

FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Dissertação de Mestrado

**ESTUDO DE FIDEDIGNIDADE E VALIDADE DO INVENTÁRIO
DE DEPRESSÃO DE BECK-II (BDI-II) EM ADOLESCENTES**

Mariana Esteves Paranhos

Orientadora: Profa. Dra. Blanca Susana Guevara Werlang

Porto Alegre, janeiro 2009.

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

**ESTUDO DE FIDEDIGNIDADE E VALIDADE DO INVENTÁRIO DE
DEPRESSÃO DE BECK-II (BDI-II) EM ADOLESCENTES**

Dissertação de Mestrado

Mariana Esteves Paranhos

Profa. Dra. Blanca Susana Guevara Werlang
Orientadora

Porto Alegre, janeiro de 2009

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

**ESTUDO DE FIDEDIGNIDADE E VALIDADE DO INVENTÁRIO DE
DEPRESSÃO DE BECK-II (BDI-II) EM ADOLESCENTES**

MARIANA ESTEVES PARANHOS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Profª. Dra. Blanca Susana Guevara Werlang
Orientadora

Porto Alegre, janeiro de 2009

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Mariana Esteves Paranhos

**ESTUDO DE FIDEDIGNIDADE E VALIDADE DO INVENTÁRIO DE
DEPRESSÃO DE BECK-II (BDI-II) EM ADOLESCENTES**

COMISSÃO EXAMINADORA

**Profa. Dra. Blanca Susana Guevara Werlang
Presidente**

**Profa. Dra. Irani Iracema de Lima Argimon
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)**

**Profa. Dra. Silvia Pereira da Cruz Benetti
Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS)**

Porto Alegre, janeiro de 2009

*Para Rafael, por todo o apoio,
incentivo e carinho constante.*

AGRADECIMENTOS

A concretude deste trabalho contou com o apoio e colaboração de diferentes pessoas, às quais gostaria de registrar meus agradecimentos:

À Profa. Dra Blanca Susana Guevara Werlang, por todos os ensinamentos e crescimento que me possibilitou nestes cinco anos de trabalho e convivência. Pelas orientações dentro e fora deste processo de dissertação. Obrigado pelo carinho e amizade de sempre;

À Profa. Dra Irani Iracema de Lima Argimon, pela parceria e disponibilização de uma parte de seu projeto de pesquisa, possibilitando assim que esse estudo fosse realizado;

À minha colega de grupo e amiga Gabriela Quadros de Lima, pelo carinho e parceria de trabalho e de momentos tão importantes da vida;

Às colegas Samantha Dubugrás Sá, Vivian Roxo Borges e Liza Fensterseifer, pelos conhecimentos transmitidos e pela amizade que também constituímos na convivência do grupo de pesquisa;

À auxiliar de pesquisa Caroline Cardoso, pelo auxílio direto na pesquisa, através da coleta de dados e construção do banco de dados, e pela disposição que teve para o trabalho;

Às bolsistas de iniciação científica, Roberta Salvatori, Raquel Santiago, Samanta Antoniazzi, pela ajuda na preparação do material e administração dos instrumentos;

A todos membros do grupo de pesquisa "*Prevenção e Intervenção em Comportamentos Violentos*", pelas trocas de conhecimento e pelos momentos alegres e divertidos no convívio do grupo;

Às escolas e aos participantes da pesquisa que possibilitaram a realização do presente trabalho através da aceitação e acolhimento do mesmo;

À minha família, principalmente meus pais, que apesar de não estarem envolvidos de forma direta neste trabalho, me possibilitaram amor, carinho e incentivo para chegar até aqui.

Ao CNPq e à CAPES pelo incentivo a pesquisa brasileira através do financiamento das mesmas.

Muito obrigada a todos!

RESUMO

O Inventário de Depressão de Beck, de origem americana, tem sido utilizado mundialmente há mais de 40 anos e, ao longo deste tempo, tem se mostrado um ótimo instrumento para medir intensidade de sintomas depressivos em populações clínicas e não-clínicas. Em 1996, os autores do Inventário optaram por realizar uma revisão deste com a finalidade de aderir melhor aos critérios diagnósticos para depressão, estabelecidos pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais IV. Tal revisão resultou em uma segunda edição: o Inventário de Depressão de Beck-II (BDI-II). Entendendo que é de relevância investir no estudo de um instrumento muito conhecido e valorizado no meio clínico e de pesquisa, e que vem apresentando, em vários países, bons resultados na comunidade científica, o objetivo geral deste estudo é contribuir para a adaptação à nossa realidade do instrumento Inventário de Depressão de Beck-II (BDI-II). Para isso, foram elaboradas duas seções de estudo: uma teórica e uma empírica. A seção teórica refere-se a uma revisão da literatura sobre os critérios que integram o diagnóstico de depressão e a intensidade de seus sintomas. Discute-se que é relevante e importante realizar uma análise detalhada das respostas dos indivíduos em instrumentos que fornecem um escore quantitativo. Diferentes níveis de intensidade de depressão podem ser mais bem compreendidos a partir de um exame mais aprofundado de cada um dos itens da escala que representam a constelação da depressão. Quando bem estudados e observados, estes são indicadores subclínicos importantes que podem levar ao entendimento de uma dificuldade mais grave que o sujeito possa estar apresentando. Na seção empírica, é retratado um estudo quantitativo de tipo transversal que foca a investigação das propriedades psicométricas do BDI-II em adolescentes. Mais especificamente, foi realizado um estudo de fidedignidade, que se centrou na avaliação da consistência interna e na estabilidade temporal do Inventário. O estudo de validade deteve-se na verificação da validade de construto, através de uma correlação com a Escala de Desesperança de Beck (BHS), e na validade fatorial. A amostra contou com a participação de 391 jovens da população geral, do sexo masculino e feminino, provenientes do ensino fundamental e médio de escolas públicas e privadas da cidade de Porto Alegre, com idades entre 13 e 19 anos. Foi utilizada uma ficha de dados pessoais e sociodemográficos para caracterização da amostra, o BDI-II e a BHS. Os resultados demonstram que o Instrumento, no que diz respeito a sua fidedignidade, possui um elevado nível de precisão (Alfa de Cronbach de 0,86) para medir intensidade de depressão e se comporta de maneira estável quanto ao seu padrão de resposta ao longo do tempo ($r=0,87$; $p=0,000$). Quanto ao estudo de validade de construto, obteve-se uma correlação positiva e significativa em um nível moderado com o BHS ($r=0,60$; $p=0,000$). Já a validade fatorial gerou quatro fatores, que explicam 47% da variação total. Os resultados obtidos nesta dissertação corroboram o bom desempenho psicométrico do BDI-II e contribuem para que se tenha à disposição, no mercado brasileiro, instrumentos qualificados para a realidade local.

Palavras-chave: Inventário de Depressão de Beck-II, Intensidade de Depressão; Estudo de Fidedignidade e Validade, Adolescentes.

Área conforme classificação CNPq: 7.07.00.00-1

Subárea conforme classificação CNPq: 7.07.10.00-8 (Fundamentos e Medidas da Psicologia)

ABSTRACT

The Beck Depression Inventory, originally from the United States, has been used worldwide for more than 40 years and throughout this time has been considered as an excellent instrument for measuring the severity of depressive symptoms in both clinical and non-clinical samples. In 1996, the Inventory authors decided to revise it in order to better adjust it to the diagnostic criteria described in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition (DSM–IV). This revision resulted in a second edition for the instrument: the Beck Depression Inventory–II (BDI–II). Knowing the significant importance of investing in the study of a well-known and valued instrument, both by clinical and research professionals, which has been presenting good results in the scientific community in several countries, the overall goal of the present research is to contribute for the adaptation of the Beck Depression Inventory–II (BDI–II) to the Brazilian culture. In order to accomplish this goal, two study sections were developed: a theoretical one and an empirical one. The theoretical section refers to a review of the studies about the criteria which determine the depression diagnostic and its symptoms intensity. It has been discussed that it is relevant and important to perform a detailed analysis of the individuals' answers to the instruments that provide a quantitative score. Different levels of depression intensity can be better understood from a more detailed examination of each of the scale items which represent the constellation of depression. When well studied and observed, these are important sub-clinical indicators that may lead to the understanding of a more serious difficulty than the person might be presenting. The empirical section brings up a transversal quantitative study which focuses on the investigation of the psychometric properties of the BDI-II in adolescents. More specifically, a study of reliability was performed, which focused on the evaluation of the internal consistency and on the temporal stability of the Inventory. The validity study comprised the verification of the construct validity through a correlation with the Beck Hopelessness Scale (BHS) and in the factorial validity. The sample had the participation of 391 teenagers from the general population, males and females, coming from the junior and senior high school of public and private schools in the city of Porto Alegre, their ages ranging from 13 to 19 years old. A personal and socio-demographic data form was used for the sample characterization, as well as the BDI–II and the BHS. The results show that the Instrument, regarding its reliability, has a high level of accuracy to measure depression intensity (Cronbach Alpha = 0,86) and remains stable in its answering pattern throughout the time ($r=0,87$; $p=0,000$). Regarding the construct validity study, a positive and significant correlation was obtained in a moderate level to the BHS ($r= 0,60$; $p=0,000$). The factorial validity brought out four factors, which explain for the 47% of the total variance. The results obtained in this study corroborate the good BDI–II psychometric performance and contribute for making available, in the Brazilian market, instruments qualified for the local culture.

Keywords: Beck Depression Inventory–II, Depression Intensity; Reliability and Validity Study, Adolescents.

SUMARIO

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| LISTA DE TABELAS | 10 |
| LISTA DE SIGLAS | 11 |
| INTRODUÇÃO | 12 |
| SEÇÃO I | 20 |
| DIAGNÓSTICO E INTENSIDADE DA DEPRESSÃO | 20 |
| <i>BREVE REVISÃO DOS ASPECTOS QUE ENVOLVEM O DIAGNÓSTICO DA DEPRESSÃO</i> | 22 |
| <i>INSTRUMENTO DE MEDIDA DA INTENSIDADE DA DEPRESSÃO: COMPREENSÃO ALÉM DO</i> | |
| <i>SCORE FINAL</i> | 24 |
| <i>CONSIDERAÇÕES FINAIS</i> | 30 |
| SEÇÃO II | 31 |
| ESTUDO DE FIDEDIGNIDADE E VALIDADE DO INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK-II | |
| (BDI- II) EM ADOLESCENTES DE 13 A 19 ANOS | 31 |
| <i>MÉTODO</i> | 33 |
| Participantes | 33 |
| Instrumentos..... | 33 |
| Procedimentos de coleta e de análise dos dados..... | 34 |
| <i>RESULTADOS</i> | 35 |
| <i>DISCUSSÃO</i> | 43 |
| <i>CONSIDERAÇÕES FINAIS</i> | 49 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS DA DISSERTAÇÃO | 50 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 53 |
| ANEXOS | 60 |
| ANEXO A | 61 |
| <i>CARTA DE APROVAÇÃO DA COMISSÃO CIENTÍFICA DA FACULDADE DE PSICOLOGIA DA PUCRS</i> | 61 |
| ANEXO B | 63 |
| <i>CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA PUCRS</i> | 63 |
| ANEXO C | 65 |
| <i>FICHA DE DADOS PESSOAIS E SOCIODEMOGRÁFICOS</i> | 65 |
| ANEXO D | 67 |
| <i>CARTA AOS PAIS E/OU RESPONSÁVEIS</i> | 67 |
| ANEXO E | 69 |
| <i>TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS PAIS E/OU RESPONSÁVEIS</i> | 69 |
| ANEXO F | 71 |
| <i>TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS ADOLESCENTES</i> | 71 |

LISTA DE TABELAS

| | | |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| TABELA 1. | Distribuição, em termos de frequência, porcentagem e percentual cumulativo dos adolescentes pesquisados por idade (N=391) | Pág. 36 |
| TABELA 2. | Distribuição, em termos de frequência, porcentagem e percentual cumulativo da série atual freqüentada pelos participantes do estudo (N=391) | Pág. 36 |
| TABELA 3. | Médias, desvios padrão, correlações item e total corrigido e coeficiente de fidedignidade do BDI-II em adolescentes entre 13 e 19 anos de idade (N=391) | Pág. 37 |
| TABELA 4. | Percentual de Concordância dos itens entre teste-reteste (N=98) | Pág. 38 |
| TABELA 5. | Distribuição dos escores do BDI-II para os adolescentes, da amostra, entre 13 e 19 anos (N=391) | Pág. 40 |
| TABELA 6. | Distribuição do escore final do BDI-II na amostra segundo sexo masculino e feminino (N=391) | Pág. 40 |
| TABELA 7. | Distribuição do escore final do BDI-II na amostra segundo o tipo de escola (N=391) | Pág. 41 |
| TABELA 8. | Distribuição do escore final do BDI-II da amostra quanto a escolaridade (N=391) | Pág. 41 |
| TABELA 9. | Análise fatorial dos itens da BDI-II, raízes características e porcentagem de variância explicada (N=391) | Pág. 42 |
| TABELA 10. | Fator 1. Sintomas de caráter afetivo e de desinteresse pela vida | Pág. 42 |
| TABELA 11. | Fator 2. Sintomas que refletem queixas somáticas e afetivas | Pág. 42 |
| TABELA 12. | Fator 3. Sintomas vinculados a aspectos de desempenho e somáticos | Pág. 43 |
| TABELA 13. | Fator 4. Sintomas que mostram atitudes afetivas | Pág. 43 |

LISTA DE SIGLAS

| | |
|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| ABM | Associação Médica Brasileira |
| BAI | Beck Anxiety Inventory |
| BDI | Beck Depression Inventory |
| BDI-IA | Beck Depression Inventory – Edition IA |
| BDI-II | Beck Depression Inventory – Second edition |
| BHS | Beck Hopelessness Scale |
| BSI | Beck Scale for Suicide Ideation |
| CFM | Conselho Federal de Medicina |
| CFP | Conselho Federal de Psicologia |
| CIDI | Composite International Diagnostic Interview |
| DSM | Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders |
| DSM-IV | Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition |
| DSM-IV-TR | Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition – Text Revision |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| PUCRS | Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul |
| SPSS | Statistical Package for the Social Sciences |
| WHO | World Health Organization |
| WHO-ICPE | World Health Organization – International Consortium in Psychiatric Epidemiology |

INTRODUÇÃO

A presente dissertação, intitulada “Estudo de Fidedignidade e Validade do Inventário de Depressão de Beck–II (BDI–II) em Adolescentes”, foi desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) e faz parte de um projeto maior que prevê a adaptação do BDI–II para a realidade brasileira. Esta dissertação está inserida no grupo de pesquisa “*Prevenção e Intervenção em Comportamentos Violentos*”, coordenado pela professora Dra. Blanca Susana Guevara Werlang. Este grupo de pesquisa trabalha em dois projetos guarda-chuva: “Comportamentos violentos: auto-infligidos, interpessoais e coletivos” e “Desenvolvimento e adaptação de instrumentos de avaliação e intervenção clínica”, sendo este último o projeto em que esta dissertação se insere.

Por outro lado cabe mencionar que o projeto maior de adaptação do BDI–II no Brasil é coordenado pela Profa. Dra. Irani de Lima Argimon, que estabeleceu parceria com o grupo de pesquisa da Profa. Dra. Blanca Susana Guevara Werlang, no sentido de compartilhar estudos com o BDI–II. Assim, foi possível operacionalizar esta dissertação desenvolvendo estudos de fidedignidade e de validade do BDI–II para a faixa dos adolescentes da população geral.

O tema da depressão tem alcançado destaque na população em geral, assim como no meio clínico, pela gravidade dos dados que se tem tomado conhecimento. Alguns autores (Martin & Cohen, 2000; Bahls & Bahls, 2002; Bahls, 2004; Botega, Furlanetto & Fráguas, 2006) indicam que as alterações de humor e quadros depressivos estão entre as doenças mais comuns e prejudiciais, o que leva a grandes gastos sociais e na saúde pública. A Organização Mundial da Saúde (WHO, 2002) publicou, no ano de 2002, que a depressão maior já alcançava o quarto lugar como causa geradora de sobrecarga na população. Esta informação é proveniente da Disability Adjusted Life Years - um cálculo realizado por este importante órgão, em que os anos de vida perdidos pela mortalidade prematura na população e os anos perdidos de vida por incapacidade são somados. A OMS faz ainda uma previsão de que, em 2020, a depressão ocupe o segundo lugar, perdendo apenas para doenças cardíacas isquêmicas. Também se sabe que a cronicidade deste transtorno é alta, gira em torno de 12% e 20% (Bahls, 2002a; Bahls & Bahls, 2002; Gauer, Furlanetto, Juruena & Vieira, 2003; Botega et al, 2006).

A prevalência na população geral para transtornos depressivos é de 4% a 10 %, sendo observada uma maior incidência em mulheres, variando de 10% a 25%, enquanto nos homens, a porcentagem é de 5% a 12% (Bahls & Bahls, 2002; Zavaschi et al., 2002; Dell’Aglia & Hutz, 2004). As taxas de depressão maior são mais altas em pacientes separados, divorciados e viúvos ou que não tenham uma relação estável. Em se tratando de diferenças étnicas e raciais, os transtornos de humor apresentam igual prevalência, assim como em relação a status econômico e nível educacional (Gauer et al., 2003). Botega et al. (2006) referem que uma a cada 20 pessoas é atingida por episódio depressivo moderado ou grave durante o curso da vida. De cada 50 casos diagnosticados com a patologia, um necessita de internação, e 15% dos deprimidos graves cometem suicídio. Sabe-se, também, que a metade das pessoas que apresentam um episódio depressivo irá desenvolver um segundo, e destas 70% a 80% tendem a apresentar um terceiro, indicando que o número de episódios anteriores é um importante fator de risco para o desenvolvimento de novos episódios. A recuperação varia em torno de só 26% (Botega et al., 2006). Parece evidente que se deve encarar a depressão não mais como algo que acontece em pontos isolados da sociedade, mas sim como um problema de interesse público.

