

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL

FACULDADE DE PSICOLOGIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

**VALIDADE DE CONSTRUTO DO INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK-II  
(BDI-II) EM UMA POPULAÇÃO UNIVERSITÁRIA**

IGOR DA ROSA FINGER

Prof<sup>ª</sup>. Dr. Irani Iracema de Lima Argimon

Orientadora

Porto Alegre

2008

IGOR DA ROSA FINGER

**VALIDADE DE CONSTRUTO DO INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK-II  
(BDI-II) EM UMA POPULAÇÃO UNIVERSITÁRIA**

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

Orientador: Prof<sup>ª</sup>. Dr. Irani Iracema de Lima Argimon

Porto Alegre

2008

IGOR DA ROSA FINGER

**VALIDADE DE CONSTRUTO DO INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK-II  
(BDI-II) EM UMA POPULAÇÃO UNIVERSITÁRIA**

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

Aprovada em 18 de dezembro de 2008

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dr. Irani Iracema de Lima Argimon (Presidente)

Prof. Dr. Alfredo Cataldo Neto (PUCRS)

Profa. Dr. Blanca Susana Guevara Werlang (PUCRS)

*À Patricia Ariane Guedes, mulher da  
minha vida, a quem dedico todas as  
minhas conquistas e alegrias.*

## AGRADECIMENTOS

Dos muitos amigos e professores que me apóiam na vida, na profissão e no estudo, alguns muito importantes têm destaque nessa etapa que concluo o Mestrado em Psicologia Clínica. E a eles cabem algumas palavras.

Agradeço à Prof. Dr. Margareth da Silva Oliveira que, em 2006, quando ainda era aluno de graduação e realizava estágio de clínica no Serviço de Atendimento e Pesquisa em Psicologia, motivou-me a fazer a seleção do mestrado, mesmo quando eu já tinha desistido pela dificuldade do pequeno currículo, limitação no inglês, pouco tempo para estudo e muito trabalho a fazer. Ajudou-me indicando e emprestando livros para a leitura e preparação da prova, alimentando-me sempre de expectativas. Feliz foi o dia que soube da aprovação no mestrado, dois dias após a minha formatura de graduação, pois com o estímulo desta professora ultrapassei barreiras e limitações para desenvolver-me como ser humano e profissional.

À Prof. Irani Iracema de Lima Argimon, orientadora dessa dissertação, por ter me acolhido e recebido de braços abertos no Grupo de Intervenção e Avaliação no Ciclo Vital. Sempre disponível, foi muito atenciosa e auxiliou-me em diversos momentos nessa trajetória, inclusive no difícil período de definição do projeto em si. Contribuir com uma pequena parcela no grande estudo de validação do BDI-II para a população brasileira, organizada pela própria Prof. Irani, é para mim uma honra e um desafio para fazer um trabalho de qualidade.

À Ângela Leggerini de Figueiredo, estimada colega que muito me ensinou sobre Terapia Cognitiva Comportamental, por toda a atenção dada nos momentos de definição do projeto e companheirismo na operacionalidade desse estudo, realizado em parceria com o dela. Ao Luciano Dias de Mattos Souza por sua disposição em auxiliar em todas as etapas, desde a definição da metodologia, passando por cálculo amostral, até o acompanhamento

geral das etapas do estudo. A sua constante disponibilidade e atenção refletem a correta pessoa que é, sendo exemplo de profissional para muitos, inclusive para mim.

A Fabiana Cruz Paiva, Fabrícia da Silva Pereira, Fernanda Rocha Paulo, Guilherme Welter Wendt, Luciana Gules Mallet, Marianne Farina, Renata Peretti Kuhn, Roberta Furlan, Sabrina Gomes de Souza Rusch, Suleima Biacchi Penz de Souza, Valquiria Perin Eilert e Vanessa Spillari por toda a disponibilidade, atenção e colaboração nas organizações dos protocolos e aplicações dos instrumentos. Certamente vocês foram os mais importantes colaboradores desse estudo.

Em especial agradeço à Renata Peretti Kuhn, por todo o extenso trabalho de criação, preenchimento e revisão do banco de dados do projeto. Ela mostra a excelente profissional que está se tornando, sendo motivo de orgulho para muitos, inclusive para mim, que tive o prazer de a conhecer há alguns anos e poder contar com seu apoio nessa etapa de minha formação profissional. Outro agradecimento especial vai à Sabrina Gomes de Souza Rusch, ótima colega e, por que não, amiga. Sempre atenta às solicitações e aos pedidos de ajuda com um sorriso, além de ótimos *feedbacks*, quando necessários. Acompanhou-me desde o primeiro projeto de pesquisa até a criação de variáveis para o banco de dados. Saber que sempre poderia contar com o seu apoio trouxe-me a tranquilidade necessária para levar adiante o sonho dessa dissertação. Aproveito e agradeço ao amigo Márcio Zoratto Gastaldo, pelo importante e dedicado trabalho final de revisão.

Ao Prof. Dr. Irineu José Rabuske, pelo incentivo, amizade e investimento a mim dado. Se não fosse o apoio que recebo, nem querendo conseguiria concluir essa Pós-Graduação. Serei eternamente grato por tudo que fazes por mim. Espero poder contribuir à altura e até mais. Ao Prof. Dr. Urbano Zilles, diretor da Faculdade de Teologia da PUCRS enquanto eu era funcionário, por todas as liberações e reorganizações de horário de trabalho que possibilitaram que eu fizesse as disciplinas e reuniões com diretores para a realização do

estudo. À minha prima Aline Sparremberger da Rosa por todo o auxílio na negociação dos pagamentos das parcelas do mestrado.

À minha noiva, Patricia Ariane Guedes, a quem também dedico essa dissertação, por todo o empenho, apoio, motivação, além de respeito aos momentos de estresse que tive, desde quando decidi fazer o mestrado (em junho de 2006) até hoje. É meu porto-seguro, o sentido para minha vida, em quem sempre posso confiar.

A todos os amigos e familiares que, de forma direta ou indireta, contribuíram para eu concluir essa dissertação. Obrigado a todos.

*Ad verum ducit*

## RESUMO

Com o objetivo geral de validar para uma população universitária o Inventário de Depressão de Beck – II (BDI-II), colaborando com o estudo das características psicométricas da versão em português, através da análise de representação comportamental e estabilidade temporal, o presente estudo está organizado em dois capítulos. No primeiro objetiva-se apresentar dados de prevalência de depressão e sintomatologia depressiva em universitários, além dos fatores associados ao transtorno, através de materiais publicados a partir de 2004 e localizados nas bases de dados Academic Research Library, Dissertations e Theses, Electronic Journal, Medical Library, ProQuest, Psychology Journal, PsycINFO, PubMed, Medline, Research Library – Health Module, Scielo, Science Journals e Web of Science (ISI) com os descritores depressão, sintomas depressivos, universitários, estudantes (depression, depressive symptoms, students, college student, university student). Foram encontradas 44 publicações que seguem o objetivo do capítulo, observando-se elevadas taxas de prevalência de sintomatologia depressiva em universitários. Os números variam de 8,7% a 45,5%. Definição de pontos de corte diferentes em cada estudo e a utilização de metodologias diversas justificam a grande diferença encontrada. Há maior probabilidade de presença de sintomas depressivos em mulheres, calouros (alunos novatos da universidade) e pessoas com baixo nível socioeconômico, conforme os estudos localizados. Estudantes com ideação suicida atual têm sintomas depressivos significativamente maiores que os sem ideação suicida. No segundo capítulo almeja-se analisar as propriedades psicométricas do BDI-II para realizar a validade de construto do teste psicológico através das técnicas de análise fatorial, consistência interna e estabilidade temporal, além de observar fatores associados à sintomatologia depressiva, seus graus de correlação e significância. A amostra foi composta por 907 participantes, tendo 50 perdas, totalizando 857 estudantes universitários de uma universidade particular do Estado do Rio Grande do Sul. Utilizou-se uma ficha de dados sociodemográficos, organizada para o estudo, e o BDI-II. As análises estatísticas foram realizadas mantendo um nível de significância de 5%. Após análise, os resultados foram: Alfa de Cronbach igual a 0,888; utilizando-se da correlação intraclassa, verificou-se uma boa estabilidade temporal ( $r_i = 0,731$ ;  $p < 0,001$ ); através do método de extração Análises de Componentes Principais e do método de rotação Varimax, os 21 itens do instrumento foram reduzidos a três fatores. Este modelo apresentou uma explicação de 44,567% da variação total dos 21 itens. Observou-se que 8,8% da população apresentam sintomas depressivos. Além disso, mulheres e freqüentadores de semestres iniciais do curso apresentam mais sintomas depressivos em comparação aos demais. E quanto mais atividades de lazer e prática de exercícios, menos sintomas depressivos os alunos apresentam e/ou vice e versa. Com resultados melhores em consistência interna, estabilidade temporal e análise fatorial, a validade de construto, através da representação comportamental do construto, torna-se mais consistente que a validade do BDI-I para uma população universitária brasileira.

**Palavras-Chave:** Inventário de Depressão de Beck – II; Estudantes Universitários; Validade; Sintomas Depressivos; Prevalência.

**Área de Conhecimento:** Psicologia (7.07.00.00-1)

**Sub-área de conhecimento:** Construção e Validação de Testes, Escalas e Outras Medidas Psicológicas (7.07.01.03-2)

## ABSTRACT

With the general objective of validating for a university population the Beck Depression Inventory - II (BDI-II), collaborating with the study of psychometric characteristics of the Portuguese version, by the analysis of behavior representation and temporal stability, the present study is organized in two chapters. In the first, the objective is to present data of prevalence of depression and depressive symptomatology in university students, and associated factors to the disorder, through published materials since 2004 and located at the following databases: Academic Research Library, Dissertations and Theses, Electronic Journal, Medical Library, ProQuest, Psychology Journal, PsycINFO, PubMed, Medline, Research Library - Health Module, Scielo, Science Journals and Web of Science (ISI). The descriptors used were: depressão, sintomas depressivos, universitários, estudantes (depression, depressive symptoms, students, university students, students). Forty-four publications that follow the chapter's objective were found, observing raised rates of prevalence of depressive symptomatology in university students. Numbers vary from 8.7% to 45.5%. Different cut points and the use of diverse methodologies in each study justifies this great difference. The probability of depressive symptoms presence is greater among women, freshmen (inexperienced pupils of the university) and people with low socio-economic level, according to the located studies. Students with current suicidal ideations have significantly bigger depressive symptoms than those without suicidal ideations. In the second chapter, it is tried to analyze the psychometric properties of the BDI-II to make the validity of the psychological test construct by factor analysis techniques, internal consistency and temporal stability, beyond observing associated factors to the depressive symptomatology, its correlation and significance degrees. The sample was composed by 907 participants, having 50 losses, totalizing 857 university students of a particular university from the State of Rio Grande do Sul. A socio-demographic data questionnaire, organized for the study, and the BDI-II, were used. The statistical analysis were made by keeping a level of significance of 5%. After this analysis, the results had been: Cronbach's alpha of 0,888; using intraclass correlation, there were verified a good secular stability ( $r_i = 0,731$ ;  $p < 0,001$ ); by the extraction method Principal Components Analysis and the Varimax rotation method, the 21 instrument items had been reduced to three factors. This model presented an explanation of 44.567% of the total variation of those 21 items. It was observed that 8.8% of the population presented depressive symptoms. Moreover, women and those who frequent the initial semesters of the course presented more depressive symptoms in comparison to others. The more leisure activities and exercises practice, the less symptoms of depression are shown by the studentes and/or vice versa. With better results in internal consistency, secular stability and factor analysis, the validity of the construct, through the behavior representation of the construct, becomes more consistent than the validity of the BDI-I for a Brazilian university population.

