressão maior e distímia. *Revista AMRIGS, Porto Alegre*, 45(3,4), 108-110.
- Hamilton, M. (1960). A Rating Scale for Depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 23, 56-62.
- Holmes, D. S. (2001). *Psicologia dos Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Jenkins, R., & Meltzer, H. (1995). The National Survey of Psychiatric Morbidity in Great Britain. *Sociol Psychiatry Epidemiological*, 30, 1-4.
- Justo, L. P., & Calil, H. M. (2006). Depressão: O mesmo acometimento para homens e mulheres?. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33(2), 43-54.

- Horesh, N., Klomek, A. B., & Apter, A. (2008). Stressful life events and major depressive disorders. *Psychiatry Research, 160*, 192–199.
- Horesha, N., Iancuc, I. (2009). A comparison of life events in patients with unipolar disorder or bipolar disorder and controls. *Comprehensive Psychiatry*, doi:10.1016/j.comppsy.2009.05.005.
- Horesha, N., Nachshoni, T., Wolmer, L., & Torena, P. (2009). A comparison of life events in suicidal and nonsuicidal adolescents and young adults with major depression and borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry, 50*, 496–502.
- Joiner, T. E., Wingate, L. R., & Otamendi, A. (2005). An interpersonal addendum to the hopelessness theory of depression: hopelessness as a stress and depression generator. *Journal of Social and Clinical Psychology, 24*(5), 649-664.
- Juruena, M. F., & Cleare, A. J. (2007). Superposição entre depressão atípica, doença afetiva sazonal e síndrome da fadiga crônica. *Revista de Psiquiatria Brasileira, 29*(supl.1), 35-48.
- Justo, L. P., & Calil, H. M. (2006). Depressão: o mesmo acometimento para homens e mulheres? *Revista de Psiquiatria Clínica, 33*(2), 74-79.
- Kaplan, H. L., & Sadock, B. J. (1990). *Compêndio de Psiquiatria*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J. & Grebb, J. A. (1997). *Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. 7^a ed. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kendel, F., Wirtz, M., Dunkel, A., Lehmkuhl, E., Hetzer, R., & Regitz-Zagrosek, V. (2009). Screening for depression: Rasch analysis of the dimensional structure of the PHQ-9 and the HADS-D. *Journal of Affective Disorders*, doi:10.1016/j.jad.2009.07.004.

- Kessler, R. C. (2003). Epidemiology of woman depression. *Journal of Affective Disorders*, 74(1), 5-13.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*, 289(23), 3095-3105.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., & Zhao, S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Klein, C. H., & Costa, E. A. (1987). Os erros de classificação e os resultados de estudos epidemiológicos. *Cadernos de saúde pública*, 3(3), 35-46.
- Kuo, W., Gallo, J. J., & Eaton, W. W. (2004). Hopelessness, depression, substance disorder, and suicidality: a 13-year community-based study. *Sociol Psychiatry Epidemiological*, 39, 497-501.
- Landis, D., Gaylord-Hardenb, N. K., Malinowski, S. L., Grant, K. E., Carletona, R. A., & Forda, R. E. (2007). Urban adolescent stress and hopelessness. *Journal of Adolescence*, 30, 1051–1070.
- Lange, R., Thalbourne, M. A., Houran, J., & Lester, D. (2002). Depressive Response Sets due to gender and culture-based Differential Item Functioning. *Personality and Individual Differences*, 33, 937–954.
- Lasa, L; Ayuso-Mateos, J. L.; Vazquez-Barquero, J. L.; Diez-Manrique, F. J.; & Dowrick, C. F. (2000). The use of the Beck Depression Inventory to screen for depression in the general population: a preliminary analysis. *Journal of Affective Disorders*, 57, 261–265.
- Levinson, D. F. (2006). The Genetics of Depression: A Review. *Biological Psychiatry*, 60, 84–92.