Sobre a realidade nacional, em 1998, a Organização Mundial da Saúde, iniciou um estudo transnacional de prevalência de transtornos mentais, o “WHO –International Consortium in Psychiatric Epidemiology” (WHO-ICPE), e usando critérios do CIDI (Composite International Diagnostic Interview) chegou a dados de prevalência para toda a vida de sete países, entre eles o Brasil. Os resultados divulgados em 2000 para transtornos do humor ao longo da vida, em um ano e em um mês, usando uma amostra probabilística, estratificada por área, de 1464 indivíduos adultos de São Paulo foram de 15,5%; 7,1 e 4,9% respectivamente. Sabe-se, através deste estudo nestes países, que os transtornos mentais são de início precoce, com idade média de 26 anos para transtornos do humor (Picon, 2003). Ainda, em outro estudo de levantamento de prevalência de morbidade psiquiátrica, realizado em três capitais do Brasil (Brasília, São Paulo e Porto Alegre), os dados para depressão foram de 2,8% para Brasília, 1,9% para São Paulo e 10,2% para Porto Alegre (Almeida Filho et al., 1992).

Tristeza, dor, angústia, desânimo, desesperança são sentimentos que fazem parte da natureza humana e são, mais ou menos intensos, dependendo da época e situações que o indivíduo enfrenta. São também sentimentos centrais da nosografia psiquiátrica para os transtornos depressivos. O que diferencia a normalidade dessas manifestações da patologia

é a perda deste senso de controle adicionado a uma experiência subjetiva de um intenso sofrimento (Kaplan, Sadock & Grebb, 2002). Por serem expressões afetivas tão corriqueiras da vida das pessoas, muitas vezes é difícil determinar esta intensidade e gravidade deste sofrimento. Talvez isso seja uma possibilidade de compreender os dados disponíveis de que os sinais e sintomas desta enfermidade, muitas vezes, são negligenciados pelos profissionais da saúde, o que leva à ausência de diagnóstico e tratamento; ou, quando identificados, muitas vezes são feitos de maneira incorreta (Gauer et al., 2003; Botega et al., 2006).

Sobre essa dificuldade na detecção de casos de depressão, é realidade também que uma grande parcela da população que apresenta quadros depressivos não procura atendimento de saúde e, quando o fazem, buscam auxílio não-especializado. Isso se deve ao fato de que as manifestações deste transtorno se dão comumente por queixas físicas múltiplas e dores no corpo, bem como pela associação da depressão a outras patologias não psiquiátricas, como cardiopatia, diabete, hipertensão, etc. (Gauer et al., 2003). Além disso, segundo Menezes e Nascimento (2000), algumas pessoas que são consideradas como casos novos de depressão, podem, na verdade, estar apresentando uma recaída, pois é possível que episódios passados da doença sejam esquecidos, especialmente por pacientes com sintomatologia moderada, episódios pouco recorrentes ou que não receberam tratamento. Esses erros de recordação levam a uma significativa subestimação da verdadeira prevalência ao longo da vida e produzem a aparência de grandes aumentos temporais na ausência de qualquer mudança real.

Frente à dificuldade de se diagnosticar e determinar a intensidade dos transtornos depressivos, surgem as escalas de avaliação com o objetivo de identificar a severidade da depressão, quantificar as impressões clínicas e monitorar pacientes ao longo do tempo. De acordo com Blacker (2005), a maioria destas tem um ou mais dos seguintes objetivos: realizar um diagnóstico, medir severidade e mudança de sintomas específicos e verificar condições que podem ou não estar presentes. A classificação é de tipo categórica ou contínua. Para esta autora, construtos categóricos descrevem ausência ou presença de um determinado atributo ou a categoria de um indivíduo dentro de um determinado número finito de opções. Já medidas contínuas oferecem uma verificação quantitativa ao longo de um *continuum* de intensidade e frequência. Também existem instrumentos que são classificados nestas duas possibilidades.

As escalas de avaliação, conforme Bahls (2004), iniciaram nas áreas da Psiquiatria e Psicologia, na mesma linha dos códigos internacionais de diagnóstico, possibilitando a

qualificação e quantificação dos sintomas. Com o desenvolvimento implacável da psicofarmacoterapia na década de 50 e a promessa de cura pela suspensão dos sintomas, como bem lembra Calil e Pires (1998), houve uma necessidade de avaliar a eficácia destas propostas de tratamento. Com isso, houve um número crescente de instrumentos psicométricos, mas foram as escalas de auto-avaliação que tiveram sucesso, especialmente para a identificação da depressão, uma vez que estas possibilitam a verificação de sentimentos subjetivos e de autopercepção, sintomas importantes para o diagnóstico nesta patologia e que não são tão fáceis de identificar apenas em entrevistas clínicas. Também se destacam por serem bastante econômicas quanto ao fator tempo. A propagação dessas escalas se deu tão intensamente como o aumento da depressão.

As dificuldades mais comuns do uso desses instrumentos de auto-avaliação dizem respeito ao grau de instrução do sujeito, sua sincera disposição em responder ao instrumento e o seu grau de patologia. Outro ponto de dificuldade, e talvez onde se concentrem as principais críticas ao uso destas escalas, é o poder de confiabilidade que elas oferecem (Calil & Pires, 1998). Este último tópico tem sido muito discutido e esta preocupação é evidenciada através dos vários estudos de adaptação de diferentes escalas para diversas culturas. Tais estudos focam o comportamento da escala na realidade local pela verificação das propriedades psicométricas do instrumento.

As duas principais propriedades psicométricas de uma medida de avaliação são a fidedignidade e a validade. De acordo com Blacker (2005), a fidedignidade se refere à precisão ao medir a variável a que se propõem e à estabilidade desta medida, mesmo em diferentes condições, momentos e diversos aplicadores. Fachel e Camey (2000) apontam que existem diferentes formas de mensurar a fidedignidade de uma escala; dentre estas possibilidades, a verificação da estabilidade temporal e a consistência interna do instrumento são as mais comumente investigadas. Diz-se que um teste possui uma boa estabilidade no tempo se este obtém as mesmas respostas frente a repetidas mensurações sob as mesmas condições de aplicação. Já a consistência interna, conforme enuncia as mesmas autoras, mede se os itens individuais da escala estão todos refletindo o mesmo construto, portanto, devem ser altamente correlacionados entre si e com a escala total. Com relação à validade, Blacker (2005) define como conformidade com a verdade, ou como um "padrão ouro" que se pode tomar como verdade. Diz respeito a verificar a acurácia do escore ou classificação fornecida, ou seja, se ele realmente representa o construto que se está pretendendo medir.

Dentre as escalas de auto-avaliação mais reconhecidas, em função dos seus elevados níveis de fidedignidade e validade, e mais utilizadas no mundo, encontra-se o Inventário de Depressão de Beck (BDI). Este foi originalmente desenvolvido por Beck, Ward, Mendelson, Mock e Erbaugh (1961), primeiramente para o uso em pacientes psiquiátricos. Posteriormente, através de extensas pesquisas sobre suas propriedades psicométricas, foi ampliado para uso em clínicas e em pesquisas, de modo que passou a ser considerado um dos melhores instrumentos para medir sintomas de depressão, mostrando-se também muito eficaz para o uso na população geral. Em 1979, o instrumento original foi revisto e publicado como BDI-IA (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1997; Beck & Steer, 1993a). No Brasil, sua adaptação só foi concluída em 2001 (Cunha, 2001).

Em 1996, Beck, Steer e Brow desenvolveram uma revisão substancial do BDI, o que resultou em uma segunda edição do Inventário de Depressão de Beck (BDI-II), com o objetivo de conseguir uma maior aderência aos critérios diagnósticos para episódios de depressão maior, segundo o DSM-IV (APA, 1994, 2002). Com isso, 21 itens da primeira edição tiveram opções de respostas reescritas total ou parcialmente, resultando em um total de dezessete modificações. Três itens não sofreram qualquer modificação, quatro itens foram acrescentados à nova escala e quatro foram excluídos. No BDI-II existe ainda uma mudança no tempo em que o sintoma deve ser avaliado; ao invés de ser uma semana incluindo hoje, passa a ser de duas semanas, correspondendo ao propósito de adesão ao DSM-IV. Para cada um dos 21 itens há quatro (com escore variando de 0 a 3) afirmativas de resposta (com exceção dos itens 16 e 18, que possuem sete afirmativas, sem, contudo variar o escore), entre as quais o sujeito escolhe a mais aplicável a si mesmo. O escore total é resultado da soma dos itens individuais, podendo alcançar o máximo de 63 pontos.

Os estudos com o BDI-II têm sido ampliados (Steer & Clark, 1997; Dozois, Dobson, & Ahnberg, 1998; Steer, Clark, Beck & Ranieri, 1999; Whisman, Perez & Ramel, 2000; Sprinkle et al., 2002; Storch, Roberti & Roth, 2004), bem como o Inventário tem sido adaptado para diferentes realidades e línguas (Al-Musawi, 2001; Kojima et al, 2002; Sanz, Navarro & Vázquez, 2003a; Sanz, Perdigón & Vázquez, 2003b; Sanz, García-Vera, Espinosa, Fortún & Vázquez, 2005; Ghassemzadeh, Mojtabai, Karamghadiri & Ebrahimkhani, 2005; Alansari, 2005; Rodríguez-Gómez, Dávila-Martínez, Collazo-Rodríguez, 2006). Todos os estudos têm demonstrado que o instrumento possui propriedades psicométricas confiáveis.

Nesta dissertação, procurou-se, portanto, colaborar com a adaptação brasileira do Inventário de Depressão de Beck-II (BDI-II), através do estudo de fidedignidade,

investigando a consistência interna do instrumento e sua estabilidade no tempo, e validade de constructo, mais especificamente a verificação da validade convergente e fatorial. Este estudo foi desenvolvido com adolescentes da população geral.

Mesmo já tendo sido comprovada as excelentes propriedades psicométricas do BDI-II tanto no seu país de origem como em outras nacionalidades, isso não garante seu bom desempenho no Brasil. Normas do Conselho Federal de Psicologia (CFP), expressas na Resolução nº002/2003, deixam mais claro ainda a exigência de parâmetros psicométricos mínimos para instrumentos psicológicos. Dentre os requisitos obrigatórios para todos os instrumentos de avaliação psicológica, conforme o CFP, encontra-se justamente, a comprovação de evidências empíricas de validade, fidedignidade e das propriedades psicométricas dos itens. Desde a instituição desta resolução, todo instrumento destinado à avaliação psicológica, antes de estar à disposição para profissionais da área, deve se submeter a um exame de suas qualidades psicométricas (CFP, 2007).

A escolha pela faixa etária dos adolescentes baseia-se no conhecimento de que a depressão dentre os jovens é comum, recorrente e debilitante e que envolve um grau elevado de morbidade e mortalidade, principalmente por suicídio (Gill, Coffey & Park, 2000; Bahls, 2002b; Bahls & Bahls, 2002). Apesar de estudos científicos com esta população ainda serem recentes, já é certo que este também representa um grave problema de saúde pública, assim como a depressão, de um modo geral. O grande perigo situa-se no fato de que esta fase é marcada por uma intensa instabilidade, crises e desequilíbrios, necessários para estabelecer a identidade do sujeito. Diante da crise essencial da adolescência, este período acaba sendo propício a sofrer os impactos da realidade frustrante pela vulnerabilidade em que se encontram. Por isso, patologias, como a depressão, podem passar despercebidas pelas pessoas que se relacionam com o adolescente e, até mesmo, por profissionais da área da saúde (Sukiennik, 2000; Urribarri, 2003; Aberastury & Knobel, 2006).

De acordo com alguns autores (Martin & Cohen, 2000; Bahls, 2002a), a maioria dos adolescentes não são identificados, menos ainda encaminhados para tratamento. Frente a isso, parece importante o desenvolvimento de instrumentos que possam ajudar nesta identificação, bem como reconhecer sinais e sintomas que ainda não representam a constelação de um diagnóstico formal, mas que podem evoluir para tal, podendo-se assim intervir de forma preventiva. É necessário lembrar também que estes jovens representam a parcela da população economicamente ativa do país nos anos que se seguem. Conforme informações do IBGE, divulgadas no Censo 2000, os jovens entre 10 e 19 anos já

correspondem a 35 milhões do total da população, que é hoje de quase 170 milhões de pessoas. Portanto, investir na promoção de saúde destes é também cuidar do desenvolvimento da sociedade como um todo.

Inicialmente, para o desenvolvimento desta dissertação foi elaborado e encaminhado para apreciação e avaliação da Comissão Científica da Faculdade de Psicologia da PUCRS (ver aprovação no Anexo A) o projeto intitulado “Estudo de Fidedignidade e Validade do Inventário de Depressão de Beck–II (BDI–II) em Adolescentes”, que, como mencionado, insere-se em um projeto maior (“Adaptação do Inventário de Depressão de Beck–II (BDI–II) para o Brasil”), que foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS (ver Anexo B). Com base na operacionalização do Projeto de Dissertação, do estudo do material bibliográfico e da análise dos dados coletados, foi possível organizar duas seções, que representam a Dissertação de Mestrado. A organização da dissertação, sob este formato, segue as orientações do Ato Normativo 002/07 do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUCRS.

A primeira seção constitui-se de uma reflexão teórica, com o título “Diagnóstico e Intensidade da Depressão”, e foi articulada através de uma revisão da literatura sobre os critérios que integram o diagnóstico de depressão e a intensidade de seus sintomas. Buscou-se discutir os níveis de intensidade de depressão, levantando a importância de se realizar um detalhamento das respostas dos indivíduos em escalas que fornecem um escore quantitativo para a severidade desta patologia.

Na segunda seção, sob o título “Estudo de Fidedignidade e Validade do Inventário de Depressão de Beck–II (BDI–II) em Adolescentes”, é apresentado o processo de investigação da fidedignidade e validade do BDI–II, cumprindo assim o objetivo principal da presente dissertação. De acordo com o projeto elaborado para a realização do estudo, a pesquisa foi quantitativa, de tipo transversal, com uma amostra de 391 adolescentes, de sexo feminino e masculino, de instituições escolares públicas e privadas, com idades variando entre 13 e 19 anos, residentes da cidade de Porto Alegre. Mais especificamente, o estudo de fidedignidade centrou-se na verificação da consistência interna do Inventário e na estabilidade temporal deste. Já o estudo de validade procurou analisar a conformidade de construto, através de uma correlação com a Escala de Desesperança de Beck (BHS) e a unidimensionalidade quanto ao construto medido, no caso depressão, através da validade fatorial.

Um ponto importante desta pesquisa é que a Ficha de Dados Pessoais e Sociodemográficos, utilizada para caracterizar a amostra, foi nominal, com o objetivo de,

ao final das aplicações e levantamentos dos instrumentos, poder se identificar aqueles adolescentes em que foi constatado algum indicio marcante (nos escores da BDI-II e/ou da BHS) de problemática mais grave e assim realizar os encaminhamentos necessários para o serviço conveniado em função deste trabalho de pesquisa. No convite à participação do estudo, os pais já eram informados de tal procedimento e a eles, assim como aos adolescentes, foi explicitado e garantido o sigilo quanto à identificação pessoal dos participantes na publicação de resultados.

Identificados os adolescentes com escores moderados e graves, era realizada uma análise minuciosa das respostas destes sujeitos. Nesta análise, a intenção foi de realizar a verificação da pontuação em itens considerados mais alarmantes, como, por exemplo, o item 9, referente a ideação suicida, e o item 2, referente ao pessimismo. Nos casos em que era identificada alguma situação de risco, eram realizados contatos com os pais e com os próprios adolescentes para uma entrevista em um ambiente fora da instituição escolar com o objetivo de preservar a identidade destes. Na entrevista, buscava-se explicitar os motivos de tal convite, assim como ouvir o adolescente e seus pais a respeito dos resultados dos instrumentos. Após, eram fornecidas três opções de procura por atendimento psicológico para uma averiguação mais detalhada da situação.

Hoje é de fundamental importância desenvolver estudos que busquem apurar a qualidade dos instrumentos disponíveis no mercado e adaptá-los à realidade local. Tais pesquisas primam por oportunizar ao profissional da área da saúde maiores possibilidades de escolha de instrumentos confiáveis de trabalho e para o sujeito, por oferecer uma boa ferramenta de avaliação de seu estado, confiável e imparcial com relação a quem aplica. Em se tratando do BDI-II, a relevância da pesquisa se sustenta, justamente, no valor dele para o meio clínico e de pesquisa, ratificado nos bons resultados que o Inventário apresentou e continua apresentando ao longo de seus mais de 40 anos de existência. O Inventário de Depressão de Beck já se tornou uma ferramenta de avaliação consolidada para medir severidade de depressão no meio da Psicologia e da Psiquiatria, e sua segunda edição segue esta mesma tendência.

SEÇÃO I

DIAGNÓSTICO E INTENSIDADE DA DEPRESSÃO

Desde a sua origem, o indivíduo depara-se com sentimentos de desesperança, apatia, indiferença, ausência de perspectiva e prazer; aspectos estes que podem estruturar uma depressão. A tentativa de compreensão da depressão data, então, da Antigüidade, podendo ser entendida como um elemento da própria natureza humana e que, muitas vezes, impulsiona o indivíduo, inclusive em seu processo criativo, atribuindo, assim, um ar mais poético ao sofrimento. Por outro lado, a depressão pode ser resultado de um desequilíbrio do organismo, que deve ser tratado. Já na época de Hipócrates, este citava, em sua teoria sobre os quatro humores, que a alteração quantitativa e qualitativa da bílis negra, principalmente pelo excesso, produzia um quadro melancólico caracterizado pelo medo e pela tristeza. O tratamento constituiria em expulsar do organismo este excesso por meio de purgativos (Peres, 2006; Facó, 2008). Com o passar dos anos, muitas outras teorias vieram, sinais e sintomas foram agrupados, e a depressão deixou de ser um simples sintoma tornando-se uma entidade nosológica. Nessa evolução, Facó (2008) lembra que os antidepressivos surgem na década de 50, ainda que muito timidamente e sem noção da proporção que a afecção ligada à tristeza ocuparia.