**Keywords:** Beck Depression Inventory - II; University students; Validity; Depressive symptoms; Prevalence.

**Knowledge area:** Psychology (7.07.00.00 - 1)

**Knowledge subarea:** Construction and Validation of Tests, Scales and Other Psychological Measures (7.07.01.03-2)

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	11
CAPÍTULO I: Prevalência de sintomas depressivos, fatores associados e instrumentos utilizados em pesquisas com estudantes universitários .....	18
Metodologia .....	20
Resultados e Discussão .....	20
Fatores associados .....	32
Ideação suicida .....	34
Considerações Finais.....	35
Referências .....	37
CAPÍTULO II: Propriedades psicométricas do Inventário de Depressão de Beck – II (BDI-II) em uma população universitária .....	42
Metodologia .....	43
Resultados .....	47
Fidedignidade e análise fatorial.....	48
Prevalência de sintomas depressivos e fatores associados .....	52
Discussão.....	57
Considerações Finais.....	61
Referências .....	63
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	67
Referências .....	71
ANEXOS .....	73
Anexo 1: Aprovação da Comissão Científica da Faculdade de Psicologia.....	74
Anexo 2: Aprovação do Comitê de Ética da PUCRS .....	75
Anexo 3: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	76
Anexo 4: Ficha Sociodemográfica .....	77
Anexo 5: BDI-II .....	79

## INTRODUÇÃO

Esta dissertação de mestrado faz parte do projeto de pesquisa Adaptação e Validação de Instrumentos de Avaliação e Intervenção Clínica, do grupo de pesquisa Avaliação e Intervenção no Ciclo Vital, coordenado pela Prof. Dr. Irani Iracema de Lima Argimon e vinculado à linha de pesquisa Avaliação e Intervenção em Grupos Clínicos e Não-clínicos, no Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Psicologia da PUCRS.

Os testes psicológicos são instrumentos de avaliação ou mensuração de características psicológicas observadas através da manifestação do comportamento. Sendo assim, partindo-se da maneira como as pessoas se comportam nas tarefas, faz-se inferência das características psicológicas que o teste busca avaliar. Estes testes auxiliam na Avaliação Psicológica com dados úteis e confiáveis (Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2004). As inferências a partir dos testes psicológicos devem ser legitimadas através de validação, fidedignidade e normatização dos testes.

Em 2003, com a resolução nº 2/2003, o Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2003) define e regulamenta o uso, a elaboração e a comercialização de testes psicológicos. A partir dessa resolução, inventários, testes, escalas, mesmo os estrangeiros traduzidos para o português, só são considerados testes psicológicos em condições de uso se forem aprovados pelo CFP após apresentarem: fundamentação teórica do instrumento, com ênfase na definição do conceito daquilo que se quer avaliar (construto, por exemplo, depressão); evidências empíricas de validade e precisão das interpretações; dados empíricos sobre as propriedades psicométricas dos itens; sistema de correção e interpretação dos escores, explicando a lógica do procedimento; procedimentos de aplicação (condição para aplicação) e correção; desenvolvimento de um manual. No caso de testes estrangeiros, destaca-se que a adequação destes só será possível após estudos com amostras brasileiras.

A validação de um teste psicológico (TP) diz respeito ao aspecto da medida ser congruente com a propriedade medida, isto é, o item do teste estar de acordo com o fenômeno que o teste quer medir/avaliar. Devido a isso, validade é uma característica fundamental dos TP. A validação legitima as interpretações dadas a partir dos resultados dos testes e está associada ao conjunto de evidências empíricas favoráveis ao significado que se está atribuindo aos itens do TP. A validade existe quando as diferenças de resultados do TP se referem às diferenças reais entre os indivíduos ou entre o mesmo indivíduo em situações diferentes (Erthal, 1987). O CFP utiliza a proposta de avaliação de um TP de acordo com Prieto e Muñiz (2000), que apresentam três maneiras de se validar um instrumento: validade de conteúdo, validade de critério e validade de construto.

A validade de construto, forma mais fundamental de validade dos instrumentos psicológicos, pode ser trabalhada de diversas maneiras, entre elas a análise da representação comportamental do construto. Para demonstrar que a representação do construto pelo teste é adequada, há duas técnicas: análise de consistência interna e análise fatorial. A primeira consiste em calcular a correlação que existe entre cada item do teste e o restante dos itens, ou o escore total dos itens. Já a análise fatorial tem o objetivo de verificar quantos construtos (conceitos) comuns são necessários para explicar as correlações dos itens. Essa análise permite estudar esse grupo de variáveis que se relacionam mais entre si e pensar as razões para essa relação existir (Pasquali, 2003).

O CFP também utiliza em sua avaliação dos requisitos técnicos de um TP a precisão ou fidedignidade do instrumento. Fidedignidade é a característica que o TP deve possuir de medir sem erros, isto é, o mesmo teste, medindo os mesmos sujeitos em ocasiões diferentes ou testes equivalentes medindo os mesmos sujeitos na mesma situação produzem resultados idênticos ou aproximados.

Diversos testes visam a avaliar/medir os fenômenos psicológicos. Dentre esses fenômenos chama a atenção o desenvolvimento dos transtornos do humor, principalmente pela elevada prevalência na vida que se apresentam (destaque para a presença de depressão e sintomas depressivos): entre 17% e 24% (Bijl, Ravelli & van Zerssen, 1998; Jacobi et al., 2004; Szadoczky, Papp, Vitrai, Rihmer & Furedi, 1998). Encontra-se prevalência de transtornos depressivos na população geral de 4% a 10%, sendo observada uma maior incidência em mulheres (Dell’Aglío & Hutz, 2004; Bahls & Bahls, 2002; Zavaschi et al., 2002). Cabe salientar que o diagnóstico de depressão aparece registrado desde os tempos mais antigos (Del Porto, 2004).

Diversos são os instrumentos que objetivam diagnosticar (como o SCID-CV) ou avaliar a gravidade de sintomas. Focando em sintomas depressivos, instrumentos avaliativos validados para o Brasil como Escala de Depressão de Hamilton (Hamilton, 1967), Escala de Depressão de Montgomery-Asberg (Montgomery & Asberg, 1979) e Inventário de Depressão de Beck - *Beck Depression Inventory*, no original em inglês (Beck & Steer, 1993) - são os mais utilizados e citados na literatura. Quanto ao Inventário de Depressão de Beck (BDI), trata-se de uma escala sintomática desenvolvida em 1961. A adaptação desse instrumento à realidade brasileira só foi concluída em 2001 (Cunha, 2001), antes da resolução do CFP que definia e regulamentava o uso e elaboração dos TP.

Após importante repercussão e uso em terapia e pesquisa, observou-se, nos EUA, a necessidade de atualização do BDI, adequando os itens aos critérios de Depressão Maior do DSM-IV (American Psychiatric Association, 2002). Surge, assim, o BDI-II, em 1996 (Beck, Steer & Brown, 1996). Na nova versão, além do tempo de avaliação, que passou de uma para duas semanas, alguns itens referentes a critérios específicos, que não estavam presentes no instrumento anterior, foram incluídos (avaliação da agitação, auto-estima, dificuldade de

concentração e perda de energia) e outros excluídos (perda de peso, mudança na imagem do corpo, dificuldade para trabalhar e preocupação somática).

Acredita-se que validar um instrumento avaliativo de sintomas depressivos, que já possui uma nova versão sendo utilizada em muitos países e que objetiva aproximar a medida do diagnóstico de depressão apresentados pelos manuais vigentes, seja de grande valor social e clínico. Sabe-se, porém, que esse trabalho é extenso e dispendioso, principalmente se a escolha amostral não for por conveniência (o que é melhor). A Dr. Irani Iracema de Lima Argimon responsabilizou-se por adaptar o BDI-II para a população brasileira. Desta forma, esse estudo visa a auxiliá-la nesse longo trabalho, realizando a validade de construto e a análise da estabilidade temporal do BDI-II em uma população universitária de uma universidade particular do Estado do Rio Grande do Sul.

Devido à possibilidade de avaliar uma parte da população ativa na sociedade, independente do sexo, raça e idade (a partir dos 18 anos), o ambiente universitário pode ser considerado um local diferenciado para estudos, justificando, assim, o foco da pesquisa. Sabe-se que a maioria dos universitários se encontra na faixa-etária de 18 a 24 anos, mas também há casos de alunos que cursam a segunda faculdade e se encontram em outra faixa-etária (Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2007). Esse ambiente de ensino não exclui a possibilidade de indivíduos apresentarem transtornos mentais ou sintomas de transtornos que não preenchem o diagnóstico completo. Trabalhar com essa população, aprofundando estudos observacionais ou experimentais, propicia um melhor desenvolvimento nessa fase do ciclo vital. Os objetivos claros do estudo foram realizar análise de representação através de consistência interna e análise fatorial; realizar análise de estabilidade temporal e; identificar a presença de sintomas de depressão e caracterizar sua gravidade na população universitária.

Este trabalho está estruturado da seguinte forma: no **capítulo 1**, será apresentado um estudo teórico sobre sintomas depressivos em universitários (caracterizando a gravidade e a identificação nesses estudos, além de quais instrumentos foram utilizados) realizado nas bases de dados Academic Research Library, Dissertations e Theses, Electronic Journals, Medical Library, ProQuest, Psychology Journals, PsycINFO, PubMed, Medline, Research Library – Health Module, Scielo, Science Journals e Web of Science (ISI) com os descritores depressão, sintomas depressivos, universitários, estudantes, depression, depressive symptoms, students, college student, university student. Já no **capítulo 2**, apresenta-se o estudo empírico de análise da validade de construto do BDI-II para essa população universitária, análise de estabilidade temporal, seus resultados e discussões; além de tecer relações entre as variáveis presentes na ficha sociodemográfica com os itens do BDI-II. Por fim, nas **considerações finais**, mostram-se pontos do trabalho como um todo que merecem destaque na justificativa da realização do estudo e que demonstram acréscimo científico e prático aos psicólogos que utilizam o BDI para avaliação de sintomas depressivos.

## Referências

- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR – Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed.
- Bahls, S. C. & Bahls, F. R. C. (2002). Depressão na adolescência: características clínicas. *Interação em Psicologia*, 6 (1), 49-57.
- Beck, A. T. & Steer, R. A. (1993). *Beck Depression Inventory Manual*. San Antonio: Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *BDI-II Manual*. The Psychological Corporation, Harcourt Brace & Company. San Antonio.

- Bijl, R. V., Ravelli, A., & van Zerssen, G. (1998). Prevalence of psychiatric disorder in the general population: Results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 587-595.
- Conselho Federal de Psicologia (2003). *Resolução CFP n. 002/2003*. Brasília.
- Conselho Federal de Psicologia (2004). *Avaliação dos testes psicológicos: relatório*. Acessado em 10 setembro, 2008, de [http://www2.pol.org.br/satepsi/CD\\_testes/pdf/relatoriotestes\\_versaofinal.pdf](http://www2.pol.org.br/satepsi/CD_testes/pdf/relatoriotestes_versaofinal.pdf)
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Del Porto, J. A. (2004). Bipolar disorder: evolution of the concept and current controversies. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26 (Suppl. 3), 3-6.
- Dell'Aglio, D. D. & Hutz, C. S. (2004). Depressão e desempenho escolar em crianças e adolescentes institucionalizados. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17 (3), 341-350.
- Erthal, T. (1987). *Manual de Psicometria*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Hamilton, M. (1967). Development of a rating scale for primary depressive illness. *The British Journal of Social and Clinical Psychology*, 6 (4), 278-96.
- Jacobi, F., Wittchen, H. U., Höltling, C., Höfler, M., Pfister, H., Müller, N. et al. (2004). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: Results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological Medicine*, 34, 597-611.
- Montgomery, A. S., & Asberg, M (1979). New Depression Scale Designed to be Sensitive to Change. *British Journal of Psychiatry*, 134, 382.
- Pasquali, L (2003). *Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação*. Petrópolis: Vozes.

- Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. (2007). [Dados sociofinanceiros e demográficos dos alunos da PUCRS]. Dados não publicados.
- Prieto, G., & Muñiz, J (2000). Um modelo para evaluar la calidad de los test utilizados em España. In: *Papeles del Psicólogo*, 77.
- Szadoczky, E., Papp, Z., Vitrai, J., Rihmer, Z., & Furedi, J. (1998). The prevalence of major depressive and bipolar disorders in Hungary: Results from a national epidemiologic survey. *Journal of Affective Disorders*, 50, 153-162.
- Zavaschi, M. L. S., Satler, E., Poester, D., Vargas, C. E., 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.

## **CAPÍTULO I:**

### **Prevalência de sintomas depressivos, fatores associados e instrumentos utilizados em pesquisas com estudantes universitários**

Transtornos do humor têm como característica predominante uma perturbação do humor, e podem ser diagnosticados a partir de episódios de humor (depressivo maior, maníaco, misto e hipomaníaco). Também denominados transtornos afetivos, são divididos em transtornos depressivos (Unipolar – UP), transtornos bipolares (TB), transtorno do humor devido a uma condição médica geral e transtorno do humor induzido por substância. A presença de um episódio maníaco já define o transtorno como bipolar, diferenciando-o de depressão (American Psychiatric Association [APA], 2002).

De acordo com diversos pesquisadores (Jacobi et al., 2004; Bijl, Ravelli & van Zerssen, 1998; Szadoczky, Papp, Vitrai, Rihmer & Furedi, 1998), os transtornos afetivos, principalmente a depressão, são os mais comuns transtornos mentais com prevalência na vida, estando entre 17% e 24%. Em um estudo de Zurique, Angst et al. (2005) encontraram a prevalência de transtornos do humor em 24,2%, semelhante ao de Kessler et al. (2003) que, em uma reavaliação dos dados, encontraram uma taxa de 24,2% de Transtorno Depressivo Maior (TDM). A depressão é altamente recorrente: mais de 75% dos pacientes experimentam mais de um episódio (Keller & Bolland, 1998).

Conforme a Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial da Saúde (OMS, 1993) e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (APA, 2002), o diagnóstico de TDM é essencialmente clínico e os principais sintomas 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 na atividade motora, peso, apetite e sono; sentimentos de desvalia ou culpa, fadiga, energia reduzida, dificuldades para pensar, concentrar-se ou tomar decisões; irritabilidade, pensamentos recorrentes sobre morte ou ideação suicida, assim como planos ou tentativas de suicídio. O DSM-IV-TR (APA, 2002) inclui no grupo dos transtornos depressivos o Transtorno Depressivo Maior, o Transtorno Distímico e o Transtorno Depressivo sem outra Especificação.

Justifica-se realizar estudos em população universitária por ela ser ativa na sociedade, independente de sexo, raça e idade e ter, no transcorrer do curso, diversos eventos estressantes, como excesso de provas e trabalhos, dificuldades financeiras, busca por estágio e aceitação entre o grupo, mudança de ritmo escolar, necessidade de conciliar estudo e trabalho. Tais fatores podem desencadear transtornos mentais.

Por ser vulnerável a eventos estressores, a saúde mental dos estudantes universitários, através de estudos e intervenções, é uma área de grande preocupação em todo o mundo, sendo que a maioria dos artigos encontrados refere, nas considerações finais, o quanto são importantes ações práticas para melhorar a qualidade de vida deste grupo. Respeitando os estudos que apontam que os transtornos do humor são os mais comuns com prevalência pela vida, e estimulado pela afirmação de que estudantes universitários são particularmente vulneráveis à depressão (Merritt, Price, Mollison & Geddes, 2007), vê-se respeitável a busca de pesquisas que avaliam a sintomatologia depressiva em universitários. Já se sabe que 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 que nos homens a porcentagem é de 5% a 12% (Dell’Aglia & Hutz, 2004; Bahls & Bahls, 2002; Zavaschi et al, 2002).

Desta forma, o presente trabalho objetiva apresentar dados de prevalência de depressão e sintomatologia depressiva em universitários, além dos fatores associados ao

transtorno, através de artigos, capítulos de livros, dissertações e outros materiais publicados a partir de 2004.

## **Metodologia**

Entre agosto e setembro de 2008, realizou-se uma busca por artigos com os descritores depressão, sintomas depressivos, universitários, estudantes (depression, depressive symptoms, students, college student, university student) e que foram publicados de 2004 a 2008. As bases de dados verificadas foram: Academic Research Library, Dissertations e Theses, Electronic Journals, Medical Library, ProQuest, Psychology Journals, PsycINFO, PubMed, Medline, Research Library – Health Module, Scielo, Science Journals e Web of Science (ISI).

Mais de três mil artigos foram localizados com estes descritores. Destes, 273 estudos abordavam a sintomatologia e a população desejadas. Excluindo materiais que estavam repetidos em mais de uma base de dados, 150 trabalhos foram identificados, sendo 44 a respeito de prevalência ou de estudo de fatores associados, enquanto os demais se referiam a intervenções realizadas para alívio da sintomatologia (as quais não são o objetivo de estudo deste trabalho). Os resultados apresentados a seguir referem-se a estes 44 artigos.

## **Resultados e Discussão**

### *Prevalência de sintomas depressivos*

Na Tabela 1 foram organizados os estudos que tinham como objetivo estimar a prevalência da sintomatologia depressiva em universitários. Na apresentação dos artigos dispostos na tabela, também já são listados os fatores associados pesquisados. Os fatores

associados e a ideação suicida em universitários serão apresentados mais adiante, em outro subtítulo.

### Tabela 1

Catálogo dos estudos publicados entre 2004-2008 que apresentaram resultados de prevalência de sintomatologia depressiva em universitários.

Citação	Objetivo	Metodologia/Participantes	Instrumentos	Resultados
Eisenberg, Gollust, Golberstein e Hefner (2007)	Prevalência de depressão e ansiedade e suicídio em universidade	Inquérito através da internet; Amostra aleatória de universidade; 5021 estudantes (2495 de graduação e 2526 graduados e estudantes profissionais); Idade a partir de 18 anos; Responderam ao estudo: 2843 estudantes + 263 que não responderam inicialmente.	Depressão e Ansiedade: PHQ-9 <sup>1</sup>  Suicídio: três perguntas do National Comorbidity Survey Replication	Classificação como depressão maior, outros transtornos depressivos (distímia) e sem depressão; Classificação como transtorno de pânico, TAG, ambos ou nenhum.  Prevalência: Qualquer depressão ou ansiedade: 15,6% para universitários e 13% para estudantes graduados; Ideação suicida: 2% dos estudantes.
País de realização: Estados Unidos da América (EUA)				
Yang et al. (2007)	Prevalência dos sintomas depressivos em estudantes universitários que são atletas competitivos e análise de fatores associados	Estudo de coorte prospectivo; 257 estudantes (167 homens e 90 mulheres).	Depressão: CES-D <sup>2</sup>  Ansiedade: STAI <sup>3</sup>  Fatores associados e depressão: The Generalized Estimating Equations (GEE)	21% relataram sintomas de depressão;  Atletas do sexo feminino, calouras, ou com auto-relato de dor estavam associadas ao aumento da sintomatologia depressiva após ajustamento pelo esporte e outras covariâncias;  Em geral mulheres tiveram 1,32% mais chances de sintomas depressivos que homens; calouros: 3,7% a mais de sintomas depressivos;  Maior risco de sintomas depressivos: atletas e calouros.
País de realização: EUA				
Cvitanovic et al. (2007)	Prevalência de sintomas depressivos em universitários e busca da influência da prática de esportes na diminuição da sintomatologia	664 estudantes (466 mulheres, 178 homens)	BDI (escore > 11)  Questionário sobre sua atividade esportiva (não-ativa, recreativa ou ativa no esporte)	Prevalência: 9,2%; Estudantes ativos em esporte (sintomas depressivos: 5,5%); Grupo de recreação e o não-ativo (18%); Mulheres são mais deprimidas (10,5%) do que homens (5%); A maioria da sintomatologia é moderada.
País de realização: Croácia				
Mehanna e Richa (2006)	Avaliar o estado emocional de estudantes de medicina e compará-los a grupo controle	Todos os alunos das duas faculdades da Universidade Saint-Joseph (não foi encontrado o número total da amostra)	Depressão: BDI <sup>4</sup> (ponto de corte 13)  Ansiedade:	Não há diferença significativa entre os dois grupos;  Estudantes de medicina:

	(estudantes de farmácia)	País de realização: Líbano	Inventário de Ansiedade de Hamilton	Depressão: 27,63% Ansiedade: 69%
Aniebue e Onyema (2008)	Prevalência de sintomas depressivos em estudantes de medicina nigerianos	Estudo transversal: 262 alunos, de 16 a 30 anos.  País de realização: Nigéria	Escala de auto-avaliação de depressão de Zung  Questionário para avaliar fatores associados	Depressão: 23,3%; Estudantes entre 16 e 20 anos, mulheres e que tinham avaliação (prova) na semana apresentaram mais sintomas depressivos (embora não significativos);  Fumantes: índices mais elevados que os não fumantes
Kaya, Genç, Kaya e Pehlivan (2007)	Prevalência de sintomas depressivos, as formas de enfrentamento, e suas relações com variáveis sociodemográficas entre os estudantes da Faculdade de Medicina (FM) e os Serviços de Saúde Escolar do Ensino Superior	754 estudantes das duas faculdades  País de realização: Turquia	BDI <sup>d</sup> (ponto de corte: 17)  Inventário de Estilos de Coping (SCI)  Questionário sociodemográfico	Sintomas depressivos: 31,8% na Escola Superior de Serviços de Saúde e 21,9% na Faculdade de Medicina (FM);  Os estudantes da FM de famílias com menores níveis de renda tiveram uma maior frequência de sintomas depressivos;  Em ambos os grupos, os alunos com histórias anteriores de transtornos físicos ou psicológicos tiveram maior pontuação.
Hirata et al. (2007)	Presença de sintomas depressivos em estudantes de medicina	161 estudantes de medicina (77 homens, 84 mulheres); Idade entre 19 e 30 anos.  País de realização: Brasil	BDI <sup>d</sup>  MEQ <sup>5</sup>	32,9% apresentaram sintomas depressivos (ponto de corte do BDI > 10);  História familiar de depressão e vida sedentária estão associados com sintomas depressivos.
Hafen, Reisbig, White e Rush (2008)	Avaliar o impacto de estressores acadêmicos e não-acadêmicos nos níveis depressivos em estudantes do primeiro ano de medicina veterinária	Estudo longitudinal; 78 estudantes.  País de realização: EUA	CES-D <sup>2</sup>	33,4% apresentaram sintomas depressivos acima do ponto de corte clínico. Destes, 15% da amostra experimentaram um aumento da depressão (do 1º ao 2º semestre).
Vázquez e Blanco (2008)	Estimar a prevalência de depressão maior (conforme DSM-IV) em estudantes universitários da Espanha	554 estudantes (dos 27587), incluindo pós-graduação (n=26), de 18 a 34 anos (65,9% mulheres)  País de realização: Espanha	Muñoz's Mood Screener (Avaliação de Humor de Muñoz)	Depressão: cinco ou mais dos nove sintomas e ter interferência desses sintomas na vida;  Prevalência de episódios depressivos maiores: 8,7%;  Sintomas mais comuns: humor deprimido (81,3%) e alteração do sono (79,2%); <i>Continua</i> Foram mais prevalentes em mulheres do que homens. Dos estudantes depressivos, 0,6% tinham considerado