- Lima, I. V. M. L., Sougey, E. B., & Filho, H. P. V. (2004). Genética dos transtornos afetivos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31(1), 34-39.
- Lima, M. S. de. (1999). Depressão: epidemiologia e impacto social. *Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria*, 21(2), 1-5.
- Malone, K. M., Oquendo, M. A., Haas, G. L., Ellis, S. P., Li, S., & Mann, J. J. (2000). Protective factors against suicidal acts in major depression: reasons for living. *American Journal Psychiatry*, 175 (7), 1084-1088.
- Marcolino, J. A. M.; Mathias, L. A. S. T.; Piccinini Filho, L.; Guaratini, A. A.; Suzuki, F. M.; & Alli, L. A. C. (2007). Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 57(1), 52-62.
- Matos, E. G. de, Matos, T. M. G. de, & Matos, G. M. G. de. (2006). Depressão melancólica e depressão atípica: aspectos clínicos e psicodinâmicos. *Estudos de Psicologia-Campinas*, 23(2), 173-179.
- Matos, E. G. de, Matos, T. M. G. de, & Matos, G. M. G. de. (2005). A importância e as limitações do uso do DSM-IV na prática clínica. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 27(3), 312-318.
- Möller-Leimkühler, A. M., Bottlender, R., Straub, A., & Rutz, W. (2004). Is there evidence for a male depressive syndrome in inpatients with major depression? *Journal of Affective Disorders*, 80, 87-93.
- Möller-Leimkühler, A. M., Yücel, M. (2010). Male depression in females? *Journal of Affective Disorders*, 121, 22-29.
- Montgomery, S. A., & Åsberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *British Journal Psychiatry*, 9, 134-382.
- Mynatt, S., & Cunningham, P. (2007). Unraveling Anxiety and Depression. *The Nurse Practitioner*, 32(8), 28-37.

- Nierenberg, A. A., Trivedi, M. H., Fava, M., Biggs, M. M., Shores-Wilson, K., Wisniewski, S. R., & cols. (2007). Family history of mood disorder and characteristics of major depressive disorder: A STAR*D (sequenced treatment alternatives to relieve depression) study. *Journal of Psychiatric Research*, *41*, 214–221.
- Nolen-Hoeksema, S. (1994). The emergence of gender differences in depression during adolescence. *Psychological Bulletin*, *115*, 424–443.
- Oliffe, J. L., & Phillips, M. J. (2008). Men, depression and masculinities: A review and recommendations. *Journal of Men's Health and Gender*, *5*(3), 194–202.
- Oliveira, M. G., Fonseca, P. P. & Del Porto, J. A. (2002). Versão brasileira da entrevista de Paykel para eventos de vida recentes. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, *IV* (1), 47-61.
- Organização Mundial de Saúde (OMS) (2000). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10*. Recuperado em 10 de agosto 2006: <http://www.datasus.gov.br/cid10>.
- Organização Mundial de Saúde (OMS) (2001). *Relatório Mundial da Saúde: Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Recuperado em 20 de nov. 2005: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf.
- Organização Panamericana de Saúde (OPS) (2006). *Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado: 10 de outubro de 2008. Disponível: bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf.
- Organização Panamericana da Saúde (OPS) (2003). *Suicídio: La Violência Autoinfligida*. Em: OPS, Informe Mundial Sobre La Violência y La Salud (pp.200-231). Recuperado: 10 de dezembro de 2006. Disponível: http://www.pho.org/Spanish/DD/PUB/Violencia_2003.htm.

- Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuições para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, saúde e doenças*, 5(2), 229-239.
- Pancheri, P., Picardi, A., Pasquini, M., Gaetano, P., & Biondi, M. (2002). Psychopathological dimensions of depression: a factor study of the 17-item Hamilton depression rating scale in unipolar depressed outpatients. *Journal of Affective Disorders*, 68, 41-47.
- Pelkonen, M., Marttunen, M., Kaprio, J., Huurre, T., & Aro, H. (2008). Adolescent risk factors for episodic and persistent depression in adulthood. A 16-year prospective follow-up study of adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 106, 123-131.
- Pine, D. S., Cohen, P., Johnson, J. G., & Brook, J. S. (2002). Adolescent life events as predictors of adult depression. *Journal of Affective Disorders*, 68, 49-57.
- Pontes, C. B. (2000). *Psicopatologia: contribuições à clínica psiquiátrica*. Fortaleza: Edições Fundação Demócrito Rocha.
- Prieto, G., & Muniz, J. (2000). *Um modelo para avaliar la calidad de tests usados na Espanha*. Recuperado: 20 de dezembro de 2006. Disponível: <http://www.cop.es/vernumero.asp?id=41>.
- Robbins, N., & Regier, D. A. (1991). *Psychiatric disorders in America: the epidemiologic catchment area study*. Library of Congress Cataloging-in-Publication Data. New York.
- Rodrigues, M. J. S. F. (2000). O diagnóstico de depressão. *Psicologia USP*, 11(1),
- Rubenstein, J. L., Halton, A., Kasten, L., Rubin, C., & Stechler, G. (1998). Suicidal behavior in adolescents: stress and protection in different family contexts. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68 (2), 274-284.
- Sabocki, P. (2008). Public health implications of depression. *Acta Esp. Psiquiatr.* 36(suppl.1), 17-20.