Porém, séculos se passaram, e nenhum avanço científico ou tecnológico tem possibilitado erradicar os componentes que estruturam o fenômeno depressivo. Pelo contrário, a palavra depressão é dominante no vocabulário cotidiano. As alterações de humor e quadros depressivos, como são chamados hoje, nas últimas décadas, têm sido amplamente estudados pela sua alta prevalência na população geral e, conforme evidências estão entre as doenças mais comuns e prejudiciais, dependendo altos custos sociais, caracterizando um problema de saúde pública (Martin & Cohen, 2000; Bahls & Bahls, 2002; Bahls, 2004; Botega et al., 2006).

Já se fala na Depressão como o mal do século XXI, tornando-se uma maneira de caracterizar o homem contemporâneo (Peres, 2006). Nesse sentido, Hornstein (2006) compara a depressão às pestes de outras décadas, como a tuberculose ou a peste bubônica. Usar como argumento o conceito de peste é colocar simbolicamente a depressão no patamar de uma grave doença que contagia e produz muitas vítimas. Sem dúvidas, reparando-se nos altos índices da depressão, o conceito de peste pode-se aplicar. A

prevalência na população geral para transtornos depressivos tem alcançado números entre 4% e 10%, sendo observada uma maior incidência em mulheres, variando de 10% a 25%, enquanto nos homens, a porcentagem é de 5% a 12% (Bahls & Bahls, 2002; Zavaschi et al., 2002; Dell’Aglío & Hutz, 2004). Outro dado importante, referido por Botega et al. (2006), é que uma a cada 20 pessoas é atingida por um episódio depressivo moderado ou grave durante o curso da vida; em torno de cada 50 casos diagnosticados com a patologia, um necessita de internação, e 15% dos deprimidos graves cometem suicídio.

A Organização Mundial da Saúde aponta que problemas tradicionais, como doenças infecciosas e de má nutrição, alocadas entre as principais necessidades de saúde da população, vão certamente ser substituídas por doenças, como a depressão. Dados fornecidos pela Disability Adjusted Life Years (medida obtida pela soma dos anos de vida perdidos pela mortalidade prematura na população e dos anos perdidos de vida por incapacidade) identificaram a depressão maior, em 2002, em quarto lugar como causa geradora de sobrecarga, prevendo que, em 2020, ocupe o segundo lugar, perdendo apenas para doenças cardíacas isquêmicas (WHO, 2002).

Esses dados, por si só, já seriam suficientes para alertar para a gravidade e importância desta enfermidade na população geral, mas ainda deve-se acrescentar o fato de o curso da doença ser recorrente e, na maioria das vezes, crônico (Bahls, 2002a; Bahls & Bahls, 2002; Gauer et al., 2003). Metade das pessoas que apresentam um episódio depressivo irá desenvolver um segundo, e destas 70% a 80% tendem a apresentar um terceiro, indicando que o número de episódios anteriores é um importante fator de risco para o desenvolvimento de novos episódios. Quanto à cronicidade da doença, as taxas são de 12% e 20% para deprimidos, variando a recuperação apenas em torno de 26%.

Apesar de a depressão ser hoje um dos principais temas de pesquisa, diante de cifras tão altas e assustadoras, o sentimento é de que algo ainda falta para a compreensão desse quadro psicopatológico. A depressão intriga, desde os tempos mais remotos, e convida, mais uma vez, a interrogar sua origem, impelindo a entender melhor os diagnósticos, etiologias e tratamentos que se dispõem hoje. Mesmo que já se tenha discutido muito a respeito desse mal desde a época de Hipócrates, parece claro que ainda se tem um longo caminho a percorrer para se tomar as rédeas deste flagelo humano. Como bem menciona Facó (2008), conceituar a depressão não é tarefa simples. Ao mesmo tempo em que pode se referir a um conjunto de sinais e sintomas formando uma constelação patológica, também pode corresponder a um simples sentimento normal e comum ou tratar-se de uma manifestação, assim como a dor e a angústia, que podem estar presentes em vários outros

quadros clínicos, sem necessariamente configurar uma classe de psicopatologia. A ambigüidade do termo também atravessa os séculos, e os dados epidemiológicos evidenciam sua proliferação.

Portanto, o objetivo desta seção é, através de uma revisão da literatura, expor os critérios que compõem o diagnóstico da depressão e discutir sobre seus níveis de intensidade. O alvo é debater a respeito de sinais subclínicos, que se não bem compreendidos e prestada a devida atenção ao sujeito, podem levar a problemáticas mais graves. Para isso, é necessário o entendimento do que envolve o diagnóstico de depressão, assim como do que se entende por sintomas depressivos e as diferentes intensidades destes.

Breve Revisão dos Aspectos que Envolvem o Diagnóstico da Depressão

O diagnóstico de doenças mentais não acompanha a lógica e objetividade que outros diagnósticos possuem. O que permite diferenciar uma doença de outra, conforme o modelo da medicina moderna é a identificação de um sinal patognomônico. No caso das afecções psicopatológicas, a maioria, não possui um sinal biológico que seja único para cada uma delas (Facó, 2008). Fazendo uma distinção entre o diagnóstico em medicina geral e em psiquiatria, de acordo com o mesmo autor, este último sempre “dependerá da avaliação subjetiva do profissional de saúde mental, não dispondo de exames específicos para garantir, com pequena margem de erro, um diagnóstico diferencial” (p. 77). Com os transtornos depressivos não é diferente, a subjetividade do examinador sempre está presente. O bom clínico deve saber reconhecer, no discurso do paciente, os sinais de depressão, assim como seus sintomas, para assim realizar o encaminhamento adequado e, até mesmo, atuar de forma preventiva. Contudo, o que na realidade acontece é que a depressão ainda é subdiagnosticada e subtratada (Fleck et al., 2003).

A disseminação dos transtornos de humor entre a população é de conhecimento geral, assim como é notório que o diagnóstico e o tratamento para essa patologia ainda não são realizados adequadamente ou, simplesmente, não acontecem (Gauer et al., 2003; Botega et al., 2006). A maioria das pessoas que apresentam quadros depressivos não procura atendimento de saúde e, quando o fazem, buscam auxílio não-especializado. Além disso, segundo Menezes e Nascimento (2000), algumas pessoas que são consideradas como casos novos de depressão podem, na verdade, estar apresentando uma recaída. Ainda, para estes autores, episódios passados da doença podem ser esquecidos, especialmente por pacientes com sintomatologia moderada, episódios pouco recorrentes ou que não receberam tratamento.

Tais “erros” diagnósticos também estão ligados ao fato de que as manifestações do transtorno se dão, muitas vezes, por queixas físicas múltiplas e dores no corpo, bem como pela associação de depressão a outras patologias não psiquiátricas, como cardiopatia, diabete, hipertensão, etc. (Gauer et al., 2003). Além disso, deve-se considerar que sentimentos de tristeza, desânimo, angústia fazem parte da vida de qualquer pessoa. Esses sentimentos podem se apresentar frente a situações de perda, fracassos, desapontamentos, entre outras adversidades comuns da vida; por isso o quadro psicopatológico pode permanecer mascarado, por serem sentimentos corriqueiros da vida (Porto, 2000; Peres, 2006). O mais grave é que, conforme dados citados por Fleck et al. (2003), diagnósticos não são realizados também por falta de preparo por parte de profissionais da saúde, descrença destes no sucesso do tratamento ou, ainda, pela atenção apenas às manifestações físicas.

Conforme a Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial da Saúde (1993) e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-IV-TR (2002), os principais sintomas da depressão são: humor deprimido na maior parte do tempo e perda de interesse ou prazer por quase todas as atividades. Esses sintomas devem estar presentes praticamente todos os dias, por um período de mais de duas semanas, devendo o indivíduo apresentar também sintomas adicionais, tais como: alterações no apetite ou peso, sono e atividade psicomotora; fadiga; sentimentos de desvalia ou culpa; energia reduzida; irritabilidade; dificuldade para pensar, concentrar-se ou tomar decisões; pensamentos recorrentes sobre morte ou ideação suicida, planos ou tentativas de suicídio. O DSM-IV-TR (2002) inclui, no grupo dos transtornos depressivos o Transtorno Depressivo Maior, o Transtorno Distímico e o Transtorno Depressivo sem outra Especificação.

Observando os critérios para o diagnóstico da depressão, estes se mostram, em princípio, muito bem definidos, mas sabe-se que estes vêm acompanhados de vários fatores subjetivos, como crises situacionais e do desenvolvimento normal do ser humano e que, pelos sintomas serem evolutivos, podem se tornar mais frequentes e intensos em determinadas fases da vida. O grande desafio se centra no diagnóstico precoce, na intervenção preventiva de pessoas que apresentam sinais subclínicos de depressão, sem, contudo, apresentar ainda todos os critérios diagnósticos para o transtorno. Mais desafiador, ainda, é poder identificar quem realmente apresenta um potencial para o desenvolvimento da doença e quem pode estar passando apenas por um período de crise, mas que possui recursos para dar conta da problemática. Como então diferenciar um quadro de problemas subclínicos que podem vir a se tornar um transtorno depressivo,

conforme descrito pelos manuais diagnósticos, de um quadro de uma tristeza profunda, mas que a pessoa possui recursos internos e externos para evoluir para uma melhora espontânea?

O diagnóstico para os diferentes quadros de depressão é essencialmente clínico, mas muitas são as tentativas de se sistematizar o diagnóstico. Em 2000, por exemplo, a Associação Médica Brasileira (ABM), em conjunto com o Conselho Federal de Medicina (CFM), iniciou um Projeto de Diretrizes para várias doenças e seus tratamentos, com o intuito de auxiliar o médico em sua conduta, através da reunião de informações baseadas nas últimas evidências científicas disponíveis. Dentro desse projeto, encontram-se, também, diretrizes para diagnóstico e tratamento da depressão (ABM, 2000; Fleck et al., 2003). Esse documento, além de conter informação sobre dados epidemiológicos do transtorno, indica, também, os principais achados quanto ao uso de medicação e tratamento psicológico para a depressão em diferentes níveis. A identificação da intensidade dos sintomas faz parte do diagnóstico e se encontra presente nos sistemas classificatórios, como, por exemplo, no DSM-IV-TR.

Os esforços em reconhecer a intensidade da depressão e quantificar impressões clínicas também são constantes. As escalas de avaliação, conforme Bahls (2004), através da identificação de sintomas, determinação de sua intensidade e duração, surgem com a proposta de qualificação e quantificação dos sintomas. Conforme o mesmo autor, estas iniciaram nas áreas da Psiquiatria e Psicologia na mesma linha dos códigos internacionais de diagnóstico e se propõem a auxiliar no reconhecimento de problemas subclínicos que não chegam a atingir os critérios necessários para o diagnóstico formal, mas que podem evoluir para o desenvolvimento de transtornos depressivos graves, bem como ajudam a definir níveis de psicopatologias em diferentes quadros clínicos.

Instrumento de Medida da Intensidade da Depressão: Compreensão Além do Score Final

Nas últimas décadas, houve um número crescente de instrumentos psicométricos e, dentre os vários métodos de avaliação, as escalas de auto-avaliação alcançaram destaque em se tratando da depressão, por conseguirem examinar sentimentos subjetivos e de autopercepção, sintomas-chave nesta patologia. Tanto no cenário internacional como no Brasil, foram validadas, para a população geral e clínica, escalas que avaliam sintomas depressivos. Dentre as mais conhecidas e usadas no meio clínico e de pesquisa, estão a

Escala de Depressão de Hamilton, Escala de Depressão de Montgomery-Asberg e o Inventário de Depressão de Beck.

A escolha dos itens que compõem uma escala deve estar refletindo o construto que se pretende medir, neste caso específico, a depressão. De acordo com Urbina (2007), “os itens de um teste são as unidades que o compõem e os meios pelos quais as amostras de comportamento dos testandos são coletadas” (p.213). A maioria das escalas de auto-avaliação da depressão baseia seus itens nos sintomas já consagrados deste transtorno. O Inventário de Depressão de Beck (BDI), por exemplo, está calcado nos sintomas diagnósticos da depressão, definidos pelo DSM (Beck, Steer & Brow, 1996a), buscando refletir as diferentes dimensões do fenômeno.

Especificamente sobre o Inventário de Depressão de Beck, na sua última versão conhecida como BDI-II, é possível afirmar que se trata de uma medida sintomática de depressão composta por itens descritivos de atitudes e sintomas com escores variando entre 0 e 3, correspondentes a níveis de gravidade crescente. A soma dos escores dos itens fornece um escore total, que corresponde à intensidade da depressão mensurada a partir de um gradiente de gravidade, variando entre os níveis mínimo, leve, moderado e grave. Intensidade se refere ao que se manifesta com força, energia; diz respeito a uma medida de variação de determinada característica. A conclusão final é: quanto mais intenso os sintomas, mais severa ou grave é a manifestação da depressão. De acordo com o DSM-IV-TR (2002), o nível de intensidade leve corresponde ao indivíduo que apresenta poucos sintomas ou nenhum, além dos contemplados para a realização do diagnóstico; estes sintomas interferem muito pouco no funcionamento social ou ocupacional. Já no nível moderado, mais sintomas estão presentes e o prejuízo funcional se encontra entre “leve” e “grave”. Quanto ao especificador grave, o manual descreve como a situação em que muitos sintomas, ademais dos exigidos para o diagnóstico, estão presentes, ou estes sintomas identificados são por si só graves, ou ainda, existe um prejuízo social e ocupacional demasiado em função da sintomatologia.

De acordo com esta compreensão, pode-se inferir que no BDI-II quem se encontra no extremo moderado ou grave do *continuum* deveria receber uma atenção maior, pois estaria apresentando maior quantidade de sinais subclínicos para a depressão, assim então se poderia resolver o desafio de intervir de forma preventiva. Porém, aqui se estabelece uma problemática: o que está realmente em jogo em cada um dos níveis do gradiente de gravidade? Será que uma pessoa que pontue um escore que determina uma intensidade grave de depressão se tornará um sujeito de maior preocupação quando comparado a outro

que alcance uma classificação de intensidade de depressão moderada? Duas pessoas que apresentam um escore moderado ou grave delineiam o mesmo risco para o desenvolvimento ou inclusão numa categoria nosológica de depressão? Com o que realmente os clínicos devem se preocupar: com o escore final obtido no inventário ou com a informação fornecida pelo conteúdo específico de cada item do instrumento?

Cabe destacar que definir e diagnosticar um quadro de depressão é diferente de medir a intensidade de sintomas. Sobre o assunto, Gibbons, Clark e Kupfer (1993) referem que estes dois objetivos são usados, muitas vezes, como intercambiáveis por clínicos e pesquisadores, e que a diferenciação entre os dois é imprescindível para evitar equívocos. O primeiro objetivo busca determinar quais pacientes apresentam ou não diagnóstico de depressão, normalmente usando uma entrevista estruturada junto com critérios-diagnósticos definidos (DSM-IV). Já no segundo caso, o objetivo é ordenar pacientes num gradiente de gravidade da depressão, normalmente usando entrevistas estruturadas mais curtas ou escalas de auto-aplicação, como o Inventário de Depressão de Beck. Os critérios usados para medir a intensidade da depressão podem diferir bastante dos critérios utilizados para diagnosticá-la; o que não significa que um ou outro esteja errado, ou seja, mais ou menos eficaz, cada um está certo dentro da sua realidade. O que parece indispensável para os autores é não esquecer que as escalas e inventários medem manifestações sintomáticas em princípio situacionais.

Analisar o conteúdo dos itens apontados pelo examinado que apresenta um escore de intensidade mínima, leve, moderada ou grave para a depressão é o que se entende que deve ser valorizado pelo clínico. Beck et al. (1996a), no manual do Inventário de Depressão de Beck-II (BDI-II), fazem um alerta para que o instrumento em questão prevê apenas uma estimativa da intensidade geral da depressão e que, por isso, é clinicamente importante ficar atento ao conteúdo dos itens específicos. Uma análise posterior de quais itens do instrumento foram pontuados e qual a pontuação atribuída em cada um deles pode fornecer indicativos de uma problemática mais preocupante do que simplesmente a interpretação final do escore do Inventário. Os autores acrescentam, ainda, a necessidade de uma particular atenção aos itens que avaliam ideação suicida e pessimismo, que integram o diagnóstico de depressão e podem ser preditivos de um potencial para o suicídio. Assim, qualquer pontuação diferente de 0 para o item 2 (pessimismo) e o item 9 (pensamentos ou desejos suicidas) no BDI-II deve ser muito bem analisada, uma vez que estes dois sintomas, se associados a qualquer nível de depressão, principalmente ao moderado ou

grave, podem constituir risco para uma conduta suicida (Beck et al., 1996a; Beck, Steer & Grisham, 2000; Werlang, Borges & Fensterseifer, 2005).

A título de ilustração, destaca-se um caso de uma adolescente, de 13 anos, que atingiu o escore 29 no BDI-II, correspondente a um nível de intensidade grave de depressão. No conjunto de respostas da adolescente, além de identificar-se um determinado padrão sintomático, observa-se o registro da alternativa 2, para o item que avalia pessimismo, e da alternativa 3, para o item que diz respeito a presença de idéias suicidas. Frente a esta situação, há indicativos preocupantes e suficientes para dar uma atenção especial ao caso, através de uma investigação mais detalhada, junto ao adolescente e seus pais ou responsáveis.