				suicídio e 0,2% tinham tentado suicídio.
Adewuya (2006)	Estimar a prevalência de TDM entre estudantes universitários nigerianos com problemas relacionados ao álcool	2658 estudantes (1973 homens, 685 mulheres); Idade: de 15 a 44 anos  País de realização: Nigéria	MINI <sup>6</sup>	Prevalência de estudantes com TDM e dependência de álcool: 23,8%; e abuso de álcool: 17,2%; e uso nocivo: 12,4%.
Bailer, Schwarz, Withhöft, Stübinger e Rist (2007)	Levantar a prevalência de diversos transtornos psicológicos (afetivos, ansiedade, somatoformes, alimentares e associados a problemas com álcool) entre universitários alemães	1130 alunos  País de realização: Alemanha	PHQ-9 <sup>1</sup> Whiteley-Index (WI) IEI <sup>7</sup>	22,7% dos alunos tiveram ao menos um transtorno (a exceção de abuso/dependência de álcool); Transtornos depressivos: 8,1%; Depressão maior: 6%.
Steptoe, Tsuda, Tanaka e Wardle (2007)	Prevalência de sintomas depressivos em universitários de 23 países	17348 estudantes de 23 países com alta, média e baixa renda socioeconômica (sem a presença do Brasil); Idade: 17-30 anos; Estudantes de ciências físicas, engenharia, direito, ciências sociais, letras, geografia, história e economia.  Países de realização: Bélgica, Bulgária, Colômbia, Inglaterra, França, Alemanha, Grécia, Hungria, Irlanda, Itália, Japão, Coreia, Países Baixos, Polônia, Portugal, Romênia, Eslováquia, África do Sul, Espanha, Taiwan, Tailândia, EUA, Venezuela	BDI <sup>4</sup> – 13 itens (Ponto de corte $\geq$ 8)	Depressão: 19% para homens; 22% para mulheres; 4,9% dos homens e 4,2% das mulheres tiveram escores que indicam depressão (acima de 16); As diferenças entre países foram altamente significativas (com índices mais elevados em Taiwan, Coreia, Japão, África do Sul e Tailândia; e níveis mais baixos em Bélgica, Holanda e Venezuela).
Mikolajczyk et al. (2008)	Comparar se os sintomas depressivos nos países da Europa Oriental continuam maiores que os da Europa Ocidental, 15 anos depois de mudanças políticas	2146 estudantes de universidades de quatro países  Países de realização: Bulgária, Polônia, Alemanha e Dinamarca	BDI modificado (sentenças de “0” para nunca a “5” para sempre) e retirada do item que avalia perda de peso  Ponto de corte maior ou igual a 35  Questionário sociodemográfico	Sintomas depressivos foram mais prevalentes no leste europeu do que nos países da Europa Ocidental;  Média-escores de BDI $\geq$ 35: na Alemanha 26,7% / 22,8%, na Dinamarca 24,9% / 12,1%, na Polônia 45,5% / 27,3%, na Bulgária 42,9% / 33,8% de estudantes do sexo feminino e masculino, respectivamente.
Furegato, Santos e Silva (2008)	Presença de depressão entre universitários de enfermagem com sua auto-estima, percepção da saúde física e interesse por saúde mental	Pesquisa realizada na sala de aula; 224 estudantes de enfermagem (11 homens, 213 mulheres)  País de realização: Brasil	Questionário de conhecimento e pontos de vista sobre depressão;  BDI; Escala de auto-estima;  Informações sobre saúde e qualidade de vida	Escore < 15 foram utilizados para determinar casos sem depressão, 15 a 20 de disforia / depressão leve, 20 a 30 para depressão ( <i>cont.</i> ) moderada, e > 30 para depressão grave;  Sem sinais de depressão: 80,8%; 19,2% apresentaram algum grau de depressão: 12,5% disforia, 6,3% depressão moderada e 0,4% depressão grave.

Adewuya, Ola, Aloba, Mapayi e Oginni (2006)	Prevalência e fatores associados de depressão em universitários da Nigéria ocidental	1206 estudantes (694 homens e 512 mulheres); Idade: de 15 a 41 anos; 67 eram casados.  País de realização: Nigéria	Ficha de dados sociodemográficos, problemas encontrados na universidade, uso de álcool e tabagismo  Depressão: MINI <sup>6</sup>	Depressão: 8,3% preencheram critérios (5,6% para distímia e 2,7% com Transtorno Depressivo Maior);  Fatores associados: alojamento, família muito grande, sexo feminino, abuso de tabaco e/ou álcool.
Bostanci et al. (2005)	Prevalência de sintomas depressivos entre estudantes universitários da Turquia	Estudo transversal; Amostra probabilística estratificada de 504 estudantes (296 homens, 208 mulheres).  País de realização: Turquia	BDI-R (ponto de corte: 17 ou mais)  Questionário sociodemográfico	Prevalência: 26,2% sintomas depressivos elevados; 32,1% de prevalência em universitários com mais de 22 anos; 34,7% em estudantes com baixo nível socioeconômico; 62,9% em alunos com baixo rendimento escolar.
Bayram e Bilgel (2008)	Prevalência de depressão, ansiedade e estresse entre um grupo de estudantes universitários turcos	1617 estudantes (718 homens, 899 mulheres); Aplicação na sala de aula.  País de realização: Turquia	DASS <sup>10</sup>  Questionário Sociodemográfico	Níveis moderados ou graves de: Depressão: 27,1% Ansiedade: 47,1% Estresse: 27%  Ansiedade e estresse foram maiores em mulheres;  Primeiro e Segundo ano: mais depressão, ansiedade e estresse que os demais anos.
Chandler, Wang, Ketter e Goodwin (2008).	Investigar diferenças na prevalência de alterações do humor, depressão e angústia no primeiro anos de graduação em universidades	1426 estudantes de Oxford; 593 estudantes de Stanford; 23 cursos participaram; Contato por e-mail.  Países de realização: EUA e Inglaterra	Questionário online: MDQ <sup>8</sup>  GHQ <sup>9</sup>	Resultados semelhantes entre universidades para angústia (GHQ): O: 42,4%; S: 38,3%, depressão (Primary Care Evaluation of Mental Disorders): O: 6,2%; S: 6,6% e uso de medicação e não-medicação (psicotrópicos): O: 1,5%, S: 3,5%; não usa: O: 13,3%, S: 18%;  Sintomas bipolaridade: O: 4%, S: 1,7%.

Legenda: 1 - PHQ-9: Patient Health Questionnaire (Questionário de Saúde do Paciente); 2 – CES-D: Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos; 3 – STAI: State-Trait Anxiety Inventory; 4 – BDI: Beck Depression Inventory (Inventário de Depressão de Beck); 5 – MEQ: Morningness/Eveningness Questionnaire; 6 – MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview); 7 – IIE: Screen for Idiopathic Environmental Intolerance; 8 – MDQ: The Mood Disorders Questionnaire; 9 - GHQ The 12-item General Health Questionnaire; 10 – DASS: Depression Anxiety and Stress Scale (Escala de Estresse, Ansiedade e Depressão)

Com o objetivo de estimar a prevalência de depressão, ansiedade e suicídio em universitários, Eisenberg, Gollust, Golberstein e Hefner (2007) realizaram um estudo por meio da internet, em que o participante respondia aos questionários de forma online. Através de amostra aleatória, 2843 estudantes de graduação e pós-graduação responderam num

primeiro momento. Depois, estudantes que foram indicados para participar do estudo, mas não o fizeram, foram convidados novamente a participar. Com isso somaram-se mais 263 alunos à amostra. Os autores encontraram uma prevalência de qualquer depressão (depressão maior ou outros transtornos depressivos) ou qualquer ansiedade (Transtorno de Pânico, Transtorno de Ansiedade Generalizada, ou ambos) em 15,6% dos universitários. Um dado alarmante foi que a ideação suicida estava presente em 2% da amostra. Em outro estudo com a mesma população, Gollust, Eisenberg e Golberstein (2008) observaram que 7% da amostra estudada se auto-mutilaram nas últimas quatro semanas antes do estudo e apenas 26% desses procuraram tratamento.

Em um estudo com 257 estudantes atletas competidores (167 homens e 90 mulheres), Yang, Peek-Asa, Corlette, Cheng, Foster e Albright (2007) identificaram que 21% apresentaram sintomas depressivos. Destes, a maioria foi do sexo feminino. Outra pesquisa, contendo uma amostra maior (664 estudantes, sendo 466 mulheres e 178 homens), taxas de prevalência foram comparadas em três grupos: ativos em esporte; recreativos; e não-praticantes. A prevalência média de sintomas nos três grupos foi de 9,2%. Estudantes ativos em esporte obtiveram taxas significativamente menores de sintomatologia depressiva (5,5%) que o grupo de recreação e o inativo (18%). E ainda: mulheres são mais deprimidas (10,5%) do que homens (5%) (Cvitanovic, M. Z., et al., 2007).

Alguns estudos centraram o objetivo na avaliação de sintomas depressivos em estudantes de Medicina. Mehanna e Richa (2006) buscaram avaliar todos os estudantes de medicina de uma universidade e comparar com os estudantes de farmácia da mesma instituição. Como resultado, observaram que não há diferença significativa entre os grupos. Ainda assim os de medicina apresentaram uma prevalência de 27,63% de sintomas depressivos, um dos mais altos índices encontrados. Esse alto valor pode ser justificado pelo instrumento e ponto de corte utilizado (BDI – Inventário de Depressão de Beck, em que se

considera depressivo quem pontuasse 13 ou mais, que inclui desde sintomas leves a moderados e graves). Em uma pesquisa com 262 estudantes de medicina nigerianos, com idade entre 16 e 30 anos, Aniebue e Onyema (2008) observaram uma prevalência de sintomatologia depressiva de 23,3%. Esse mesmo estudo mostrou que fumantes apresentam mais pontuação para sintomas depressivos que não-fumantes. Kaya, Genç, Kaya e Pehlivan (2007) objetivaram avaliar a prevalência de sintomas depressivos, formas de enfrentamento e relações com variáveis sociodemográficas entre duas faculdades de saúde. Participaram dessa pesquisa 754 estudantes em que foi utilizado o BDI (ponto de corte: 17) como instrumento de avaliação da sintomatologia depressiva. Dos avaliados, 31,8% dos estudantes da Escola Superior de Serviços de Saúde e 21,9% da Faculdade de Medicina apresentaram sintomas depressivos acima do ponto de corte. Em um estudo brasileiro com estudantes de medicina, Hirata et al. (2007) constataram que 32,9% dos 161 estudantes com idade entre 19 e 30 anos apresentaram sintomas depressivos (BDI - ponto de corte: 10). Ainda observaram que história de depressão na família e uma vida sedentária estão associadas aos sintomas depressivos.

Dados alarmantes indicam que 70% dos estudantes de uma universidade médica do Paquistão apresentaram sintomas depressivos e ansiosos (Khan, Mahmood, Badshah, Ali e Jamal, 2006). A crítica que se faz do estudo é que ele não separa sintomas depressivos de ansiosos e não explica o período de realização do mesmo, além de incluir sintomas leves. Há de se concordar que esse valor é muito superior e diferente dos demais estudos encontrados, demonstrando alguma falha metodológica. Em contraste a este, Rab, Mamdou e Nasir (2008), também com estudantes de medicina do Paquistão, encontraram uma prevalência de 19,5% de sintomas depressivos e 43,7% de sintomas de ansiedade em 87 alunos selecionados aleatoriamente.