- Santor, D. A., Gregus, M., & Welch, A. (2006). Eight Decades of Measurement in Depression. *Measurement, 4*(3), 135-155.
- Santor, D. A., & Ramsay, J. O. (1998). Progress in the technology of measurement: application of item response models. *Psychological Assessment, 10*, 345–359.
- Sciliar, M. (2003). *Saturno Nos Trópicos: A Melancolia Européia Chega Ao Brasil*. São Paulo: Companhia Das Letras.
- Schechtman, K. B., Kutner, N. G., Wallace, R. B., Buchner, D. M., Ory, M. G., & cols. (1997). Gender, self-reported depressive symptoms, and sleep disturbance among older community-dwelling persons. *Journal of Psychosomatic Research, 43*(5), 513-527.
- Scorza, F. A., Guerra, A. B. G., Cavalheiro, E. A., & Calil, H. M. (2005) Neurogênese e depressão: etiologia ou nova ilusão? *Revista de Psiquiatria Brasileira, 27*(3), 249-253.
- Silva, V. F. da, Oliveira, H. B. de, Botega, N. J., Marin-León, L., Barros, M. B. A., & Dalgalarondo, P. (2006). Fatores associados à ideação suicida na comunidade: um estudo de caso-controle. *Cadernos de Saúde Pública, 22*(9), 15-26.
- Silveira, D. X. & Jorge, M. R. (1998). Propriedades Psicométricas da escala de rastreamento populacional para depressão CES-D em populações clínica e não-clínica de adolescentes e jovens adultos. *Revista de Psiquiatria Brasileira, 25*(5), 11-16.
- Simonds, V. M., & Whiffen, V. E. (2003). Are gender differences in depression explained by gender differences in co-morbid anxiety? *Journal of Affective Disorders, 77*, 197–202.
- Sociedade Brasileira de Informações de Patologias Médicas (1999). Transtornos Afetivos e Depressão. *Neuro Psico News, 9*, 3-18.
- Smith, D. J, Kyle, S., Forty, L., Cooper, C., Walters, J., Russell, E., & cols. (2008). Differences in depressive symptom profile between males and females. *Journal of Affective Disorders, 108*, 279–284.

- Solomon, A. (2002). *O demônio do meio-dia: uma anatomia da depressão*. (M. Campello, Trad.). Rio de Janeiro: Objetiva.
- Stein, M. B., Fuetsch, M., Muller, N. M., Lib, R., & Wittchen, H. (2001). Social anxiety disorder and the risk of depression. *Archives General Psychiatry*, *58*, 251-256.
- Teng, C. T., Humes, E. C., & Demetrio, F. N. (2005) Depressão e comorbidades clínicas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, *32*(3), 149-159.
- Thayer, K., & Bruce, M. L. (2006). Recognition and management of major depression. *The Nurse Practitioner*, *31*(5), 13-25.
- Troisi, A.; & Moles, A. (1999). Gender differences in depression: an ethological study of nonverbal behavior during interviews. *Journal of Psychiatric Research*, *33*, 243-250.
- Vertzman, J. C. (1995). *Tristeza e depressão: pensando nos problemas da vida*. Vozes: Petrópolis.
- Vilhjalmsson, Kristjansdottir & Sveinbjarnardottir (1998). Factors associated with suicide ideation in adults. *Sociol Psychiatry Epidemiology*, *33*, 97-103.
- Wenzel, A., Steer, R. A., & Beck, A. T. (2005). Are there any gender differences in frequency of self-reported somatic symptoms of depression?. *Journal of Affective Disorders*, *89*, 177-181.
- Winkler, D., Pjrek, E., & Kasper, S. (2006). Gender-specific symptoms of depression and anger attacks. *Journal of Men's Health and Gender*, *3*(1), 19-24.
- Williamson, M. T. (1998). Sex differences in depression symptoms among adult family medicine patients. *Journal of Family Practice*, *25*, 591-594.
- Yang, F. M., & Jones, R. N. (2007). Center for Epidemiologic Studies: Depression scale (CES-D) item response bias found with Mantel-Haenszel method was successfully replicated using latent variable modeling. *Journal of Clinical Epidemiology*, *60*, 1195-1200.