Sabendo que a desesperança é um componente central da depressão (Beck, Weissman, Lester & Trexler, 1974; Beck et al., 2000; Kirkcaldy, Siefen, Urkin & Merrick, 2006), itens relacionados, de alguma forma, a esse construto devem ser de importante atenção em todas as faixas etárias e, em especial, na adolescência, principalmente se vinculada a escores moderados e graves. No período da adolescência, tais sinais podem estar mascarados pelos conflitos que são esperados nesta faixa-etária, por isso o cuidado voltado para estes sinais. O intuito é de verificar se tais sintomas estão presentes, de forma transitória, por algo exclusivo do momento em que o adolescente respondeu ao instrumento ou se estes sintomas têm acompanhado o jovem durante todos os dias e estão aliados a outras dificuldades. Nesse sentido, uma investigação mais detalhada foi realizada com um adolescente, de 14 anos, que alcançou a pontuação de 32 no BDI-II, escore que corresponde a uma intensidade grave de depressão. Ao analisar, mais detalhadamente, as respostas ao instrumento, notam-se pontuações altas para itens relacionados à desesperança. No BDI-II, quanto mais alta a pontuação atribuída ao item, mais problemática é a situação em que a pessoa se encontra em relação ao que está sendo perguntado. No caso deste adolescente, os itens que chamaram a atenção, com as respectivas pontuações entre parêntesis, foram tristeza (3), fracasso passado (2), sentimentos de culpa (1), auto-estima (3), autocrítica (2), pensamentos e desejos suicidas (3), desvalorização (3).

Outros sinais também podem ser indicativos de que algo importante está acontecendo e que não pode ser confundido como uma simples reação a determinado fato ou crise evolutiva das diferentes fases da vida. Beck et al. (1996a) indicam que alguns pacientes suicidas, por exemplo, não expressam propriamente a ideação suicida, mas podem apontar para importantes dificuldades para comer e dormir. Nesse caso, para os autores, o

examinador deve realizar uma verificação posterior de tendências depressivas e suicidas encobertas em queixas de desempenho e somáticas. Verifica-se esta necessidade no caso de outro adolescente de 14 anos, que obteve o escore total de 25, indicativo de uma intensidade de sintomas de depressão moderada. Nas suas respostas, percebe-se que suas pontuações se centram nos itens mais relacionados a sintomas somáticos: choro (2), agitação (2), falta de energia (2), alteração no padrão do sono (3a), irritabilidade (2), alteração de apetite (3b) e cansaço ou fadiga (3). O restante dos itens da escala, neste caso, ficou com pontuações entre 0 e 1. Pensando no que foi descrito pelos autores, as pontuações desses itens refletem que algo não vai bem com esse adolescente; cabe, então, a investigação do que esta mudança de comportamento está representando.

Sem dúvida, qualquer pessoa que esteja apresentando um nível de severidade moderado ou grave merece uma atenção maior. A intenção é que se possa olhar para além do número final que o instrumento gera e estar atento a outras possibilidades de identificar situações mais graves que outras, ou seja, casos em que uma intervenção rápida se faz iminente. Assim como investigar quais os sintomas característicos de determinado sujeito para a depressão.

Por outro lado, os escores leves também não podem ser minimizados. Fleck et al. (2003) entendem que devem ser valorizados resultados de avaliações em que sugiram indícios de depressão leve. Mesmo que todos os critérios necessários para o diagnóstico de depressão não estejam presentes, deve ser avaliado o risco para episódios depressivos futuros. Do mesmo modo, a presença do indicador de intensidade leve, em uma escala auto-aplicável de depressão, não quer dizer que os itens pontuados devam ser descartados ou pouco valorizados. Como já referido, alguns itens são de especial importância e, se marcados, devem ser investigados, mesmo em um escore leve. Essa preocupação fica evidente ao analisarmos as respostas ao BDI-II de um adolescente de 15 anos que obteve um escore total de 18 pontos, correspondente a um nível de intensidade leve. Contudo, os itens da escala pontuados com seus respectivos nível de gravidade foram os seguintes: pessimismo (3), fracasso passado (2), sentimentos de culpa (3), auto-estima (2), autocrítica (1), pensamentos e desejos suicidas (3), choro (3) e perda de interesse (1).

Quando se escolhe um escore único para medir a intensidade da depressão, é necessário ter presente o que este escore realmente representa. No caso da depressão, que é um fenômeno multidimensional, de acordo com Gibbons et al. (1993), não se pode esquecer o que representa cada uma dessas dimensões. Um exemplo é o de considerar apenas um escore moderado em uma escala que engloba questões de todas as dimensões

que envolvem o fenômeno, não sabendo ou nem mesmo buscando saber em qual(is) dimensão(ões) este sujeito realmente tem algum comprometimento, se existe alguma dimensão que apresente um índice alto e qual o risco que este dado representa. Em alguns casos, pode ser bastante significativa a informação que o escore total fornece, mas, em outras, isso não é suficiente para compreender e ajudar o sujeito em avaliação.

Uma crítica que Gibbons et al. (1993) fazem a respeito das propriedades dimensionais das escalas é que estas devem ser explícitas e bem descritas. Se o fenômeno em avaliação é multidimensional, uma escala com uma cobertura conceitual boa deveria gerar escores unidimensionais para cada um de seus fatores; assim, o sujeito poderia ser caracterizado e comparado em cada um deles, e a real utilidade de cada um dos subtotais poderia ser comparada com o total.

Sobre a discussão do significado dos escores apresentados em escalas, a intensidade do fenômeno, no caso a depressão, Santor, Zuroff, Cervantes e Palacios (1995) referem que esta é medida como uma variável contínua na maioria dos instrumentos, atribuindo aos itens o mesmo peso. O problema que é gerado é que os itens possuem a mesma importância, não variando de acordo com a severidade que se está estudando. Por exemplo, no Inventário de Depressão de Beck (BDI), o item de ideação suicida terá o mesmo valor para sujeitos que obtêm um escore final grave e sujeitos que obtêm um escore final leve. Para os autores, as escalas deveriam, além de discriminar os indivíduos que estão em diferentes níveis, discriminar indivíduos dentro de um mesmo grau de severidade.

Sem dúvida, essas são críticas importantes a serem consideradas quando se está discutindo justamente a importância dos itens que compõem as escalas de depressão. A maioria das escalas que se dispõem e que tem uma excelente aceitação por parte de clínicos e pesquisadores não contemplam escores diferentes dentro do mesmo instrumento e tampouco propõem pesos diferentes para os itens de acordo com o grau de severidade que se está dedicando atenção. Porém, isso não invalida o seu uso, inclusive do BDI-II, foco maior deste trabalho, para detectar a presença de sintomas depressivos em sujeitos da população geral e classificar pacientes quanto à intensidade da depressão. O cuidado na verificação da pontuação dos itens que representam as diferentes dimensões do fenômeno depressão também pode servir como uma avaliação a mais, além do escore final.

Considerações Finais

Muitos são os estudos e artigos publicados a respeito da depressão e do uso de escalas que avaliam intensidades de sintomas, mas pouco se fala da relação entre a intensidade da sintomatologia depressiva e o escore final alcançado nos instrumentos destinados a medir manifestações comportamentais da depressão. Esse olhar mais apurado para os dados que o instrumento fornece pode servir de base para uma ação clínica mais eficaz.

Se a depressão tem tomado proporções de uma epidemia, devem-se reunir todos os esforços para se atuar preventivamente e não só com estratégias de tratamento para o transtorno já instalado. Para poder trabalhar com prevenção, é necessário criarem-se mecanismos adequados para uma identificação precoce de pessoas que possuem um potencial para desenvolver um transtorno depressivo. As escalas psicométricas de auto-avaliação da intensidade de sintomas depressivos podem vir ao encontro desta proposta.

Diferentes níveis de intensidade de depressão podem ser mais bem compreendidos a partir de uma análise mais aprofundada de cada um dos itens da escala que representam a constelação da depressão. Quando bem examinados e observados, estes são indicadores subclínicos importantes que podem levar ao entendimento de uma dificuldade mais grave que o sujeito possa estar apresentando.

SEÇÃO II

ESTUDO DE FIDEDIGNIDADE E VALIDADE DO INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK–II (BDI– II) EM ADOLESCENTES DE 13 A 19 ANOS

Instrumentos de avaliação que têm por objetivo medir a intensidade de sintomas de depressão têm alcançado um papel de destaque no meio clínico e de pesquisa, por conseguirem avaliar sentimentos subjetivos e de autopercepção, aspectos importantes para auxiliar no diagnóstico formal da depressão e que são mais difíceis de serem observados apenas pela avaliação clínica. Dentre os instrumentos de auto-relato mais reconhecidos e mais utilizados no mundo, encontra-se o Inventário de Depressão de Beck (BDI). Este foi originalmente desenvolvido na Universidade da Filadélfia por Beck et al. (1961), primeiramente para o uso específico com pacientes psiquiátricos, mas, dadas as suas propriedades psicométricas satisfatórias, passou a ser utilizado em outros contextos clínicos e não-clínicos, vindo a se tornar um dos instrumentos mais comumente utilizados (décadas de 60, 70, 80 e parte de 90) e confiáveis para a avaliação da intensidade de sintomas depressivos (Vincent, 1987; McReynolds, 1989; Neimeyer & Feixas, 1992).

A intenção primeira dos autores não era criar um instrumento para diagnóstico específico, mas sim uma medida escalar com itens descritivos de atitudes e sintomas, encontrados também em outras categorias nosológicas além da depressão. Este Inventário, então, foi construído de acordo com descrições típicas de sintomas que ocorriam, com frequência, em pacientes psiquiátricos com depressão, e que não se manifestavam com frequência em pacientes sem este diagnóstico. Os itens do Inventário não foram escolhidos para refletir alguma teoria em particular e sim para medir manifestações comportamentais da depressão. Posteriormente em 1979, através de extensas pesquisas, o BDI original foi revisado e publicado como BDI–IA (Beck et al., 1997; Beck & Steer, 1993a).

Desde sua criação, o BDI–IA (universalmente conhecido apenas como BDI) já foi traduzido em várias línguas, com níveis satisfatórios de fidedignidade e validade, em todas as culturas em que ele foi adaptado. No Brasil, o BDI e as outras Escalas de Beck (BAI – Inventário de Ansiedade de Beck; BHS – Escala de Desesperança de Beck e BSI – Escala de Ideação Suicida de Beck) apesar de serem usadas há muitos anos, sua efetiva adaptação para a realidade brasileira só foi concluída em 2001 (Cunha, 2001).

Ao longo das décadas, o BDI acompanhou o consenso clínico sobre os sintomas diagnósticos da depressão, definidos pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*). Em 1996 (Beck et al., 1996a) o instrumento passou por uma revisão considerável, o que resultou em uma segunda edição, com o objetivo de conseguir uma maior aderência aos critérios diagnósticos para episódios de depressão maior, segundo o DSM-IV (APA, 1994, 2002).

Os primeiros estudos do BDI-II foram desenvolvidos nos Estados Unidos, em uma amostra de 500 pacientes psiquiátricos com diferentes diagnósticos, com idade média de 37 anos, em sujeitos do sexo masculino e feminino e em uma amostra de estudantes colegiais, com a média de idade de 19,59 anos, também de sexo masculino e feminino. Os dados alcançados foram de escores mais altos, em termos de validade e fidedignidade do que os obtidos com a BDI-IA, principalmente no que diz respeito à validade fatorial (Beck et al., 1996a; Beck, Steer, Ball & Ranieri, 1996b; Dozois et al., 1998; Steer et al., 1999; Whisman et al., 2000).

A segunda edição do Inventário de Depressão de Beck (Beck et al, 1996a) também destina-se a medir a intensidade da depressão, tanto em pacientes psiquiátricos como em sujeitos da população geral, podendo este instrumento ser utilizado em indivíduos a partir dos 13 anos de idade até a velhice. O Inventário permanece com 21 itens; catorze deles tiveram opções de respostas reescritas total ou parcialmente, em comparação com a edição anterior, resultando em um total de dezessete modificações. Os itens referentes a sentimentos de punição, pensamentos ou desejos suicidas e perda de interesse por sexo não sofreram nenhuma alteração (Steer & Clark, 1997; Dozois et al., 1998). Segundo os autores do instrumento, foram acrescentados quatro novos sintomas ao atual Inventário – agitação, desvalorização, dificuldade de concentração e falta de energia; e foram eliminados quatro sintomas também – perda de peso, mudança na imagem do corpo, dificuldade para trabalhar e preocupação somática. Nesta segunda edição, existe uma mudança no tempo em que o sintoma deve ser avaliado; ao invés de ser uma semana incluindo hoje, passa a ser de duas semanas, correspondendo ao propósito de adesão ao DSM-IV.

Vários estudos têm sido desenvolvidos com o BDI-II (Steer & Clark, 1997; Dozois et al, 1998; Steer et al, 1999; Whisman et al, 2000; Sprinkle et al, 2002; Storch et al., 2004) e sua adaptação para diferentes realidades e línguas (Al-Musawi, 2001; Kojima et al, 2002; Sanz et al. 2003a; Sanz et al., 2003b; Ghassemzadeh et al., 2005; Alansari, 2005; Sanz et

al., 2005; Rodríguez-Gómez et al., 2006) têm demonstrado que o instrumento possui propriedades psicométricas confiáveis.

No Brasil, desde 2003, o Conselho Federal de Psicologia (CFP), através da resolução Nº 002/2003 e seguindo tendências internacionais, determinou que todos os instrumentos utilizados por psicólogos na área de avaliação psicológica, devem apresentar dados empíricos sobre as propriedades psicométricas do instrumento. Em face disso e sabendo da importância de se ter à disposição instrumentos confiáveis para a população local naquilo que estes se propõem a medir, e entendendo a relevância de contar, no trabalho diário da clínica e da pesquisa, com uma escala tão conhecida e que vem apresentando bons resultados na comunidade científica internacional, como é o caso do BDI–II, o objetivo geral deste estudo foi contribuir para a adaptação à nossa realidade do instrumento Inventário de Depressão de Beck–II, através do estudo de fidedignidade (consistência interna e estabilidade temporal) e de validade de constructo (validade convergente e fatorial) numa amostra de adolescentes entre 13 e 19 anos da população geral.

MÉTODO

Participantes

Participaram do estudo 391 adolescentes do sexo feminino e masculino, com idades variando entre 13 e 19 anos ($M = 15,12$; $DP = 1,37$) independente de raça, nível socioeconômico e escolaridade. Os adolescentes foram localizados por conveniência em escolas públicas e privadas da cidade de Porto Alegre.

Instrumentos

Para caracterizar os participantes do estudo, foi utilizada uma Ficha de Dados Pessoais e Sociodemográficos (Anexo C), elaborada exclusivamente para este estudo. O objetivo de tal instrumento, constituído por 32 questões, foi a de obter dados gerais e sobre o histórico médico/psicológico do adolescente e sua família.

Também foram utilizados o Inventário de Depressão de Beck–II (BDI–II) e a Escala de Desesperança de Beck (BHS). Especificamente sobre o BDI–II, cabe lembrar que é um instrumento que tem a finalidade de medir a intensidade da depressão para pacientes psiquiátricos e pessoas da população em geral. Foi desenvolvido por Beck et al (1996a) e é originário de uma revisão substancial da primeira versão do instrumento. Possui 21 itens, e para cada um deles há quatro (com escore variando de 0 a 3) afirmativas de resposta (com exceção dos itens 16 e 18, em que existem sete afirmativas, sem, contudo

variando o escore), entre as quais o sujeito escolhe a mais aplicável a si mesmo para descrever como esteve se sentindo nas “duas últimas semanas, incluindo o dia de hoje” (Beck et al, 1996a, p. 7). Estes itens dizem respeito a níveis de gravidade crescentes de depressão, e o escore total é resultado da soma dos itens individuais, podendo alcançar o máximo de 63 pontos. A pontuação final é classificada em níveis mínimo, leve, moderado e grave, indicando assim a intensidade da depressão.

A BHS é uma escala que mede a dimensão do pessimismo ou da extensão das atitudes negativas frente ao futuro (Beck & Steer, 1993b). É uma escala dicotômica que engloba 20 itens, consistindo em afirmações que o sujeito deve examinar e classificar, cada uma como certa ou errada, para descrever sua atitude na direção da desesperança “na última semana, incluindo hoje” (Cunha, 2001, p.16). O seu escore total é resultado da soma dos itens individuais. Na sua versão em português, a BHS (Cunha, 2001) foi testada em amostras clínicas e na população geral, demonstrando dados satisfatórios de fidedignidade e validade.

Procedimentos de coleta e de análise dos dados

Após a aprovação do projeto deste estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS, foram realizados contatos com instituições escolares públicas e privadas de Porto Alegre que possuíssem alunos com idades entre 13 e 19 anos, para obter a autorização necessária para a testagem dos estudantes. Previamente à administração dos instrumentos, foi encaminhada uma carta aos pais e/ou responsáveis (ver Anexo D) dos alunos menores de 18 anos, acompanhada de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ver Anexo E), com o objetivo de explicar a natureza e relevância do trabalho a ser desenvolvido, bem como obter – dos pais e/ou responsáveis – autorização de participação dos adolescentes.

Após a assinatura do consentimento dos pais e/ou responsáveis, cada adolescente, também, assinou seu próprio consentimento de aceitação em participar da pesquisa (ver Anexo F). Tanto a carta para os pais quanto o consentimento informado dos pais e dos adolescentes foram impressas em duas vias, permanecendo uma cópia com a pesquisadora e outra com os sujeitos da pesquisa. Tendo havido a devida aceitação na participação do estudo, a administração dos instrumentos foi realizada na própria instituição de ensino do adolescente, de forma coletiva, durante o horário escolar. Ainda, para o estudo de teste-reteste foram sorteados 98 adolescentes que, com prévio consentimento, responderam novamente num intervalo de 7 dias ao Inventário de Depressão de Beck–II. Vale destacar

que foi explicitado e garantido tanto aos pais e/ou responsáveis como aos adolescentes o sigilo quanto à identificação pessoal dos participantes. Contudo, a Ficha de Dados foi nominal com o único objetivo, caso constatado algum indício marcante (nos escores da BDI-II e/ou da BHS) de problemática mais grave, de efetuar o encaminhamento necessário para o serviço conveniado em função deste trabalho de pesquisa.