Dois estudos envolvendo alunos de cursos de Psicologia foram encontrados, ambos com resultados amplamente diferentes. Yoon e Lau (2008) avaliaram 140 estudantes (79% de

mulheres, com idade média de 19,8 anos) com o BDI-II, entre outros instrumentos (foi o único estudo que especificou o uso do BDI-II), e encontraram prevalência de 12,47% de estudantes que apresentavam sintomatologia depressiva. Já Bouteyre, Maurel e Bernaud, (2007) ao avaliar 233 alunos do primeiro ano de Psicologia com um questionário embasado no BDI, entre outros instrumentos, encontraram a prevalência de 41%. Não foi identificado nesse estudo dados de confiabilidade, validade e fidedignidade do instrumento criado com base no BDI para se confiar em uma taxa tão alta, como a apresentada.

Um dos únicos estudos encontrados com delineamento de pesquisa longitudinal envolveu alunos do primeiro ano de Medicina Veterinária. Dos alunos avaliados, 33,4% apresentaram sintomas depressivos e 15% da amostra relataram aumento da sintomatologia entre o primeiro e o segundo semestre. A amostra foi estabelecida com 78 estudantes (Hafen, Reisbig, White & Rush, 2008).

Vázquez e Blanco (2008) avaliaram a prevalência do Transtorno Depressivo Maior (e não apenas a sintomatologia depressiva) em universitários. Foram entrevistados 554 estudantes espanhóis, incluindo alunos de pós-graduação, pelo instrumento Muñoz's Mood Screener (Avaliação de Humor de Muñoz) que, segundo estudos, é consistente com instrumentos como o SCID. Os autores identificaram a prevalência de 8,7% de Episódios Depressivos Maiores (atuais ou passados). Entre estes, os sintomas mais comuns são humor deprimido (81,3%) e alteração do sono (79,2%). Há maior prevalência em mulheres do que em homens. Dos que apresentaram transtorno do humor, 0,6% tinham pensado em suicídio e 0,2% tinham tentado suicídio. Este trabalho demonstra quanto é elevada a prevalência desse transtorno entre os universitários.

Outro trabalho que utilizou um instrumento diagnóstico foi o de Adewuya (2006). O autor utilizou o MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview) em 2658 estudantes nigerianos com problemas relacionados ao álcool. O objetivo do autor era estimar a

prevalência de depressão entre os estudantes dependentes, abusadores ou com uso nocivo de álcool. Foi identificado que 23,8% dos alunos com dependentes do álcool, 17,2% dos abusadores e 12,4% dos que faziam uso nocivo também tinham Transtorno Depressivo Maior (TDM). Esses dados salientam a importância da avaliação precoce e o tratamento da depressão como estratégia preventiva aos problemas relacionados ao uso de álcool em universitários.

Bailer, Schwarz, Witthöft, Stübinger e Rist (2007) realizaram uma pesquisa para identificar a prevalência de diversos transtornos psicológicos (afetivos, ansiedade, somatoformes, alimentares e associados a problemas com álcool) entre 1130 universitários alemães. Dos participantes, 22,7% tiveram ao menos um transtorno (à exceção de abuso/dependência de álcool), 8,1% apresentaram transtornos depressivos (incluindo distímia) e 6% Transtorno Depressivo Maior. Outro trabalho que visa a avaliar a relação entre sintomas depressivos e tabagismo apresenta que estudantes com sintomas depressivos elevados fumam significativamente mais cigarros por dia do que aqueles com baixa sintomatologia depressiva. Os autores defendem que esses resultados aumentam as evidências de que sintomas depressivos são um fator de risco para o tabagismo em estudantes universitários (Kenney & Holahan, 2008). Já um terceiro estudo afirma que homens fumantes têm probabilidade quatro vezes maior de serem deprimidos do que homens não-fumantes. O mesmo não se observa em mulheres (Wang, Browne, Storr & Wagner, 2005).

Estudos que correlacionam a presença de sintomas depressivos com a qualidade do sono também foram realizados. Foram avaliados 638 estudantes (340 mulheres e 298 homens), com idade média de 20,2 anos, através do BDI (corte: 15), Epworth Sleepiness Scale (ESS – escala de sonolência de Epworth – ponto de corte: 10) e Sleep Habits Questionnaire (questionário de hábitos do sono). Dos estudantes, 14,8% apresentaram sintomas depressivos em algum grau (sendo significativamente mais em mulheres). Alunos

com sintomas depressivos tiveram maior número de dias com sonolência durante a aula ( $p < 0,05$ ) e a percepção de que isso afetou os seus resultados acadêmicos a um nível mais elevado ( $p < 0,001$ ) do que os alunos sem sintomas depressivos (Moo-Estrella, Pérez-Benítez, Solís-Rodríguez e Arankowsky-Sandoval, 2005). Encontraram-se diversas alterações no sono em uma grande proporção dos indivíduos estudados, os quais foram mais graves para aqueles que apresentaram sintomas depressivos. Sendo assim, o tempo total de sono é um bom preditor de estado e sintomas depressivos (Kawada, Katsumata, Suzuki e Shimizu, 2007).

Um importante estudo de avaliação de sintomas depressivos em universitários foi realizado por Steptoe, Tsuda, Tanaka e Wardle (2007). Os pesquisadores avaliaram 17.348 estudantes em 23 países (sem a presença do Brasil) com alta, média e baixa renda socioeconômica, com idades entre 17 e 30 anos. Os estudantes eram dos cursos de ciências físicas, engenharia, direito, ciências sociais, letras, geografia, história e economia. O instrumento utilizado foi o BDI-13 itens, versão reduzida do inventário conhecido mundialmente por sua boa validade e fidedignidade na avaliação dos sintomas depressivos. O ponto de corte para definir quem apresentava ou não os sintomas depressivos foi maior ou igual a 8. Os resultados da pesquisa apresentam sintomas depressivos em 19% dos homens e 22% das mulheres. Já 4,9% dos homens e 4,2% das mulheres obtiveram escores que indicam TDM (acima de 16). As diferenças entre países foram altamente significativas (com índices mais elevados em Taiwan, Coréia, Japão, África do Sul e Tailândia; e níveis mais baixos em Bélgica, Holanda e Venezuela). Não foram encontrados outros estudos com amostras tão grandes e com tão variados locais de coleta, o que torna este tão importante. Os sintomas depressivos mais elevados foram registrados nos países com maior desigualdade de renda e com culturas menos individualistas. Circunstâncias pessoais, crenças e fatores culturais

podem contribuir para sintomas depressivos nesta população. Os sintomas depressivos foram mais prevalentes entre alunos de origens socioeconômicas mais desfavoráveis.

Outro trabalho que envolve comparação de sintomas depressivos em universitários de diversos países foi organizado por Mikolajczyk et al. (2008). Os autores compararam a sintomatologia depressiva entre países das Europas Ocidental e Oriental. Um total de 2146 estudantes de Bulgária, Polônia, Alemanha e Dinamarca foram avaliados através de um BDI modificado. Os autores alteraram as sentenças do BDI para ser registrado de “0” para “nunca” a “5” para “sempre”, retirando o item que avalia a perda de peso. O ponto de corte foi igual ou maior que 35 pontos. Sintomas depressivos foram mais prevalentes no leste europeu do que nos países da Europa Ocidental. A prevalência foi (sexo feminino/sexo masculino): 26,7% / 22,8% na Alemanha, 24,9% / 12,1% na Dinamarca, 45,5% / 27,3% na Polônia e 42,9% / 33,8% na Bulgária. O estudo ainda apresenta uma associação entre renda percebida como insuficiente e níveis mais altos de sintomas depressivos, mas que não diferem entre os países. Dados semelhantemente elevados foram encontrados em 2103 alunos do primeiro ano da faculdade de Alemanha, Polônia e Bulgária: 23%, 34% e 39% (Mikolajczyk, Maxwell, Naydenova, Meier & El Ansari, 2008).

Uma quarta pesquisa que envolveu estudo multicêntrico objetivou determinar se a associação entre álcool e sintomas depressivos presentes em homens e mulheres mais velhas também está presente em adultos jovens independente da cultura, posição socioeconômica e estado da saúde. Para isso, 6932 homens e 8816 mulheres de 20 países (novamente o Brasil não incluso), todos estudantes universitários, preencheram o BDI e outro questionário que avalia o uso do álcool. Sintomas depressivos foram encontrados em 19,3% dos não-usuários; 16,3% nos que usam moderadamente; e 20% nos de uso pesado. Com isso, há associação entre o consumo de álcool e sintomas depressivos previamente identificados nos países ocidentais na população avaliada. Esta relação não é secundária a variações no estado de

saúde socioeconômica antecedentes, idade e sexo (O'Donnell, Wardle, Dantzer & Steptoe, 2006).

Um estudo brasileiro que avalia a presença de sintomas depressivos entre universitários de enfermagem e sua auto-estima, percepção da saúde física e interesse por saúde mental foi realizado. Participaram da pesquisa 224 estudantes, sendo 11 homens e 213 mulheres. A pesquisa foi feita na própria sala de aula, em período cedido para o estudo. Escores menores que 15 no BDI foram considerados como sem presença de sintomas depressivos, 15 a 20 para disforia ou depressão leve, 20 a 30 para depressão moderada e acima de 30 como depressão grave. Dos avaliados, 19,2% apresentaram algum sinal de depressão (independente do grau): 12,5% sintomas leves, 6,3% sintomas moderados e 0,4% sintomas graves. Os autores destacam que, nesse estudo, os índices apresentados estão nos níveis esperados para a população (Furegato, Santos & Silva, 2008).

Um trabalho nigeriano avaliou 1206 estudantes de 15 a 41 anos (694 homens e 512 mulheres), buscando a prevalência de TDM através do MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview). Os resultados indicaram que 8,3% dos estudantes preencheram critérios para depressão – 5,6% para distímia e 2,7% para TDM, uma das menores taxas encontradas (Adewuya, Ola, Aloba, Mapayi & Oginni, 2006). Na Turquia também se realizou um estudo para estimar a prevalência de universitários com sintomas deprimidos. Através de uma amostra probabilística estratificada de 504 estudantes (296 homens, 208 mulheres), Bostanci et al. (2005) levantaram a prevalência de 26,2% dos estudantes com sintomas depressivos elevados. Em universitários com mais de 22 anos, a prevalência sobe para importantes 32,1%. Estudantes com baixo nível socioeconômico apresentam sintomas em 34,7%, e alunos com baixo rendimento acadêmico têm 62,9% de prevalência (característica preocupante). Outro estudo envolvendo estudantes turcos apresentou prevalência de níveis moderados ou graves de depressão em 27,1% dos 1617 alunos da

amostra. O mesmo estudo apresenta 47,1% de ansiedade e 27% de estresse e destaca que o primeiro e o segundo ano de curso são os que apresentam maiores taxas nas três variáveis estudadas (Bayram & Bilgel, 2008).

Chandler, Wang, Ketter e Goodwin (2008) compararam as diferenças na prevalência de alterações do humor, depressão e angústia nos primeiros anos de graduação em duas universidades. Participaram 1426 estudantes de Oxford (O), mais 593 estudantes de Stanford (S) de 23 cursos diferentes, através de e-mail. Resultados semelhantes foram encontrados entre as universidades para depressão (O: 6,2%, S: 6,6%), angústia (O: 42,4%, S: 38,3%), e uso ou não de medicação (psicotrópicos: O: 1,5%, S: 3,5%; não usa: O: 13,3%, S: 18%). Além disso, pôde-se observar a presença de sintomas de bipolaridade em 4% dos alunos de O e 1,7% de S.