- Yang, F. M., Tommet, D., & Jones, R. N. (2008). Disparities in self-reported geriatric depressive symptoms due to sociodemographic differences: An extension of the bifactor item response theory model for use in differential item functioning. *Journal of Psychiatric Research, 43*, 1025–1035.
- Yeung, A., Neault, N., Sonawalla, S., Howarth, S., Fava, M., & Nierenberg, A. (2002). Screening for major depression in Asian-Americans: a comparison of the Beck and the Chinese Depression Inventory. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 105*, 252-256.

Anexo 1 - Questionário de Identificação

Data: ____/____/____

1 - Sexo: ¹() Masculino ²() Feminino 2- Idade:

3- Curso:

4 - Estado Civil:

¹() Solteiro ⁴() Desquitado/ Divorciado
²() Casado ⁵() Recasado
³() Viúvo ⁶() Outros:

5 – Indique o nível de escolaridade do chefe da família:

¹() Analfabeto/ fundamental incompleto ⁴() Médio completo / Superior incompleto
²() Fundamental I (1ª a 4ª) completo/ ⁵() Superior completo
Fundamental II (5ª a 8ª) incompleto
³() Fundamental II completo/
Médio incompleto

7 – Assinale com um X a quantidade dos itens que você possui em casa:

Itens	Não tem	1	2	3	4 ou +
Televisão					
Rádio					
Banheiro					
Automóvel					
Empregada mensalista					
Aspirador de pó					
Maquina de lavar					
Videocassete e/ou DVD					
Geladeira					
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)					

8- Trabalha atualmente?

1() Não 2() Sim. Qual profissão? : _____

9 – Alguém da sua família já foi diagnosticado com depressão, por psicólogo ou psiquiatra?

1() Não 2() Sim. Quem? _____

10 – Você já passou por avaliação psiquiátrica ou psicológica?

1() Não 2() Sim, com diagnóstico de depressão
3() Sim, sem nenhum diagnóstico 4() Sim, com outro diagnóstico. Qual? _____

11 –Atualmente está passando por tratamento para depressão?

psicológico 1() Não 2() Sim Há quanto tempo? _____
medicamentoso 1() Não 2() Sim Há quanto tempo? _____

12 – Assinale a seguir, os acontecimentos vividos por você, no último ano:**Trabalho**

- Mudança de emprego ()
- Aumento na jornada de trabalho ()
- Diminuição na jornada de trabalho ()
- Dificuldades nas relações de trabalho ()
- Promoção ou aumento de salário ()
- Rebaixamento no trabalho ()
- Demissão ou dispensa ()
- Aposentadoria ()
- Desempregado por um mês mais ()
- Falência nos negócios ()

Educação

- Retomou/ Iniciou os estudos ()
- Mudança de escola ()
- Interrupção de curso ()
- Teve fracasso acadêmico importante ()

Questões Financeiras

- Dificuldades financeiras moderadas ()
- Dificuldades financeiras grandes ()
- Melhora nas finanças ()

Saúde

- Doença física pessoal grave ()
- Doença grave de familiar próximo ()
- Gravidez desejada ()
- Gravidez não desejada ()
- Aborto espontâneo, natimorto, aborto ()
- Menopausa ()
- Dificuldades sexuais ()
- Está acima do peso considerado saudável ()

Lutos/Perdas

- Morte de amigo íntimo ou parente significativo ()
- Morte de membro da família ()
- Morte de filho (adotivo ou não) ()
- Morte de cônjuge ()
- Perdas ou roubos de objetos de valor ()
- Rompeu noivado ()
- Encerrou namoro estável ()
- Briga séria com noivo(a), cônjuge ou parceiro(a) ()

Questões Legais

Foi multado ()

Teve que ir ao tribunal/ fórum por alguma questão legal ()

Teve sentença de prisão ()

Foi processado ()

Teve membro da família processado ()

Família

Nascimento de um filho/ Adoção ()

Inclusão de uma pessoa diferente morando na mesma casa (exclui-se filhos) ()

Noivado ou casamento de filhos ()

Saída de filho de casa ()

Teve problemas familiares considerados sérios com pessoas que residem com você ()

Matrimônio

Relação extraconjugal ou infidelidade ()

Relação extraconjugal ou infidelidade do parceiro ()

Reconciliação matrimonial ()

Cônjuge começou ou parou de trabalhar ()