Todas as informações coletadas, a partir dos instrumentos, foram organizadas em banco de dados no programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences SPSS*, versão 11.0, e analisadas a partir de técnicas de estatística descritiva e inferencial. Em relação à caracterização da amostra, as variáveis qualitativas foram descritas através de frequências absolutas (n) e frequências relativas (%). Para o estudo de fidedignidade na avaliação da consistência interna foi utilizado o teste de Alfa de Cronbach (α), assim como foi calculada a correlação item-total corrigido. No processo de verificação da estabilidade temporal do Inventário, utilizou-se a análise do Coeficiente Correlação Intraclasse, e, para a análise item a item na avaliação teste-reteste, o teste de Spearman. Quanto à análise das variáveis quantitativas, foram apresentadas através da média (M) e desvio padrão (DP) ou da mediana e intervalo interquartil, dependendo de sua distribuição. Utilizou-se, ainda, teste não paramétrico (Teste Mann-Whitney) para comparar o escore total do BDI-II em relação a variáveis dicotômicas, como sexo, escolaridade e tipo de escola. Para a variável gênero, foi realizada a correlação entre resultado final do BDI-II e a variável idade através do teste de Pearson. Por fim, para a avaliação da validade de construto, foi aplicada a correlação de Pearson entre o BDI-II e o BHS. Para a validade fatorial, optou-se pela rotação varimax. O grau de significância utilizado para a análise dos dados foi de $p \leq 0,05$ ou $p \leq 0,001$.

RESULTADOS

A idade média dos participantes deste estudo foi de 15,12 anos (DP=1,37), sendo 161 (41,2%) do sexo masculino, e 230 (58,8%) do sexo feminino. A média de idade para os meninos foi de 15,27 (DP = 1,46) e para as meninas foi de 15,01 (DP = 1,29). Todos os adolescentes eram provenientes de escolas públicas ou privadas da cidade de Porto Alegre, sendo 92 (23,5%) do ensino fundamental e 299 (76,5%) do ensino médio. As Tabelas 1 e 2 mostram, mais detalhadamente, a caracterização da amostra por idade e série escolar. Do total da amostra, 80 (20,5%) adolescentes repetiram alguma série escolar e 23 (5,8%) repetiram mais de uma vez.

Tabela 1. Distribuição, em termos de frequência, porcentagem e percentual cumulativo dos adolescentes pesquisados por idade (N=391)

| Idades | Frequência | % | Percentual Cumulativo |
|----------------|-------------------|--------------|------------------------------|
| 13 anos | 66 | 16,9 | 16,9 |
| 14 anos | 61 | 15,6 | 32,5 |
| 15 anos | 90 | 23,0 | 55,5 |
| 16 anos | 125 | 32,0 | 87,5 |
| 17 anos | 36 | 9,2 | 96,7 |
| 18 anos | 10 | 2,6 | 99,2 |
| 19 anos | 3 | 0,8 | 100,0 |
| Total | 391 | 100,0 | |

Tabela 2. Distribuição, em termos de frequência, porcentagem e percentual cumulativo da série atual freqüentada pelos participantes do estudo (N=391)

| Série | Frequência | % | Percentual Cumulativo |
|---------------------------------------|-------------------|--------------|------------------------------|
| 5ª Série do Ensino Fundamental | 1 | 0,3 | 0,3 |
| 6ª Série do Ensino Fundamental | 2 | 0,5 | 0,8 |
| 7ª Série do Ensino Fundamental | 26 | 6,6 | 7,4 |
| 8ª Série do Ensino Fundamental | 63 | 16,1 | 23,5 |
| 1ª Série do Ensino Médio | 97 | 24,8 | 48,3 |
| 2ª Série do Ensino Médio | 109 | 27,9 | 76,2 |
| 3ª Série do Ensino Médio | 93 | 23,8 | 100,0 |
| Total | 391 | 100,0 | |

Ainda com relação aos dados sociodemográficos, do total da amostra, 99,2% eram solteiros, 68,8% moravam com os pais, 22,8% moravam apenas com a mãe, 2,6% moravam só com o pai, e 1,3% morava sozinho. Somente 25 (6,4%) adolescentes referiram exercer atividade de trabalho fora do horário escolar.

Quanto à história de doenças físicas e psicológicas dos adolescentes e de suas famílias, constata-se que 57 (14,6%) adolescentes registraram sofrer de algum problema de saúde em geral, e 19 (4,9%), de algum problema psicológico. Contando com 54 adolescentes que especificaram o problema (3 deles não especificaram), o problema de saúde geral mais freqüente foi de doenças respiratórias (asma e bronquite), seguido das alergias, como rinite, somando 34 (63,0%) ocorrências. Quanto aos problemas psicológicos

mais indicados na ficha de dados, dos 19 adolescentes, 8 (42,1%) deles mencionaram sofrer de problemas relacionados ao humor, 4 (21,1%), de problemas relacionados à ansiedade e 5 (26,3%), de dificuldades de atenção e aprendizagem. Ainda, 128 (32,7%) adolescentes apontaram que fizeram ou faziam tratamento médico e/ou psicológico, e 53 (13,6%) utilizavam algum tipo de medicação, mas sem especificação destas.

Quanto à família dos adolescentes, 50 (12,8%) deles indicaram que algum membro possuía doença física, e 31 (7,0%) referiram que algum familiar apresentava doença mental. Mais especificamente, 149 (38,1%) aludiram que existia história de depressão na família, sendo a frequência maior nas mães (14,3%) e em um dos avós (10,5%). Outro dado relevante é que 40 (10,2%) adolescentes assinalaram história de suicídio na família. Também constatou-se que 223 (57,0%) dos 389 jovens (dois deles não responderam a essa questão) indicaram que não fumavam e 139 (35,5%) nunca haviam fumado. Com relação ao uso de álcool, também contando com o universo de 389 sujeitos, pois dois não responderam a questão, 166 (42,5%) disseram que não costumavam beber e 51 (13,0%) nunca haviam bebido. Porém, 148 (37,9%) indicaram que bebiam somente nos finais de semana e festas.

A estimativa de fidedignidade, baseada no Coeficiente Alfa de Cronbach do BDI-II neste estudo, foi de 0,86, o que pode ser interpretado como satisfatório, demonstrando que o instrumento possui um bom nível de precisão para medir intensidade de depressão. Na Tabela 3, são apresentadas as médias, os desvios padrão, as correlações entre item e total corrigido, assim como o Coeficiente Alfa de Cronbach retirando-se cada um dos itens. É possível constatar que a totalidade dos itens do instrumento apresenta uma relação positiva e substancial com o escore total corrigido, com um nível de significância de $p < 0,001$.

Tabela 3. Médias, desvios padrão, correlações item e total corrigido e coeficiente de fidedignidade do BDI-II em adolescentes entre 13 e 19 anos de idade (N=391)

| Item | Média | DP | r^{tot^*} | Coeficiente Alfa de Cronbach se o item for excluído |
|---------------------------|-------|------|--------------------|-----------------------------------------------------|
| 1. Tristeza | 0,24 | 0,55 | 0,49 | 0,86 |
| 2. Pessimismo | 0,32 | 0,61 | 0,47 | 0,86 |
| 3. Fracasso passado | 0,40 | 0,74 | 0,49 | 0,85 |
| 4. Perda de prazer | 0,34 | 0,59 | 0,40 | 0,85 |
| 5. Sentimentos de culpa | 0,50 | 0,62 | 0,49 | 0,85 |
| 6. Sentimentos de punição | 0,43 | 0,83 | 0,42 | 0,86 |

| | | | | |
|------------------------------------|-------|------|------|------|
| 7. Auto-estima | 0,39 | 0,81 | 0,58 | 0,85 |
| 8. Autocrítica | 0,77 | 0,77 | 0,43 | 0,85 |
| 9. Pensamentos ou desejos suicidas | 0,17 | 0,47 | 0,42 | 0,86 |
| 10. Choro | 0,62 | 0,97 | 0,49 | 0,85 |
| 11. Agitação | 0,65 | 0,87 | 0,28 | 0,86 |
| 12. Perda de interesse | 0,35 | 0,60 | 0,48 | 0,85 |
| 13. Indecisão | 0,84 | 0,97 | 0,47 | 0,85 |
| 14. Desvalorização | 0,32 | 0,71 | 0,48 | 0,85 |
| 15. Falta de energia | 0,47 | 0,63 | 0,40 | 0,85 |
| 16. Alterações no padrão do sono | 0,88 | 0,79 | 0,31 | 0,86 |
| 17. Irritabilidade | 0,60 | 0,78 | 0,48 | 0,85 |
| 18. Alterações de apetite | 0,76 | 0,84 | 0,41 | 0,85 |
| 19. Dificuldades de concentração | 0,67 | 0,80 | 0,36 | 0,86 |
| 20. Cansaço ou fadiga | 0,58 | 0,70 | 0,46 | 0,85 |
| 21. Perda de interesse por sexo | 0,10 | 0,42 | 0,28 | 0,86 |
| Total | 10,38 | 7,93 | | |
| Fidedignidade | | | 0,86 | |

* $p < 0,001$

Após um intervalo de sete dias em cada uma das escolas em que o estudo foi desenvolvido, realizou-se um procedimento de sorteio para definir quais adolescentes participariam do reteste do BDI-II. Assim, foi possível estabelecer a estimativa da correlação entre teste e reteste em 98 adolescentes, que foi de 0,87 ($p=0,000$). Tal coeficiente de correlação denota que o BDI-II permite a obtenção consistente de um padrão de resposta ao longo do tempo. Ainda constatou-se que, entre os itens, houve uma concordância em nível significativo entre a primeira e a segunda aplicação, com valores variando, em sua maioria, entre moderados e satisfatórios. Na Tabela 4, é possível visualizar o percentual de concordância dos itens entre teste e reteste, com a maioria desses próximo ou superior a 70%.

Tabela 4. Percentual de Concordância dos itens entre teste-reteste (N=98)

| Item | Percentual de Concordância | Spearman* |
|---------------|----------------------------|-----------|
| 1. Tristeza | 77,55 | 0,45 |
| 2. Pessimismo | 80,61 | 0,61 |

| | | |
|------------------------------------|-------|------|
| 3. Fracasso passado | 71,43 | 0,49 |
| 4. Perda de prazer | 73,47 | 0,46 |
| 5. Sentimentos de culpa | 75,51 | 0,63 |
| 6. Sentimentos de punição | 72,45 | 0,61 |
| 7. Auto-estima | 75,51 | 0,59 |
| 8. Autocrítica | 58,16 | 0,45 |
| 9. Pensamentos ou desejos suicidas | 86,73 | 0,60 |
| 10. Choro | 72,45 | 0,52 |
| 11. Agitação | 58,16 | 0,46 |
| 12. Perda de interesse | 77,55 | 0,64 |
| 13. Indecisão | 56,12 | 0,43 |
| 14. Desvalorização | 76,53 | 0,60 |
| 15. Falta de energia | 67,35 | 0,50 |
| 16. Alterações no padrão do sono | 61,22 | 0,57 |
| 17. Irritabilidade | 57,14 | 0,47 |
| 18. Alterações de apetite | 56,12 | 0,34 |
| 19. Dificuldades de concentração | 59,18 | 0,49 |
| 20. Cansaço ou fadiga | 65,31 | 0,50 |
| 21. Perda de interesse por sexo | 95,92 | 0,76 |

* $p < 0,001$

Com base no cálculo de quartis para escores totais para esta amostra, dividindo-a uniformemente em quatro categorias, para que se possa avaliar a distribuição dos dados, encontra-se que a mediana foi de 9,00 pontos, enquanto o 1º quartil foi de 5,00 (aproximadamente 25% da amostra estão abaixo deste valor) e, no 3º quartil, foi de 14,0 pontos (aproximadamente 75% da amostra estão abaixo deste valor). Utilizando-se a nomenclatura (mínimo, leve, moderado e grave) do BDI-II, para nomear cada divisão dos quatro quartis, obteve-se a seguinte configuração da distribuição dos escores desta amostra: Mínimo (0-5); Leve (6-9); Moderado (10-14); Grave (15-63).

Empregando os pontos de corte descritos no manual americano do BDI-II (Beck et al., 1996a), através da análise de frequência para obtenção do percentual de presença de sintomas de depressão, caracterizando assim sua intensidade, para o presente estudo e com esta amostra, constatou-se que do total de 391 sujeitos, 291 (74,4%) pontuaram no nível mínimo de depressão e 47 (12,0%) pontuaram no nível leve. Dentre os moderados e

graves, encontram-se 53 adolescentes (13,5%), dos quais 40 pontuaram no nível moderado e 13 no nível grave. Os dados podem ser mais bem visualizados na Tabela 5.

Tabela 5. Distribuição dos escores do BDI–II para os adolescentes, da amostra, entre 13 e 19 anos (N=391)

| Nível | Frequência | % | Percentual Cumulativo |
|-----------------|------------|--------------|-----------------------|
| Mínimo | 291 | 74,4 | 74,4 |
| Leve | 47 | 12,0 | 86,4 |
| Moderado | 40 | 10,2 | 96,7 |
| Grave | 13 | 3,3 | 100,0 |
| Total | 391 | 100,0 | |

Procurando examinar a existência de efeitos da variável idade sobre os escores totais do BDI–II nesta amostra, constata-se que esta variável, apesar de positivamente correlacionada, não mostrou significância estatística. Contudo, quando verificada a correlação entre o escore total do BDI–II e a variável idade para o grupo de adolescentes do sexo masculino e para o grupo de adolescentes do sexo feminino, nota-se que esta correlação é positiva e significativa apenas no grupo feminino ($r = 0,134$; $p = 0,043$), ou seja, quanto maior a idade da menina, maior sua pontuação. O grupo masculino apresentou uma correlação fraca e não significativa.

Dividindo, então, a amostra em dois grupos, meninos e meninas, e comparando cada um com o escore total do BDI–II, através do cálculo de mediana e quartis, constata-se que as meninas obtiveram uma pontuação maior que os meninos no escore final do Inventário, e que tal diferença é significativa. Esses resultados estão representados na Tabela 6.

Tabela 6. Distribuição do escore final do BDI–II na amostra segundo sexo masculino e feminino (N=391)*

| Sexo | Masculino (N=161) | Feminino (N=230) |
|------------|-------------------|------------------|
| 1º quartil | 4,0 | 5,0 |
| Mediana | 8,0 | 10,0 |
| 3º quartil | 12,0 | 15,0 |

* Teste Mann-Whitney: $p = 0,024$

Quanto à variável tipo de escola, os resultados encontrados em relação aos quartis demonstram que os alunos das escolas públicas tiveram uma tendência de pontuar mais

alto no BDI–II, e que esta diferença é significativa. A Tabela 7 apresenta a mediana e o 1º e 3º quartil para cada um dos tipos de escola.

Tabela 7. Distribuição do escore final do BDI–II na amostra segundo o tipo de escola (N=391)*

| Tipo escola | Escola Pública (N=137) | Escola Privada (N=254) |
|-------------|------------------------|------------------------|
| 1º quartil | 5,5 | 4,0 |
| Mediana | 10,0 | 8,0 |
| 3º quartil | 16,0 | 13,0 |

* Teste Mann-Whitney: $p=0,038$

Realizando as mesmas análises, mas agora para a variável escolaridade, observa-se que os alunos do ensino médio pontuaram mais alto no BDI–II do que os alunos do ensino fundamental, porém tal diferença não é estatisticamente significativa (Tabela 8).

Tabela 8. Distribuição do escore final do BDI–II da amostra quanto a escolaridade (N=391)

| Escolaridade | Ensino Fundamental (N=92) | Ensino Médio (N= 299) |
|--------------|---------------------------|-----------------------|
| 1º quartil | 4,00 | 5,00 |
| Mediana | 8,00 | 9,00 |
| 3º quartil | 13,00 | 14,00 |

Segundo Beck et al. (1997), a desesperança é um dos componentes da tríade cognitiva da teoria da depressão de Beck. Com base nessa hipótese de que a depressão apresenta relação significativa com o construto desesperança, foi possível fazer uma estimativa de correlação entre a BHS e o BDI–II para determinar a validade convergente deste último instrumento. Assim, a estimativa de correlação entre estas duas medidas resultou em $r = 0,60$ ($p=0,000$), podendo, assim, ser classificada como de nível moderado.

Numa análise fatorial do BDI–II, com rotação varimax dos 21 itens do BDI–II, na amostra total em estudo, foi possível extrair quatro fatores, com raízes superiores a 1; a solução fatorial explicou 47% da variação total. Estes dados encontram-se disponíveis na Tabela 9.

Tabela 9. Análise fatorial dos itens da BDI-II, raízes características e porcentagem de variância explicada (N=391)

| Fator | Raiz característica | % de variância explicada | % de variância cumulativa |
|-------|---------------------|--------------------------|---------------------------|
| 1 | 5,87 | 16,783 | 16,783 |
| 2 | 1,61 | 12,372 | 29,155 |
| 3 | 1,26 | 10,127 | 39,282 |
| 4 | 1,14 | 7,745 | 47,027 |

As Tabelas 10 a 13 mostram os itens que mais contribuem para a composição de cada um dos fatores, acompanhado do seu referente peso neste fator.