#### *Fatores associados*

Alguns trabalhos pesquisados, além de apresentar resultados de prevalência, mostraram cálculos de correlação entre variáveis a fim de apresentar fatores associados às taxas apresentadas de sintomas depressivos em universitários. Ao examinar relações entre perfeccionismo, solidão e sintomas depressivos, Chang, Sanna, Chang e Bodem (2008) observam que perfeccionismo e solidão são preditores de sintomas depressivos. Quanto ao uso de drogas, como já visto, há associação entre o consumo de álcool, o tabagismo e sintomas depressivos, (O'Donnell et al., 2006; Gollust et al., 2008; Kenney & Holahan, 2008).

Quanto à expressão de raiva por estudantes taiwanenses, diferente da cultura ocidental, todos os modos de expressão de raiva eram neutros ou associados à depressão (Cheng, Mallinckrodt & Wu, 2005). Os dados são corroborados com o trabalho de Chaplin

(2006). Neste segundo estudo foi possível observar diferença significativa entre sintomas depressivos e experiência emocional entre os sexos (mulheres mais que homens). Ainda na expressão de sentimentos, chineses expressam mais sintomas somáticos que sintomas afeto-cognitivos (Chang, 2007).

Pesquisas indicam que ser mulher, ter menos de 20 anos e estar nos primeiros semestres da faculdade (ser calouro) aumentam os riscos de ter sintomatologia depressiva (Yang et al, 2007; Aniebue & Onyema, 2008; Adewuya et al., 2006). Ter história familiar de depressão também aumenta a probabilidade de surgirem sintomas depressivos (Hirata et al., 2007).

Um estudo comparando a presença de transtornos alimentares e transtornos depressivos em universitários apresentou que sintomas depressivos não são medidas de associação entre uma baixa habilidade de responder com soluções competentes para hipotéticas situações estressantes envolvendo comida, peso e transtornos alimentares. Isto é, baixa solução de problemas alimentares é diretamente associado com transtornos alimentares e não com transtornos depressivos (VanBoven & Espelage, 2006).

Os estudantes universitários que vivem em dormitórios são significativamente mais deprimidos e ansiosos do que aqueles que vivem em casa. Os que têm uma história de vida com acontecimentos negativos no passado recente são mais suscetíveis à depressão. Os que têm mais amigos são menos ansiosos e deprimidos (Rab, Mamdou & Nasir, 2008). Estudantes excluídos são mais suscetíveis a um baixo senso de realização pessoal e têm menor qualidade de vida (Dyrbye, 2006).

Elevada identificação da cultura familiar e pessoal podem atuar como fator protetor para experiência de sintomas depressivos tanto no curto prazo (um ano) como a longo prazo (ao longo da vida) (Asvat & Malcarne, 2008). Paralelo a isso, em trabalho realizado com

muçulmanos, observou-se que a religião também pode agir como protetora contra ansiedade e depressão em universitários (Vasegh & Mohammadi, 2007).

Muller (2004) objetivou determinar se características alexitímicas podem ser diferenciadas de aflição sofrida durante os episódios depressivos. Alexitimia é a marcante dificuldade para usar a comunicação verbal apropriada para expressar e descrever sentimentos, bem como sensações corporais. Por causa dessas dificuldades tão freqüentemente observadas em indivíduos deprimidos, a relação entre Alexitimia e depressão é uma fonte de debate em curso. Através de instrumentos como o BDI e o TAS, concluiu-se que na Alexitimia o estilo de personalidade é reservada e menos introspectiva (não descreve por ser reservado); já na depressão há dificuldade de descrever experiências emocionais positivas, estando com níveis mais elevados de abertura dos sentimentos negativos (descreve sentimentos negativos).

### *Ideação suicida*

Estudantes com ideação suicida atual têm sintomas depressivos significativamente maiores que os sem ideação suicida. Dos pesquisados por Garlow et al. (2008), 11,1% apresentaram ideação suicida atual (nas últimas quatro semanas), sendo que 16,5% destes alunos já fizeram tentativa de suicídio ou auto-mutilação. São dados preocupantes, principalmente por se tratar de uma grande maioria de jovens estudantes. No mesmo estudo, os autores referem que 85% dos alunos com sintomas moderadamente graves ou graves para depressão ou com atual tendência suicida (84%) não estavam em tratamento.

Outro estudo realizado por Kisch, Leino e Silverman (2005) com 15977 universitários americanos apresenta que 9,5% consideram seriamente a tentativa de suicídio e 1,5% tentaram suicídio no último ano, dado semelhante ao apresentado por Moo-Estrella, Pérez-

Benítez, Solís-Rodríguez e Arankowsky-Sandoval (2005). Neste segundo trabalho, 9% dos estudantes referem que gostariam de morrer. Ainda no trabalho de Kisch, Leino e Silverman (2005), menos de 20% dos alunos estavam realizando tratamento.

Em uma pesquisa para identificar a relação entre a auto-eficácia, depressão, satisfação com a vida e tentativa de suicídio em estudantes universitários, os resultados indicam que a tentativa de suicídio é influenciada por auto-eficácia, depressão e satisfação com a vida (Jo & Lee, 2008). Isto é, quanto menores a auto-eficácia e a satisfação com a vida e maiores os sintomas depressivos, maior será a probabilidade de se tentar suicídio; quanto maiores a auto-eficácia e a satisfação com a vida e menores os sintomas depressivos, menor a probabilidade.

### **Considerações Finais**

É extremamente preocupante observar elevadas taxas de prevalência de sintomatologia depressiva em universitários. Os números variam de 8,7% (mínima de TDM) a 45,5% (máxima sintomatologia, encontrada na Polônia). Os resultados sugerem a necessidade de desenvolver algum tipo de programa ou serviço para estudantes universitários com o objetivo de prevenir a depressão e melhorar sua adaptação à vida universitária (Lee Ridner, Staten & Danner, 2005; Merritt, Price, Mollison & Geddes, 2007).

Certamente, devem-se considerar as diferenças das metodologia utilizadas para a averiguação proposta. De questionários desenvolvidos exclusivamente para o estudo, passando a inventários reconhecidos mundialmente, chegando a alterações nesses referidos, uma grande lista de instrumentos em diversas formas de aplicação (por internet, carta, nas salas de aula, etc.) foi utilizada. Isso certamente interfere nos resultados dos estudos e prejudica a realização de combinações entre eles para apresentar um dado mais exato de prevalência.

Outro fator influente na definição da prevalência é a alteração do ponto de corte entre uma pesquisa e outra. Há estudos, por exemplo, que usam o ponto de corte do BDI como sendo 17, outros como sendo 11. Certamente, o número de casos com sintomatologia depressiva aumentará muito no estudo que utilizar o ponto de corte 11.

Mesmo com as diferenças metodológicas, um fator associado parece estar presente na maioria dos estudos que levantaram essa questão: há maior probabilidade de presença de sintomas depressivos em mulheres, calouros (alunos novatos da universidade) e pessoas com baixa renda socioeconômica (Galindo, Moreno, Muñoz & Conesa, 2008). Quanto às mulheres, há muitos outros fatores que podem contribuir para maior sintomatologia – como os hormônios –, sendo necessário maior controle metodológico para poder diferenciar a presença dos sintomas em mulheres universitárias ou não.

É importante destacar a elevada prevalência de ideação suicida (Garlow, et al., 2008) e a pouca procura por tratamento. Quando há risco para si ou para outros, maior deve ser a atenção dada por profissionais da saúde para atender à demanda apresentada. Universidades, por maior ou menor que sejam, necessitam de uma equipe de apoio multiprofissional para que seja dada atenção a casos como o de ideação suicida, a fim de identificar o desejo de se matar ainda quando é apenas um pensamento, sem a procura de atos concretos. Para tanto indicam-se trabalhos com maior controle metodológico de prevenção e educação (informação) sobre TDM, seus fatores associados e riscos, para, assim, haver melhora na qualidade de vida e diminuição dos sintomas depressivos em universitários. Dessa forma, resultados mais animadores podem ser esperados para os próximos anos.

## Referências

- Adewuya, A. O. (2006). Prevalence of major depressive disorder in Nigerian college students with alcohol-related problems. *General Hospital Psychiatry, 28*(2), 169-173.
- Adewuya, A. O., Ola, B. A., Aloba, O. O., Mapayi, B. M., & Oginni, O. O. (2006). Depression amongst Nigerian university students: prevalence and sociodemographic correlates. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 41*(8), 674-678.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR – Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed.
- Angst, J., Gamma, A., Neuenschwander, M., Ajdacic-Gross, V., Eich, D., Rössler, W. et al. (2005). Prevalence of mental disorders in the Zurich cohort study: A twenty year prospective study. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale, 14*, 68-76.
- Aniebue, P. N., & Onyema, G. O. (2008). Prevalence of depressive symptoms among Nigerian medical undergraduates. *Tropical Doctor, 38*(3), 157-158.
- Asvat, Y., & Malcarne, V. (2008). Acculturation and depressive symptoms in Muslim university students: Personal-family acculturation match. *International Journal of Psychology, 43*(2), 114-124.
- Bahls, S. C., & Bahls, F. R. C. (2002). Depressão na adolescência: características clínicas. *Interação em Psicologia, 6* (1), 49-57.
- Bailer, J., Schwarz, D., Witthöft, M., Stübinger, C., & Rist, F. (2007). Prevalence of Mental Disorders Among College Students at a German University. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 19*.
- Bayram, N., & Bilgel, N. (2008). The prevalence and socio-demographic correlations of depression, anxiety and stress among a group of university students. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 43*(8), 667-672.
- Bijl, R. V., Ravelli, A., & van Zerssen, G. (1998). Prevalence of psychiatric disorder in the general population: Results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 33*, 587-595.
- Bostanci, M., Ozdel, O., Oguzhanoglu, N. K., Ozdel, L., Ergin, A., Ergin, N., et al. (2005). Depressive symptomatology among university students in Denizli, Turkey: prevalence and sociodemographic correlates. *Croatian Medical Journal, 46*(1), 96-100.
- Bouteyre, E., Maurel, M., & Bernaud, J. L. (2007). Daily hassles and depressive symptoms among first year psychology students in France: the role of coping and social support. *Stress and Health, 23*(2), 93.
- Chandler, R. A., Wang, P. W., Ketter, T. A., & Goodwin, G. M. (2008). A new US-UK diagnostic project: mood elevation and depression in first-year undergraduates at Oxford and Stanford universities. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 118*(1), 81-85.