Tabela 10. Fator 1 Sintomas de caráter afetivo e de desinteresse pela vida

| Item | Peso |
|------------------------------------|-------|
| 7. Auto-estima | 0,695 |
| 9. Pensamentos ou desejos suicidas | 0,659 |
| 14. Desvalorização | 0,651 |
| 2. Pessimismo | 0,582 |
| 1. Tristeza | 0,579 |
| 3. Fracasso passado | 0,576 |
| 5. Sentimentos de culpa | 0,490 |
| 12. Perda de interesse | 0,443 |
| 8. Autocrítica | 0,424 |

Tabela 11. Fator 2. Sintomas que refletem queixas somáticas e afetivas

| Item | Peso |
|----------------------------------|-------|
| 20. Cansaço ou fadiga | 0,763 |
| 15. Falta de energia | 0,716 |
| 16. Alterações no padrão do sono | 0,591 |
| 4. Perda de prazer | 0,497 |
| 17. Irritabilidade | 0,416 |

Tabela 12. Fator 3. Sintomas vinculados a aspectos de desempenho e somáticos

| Item | Peso |
|----------------------------------|-------|
| 11. Agitação | 0,606 |
| 19. Dificuldades de concentração | 0,597 |
| 6. Sentimentos de punição | 0,562 |
| 13. Indecisão | 0,501 |
| 18. Alterações de apetite | 0,391 |

Tabela 13. Fator 4. Sintomas que mostram atitudes afetivas

| Item | Peso |
|---------------------------------|-------|
| 21. Perda de interesse por sexo | 0,705 |
| 10. Choro | 0,476 |

DISCUSSÃO

O estudo das propriedades psicométricas é um dos parâmetros necessários para qualidade técnica e ética de instrumentos destinados à avaliação psicológica, e a sua não verificação e comprovação implica um não reconhecimento científico do instrumento. Para ser considerado legítimo, qualquer teste, escala, inventário, ou seja, qualquer instrumento de medida deverá apresentar evidências empíricas de sua validade e fidedignidade (Pasquali, 2001). A importância da avaliação destes dois atributos reside justamente no objetivo de se construírem instrumentos de avaliação – que estes sejam medidas precisas (fidedignidade) e que meçam realmente o que se pretende medir (validade).

Instrumentos construídos em outros países, como é o caso do BDI–II, e adaptados para outros contextos culturais, após procedimentos adequados de tradução e adaptação, devem ser reavaliados quanto a sua fidedignidade (Fachel & Camey, 2000). Para isso, foram utilizadas duas formas: a avaliação da consistência interna, através do Coeficiente Alfa de Cronbach, e a análise da estabilidade no tempo, obtida pela correlação entre teste e reteste.

No que diz respeito à consistência interna, o Coeficiente Alfa identificado – 0,86 – é considerado satisfatório, pois, como afirmam Fachel e Camey (2000), ainda que não se tenha nenhum teste de significância estatística para o Alfa de Cronbach, o usual é considerar como um limite inferior aceitável o valor de 0,70. Conforme os mesmos autores, “quanto mais próximo de 1 for o valor do coeficiente, melhor a fidedignidade do

teste” (p.162). Esse resultado é muito próximo ao encontrado em outros estudos do BDI-II (Beck et al., 1996a; Steer & Clark, 1997; Dozois et al., 1998; Steer, Kumar, Ranieri, & Beck, 1998; Whisman et al., 2000; Coelho, Martins & Barros, 2002; Kojima et al., 2002; Sanz et al., 2003a; Osman, Kopper, Barrios, Gutierrez & Bagge, 2004; Ghassemzadeh et al., 2005; Alansari, 2005) com amostras de adolescentes e adultos. Assim, mais uma vez, é possível reafirmar a excelente qualidade (precisão) do Inventário para medir a intensidade da depressão.

Especificamente no que diz respeito ao coeficiente de correlação item total corrigido, utilizado também para a análise da consistência interna, os dois itens que apresentaram o menor valor foram o item 11, agitação (r^{tot} 0,277), e o item 21, que avalia perda de interesse por sexo (r^{tot} 0,28). Em se tratando especialmente deste último item, outros pesquisadores também evidenciaram este como sendo um dos de menor valor de correlação com o total do Inventário (Beck et al., 1996a; Whisman et al., 2000; Kojima et al., 2002; Sanz et al., 2003a; Ghassemzadeh et al., 2005; Alansari, 2005). Contudo, em nenhum destes estudos é discutido uma explicação para tal achado. Entretanto, entende-se que este item aborda uma temática bastante mobilizadora para a faixa etária em que o presente estudo foi desenvolvido, uma vez que o período da adolescência é o momento em que a sexualidade está altamente aflorada, pelas mudanças corporais e hormonais. Exatamente por ser um assunto que desperta sentimentos intensos nos jovens, é que se pode compreender que a maioria dos adolescentes da amostra pontuou 0 para esta questão (somente 24 pontuaram do total de 391 sujeitos), influenciado assim na baixa correlação alcançada.

Já o item com maior correlação item-total corrigido, como para Beck et al. (1996a), este foi o correspondente a auto-estima (questão 7). A baixa auto-estima atua como um fator de risco para o desenvolvimento e manutenção da depressão. Para Beck et al. (1997), crenças negativas sobre si é um dos três componentes centrais da depressão, ou seja, desempenha um papel fundamental em sua compreensão e não apenas uma manifestação sintomática.

Todos os itens (ver Tabela 3) alcançaram números próximos ou superiores a 0,30. Neste sentido, Alansari (2005) afirma que, quando se tem um número restrito de alternativas de classificação para cada item, no caso de 0 a 3 pontos, já se pode considerar correlações entre 0,30 e 0,50 como sendo substanciais. Se algum dos itens mostra uma correlação item-total corrigido menor do que 0,11, então, certamente uma nova tradução do instrumento original deve ser realizada, ou uma modificação de itens deve ser

considerada. Outro dado que confirma que a tradução da escala foi realizada de maneira exitosa é que, observando a última coluna da Tabela 3, o Alfa de Cronbach, se retirássemos cada um dos itens, não aumentaria em relação ao alcançado considerando todos os itens.

Quanto à estabilidade temporal do Inventário, a Tabela 4 mostra que a maioria dos itens obteve um percentual de concordância acima de 70%. Já o coeficiente de correlação entre teste e reteste foi de 0,87. Esse resultado mostra um alto grau de estabilidade temporal, assim como é superior ao único estudo (Ghassemzadeh et al., 2005) encontrado, que realizou a análise da estabilidade temporal em população não-clínica e obteve uma correlação entre teste e reteste de 0,73. Mesmo comparado a estudos com populações clínicas, os quais, de acordo com Ghassemzadeh et al., (2005), tendem a apresentar correlações mais altas, o resultado foi bastante próximo, uma vez que Beck et al. (1996a) e Sprinkle et al. (2002) obtiveram, respectivamente, os valores 0,93 e 0,96.

No que tange às médias alcançadas nos escores finais, as pesquisas não diferem muito em resultados. Os autores do instrumento (Beck et al., 1996a) encontraram uma pontuação média nos escores finais do BDI-II de 12,56 (DP = 9,93), no universo de 120 estudantes. Na investigação conduzida por Dozois et al. (1998), a média ficou em 9,11 com um desvio padrão de 7,57, variando entre 0 e 56 pontos. Steer e Clark (1997) obtiveram a média de 11,90 (DP = 8,10) para 160 estudantes do primeiro ano do curso superior de psicologia. Whisman et al. (2000) chegaram a 8,40 de média e 7,16 de desvio padrão. O único estudo localizado com adolescentes da população geral, realizado por Coelho et al. (2002), com média de idade de 16,9 anos, sobre variáveis sociodemográficas e transtorno depressivo, utilizando o BDI-II versão portuguesa, revelou uma média 10,31 quanto aos pontos do escore total e um desvio padrão de 8,43. Steer et al. (1998), através de uma pesquisa com adolescentes clínicos, obtiveram a média de 18,23 (DP: 12,74).

Neste estudo, a média foi de 10,38, com um desvio padrão de 7,93 e variações de 0 a 48 pontos. O que se salienta aqui e nas pesquisas citadas é que o desvio padrão é muito alto, provavelmente porque existem muitos valores que ficam longe da média. Sanz et al. (2003a) apontam, através da sumarização de outros estudos com a BDI-II, que existe uma tendência forte de que a curva de distribuição seja assimétrica, com valores extremos na parte superior dos escores. Inclusive no estudo realizado por estes autores, com estudantes de nível superior, foi encontrado que o valor mais freqüente desta amostra não era um valor muito próximo à média, mas sim a mediana. Com base nestas verificações, para este estudo optou-se ficar apenas com o valor da mediana, que foi de 9 pontos, por entender-se que este seja o número que melhor representa a pontuação dos escores totais do BDI-II

nesta pesquisa. No cálculo de quartis, Sanz et al. (2003a), encontraram no 1º quartil a pontuação 4 e no 3ª quartil, 13 pontos. Estes diferem em apenas um ponto em cada quartil do achado na população deste estudo.

A maioria dos estudos, realizados com o BDI-II em sujeitos da população geral, centrou-se em amostras de estudantes universitários. Esses estudos produziram resultados semelhantes aos evidenciados na presente pesquisa quanto ao percentual de presença de sintomas de depressão, nas suas diferentes intensidades, definidas pelas normas do manual americano. Beck et al. (1996a) registraram, em uma amostra de 120 estudantes universitários do Canadá, com média de idade de 19,59 anos, um percentual de 64% dos estudantes no nível mínimo, 15% em um nível leve, 13% e 8% nos níveis moderados e graves respectivamente. Já no estudo de Dozois et al. (1998), em uma amostra com 1022 estudantes de graduação de psicologia, também no Canadá, os percentuais ficaram 77,7% (mínimo), 13,4 (leve), 6,9% (moderado) e 2,4% (grave). Em outro estudo, desenvolvido por Whisman et al. (2000) nos EUA, com o mesmo tipo de amostra, a maior frequência ficou concentrada no nível mínimo, 80,2%; no nível leve foi de 12,5%; e nos níveis moderado e grave, as porcentagens permaneceram as mais baixas, 5,7% e 1,6%. Al-Musawi (2001), em pesquisa realizada com uma amostra também estudantil no Bahrain (Oriente Médio), demonstrou resultados também similares: no grau mínimo 53%, no leve 32%, no moderado 14% e no grave 1%.

Em relação à variável idade e escore total do BDI-II, para a presente amostra, estas não estão correlacionadas significativamente, ao contrário do que Beck et al. (1996a) encontraram na sua amostra de estudantes, que a idade se mostrou inversamente correlacionada com a pontuação total de maneira significativa. O que quer dizer que no estudo dos autores, quanto maior a idade, menor a pontuação no BDI-II. Porém, o estudo de Krefetz, Steer & Kumar (2003) com adolescentes clínicos indica que esta correlação existe, mas é significativamente fraca, tal qual o resultado obtido pela presente pesquisa. Ainda com relação à idade e os escores totais do instrumento, mas analisada para o sexo feminino e para o sexo masculino em separado, Coelho et al. (2002), a exemplo do que ocorreu no estudo em questão, evidenciaram que quanto mais velhas as adolescentes meninas, maior a pontuação.

Quanto à diferença na pontuação final entre meninos e meninas, alguns estudos mostram resultados parecidos com o que se verifica nesta pesquisa, ou seja, que meninas tendem a pontuar mais que meninos, ainda que, como já mencionado, quase todos os trabalhos foram desenvolvidos com universitários e não com adolescentes, como é o caso.

Beck et al (1996a) registraram uma diferença de 4 pontos a mais para as mulheres em relação aos homens. Coelho et al. (2002) também apontaram que garotas possuem escores significativamente superiores aos dos garotos e Sanz et al. (2003a) encontraram médias, ainda que próximas, de 9,3 (DP = 7,5) para o sexo feminino e 9,0 para o sexo masculino (DP = 7,5). Em amostras clínicas com adolescentes, os resultados seguem a mesma tendência. Steer et al. (1998) encontraram uma diferença de 5 pontos na pontuação das adolescentes meninas em comparação com a pontuação dos meninos. Osman et al. (2004), em relação a resultados com adolescentes também de uma amostra clínica, indicam uma média de 20,49 (DP = 19,50) para as jovens e 15,02 (DP = 11,07) para os jovens. Wade, Cairney e Pevalin (2002) indicam que é a partir dos 14 anos que as garotas passam a pontuar mais que os garotos, ao contrário do que ocorre na infância e pré-adolescência. Essa diferença pode estar relacionada às próprias características de cada gênero na sua maneira de expressar os sintomas da depressão. Baron e Campbell (1993) sugerem que os homens costumam negar sintomas emocionais, como choro, sintomas somáticos e a perda de interesse social. Já as mulheres podem demonstrar tais sintomas sem se preocupar com parecerem fracas perante outras pessoas. Corroborando tal indicação, Bahls (2002a), em um estudo de revisão sistemática a respeito dos aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes, aponta que meninas costumam apresentar sintomas mais subjetivos, como tristeza, vazio, raiva, ansiedade, baixa auto-estima, entre outros. Em contrapartida, os meninos manifestam sentimentos de desprezo, desafio e desdém, além de apresentarem mais problemas relacionados a condutas danosas, como o abuso de substância, violência física, falta às aulas, etc.

Para completar a proposta deste estudo, que é de examinar as propriedades psicométricas do BDI-II, foi realizada, então, a validade de construto. A validade de um instrumento, conforme já mencionado anteriormente, investiga se este realmente mede o que pretende medir, e para se chegar a esta conclusão existem vários procedimentos. A opção aqui foi pelo exame da validade convergente e fatorial, estando as duas relacionadas à validade de construto (Fachel & Camey, 2000). A primeira “verifica se a medida em questão está substancialmente relacionada a outras formas de medida já existentes do mesmo construto” (Fachel & Camey, 2000, p. 164). Já a validade fatorial, de acordo com o conceituado pelas mesmas autoras, é utilizada para a averiguação da unidimensionalidade do construto medido.

A validade convergente foi verificada através do cálculo de correlação com a escala BHS, uma vez que se entende a desesperança como um dos componentes do construto

depressão. Diz respeito a atitudes e expectativas negativas do indivíduo frente a sua vida e ao futuro (Beck & Steer, 1993b), sendo relacionada principalmente com a depressão e como um elemento-chave para a compreensão da conduta suicida (Beck et al., 1974; Glanz, Haas & Sweeney, 1995; Beck et al., 2000). Os dados indicam que o BDI-II é positiva e significativamente correlacionada com a BHS ($r = 0,60$, $p < 0,000$), repetindo a relação que foi demonstrada na primeira versão em português do instrumento, em que para a amostra de adolescentes também da população geral se chegou a um $r = 0,59$ (Cunha, 2001). Os demais estudos com o BDI-II, que se propuseram a analisar a validade convergente utilizando também a BHS, encontraram valores semelhantes, como, por exemplo, o de Beck et al. (1996a), que foi de 0,68, e de Osman et al. (2004), que analisaram a correlação separada por sexo, chegando a um $r = 0,62$ para meninos e um $r = 0,69$ para meninas. Cabe mencionar que estas duas pesquisas foram realizadas com amostras clínicas e que não foram encontrados estudos com amostras da população geral em se tratando do BDI-II.

No BDI-II, pela análise dos componentes principais, gerados pela validade fatorial, chegou-se, nesta amostra com adolescentes da população geral, a quatro fatores, dos quais apenas o fator 1, nomeado “Sintomas de caráter afetivo e de desinteresse pela vida” e o fator 2, designado “Sintomas que refletem queixas somáticas e afetivas”, contribuem para medir depressão. O que se observa é que os itens compilados nos fatores 3 e 4, certamente, são manifestações identificadas na depressão, mas são também observadas em outros quadros clínicos, ou seja, parecem que não possuem uma importância tão grande no construto em questão.

Beck et al. (1996a), no estudo original da BDI-II com pacientes psiquiátricos, depararam-se com dois fatores, denominados somático afetivo e cognitivo. Os itens de maior significância para o primeiro foram: cansaço ou fadiga, falta de energia, perda de interesse, alterações de apetite, perda de prazer, alterações no padrão do sono, dificuldades de concentração, perda de interesse por sexo, irritabilidade, indecisão, agitação e choro. Já no segundo fator, os autores tiveram a seguinte distribuição dos itens: fracasso passado, desvalorização, sentimentos de culpa, auto-estima, autocrítica, sentimentos de punição, pessimismo, pensamentos ou desejos suicidas e tristeza.

Nota-se que o fator 1, identificado na presente pesquisa, aproxima-se muito do fator 2 encontrado por Beck et al. (1996a), com a diferença, apenas, de que o item 6 - sentimentos de punição - não está contemplado no primeiro fator, mas sim no terceiro. Os itens que se encontram diluídos nos fatores 2, 3 e 4 estão todos concentrados em um único fator

(somático afetivo), para os autores do Inventário. Vale ressaltar que o estudo de Beck et al. (1996a) foi realizado com uma amostra maior (N=500), e que estes eram pacientes clínicos.

Resultados análogos foram encontrados em outras pesquisas (Steer et al., 1998; Dozois et al., 1998; Kojima et al., 2002; Storch et al., 2004; Ghassemzadeh et al., 2005). Destas, apenas, o estudo de Steer et al., 1998 trabalhou com adolescentes, porém de uma amostra clínica, e em quase todas, foram encontrados dois fatores, denominados, em sua maioria, cognitivo afetivo e somático vegetativo. Nesses estudos, o fator cognitivo afetivo sempre se assemelhou muito ao fator 1 – “Sintomas de caráter afetivo e de desinteresse pela vida” – demonstrado aqui.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da proporção que a depressão vem tomando, em termos de morbidade e mortalidade, no cenário mundial, são sempre válidos esforços no sentido de desenvolver e/ou adaptar instrumentos que auxiliem na identificação de sintomas deste quadro e suas intensidades.

Para tal empenho, já é consensual que a comprovação da qualidade técnica e ética de instrumentos destinados a avaliar indivíduos do ponto de vista psicológico deve ser realizada. O estudo das propriedades psicométricas, principalmente o procedimento de fidedignidade e validade, é o meio de se certificar esta qualidade. O BDI-II já provou sua eficiência no que diz respeito a medir, de forma precisa, a intensidade de depressão, e, pelo que se tem verificado em nosso país, seu desempenho satisfatório seguirá se repetindo.

Em se tratando especificamente do período da adolescência, entende-se que este merece uma especial atenção, por ser particularmente vulnerável a problemáticas graves, como a depressão e o suicídio. Os estudos das propriedades psicométricas do BDI-II para adolescentes da população geral são escassos; o que torna difícil saber como esta ferramenta se comporta com essa população em outras realidades. Tal conclusão traz à tona a necessidade de realizar mais pesquisas que verificam a validade e fidedignidade do instrumento nesta faixa etária em outras realidades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS DA DISSERTAÇÃO

A depressão é um fenômeno que paralisa e limita a vida de muitos indivíduos no mundo todo. Além do próprio sujeito, diferentes pessoas envolvidas com aquelas que são acometidas por este mal também acabam sofrendo ou se abalando emocionalmente. Isto se dá, muitas vezes, pela alteração comportamental do sujeito em depressão no convívio social e na comunicação interpessoal causando prejuízos significativos nestas áreas, outras, pela cronicidade que se estabelece na maioria dos casos, ou ainda, por não se ter clareza de que se trata de uma doença e não de uma opção pessoal.

É verdade que muito se tem feito em termos de pesquisa a respeito da depressão. O conhecimento a respeito de sua etiologia já é mais abrangente do que há anos atrás, ainda que sua heterogenia continue a ser um complicador. Também os métodos de tratamento já demonstraram eficácia em muitos casos, principalmente na área dos psicofármacos. Porém, ao se deparar com números que demonstram que esta doença segue aumentando, é certo que ainda são necessários mais esforços no sentido de entender, identificar, tratar e prevenir tal enfermidade. Os custos gerados para o país em função da mortalidade e morbidade causadas pela depressão são muito altos e sua redução deve ser percebida como urgente e prioritária em termos de projetos na área da saúde pública.

Este alerta deve ser ainda maior na fase da adolescência. Como referido no presente estudo, as taxas de depressão, da mesma maneira que em idades mais adiantadas, são crescentes, e os indicadores mostram que o aparecimento inicial tem sido em idades muito precoces. Mais uma vez afirma-se que diante da turbulência que caracteriza este período da vida e que é prevista, as doenças psicopatológicas devem ser encaradas com mais atenção, cuidado e seriedade por parte dos profissionais da saúde em geral. Não é aceitável que o diagnóstico e tratamento para a depressão nesta faixa etária ainda continuem obscuros, no sentido de que não ocorrem de maneira satisfatória, quando acontecem. Prever e tratar a depressão nesta etapa do desenvolvimento também é precaver-se contra comportamentos mais graves, como por exemplo, o suicídio. A terapêutica correta da depressão é considerada a fonte de maior sucesso para se evitar o comportamento suicida. Levando em consideração ainda a importância dos jovens para a economia de uma nação, é lastimável que ainda se perca tantas vidas prematuramente, por situações que podem ser evitadas.

O êxito da busca por evitar que a depressão leve a atos autodestrutivos, passa justamente por prevenir a mesma, e depende também, em grande parte, de uma avaliação

correta dos sintomas que integram os quadros depressivos, podendo-se assim atuar o mais cedo possível. Instrumentais adequados para este fim são de grande valia na tarefa de se trabalhar com ações preventivas. Estes, além de auxiliarem no diagnóstico propriamente dito, também podem sinalizar para casos em que alguma vulnerabilidade está presente.

Frente a este pensamento, justificou-se a construção e concretude deste estudo. Trazer para o Brasil o Inventário de Depressão de Beck (BDI-II) se fazia iminente, uma vez que é uma ótima ferramenta para este fim e o mesmo já é utilizado nos EUA desde 1996, quando nem sua primeira versão estava validada para o Brasil. Outros países já realizaram este processo e agora se está mais próximo de também tê-lo à disposição no mercado brasileiro, através do cumprimento dos objetivos ao qual este trabalho se dedicou. A verificação da fidedignidade e validade de construto em amostras de adolescentes é uma parte necessária para a meta final da adaptação do Inventário para o Brasil, que está sendo solidificado pelo grupo de pesquisa da professora Dra. Irani de Lima Argimon.

Compartilhando da idéia do quanto são importantes os processos de padronização de testes, escalas ou inventários, não se poderia pensar em utilizar o BDI-II sem que estas etapas fossem realizadas. Sabe-se dos esforços que a comunidade científica nacional, juntamente com atos normativos do Conselho Federal de Psicologia (CFP), tem feito para que se mude um fato ainda muito presente no país, de utilização de instrumentos sem evidências de suas qualidades psicométricas para a realidade local. O projeto guarda-chuva “Desenvolvimento e adaptação de instrumentos de avaliação e intervenção clínica”, do qual este estudo faz parte, pertencente ao grupo de pesquisa “*Prevenção e Intervenção em Comportamentos Violentos*”, coordenado pela professora Dra. Blanca Susana Guevara Werlang, visa exatamente a promoção do desenvolvimento e adaptação de instrumentos de avaliação psicológica e de intervenção clínica a nossa cultura. O aprimoramento destes instrumentos, assim como a organização para a construção, validação e uso deles parece se ensaiar para deixar de ser uma exceção, para ser sim uma regra, e, é em prol disto que esta pesquisa e o projeto citado acima se empenham.

Pode-se então concluir que o BDI-II, através dos resultados evidenciados nesta dissertação, se mostra um bom instrumento para medir intensidade de depressão e que suas propriedades psicométricas, no que diz respeito a sua fidedignidade e validade de construto, são robustas e confiáveis, considerando adolescentes da população geral. Como toda pesquisa, esta também tem suas limitações. Assim é necessário aplicar o BDI-II em adolescentes com diagnóstico de depressão e se obter dados referentes a outras faixas etárias e para diferentes amostras clínicas, que serão o padrão ouro para outras

investigações sobre as propriedades psicométricas do instrumento em questão, que aqui não puderam ser realizadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aberastury, A. & Knobel, M. (2006). *La adolescência normal: un enfoque psicoanalítico*. Buenos Aires: Paidós.
- Alansari, B. M. (2005). Beck Depression Inventory (BDI-II) items characteristics among undergraduate students of the nineteen islamic countries. *Social behavior and personality*, 33 (7), 675-84.
- Almeida Filho, N., Mari, J.J., Coutinho, E. S. F., França, J. F., Fernandes, J. G., Andreoli, S. B. & Busnello, E. (1992). Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras (Brasília, São Paulo, Porto Alegre). *Revista da ABP-APAL*, 14 (4), 93-104.
- Al-Musawi, N. M. (2001). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II with university students in Bahrain. *Journal Personal Assessment*, 77 (3), 568-79.
- American Psychiatric Association. (1994). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (4a ed.). Porto Alegre: Artes médicas.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (4a ed. texto revisado). Porto Alegre: Artmed.
- Associação Médica Brasileira. *Projeto Diretrizes*. Recuperado em 25 out 2008 de <http://www.projetodiretrizes.org.br/index.php>
- Bahls, S. C. (2002a). Aspectos da depressão em crianças e adolescentes. *Jornal de pediatria*, 78 (5), 359-66.
- Bahls, S. C. (2002b). Epidemiology of depressive symptoms in adolescents of a public school in Curitiba, Brazil. *Rev. Bras. Psiquiatr*, 24 (2), 63-7.
- Bahls, S. C. & Bahls, F. R. C. (2002). Depressão na adolescência: características clínicas. *Interação em Psicologia*, 6 (1), 49-57.
- Bahls, S. C. (2004). *A depressão: em crianças e adolescentes e o seu tratamento*. São Paulo: Lemos editorial.

- Baron, P. & Campbell, T. L. (1993). Gender differences in the expression of depressive symptoms in middle adolescents: an extension of earlier findings. *Adolescence*, 112 (28), 903-911.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry*, 4, 561-571.
- Beck, A.T., Weissman, A., Lester, D. & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42 (6), 861-865.
- Beck, A.T. & Steer, R. A. (1993a). *Beck Depression Inventory*. Manual. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A.T. & Steer, R. A. (1993b). *Beck Hopelessness Scale*. Manual. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R. A. & Brown, G. K. (1996a). *Manual for Beck Depression Inventory – II*. San Antonio. TX: Psychological corporation.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Ball, R. & Ranieri, W. F. (1996b). Comparison of Beck Depression Inventories-IA and -II in psychiatric outpatients. *Journal of personality assessment*, 67(3), 588-597.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1997). *Terapia cognitiva da depressão*. Porto Alegre: Artmed.
- Beck, A.T., Steer, R.A. & Grisham, J.R. (2000). Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: s 20-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (3), 371-377.
- Blacker, D. (2005). Psychiatric rating scales. In B. J. Sadock & V. A. Sadock (Org.), *Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. Vol. I (8th ed.) (pp. 929-955). Philadelphia: Lippincott Williams and Williams.
- Botega, N. J., Furlanetto, L. & Fráguas, R. Jr. (2006). Depressão. In N. J. Botega (Org.), *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência* (pp. 225-246) Porto Alegre: Artmed.

- Calil, H. M. & Pires, M. L. N. (1998, setembro/outubro). Aspectos gerais das escalas de avaliação de depressão. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25 (5). Recuperado em 10 jul. 2008 de <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista>.
- Coelho, R., Martins, A. & Barros, H. (2002). Clinical profiles relating gender and depressive symptoms among adolescents ascertained by the Beck Depression Inventory II. *Eur Psychiatry*, 17, 222-6.
- Conselho Federal de Psicologia (2003). *Resolução 002/2003*. Brasília: CFP.
- Conselho Federal de Psicologia (2007). *Cartilha sobre Avaliação Psicológica*. Brasília: CFP.
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Dell’Aglia, D. D. & Hutz, C. S. (2004). Depressão e desempenho escolar em crianças e adolescentes institucionalizados. *Psicologia: reflexão e crítica*, 17 (3), 341-350.
- Dozois, D. J. A., Dobson, K. S. & Ahnberg, J. L. (1998). A Psychometric evaluation of the Beck Depression Inventory – II. *Psychological assessment*, 10 (2), 83-89.
- Fachel, J. M. G. & Camey, S. (2000). Avaliação psicométrica: a qualidade das medidas e o entendimento dos dados. In J. A. Cunha (Org.), *Psicodiagnóstico-V* (pp. 158-170) Porto Alegre: Artmed.
- Facó, M. L. (2008). *Um mosaico da depressão: dos sujeitos singulares aos transtornos universais*. São Paulo: editora Escuta.
- Fleck, M. P. A., Lafer, B., Sougey, E. B., Porto, J. A. D., Brasil, M. A., Juruena, M. F. (2003). Diretrizes da Associação Médica Brasileira para tratamento da depressão (versão integral). *Rev Bras Psiquiatr.*, 25 (2), 114-22.
- Gauer, G. J. C., Furlanetto, L., Juruena, M. F. & Vieira, R. M. (2003). Transtornos do humor. In A. Cataldo Neto, G. J. C. Gauer & N. R. Furtado (Org.), *Psiquiatria para estudantes de medicina* (pp. 386-406) Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Ghassemzadeh, H., Mojtabai, R., Karamghadiri, N. & Ebrahimkhani, N. (2005). Psychometric properties of a persian-language version of the Beck Depression Inventory – Second Edition: BDI-II-Persian. *Depress and Anxiety*, 21 (4), 185-92.
- Gibbons, R.D., Clark, D. C. & Kupfer, D. J. (1993). Exactly what does the Hamilton Depression Rating Scale measure?. *J Psychiatr Res.*, 27 (3), 258-73.

- Gill, S. K., Coffey, B. J. & Park, K. S. (2000). Depressão na infância e na adolescência: manifestações clínicas, patogênese e tratamento. In B. Lafer, O. P. Almeida, R. Fráguas Jr. & E. C. Miguel (Orgs.), *Depressão no ciclo da vida*. (pp. 232-245) Porto Alegre: Artmed.
- Glanz, L.M., Haas, G.L., & Sweeney, J.A. (1995). Assessment of hopelessness in suicidal patients. *Clinical Psychology Review*, 15 (1), 49-64.
- Hornstein, L. (2006). *Las depresiones: afectos y humores del vivir*. Buenos Aires: Paidós.
- IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) Censo Demográfico 2000 – Resultados do Universo. Recuperado em 23 out. 2008 de <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000>
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J., Grebb, J. A. (2002). *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. Porto Alegre: Artmed.
- Kirkcaldy, B.D., Siefen, G.R., Urkin, J. & Merrick, J. (2006). Risk factors for suicidal behavior in adolescence. *Minerva Pediátrica*, 58 (5), 443-450.
- Kojima, M., Furukawa, T. A., Takahashi, H., Kawai, M., Nagaya, T. & Tokudome, S. (2002). Cross-cultural validation of the Beck Depression Inventory-II in Japan. *Psychiatry research*, 110 (3), 291-99.
- Krefetz, D. G., Steer, R. A. & Kumar, G. (2003) Lack of age differences in the Beck Depression Inventory–II scores of clinically depressed adolescent outpatients. *Psychological Reports*, 92, 489-497.
- Martin, A. & Cohen, D. J. (2000). Adolescent depression: window of (missed?) opportunity. *Am J. Psychiatry*, 157 (10), 1549- 51.
- McReynolds, P. (1989). Diagnosis and clinical assessment: current status and major issues. *Ann. Rev. Psychol.*, 40, 83-108.
- Menezes, P. R., Nascimento, A. F. (2000). Epidemiologia da depressão em diversas fases da vida. In B. Lafer, O. P. Almeida, R. Fráguas Jr. & E. C. Miguel (Orgs.), *Depressão no ciclo da vida*. (pp. 29-36) Porto Alegre: Artmed.
- Neimeyer, R. A. & Feixas, G. (1992). Cognitive assessment in depression: a comparison of existing measures. *European Journal of Psychological Assessment*, 8 (1), 45-56.

- Organização Mundial da Saúde. (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Osman, A., Kopper, B. A., Barrios, F., Gutierrez, P. M. & Bagge C. L. (2004). Reliability and Validity of the Beck Depression Inventory—II With Adolescent Psychiatric Inpatients. *Psychological Assessment*, 16 (2), 120–132.
- Pasquali, L. (2001). Parâmetros psicométricos dos testes psicológicos In L. Pasquali (Org.), *Técnicas de exame psicológico – TEP manual. Vol. I: Fundamentos das técnicas psicológicas* (pp. 111-136). São Paulo: Casa do Psicólogo, Conselho Federal de Psicologia.
- Peres, U. T. (2006). *Depressão e melancolia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Picon, P. (2003). Epidemiologia Psiquiátrica. In A. Cataldo Neto, G. J. C. Gauer & N. R. Furtado (Org.), *Psiquiatria para estudantes de medicina*. (pp. 83-90) Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Porto, J. A. del. (2000). Conceito de depressão e seus limites. In B. Lafer, O. P. Almeida, R. Fráguas Jr. & E. C. Miguel (Orgs.), *Depressão no ciclo da vida*. (pp. 20-28) Porto Alegre: Artmed.
- Rodríguez-Gómez, J. R., Dávila-Martínez, M. G., Collazo-Rodríguez, L. C. (2006). Factor structure of the Beck Depression Inventory-Second Edition (BDI-II) with Puerto Rican elderly. *P R Health Sci J*, 25(2), 127-32.
- Santor, D. A., Zuroff, D. C., Cervantes, P. & Palacios J. (1995). Examining scale discriminability in the BDI–II and CES–D as a function of depressive severity. *Psychological Assessment*, 7 (2), 131-139.
- Sanz, J., Navarro, M. E. & Vázquez, C. (2003a). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 1. Propiedades psicometricas en estudiantes universitários. *Análisis y modificación de conducta*, 29 (124), 239-88.
- Sanz, J., Perdigón, L. A. & Vázquez, C. (2003b). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicometricas en población general. *Clinica y salud*, 14 (3), 249-80.

- Sanz, J., García-Vera, M. P., Espinosa, R., Fortún, M. & Vázquez, C. (2005). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psiquiátricos. *Clinica y salud*, 16 (2), 121-42.
- Sprinkle, S. D., Lurie, D., Insko, S. L., Atkinson G., Jones G. L., Logan, A. R. et al. (2002). Criterion validity severity cut scores, and test-retest reliability of the Beck Depression Inventory – II in a university counseling center sample. *Journal of counseling psychology*, 49 (3), 381-85.
- Steer, R. A. & Clark, D. A. (1997). Psychometric characteristics of the Beck Depression Inventory – II with college students. *Measurement and evaluation in counseling and development*, 30 (3), 128-136.
- Steer, R. A., Kumar, G., Ranieri, W. F. & Beck, A. T. (1998). Use of the Beck Depression Inventory-II with Adolescent Psychiatric Outpatients. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 20 (2), 127-137.
- Steer, R. A., Clark, D. A., Beck, A. T. & Ranieri, W. F. (1999). Common and specific dimensions of self-reported anxiety and depression: the BDI – II versus the BDI – IA. *Behaviour research and therapy*, 37 (2), 183-190.
- Storch, E. A., Roberti, J. W. & Roth D. A. (2004). Factor structure, concurrent validity, and internal consistency of the Beck Depression Inventory – Second Edition in a sample of college students. *Depress and Anxiety*, 19 (3), 187-9.
- Sukiennik, P. B. (2000). *O Aluno Problema*. Porto Alegre: Mercado Aberto.
- Urbina, S. (2007). *Fundamentos da testagem psicológica*. Porto Alegre: Artmed.
- Urribarri, R. (2003). Sobre adolescência, luto e a posteriori. *Revista de Psicanálise da Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre*, 10 (1), 47-70.
- Vincent, K. R. (1987). *The full battery codebook: a handbook of psychological test interpretation for clinical, counseling, rehabilitation, and school psychology*. Norwood, N.J.: Ablex.
- Wade, T. J., Cairney J. & Pevalin, D. J. (2002). Emergence of gender differences in depression during adolescence: national panel results from three countries. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 41 (2), 190-198.

Werlang, B. S. G., Borges, V. R. & Fensterseifer, L. (2005). Índicios de potencial suicida na adolescência. *Psicologia Revista São Paulo*, 14 (1), 41-57.

Whisman, M. A., Perez, J. E. & Ramel W. (2000). Factor Structure of the Beck Depression Inventory – Second Edition (BDI-II) in a Student Sample. *Journal of Clinical Psychology*, 56 (4), 545-51

WHO (World Health Organization) *Revised Global Burden of Disease (GBD) 2002 Estimates*. Recuperado em 06 jul. 2007 de <http://www.who.int/healthinfo/bodgbd2002revised/en/>

Zavaschi, M. L. S., Satler, F., Poester, D., Vargas, C. F., Piazenski, R.; Rohde, L. A. P. et al. (2002). Associação entre trauma por perda na infância e depressão na vida adulta. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 24 (4), 189-95.