- Chang, E. C., Sanna, L. J., Chang, R., & Bodem, M. R. (2008). A preliminary look at loneliness as a moderator of the link between perfectionism and depressive and anxious symptoms in college students: does being lonely make perfectionistic strivings more distressing? *Behaviour Research and Therapy*, *46*(7), 877-886.
- Chang, H. (2007). Depressive symptom manifestation and help-seeking among Chinese college students in Taiwan. *International Journal of Psychology*, *42*(3), 200-206.
- Chaplin, T. M. (2006). Anger, Happiness, and Sadness: Associations with Depressive Symptoms in Late Adolescence *Journal of Youth and Adolescence*, *35*(6), 977-986.
- Cheng, H-L., Mallinckrodt, B., & Wu, L-C. (2005). Anger expression toward parents and depressive symptoms among undergraduates in Taiwan. *The Counseling Psychologist*, *33*(1) 72-97.
- Cvitanovic, M. Z., Duplancic, D., Lasic, D., Stipetic, I., Tripkovic, M., & Capkun, V. (2007). Depressive symptoms and sport activity among college students. *European Psychiatry*, *22*, 234-235.
- Dell'Aglio, D. D., & Hutz, C. S. (2004). Depressão e desempenho escolar em crianças e adolescentes institucionalizados. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *17* (3), 341-350.
- Dyrbye, L. N., Thomas, M. R., Huschka, M. M., Lawson, K. L., Novotny, P. J., Sloan, J. A., & Shanafelt, T. D. (2006). A multicenter study of burnout, depression, and quality of life in minority and nonminority US medical students. *Mayo Clinic Proceedings*, *81*(11), 1435-1442
- Eisenberg, D., Gollust, S. E., Golberstein, E., & Hefner, J. L. (2007). Prevalence and correlates of depression, anxiety, and suicidality among university students. *The American Journal of Orthopsychiatry*, *77*(4), 534-542.
- Furegato, A. R., Santos, J. L., & Silva, E. C. (2008). Depression among nursing students associated to their self-esteem, health perception and interest in mental health. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *16*(2), 198-204.
- Galindo, S. B., Moreno, I. M., Muñoz, J. G., & Conesa, A. C. (2008). Academic and psychosocio-familiar factors associated to anxiety and depression in university students. Reliability and validity of a questionnaire. *Revista Española de Salud Pública*, *82*(2), 189-200.
- Garlow, S. J., Rosenberg, J., Moore, J. D., Haas, A. P., Koestner, B., Hendin, H., & Nemeroff, C. B. (2008). Depression, desperation, and suicidal ideation in college students: results from the American Foundation for Suicide Prevention College Screening Project at Emory University. *Depression and Anxiety*, *25*(6), 482-488.
- Gollust, S. E., Eisenberg, D., & Golberstein, E. (2008). Prevalence and correlates of self-injury among university students. *Journal of American College Health*, *56*(5), 491-498.

- Hafen, M., Reisbig, A. M., White, M. B., & Rush, B. R. (2008). The first-year veterinary student and mental health: the role of common stressors. *Journal of Veterinary Medical Education*, 35(1), 102-109.
- Hirata, F. C., Lima, M. C., de Bruin, V. M., Nóbrega, P. R., Wenceslau, G. P., & de Bruin, P. F. (2007). Depression in medical school: the influence of morningness-eveningness. *Chronobiology International*, 24(5), 939-946.
- Jacobi, F., Wittchen, H. U., Höltling, C., Höfler, M., Pfister, H., Müller, N. et al. (2004). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: Results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological Medicine*, 34, 597-611.
- Jo, K. H., & Lee, H. J. (2008). Relationship between self-efficacy, depression, level of satisfaction and death attitude of college students. *Taehan Kanho Hakhoe Chi*, 38(2), 229-237.
- Kawada, T., Katsumata, M., Suzuki, H., & Shimizu, T. (2007). Actigraphic predictors of the depressive state in students with no psychiatric disorders. *Journal of Affective Disorders*, 98(1-2), 117-120.
- Kaya, M., Genç, M., Kaya, B., & Pehlivan, E. (2007). Prevalence of depressive symptoms, ways of coping, and related factors among medical school and health services higher education students. *Turk Psikiyatri Derg*, 18(2), 137-146.
- Keller, M. B., & Bolland, R. J. (1998). Implications of failing to achieve successful long-term maintenance treatment of recurrent unipolar major depression. *Biological Psychiatry*, 44, 348-360.
- Kenney, B. A., & Holahan, C. J. (2008). Depressive symptoms and cigarette smoking in a college sample. *Journal of American College Health*, 56(4), 409-414.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Keretz, D., Merikangas, K. R. et al. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: Results from the national Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*, 289, 3095-3105.
- Khan, M. S., Mahmood, S., Badshah, A., Ali, S. U., & Jamal, Y. (2006). Prevalence of depression, anxiety and their associated factors among medical students in Karachi, Pakistan. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 56(12), 583-586.
- Kisch, J., Leino, E. V., & Silverman, M. M. (2005). Aspects of suicidal behavior, depression, and treatment in college students: results from the spring 2000 national college health assessment survey. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 35(1), 3-13.
- Lee Ridner, S., Staten, R. R., & Danner, F. W. (2005). Smoking and depressive symptoms in a college population. *The Journal of School Nursing*, 21(4), 229-235.
- Mehanna Z, & Richa S. (2006). Prevalence of anxiety and depressive disorders in medical students. Transversal study in medical students in the Saint-Joseph University of Beirut. *L'Encéphale*, 32(6), 976-982.

- Merritt, R., Price, J. R., Mollison, J., & Geddes, J. R. (2007). A cluster randomized controlled trial to assess the effectiveness of an intervention to educate students about depression. *Psychological Medicine*, 37, 363–372.
- Mikolajczyk, R. T., Maxwell, A. E., El Ansari, W., Naydenova, V., Stock, C, Ilieva, S., et al. (2008). Prevalence of depressive symptoms in university students from Germany, Denmark, Poland and Bulgaria. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(2), 105-112.
- Mikolajczyk, R. T., Maxwell, A. E., Naydenova, V., Meier, S., & El Ansari, W. (2008). Depressive symptoms and perceived burdens related to being a student: Survey in three European countries. *Clinical Practice Epidemiology in Mental Health*, 3, 4-19.
- Moo-Estrella, J., Pérez-Benítez, H., Solís-Rodríguez, F., & Arankowsky-Sandoval, G. (2005). Evaluation of depressive symptoms and sleep alterations in college students. *Archives of Medical Research*, 36(4), 393-398.
- Muller, A. M. (2004). Alexithymic features and depressive symptoms: Differences in personality characteristics and in emotional expression among college students (tese de Doutorado, Central Michigan University)
- Organização Mundial da Saúde (1993). *Classificação Internacional de Doenças*, 10<sup>a</sup> Ed.
- O'Donnell, K., Wardle, J., Dantzer, C., & Steptoe, A. (2006). Alcohol consumption and symptoms of depression in young adults from 20 countries. *Journal of Studies on Alcohol*, 67(6), 837-840.
- Rab, F., Mamdou, R., & Nasir, S. (2008). Rates of depression and anxiety among female medical students in Pakistan. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 14(1), 126-133.
- Steptoe, A., Tsuda, A. Tanaka, Y., & Wardle, J. (2007). Depressive Symptoms, Socio-Economic Background, Sense of Control, and Cultural Factors in University Students from 23 Countries. *International Journal of Behavioral Medicine*, 14(2), 97-107.
- Szadoczky, E., Papp, Z., Vitrai, J., Rihmer, Z., & Furedi, J. (1998). The prevalence of major depressive and bipolar disorders in Hungary: Results from a national epidemiologic survey. *Journal of Affective Disorders*, 50, 153-162.
- VanBoven, A. M., & Espelage, D. L. (2006). Depressive Symptoms, Coping Strategies, and Disordered Eating Among College Women. *Journal of Counseling and Development*, 84(3), 341-348.
- Vasegh, S., & Mohammadi, M. R. (2007). Religiosity, anxiety, and depression among a sample of Iranian medical students. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 37(2), 213-227.
- Vázquez, F. L., & Blanco, V. (2008). Prevalence of DSM-IV Major Depression Among Spanish University Students. *Journal of American College Health*, 57(2), 165-172.

- Wang, Y., Browne, D. C., Storr, C. L., & Wagner, F. A. (2005). Gender and the tobacco-depression relationship: a sample of African American college students at a Historically Black College or University (HBCU). *Addictive Behaviors, 30*(7), 1437-1441.
- Yang J., Peek-Asa C., Corlette J. D., Cheng G., Foster D. T., & Albright J. (2007). Prevalence of and risk factors associated with symptoms of depression in competitive collegiate student athletes. *Clinical Journal of Sport Medicine, 17*(6), 481-487.
- Yoon, J., & Lau, A. S. (2008). Maladaptive perfectionism and depressive symptoms among Asian American college students: contributions of interdependence and parental relations. *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology, 14*(2), 92-101.
- Zavaschi, M. L. S., Satler, E., Poester, D., Vargas, C. E., 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.

## **CAPÍTULO II:**

### **Propriedades psicométricas do Inventário de Depressão de Beck – II (BDI-II) em uma população universitária**

Dentre os vários testes psicológicos existentes para avaliar alterações no humor e sintomatologia depressiva, o Inventário de Depressão de Beck (BDI) é um dos mais utilizados em pesquisa e clínica. Trata-se de uma escala sintomática desenvolvida em 1961 por Beck e Steer (1993). Cada um de seus 21 itens permite diferentes alternativas de respostas que correspondem a níveis crescentes de gravidade da sintomatologia depressiva, com escore de zero a três. A soma dos escores dos itens individuais fornece um escore total, que constitui uma medida da intensidade dos sintomas depressivos. Esta, conforme normas americanas, pode, então, ser classificada como mínima, leve, moderada ou grave (Beck & Steer, 1993). A adaptação desse instrumento à realidade brasileira só foi concluída em 2001 (Cunha, 2001).

Nos EUA, devido à importância na repercussão e no uso do inventário, observou-se a necessidade de atualizá-lo, adequando os itens aos critérios de Depressão Maior do DSM-IV (American Psychiatric Association [APA], 1995) – o DSM-IV-TR não havia ainda sido lançado. Desta forma, organizou-se o Inventário de Depressão de Beck - II (BDI-II), em 1996 (Beck, Steer & Brown, 1996). Nesta nova versão, além do tempo de avaliação, que passou de uma para duas semanas, alguns itens referentes a critérios específicos, que não estavam presentes no instrumento anterior, foram incluídos (avaliação da agitação, auto-estima, dificuldade de concentração e perda de energia) e outros excluídos (perda de peso, mudança na imagem do corpo, dificuldade para trabalhar e preocupação somática).

Somente em 2008, ano corrente, já foram publicados 15 artigos analisando as propriedades psicométricas para validação do BDI-II em seus países e populações. Tais

estudos envolviam pacientes hospitalizados após infarto agudo do miocárdio (Thombs, Ziegelstein, Beck, & Pilote, 2008), pacientes psiquiátricos adolescentes (Besier, Goldbeck, & Keller, 2008), pacientes após tentativa de suicídio (Joe, et al., 2008), estudantes do ensino médio (Osman, et al., 2008), estudantes universitários (Nykiel, 2008; Segal, Coolidge, Cahill, & O'Riley, 2008; Shean, & Baldwin, 2008), entre outros.

Acredita-se que validar um instrumento avaliativo de sintomas depressivos, que já possui uma nova versão sendo utilizada em muitos países e que objetiva aproximar a medida do diagnóstico de depressão apresentado pelos manuais vigentes, seja de grande valor social e clínico. Desta forma, esse estudo visa a avaliar as propriedades psicométricas do BDI-II e, assim, realizar a validade de construto através de sua representação comportamental em uma população universitária. Para essa avaliação, escolheram-se as técnicas de análise fatorial e consistência interna, além de avaliar a estabilidade temporal. Além disso, observar fatores associados à sintomatologia depressiva, seus graus de correlação e significância, também são objetivos do estudo.

## **Metodologia**

Este estudo quantitativo transversal ocorreu em uma universidade particular do Estado do Rio Grande do Sul. A amostra foi composta por informações provindas da Coordenadoria de Registro Acadêmico do estabelecimento sobre o número total de alunos matriculados em graduações no Campus Central da Universidade no segundo semestre de 2007, sendo este o de 24.046 alunos, e o número total de alunos matriculados em cada uma das 22 faculdades que a compõem. Desta forma, pôde-se definir o peso de cada faculdade no total de alunos e, com essa informação, ver quantos alunos de cada faculdade seriam necessários para compor a amostra, fazendo, assim, uma distribuição proporcional da amostra.

Levando-se em conta que para uma boa avaliação do instrumento são necessários 15 participantes por questão do instrumento (Pasquali, 2007), 315 universitários seriam suficientes para cumprir com os objetivos desse estudo. Porém, como este estudo faz parte de um projeto do grupo de pesquisa Avaliação e Intervenção no Ciclo Vital de levantamento de sintomas de depressão e bipolaridade em universitários, a aplicação e a análise foram feitas numa amostra maior. Contabilizando 30% a mais para perdas e erros amostrais, 907 estudantes universitários participaram como amostra desse estudo.