ANEXOS

Anexo A

**Carta de Aprovação da Comissão Científica da Faculdade de
Psicologia da PUCRS**



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
Faculdade de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Ofício 049/2007 – CIHJ

Porto Alegre, 13 de setembro de 2007.

Senhor(a) Pesquisador(a)

A Comissão Científica da Faculdade de Psicologia da PUCRS apreciou e aprovou seu protocolo intitulado **“Estudo de Fidedignidade e Validade do Inventário de Depressão de Beck II (BDI-II) em adolescentes”**

Sua investigação está autorizada a partir da presente data, sem a necessidade de passar pelo Comitê de Ética, devido características específicas da pesquisa, e estar vinculada a um projeto maior da Profa. Dra. Irani Iracema de Lima Argimon o qual já possui aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS, intitulado Adaptação do Inventário de Depressão de Beck II (BDI-II) para o Brasil.

Atenciosamente

Profa. Dra. Adriana Wagner
Coordenadora da Comissão Científica da FAPSI

Ilmo(a) Sr(a)

Profa. Dra. **Blanca Susana Guevara Werlang** e Acad. **Mariana Esteves Paranhos**
Faculdade de Psicologia

PUC

Campus Central
Av. Ipiranga, 6681 – P. 11– 9º andar – CEP 90619-900
Porto Alegre – RS – Brasil
Fone: (51) 3320-3500 – Fax (51) 3320 – 3633
E-mail: psicologia-pg@pucrs.br
www.pucrs.br/psipos

Anexo B

Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Ofício 1128/07-CEP

Porto Alegre, 26 de setembro de 2007.

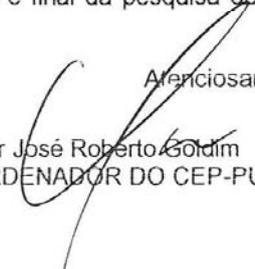
Senhor(a) Pesquisador(a):

O Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa registro CEP 07/03817, intitulado: **"Adaptação do inventário de depressão de Beck-II (BDI-II) para a população brasileira"**.

Sua investigação está autorizada a partir da presente data.

Relatórios parciais e final da pesquisa devem ser entregues a este CEP.

Atenciosamente,


Prof. Dr. José Roberto Jardim
COORDENADOR DO CEP-PUCRS

Ilmo(a) Sr(a)
Profa Irani de Lima Argimon
N/Universidade

PUCRS

Campus Central
Av. Ipiranga, 6690 - 3º andar - CEP: 90610-000
Sala 314 - Fone Fax: (51) 3320-3345
E-mail: cep@pucrs.br
www.pucrs.br/prppg/cep

Anexo C

Ficha de Dados Pessoais e Sociodemográficos

| | | | |
|-------------------------|--|-----------------------------|--|
| Entrevistador: | | Data: | |
| Nome | | Local de Nascimento: | |
| Data Nascimento: | | Idade: anos meses | |
| Endereço: | | nº: apto: | |
| Telefone: | | Bairro: Cidade: CEP: | |

| <p>1. Sexo a. () Feminino b. () Masculino</p> <p>2. Estado Civil a. () Casado ou união estável b. () Solteiro c. () Viúvo d. () Separado e. () Divorciado f. () Outro: _____</p> <p>3. Você pratica alguma religião? a. () Sim b. () Não Qual? _____</p> <p>4. Escolaridade: a. () Ensino Fundamental b. () Ensino Médio Série atual: _____ c. () Ensino superior Semestre atual: _____</p> <p>5 Repetiu alguma série? a. () Sim b. () Não Qual (is) serie (s)? _____ _____ Quantas vezes? _____</p> <p>6. Mora com alguém? (marcar mais de uma opção, caso seja necessário) a. () Pais b. () Mãe c. () Pai d. () Madrasta/padrasto e. () Irmãos Quantos irmãos? _____ f. () Filho(a) Quanto filhos? _____ Qual a idade? _____ g. () Avós h. () Amigo(a) i. () Sozinho j. () Esposo(a) ou Companheiro(a) Há quanto tempo? _____ l. () Instituição m. () Outro: _____</p> <p>7. Seus pais são vivos? a. () Sim b. () Não Quem não é? _____</p> <p>8. Seus pais são separados? a. () Sim b. () Não</p> <p>9. Sua residência é: a. () Própria b. () Alugada c. () De familiar d. () Instituição</p> <p>10. Desde quando vive em seu domicílio atual? a. () Menos de 5 anos b. () Entre 5 e 10 anos c. () Mais de 10 anos</p> <p>11. Você trabalha? a. () Sim b. () Não</p> | <p>12. Se trabalha, qual a atividade que você exerce (especifique a função)? _____</p> <p>13. Há quanto tempo? _____</p> <p>14. A renda de sua família provém de: a. () Pensão b. () Salário c. () Ajuda de terceiros d. () Aposentadoria f. () Outro: _____</p> <p>15. Realiza atividades de lazer? a. () Sim b. () Não Qual (is)? a. () Leitura g. () Serra b. () Música h. () Caminhada c. () Novelas i. () Festas d. () Futebol j. () Atividades na igreja e. () Cinema l. () computador f. () Praia m. () outro: _____</p> <p>16. Dos itens abaixo, assinale quais e quantos você possui em sua residência:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Itens</th> <th>Não tem</th> <th>Tem</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Televisão a cores</td> <td>0 1 2 3 4 ou +</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Rádio</td> <td>0 1 2 3 4 ou +</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Banheiro</td> <td>0 1 2 3 4 ou +</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Automóvel</td> <td>0 1 2 3 4 ou +</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Empregada mensalista</td> <td>0 1 2 3 4 ou +</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Aspirador de pó</td> <td>0 1 2 3 4 ou +</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Máquina de lavar</td> <td>0 1 2 3 4 ou +</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Videocassete e/ou DVD</td> <td>0 1 2 3 4 ou +</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Geladeira</td> <td>0 1 2 3 4 ou +</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)</td> <td>0 1 2 3 4 ou +</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Telefone</td> <td>0 1 2 3 4 ou +</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Telefone celular</td> <td>0 1 2 3 4 ou +</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Computador</td> <td>0 1 2 3 4 ou +</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>17. Você tem algum problema de saúde (doença física)? a. () Sim b. () Não Qual (is)? _____</p> <p>18. Você tem algum problema psicológico? a. () Sim b. () Não Qual (is)? _____</p> <p>19. Já fez/faz tratamento psicológico e/ou médico? a. () Sim b. () Não Qual (is)? _____ _____ Há quanto tempo? _____ Frequência _____</p> <p>20. Utiliza alguma medicação? a. () Sim b. () Não Qual (is)? _____ _____</p> | Itens | Não tem | Tem | Televisão a cores | 0 1 2 3 4 ou + | | Rádio | 0 1 2 3 4 ou + | | Banheiro | 0 1 2 3 4 ou + | | Automóvel | 0 1 2 3 4 ou + | | Empregada mensalista | 0 1 2 3 4 ou + | | Aspirador de pó | 0 1 2 3 4 ou + | | Máquina de lavar | 0 1 2 3 4 ou + | | Videocassete e/ou DVD | 0 1 2 3 4 ou + | | Geladeira | 0 1 2 3 4 ou + | | Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex) | 0 1 2 3 4 ou + | | Telefone | 0 1 2 3 4 ou + | | Telefone celular | 0 1 2 3 4 ou + | | Computador | 0 1 2 3 4 ou + | | <p>21. De um mês para cá, você tem deixado de realizar alguma atividade por motivos de saúde? a. () Sim b. () Não Qual (is): _____</p> <p>22. Quando você tem problemas, recorre a quem? _____</p> <p>23. Alguém em sua família fez/faz tratamento médico e/ou tratamento psicológico? a. () Sim b. () Não Quem? _____ Motivo: _____ Há quanto tempo? _____</p> <p>24. Alguém de sua família possui alguma doença física? a. () Sim b. () Não Qual (is): _____ _____</p> <p>Quem? _____</p> <p>25. Alguém de sua família possui alguma doença mental? a. () Sim b. () Não Qual (is): _____ _____</p> <p>Quem? _____</p> <p>26. Existe história de depressão em sua família? a. () Sim b. () Não Quem? _____ _____</p> <p>Há quanto tempo? _____</p> <p>27. Existe história de suicídio em sua família? a. () Sim b. () Não Quem? _____ _____</p> <p>Há quanto tempo? _____</p> <p>28. Existe história de acidentes de trânsito em sua família? a. () Sim b. () Não Qual o tipo: _____ _____</p> <p>Quem? _____</p> <p>29. É fumante? a. () Não b. () Nunca fumou c. () Parou há mais de 1 ano d. () Parou há menos de 1 ano e. () Sim f. () Finais de semana / festas</p> <p>30. Costuma beber? a. () Não b. () Nunca bebeu c. () Parou há mais de 1 ano d. () Parou há menos de 1 ano e. () Sim f. () Finais de semana / festas</p> <p>31. Quais são seus maiores motivos de preocupação atualmente? _____ _____ _____</p> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|---------|-----|-------------------|----------------|--|-------|----------------|--|----------|----------------|--|-----------|----------------|--|----------------------|----------------|--|-----------------|----------------|--|------------------|----------------|--|-----------------------|----------------|--|-----------|----------------|--|--------------------------------------------------------------|----------------|--|----------|----------------|--|------------------|----------------|--|------------|----------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Itens | Não tem | Tem | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Televisão a cores | 0 1 2 3 4 ou + | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Rádio | 0 1 2 3 4 ou + | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Banheiro | 0 1 2 3 4 ou + | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Automóvel | 0 1 2 3 4 ou + | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Empregada mensalista | 0 1 2 3 4 ou + | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Aspirador de pó | 0 1 2 3 4 ou + | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Máquina de lavar | 0 1 2 3 4 ou + | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Videocassete e/ou DVD | 0 1 2 3 4 ou + | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Geladeira | 0 1 2 3 4 ou + | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex) | 0 1 2 3 4 ou + | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Telefone | 0 1 2 3 4 ou + | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Telefone celular | 0 1 2 3 4 ou + | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Computador | 0 1 2 3 4 ou + | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Anexo D
Carta aos Pais e/ou Responsáveis

Porto Alegre, _____ de _____ de 2008.

Senhores Pais e/ou Responsáveis:

Através desta, gostaríamos de lhe explicar que estamos realizando um trabalho de pesquisa com adolescentes entre 13 e 19 anos, estudantes de escolas públicas e privadas, de ambos os sexos. Este estudo está vinculado ao programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUCRS, aqui representado pela Mestranda Psicóloga Mariana Esteves Paranhos.

Sabemos através de nossa experiência profissional, que para que um instrumento de avaliação psicológica possa ser utilizado com segurança deve apresentar características que possibilitem confiança nos dados que produzem, sendo necessário então, a adaptação do mesmo para a realidade brasileira. Assim sendo, o objetivo deste estudo é a adaptação do Inventário de Depressão de Beck-II (originariamente americano) com o intuito de poder ter um instrumento confiável para a identificação de sintomas depressivos, na percepção de quem responde ao instrumento.

Gostaríamos então, de contar com sua valiosa colaboração, no sentido de autorizar a participação de seu filho(a) na pesquisa. Para isso, ele (a) deverá responder a dois instrumentos chamados Inventário de Depressão de Beck-II (BDI-II) e Escala de Desesperança de Beck (BHS). Os instrumentos serão aplicados dentro do próprio contexto escolar, com a respectiva autorização institucional, não devendo acarretar danos ao andamento normal das atividades curriculares. A princípio, o maior incômodo a que seu filho (a) estará submetido será a disposição de tempo para responder as escalas, e o maior benefício será a participação em um trabalho científico.

A identificação pessoal dos participantes será de caráter confidencial, a elas só terão acesso aos pesquisadores diretamente envolvidos na pesquisa. Os dados serão analisados do ponto de vista estatístico de sua representatividade para o grupo de adolescentes em estudo. Com isso pretendemos manter o caráter científico, ético e profissional da referida pesquisa.

Desde já agradecemos muito a sua colaboração e solicitamos que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em anexo seja enviado através de seu filho (a) para a escola em um prazo de dois dias. Uma cópia desta carta, bem como do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficarão com você.

Mariana Esteves Paranhos
Psicóloga
Mestranda em Psicologia Clínica

Anexo E

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos Pais e/ou Responsáveis

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos solicitando sua autorização para que seu filho (a) possa participar da presente pesquisa que tem como principal objetivo criar subsídios para adaptação à nossa realidade de um instrumento de avaliação de sinais e/ou sintomas psicopatológicos de depressão e de apreciação de sua gravidade. Tal estudo prevê a participação de adolescentes que freqüentam escolas públicas e privadas, com idade entre 13 e 19 anos, do sexo masculino e feminino. Para tanto é necessário que os adolescentes respondam a uma Ficha de Dados Sócio-demográficos e a questões de dois instrumentos de avaliação psicológica, chamados de Inventário de Depressão de Beck–II (BDI–II) e Escala de Desesperança (BHS).

Essa atividade será realizada na própria instituição escolar, sem prejuízo das atividades escolares, em dois encontros de aproximadamente 50 minutos sob a coordenação da Psicóloga responsável pelo estudo. A identificação pessoal dos participantes será de caráter confidencial, a elas só terão acesso aos pesquisadores diretamente envolvidos na pesquisa. O maior desconforto para o adolescente informante será o tempo que deverá dispor para responder aos instrumentos. O benefício será a contribuição pessoal para o desenvolvimento de um estudo científico.

Eu, _____ (nome do pai, mãe ou responsável pelo adolescente) fui informado dos objetivos especificados acima, de forma clara e detalhada. Recebi informações específicas sobre o procedimento no qual meu filho(a) estará envolvido(a), do desconforto previsto, tanto quanto do benefício esperado. Todas as minhas dúvidas foram respondidas com clareza e sei que poderei solicitar novos esclarecimentos a qualquer momento através do telefone (51) 9824-5363, da psicóloga Mariana Esteves Paranhos, assim como também poderei contatar com a Dr^a Blanca Guevara Werlang (51) (3320–3633, ramal 7736), professora orientadora deste estudo, e o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade (51) (3320-3525). Sei que novas informações obtidas durante o estudo me serão fornecidas, caso desejar, e que terei liberdade de retirar meu consentimento de participação do meu filho (a) na pesquisa em face dessas informações. Fui certificado de que as informações por meu filho (a) fornecidas terão caráter confidencial quanto a identificação pessoal.

Consinto meu filho (a) em participar desta pesquisa e declaro ter recebido cópia do presente termo de consentimento livre e esclarecido.

Assinatura do Responsável

Data

Mariana Esteves Paranhos - PUCRS

Data

Blanca Guevara Werlang - PUCRS

Data

Anexo F

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos Adolescentes

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos solicitando sua autorização para que você possa participar da presente pesquisa, que tem como principal objetivo criar subsídios para adaptação à nossa realidade de um instrumento de avaliação de sinais e/ou sintomas psicopatológicos de depressão e de apreciação de sua gravidade. Tal estudo prevê a participação de adolescentes que freqüentam escolas públicas e privadas, com idade entre 13 e 19 anos, do sexo masculino e feminino. Para tanto é necessário que os adolescentes respondam a uma Ficha de Dados Sócio-demográficos e a questões de dois instrumentos de avaliação psicológica, chamados de Inventário de Depressão de Beck–II (BDI–II) e Escala de Desesperança (BHS).

Essa atividade será realizada na própria instituição escolar, sem prejuízo das atividades escolares, em dois encontros de aproximadamente 50 minutos sob a coordenação da Psicóloga responsável pelo estudo. A identificação pessoal dos participantes será de caráter confidencial, a elas só terão acesso aos pesquisadores diretamente envolvidos na pesquisa. É seu direito retirar-se da pesquisa quando quiser, sem que isto implique qualquer prejuízo a sua pessoa. Na publicação dos resultados desta pesquisa, sua identidade será mantida no mais rigoroso sigilo. Serão omitidas todas as informações que permitam identificá-lo (a).

Eu, _____ (nome do participante) fui informado dos objetivos especificados acima, de forma clara e detalhada. Recebi informações específicas sobre o procedimento no qual estarei envolvido (a), do desconforto previsto, tanto quanto do benefício esperado. Todas as minhas dúvidas foram respondidas com clareza e sei que poderei solicitar novos esclarecimentos a qualquer momento através do telefone (51) 9824-5363, da psicóloga Mariana Esteves Paranhos, assim como também poderei contatar com a Dr^a Blanca Guevara Werlang (51) (3320–3633, ramal 7736), professora orientadora deste estudo, e o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade (51) (3320-3525). Sei que novas informações obtidas durante o estudo me serão fornecidas, caso desejar, e que terei liberdade de retirar meu consentimento de participação na pesquisa em face dessas informações. Fui certificado de que as informações por mim fornecidas terão caráter confidencial quanto a identificação pessoal.

Consinto em participar desta pesquisa e declaro ter recebido cópia do presente termo de consentimento livre e esclarecido.

Assinatura do Participante

Data

Mariana Esteves Paranhos – PUCRS

Data

Blanca Guevara Werlang – PUCRS

Data

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

P223e Paranhos, Mariana Esteves
Estudo de fidedignidade e validade do inventário de
depressão de Beck - II (BDI-II) em adolescentes / Mariana
Esteves Paranhos. – Porto Alegre, 2009.
72 f.

Diss. (Mestrado) – Faculdade Psicologia, Pós-Graduação
em Psicologia, PUCRS.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Blanca Susana Guevara Werlang.

1. Depressão. 2. Psicologia do Adolescente.
3. Depressão de BECK–II - Instrumento de Inventário.
4. Psicologia Clínica. I. Werlang, Blanca Susana Guevara.
II. Título.

CDD 155.5

Bibliotecário Responsável
Ginamara Lima Jacques Pinto
CRB 10/1204

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)