Após a submissão do projeto à Comissão Científica, e já tendo a aprovação e o consentimento das Pró-Reitorias de Assuntos Comunitários e Graduação da Universidade e do Comitê de Ética da instituição, a próxima etapa foi sortear os alunos que comporiam a amostra. Através de uma lista com informações de currículo, semestre, turmas, disciplinas e horários de todas as faculdades, fez-se sorteio a partir do currículo, semestre e turma. Projetou-se que cada turma teria, em média, 30 alunos. Sendo assim, nas faculdades que precisaram de mais do que essa quantidade para compor a amostra, foi sorteado outro currículo, semestre e turma. Pela impossibilidade logística de sortear os alunos de cada currículo/semestre/turma, todos os que estavam presentes no momento da aplicação dos instrumentos compuseram a amostra. Com a informação de quais currículos/semestres/turmas foram sorteados, marcaram-se reuniões e audiências com os diretores e coordenadores das faculdades para apresentar o estudo e as aprovações das Pró-Reitorias (que respeitavam o direito de cada faculdade não aceitar participar do estudo). Após aprovação, o diretor escolhia uma disciplina dentre as pertencentes ao currículo, semestre e turma sorteado anteriormente e permitia o contato dos pesquisadores com o professor da disciplina. Nesse contato definia-se o momento da aplicação dos instrumentos, que na maioria dos casos ocorreu durante o período de aula, tendo o cuidado para evitar o início e final dos semestres, marcados por trabalhos e provas avaliativas, o que poderia interferir na avaliação dos sintomas. Foram

excluídos semestres dos cursos com mais de 10 semestres e re-sorteado o currículo e semestre de faculdades que não ofereciam disciplinas nos semestres sorteados inicialmente (há faculdades que só ofertaram disciplinas dos semestres ímpares no primeiro semestre de 2008 e pares no segundo semestre de 2008).

Das 22 faculdades que compõem a Universidade, 17 aprovaram a realização do estudo: Teologia, Letras, Educação (Pedagogia), Filosofia e Ciências Humanas (Sociologia, História, Geografia), Administração de Empresas, Biologia, Medicina, Farmácia, Enfermagem-Nutrição-Fisioterapia, Educação Física, Matemática, Física, Química, Engenharia, Informática, Ciências Aeronáuticas e Arquitetura. Cinco faculdades não participaram do estudo, por não aceitarem ou por dificuldades de acesso para a coleta dos dados. Entre as faculdades que aprovaram a realização da pesquisa, duas turmas foram escolhidas por conveniência para ser feito a reaplicação do BDI-II, após 15 dias da primeira aplicação, a fim de possibilitar a avaliação da estabilidade temporal do instrumento.

No acordo para a aprovação do estudo pela instituição definiu-se que não se faria análises por faculdades, sendo a amostra definida como pertencente a uma população universitária (e não de várias populações de faculdades). Isso possibilitou que os alunos das 17 faculdades que autorizaram o estudo abrangessem o cálculo amostral de toda a Universidade sem trazer prejuízos diretos ao estudo. A coleta de dados foi realizada por psicólogos e alunos de iniciação científica do curso de Psicologia, devidamente treinados e supervisionados pelo pesquisador, e respeitando questões éticas a seguir apresentadas.

Os instrumentos aplicados, em sua ordem, foram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, Ficha Sociodemográfica (questionário descritivo de situações da vida do sujeito, com questões relacionadas a lazer, idade, profissão, estado civil, uso de drogas e demais itens que podem ter relação com transtornos de humor e demais transtornos psíquicos) e Inventário de Depressão de Beck II - BDI-II. O BDI-II trata-se de uma escala sintomática em que cada

um dos seus 21 itens permite diferentes alternativas de respostas que correspondem a níveis crescentes de gravidade da depressão, com escore de zero a três. A soma dos escores dos itens individuais fornece um escore total, que constitui uma medida da intensidade dos sintomas depressivos. Esta, conforme normas americanas, pode classificar-se como mínima, leve, moderada ou grave. Esta versão do inventário busca aproximar-se dos critérios sintomáticos de depressão constantes no DSM-IV (Beck, Steer & Brown, 1996).

As análises estatísticas foram feitas utilizando o programa SPSS 11.0. Para avaliação da consistência interna, o Alfa de Cronbach foi utilizado. Realizou-se a estabilidade temporal através do Coeficiente de Correlação Intraclasse. A análise fatorial exploratória também se fez para fundamentar a validade de construto. Descreveram-se variáveis qualitativas por meio da frequência absoluta e relativa e as variáveis quantitativas através da mediana e intervalo interquartil, devido à distribuição dos resultados. Especificamente para o BDI-II, examinou-se a prevalência de sintomas depressivos na amostra (leve, mínima, moderada, grave). Para verificar a diferença entre variáveis categóricas e os escores do BDI-II foram utilizados os testes não-paramétricos Kruskal-Wallis e Mann-Whitney. Para avaliar a correlação entre variáveis qualitativas e escores do inventário utilizou-se a correlação de Pearson; e para correlações entre variáveis qualitativas ordinais, a correlação de Spearman. Foi mantido o nível de significância de 5% para as análises.

Para os procedimentos éticos forneceu-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que assegura o sigilo de qualquer informação que possa identificar os participantes e seus familiares. A participação no estudo foi voluntária e, caso o participante desejasse desistir a qualquer momento, tinha absoluta liberdade para fazê-lo.

## Resultados

Dos 907 estudantes, 50 não responderam algum item do BDI ou até todo o instrumento e foram retirados da amostra, totalizando, então, 857 casos para a análise dos dados. Os dados descritivos da amostra estão expostos na Tabela 1. Da amostra válida, 459 estudantes eram do sexo masculino (53,7%) e 395 do sexo feminino (46,3%), sendo que três estudantes não responderam. A idade, organizada em grupos, apresenta que 346 estão entre 21 e 25 anos (40,7%). Quanto ao estado civil, 720 estudantes eram solteiros (85% da amostra). Referente ao semestre de aula declarado, ou seja, informado pelo aluno (não necessariamente o que a universidade considera que o aluno esteja cursando), 450 estavam entre o quarto e sexto semestres (52,5%).

Referente à religiosidade, 656 estudantes afirmam ter religião. No entanto, de toda a amostra, 499 não freqüentaram nenhuma atividade religiosa (missa, culto, reunião ou sessão) no último mês, representando 58,4% dos estudados. Quanto ao uso de álcool, sem especificar a quantidade e nem qual tipo, 540 (64,4%) estudantes dizem tomar bebida alcoólica. Já referente ao uso de tabaco (Nicotina), 656 universitários não fumam e nem nunca fumaram (77,8%). É importante destacar que não foi especificado há quanto tempo o participante deixou de fumar no segundo grupo (podendo ter parado de fumar na semana anterior ou há vários anos). Quanto a tratamento psicológico e ou psiquiátrico, os estudantes foram questionados se alguma vez já realizaram: 529 informam que nunca fizeram (63%).

Tabela 1  
 Frequência das características sócio-demográficas da amostra (n = 857)

<b>Característica (n = 857)</b>	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	459	53,7
Feminino	395	46,3
<b>Idade</b>		
17-20	318	37,4
21-25	346	40,7
26 ou mais	187	21,9
<b>Semestre</b>		
1°-3°	249	29
4°-6°	450	52,5
7°-10°	157	18,4
<b>Estado Civil</b>		
Solteiro	720	85
Não-Solteiro	127	15
<b>Religião</b>		
Tem	656	76,5
Não tem	201	23,5
<b>Frequentou atividade religiosa no último mês</b>		
Nenhuma	499	58,4
Ao menos uma	356	41,6
<b>Bebe Álcool</b>		
Sim	540	64,4
Não	299	35,6
<b>Fuma Cigarro</b>		
Não, nunca fumou	656	77,8
Não, mas já fumou	103	12,2
Sim	84	10
<b>Atendimento Psicológico/Psiquiátrico</b>		
Não, nunca fez	529	63
Sim, mas não atualmente	239	28,5
Sim, faz atualmente	72	8,5

### *Fidedignidade e análise fatorial*

A análise da fidedignidade do BDI-II, ou seja, saber se o inventário mede sintomas depressivos de forma mais precisa, foi feita através do coeficiente de consistência interna e do método do teste-reteste. A consistência interna consiste em calcular a correlação que existe entre cada item do teste e o restante dos itens ou seu escore total. Correlação é a técnica para medir a associação entre variáveis. A consistência interna do teste psicológico será maior quanto maior for a homogeneidade do conteúdo expresso através dos itens

(Fachel, & Camey, 2000). Homogeneidade seria a qualidade de vários itens avaliarem o mesmo construto e, por isso, serem correlacionados. Esta análise é recomendada principalmente para TP com menos de 30 itens, visto que, quanto menos itens no teste, maior influência cada item tem no escore total. Consistência interna implica que as correlações entre os itens sejam elevadas (a partir de 0,7 até 1). Mas ela por si só não é prova suficiente de validade de construto (Pasquali, 2003).

A consistência interna é avaliada através do Alfa de Cronbach. Nesse estudo, o BDI-II teve um alfa de 0,888, o que possibilitou a criação de um escore de sintomas depressivos a partir da soma dos 21 itens. Conforme a Tabela 2, se algum dos itens fosse excluído, estar-se-ia diminuindo a consistência interna do instrumento, prejudicando sua fidedignidade, pois nenhum dos 21 itens tem pontuação maior que 0,888 no Alfa de Cronbach.

Tabela 2  
Consistência interna caso o item fosse excluído (n = 857)

<b>Item do BDI-II</b>	<b>Item Corrigido</b>	
	<b>- Correlação total</b>	<b>Alfa de Cronbach se o item for excluído</b>
1 – Tristeza	0,615	0,881
2 – Pessimismo	0,510	0,883
3 – Fracasso passado	0,485	0,883
4 – Perda de prazer	0,623	0,880
5 – Sentimentos de culpa	0,537	0,882
6 – Sentimentos de punição	0,466	0,884
7 – Auto-estima	0,556	0,881
8 – Autocrítica	0,500	0,883
9 – Pensamentos ou desejos suicidas	0,444	0,886
10 – Choro	0,473	0,885
11 – Agitação	0,409	0,886
12 – Perda de interesse	0,537	0,882
13 – Indecisão	0,481	0,884
14 – Desvalorização	0,603	0,880
15 – Falta de energia	0,573	0,881
16 – Alterações no padrão de sono	0,428	0,885
17 – Irritabilidade	0,526	0,882
18 – Alterações de apetite	0,431	0,886
19 – Dificuldade de concentração	0,533	0,882
20 – Cansaço ou fadiga	0,530	0,882
21 – Perda de interesse por sexo	0,316	0,887

A fidedignidade através do método teste-reteste é possível se as repetidas avaliações – mensurações obtidas em condições constantes – derem o mesmo resultado, isto é, deve-se avaliar o mesmo sujeito, da mesma forma, dentro de um espaço de tempo (geralmente 15 dias) e obter o mesmo resultado nas duas medições (Fachel, & Comey, 2000). Essa é a forma ideal, mas não a possível, pois há diversas dificuldades que podem interferir na nova medição, como eventos intervenientes causadores de alteração no que se pretende medir no respondente. Dessa forma, quanto mais próximo de 1 for a correlação entre teste e reteste, maior estabilidade temporal o instrumento apresenta, favorecendo a confirmação de sua fidedignidade. No presente estudo, 36 alunos foram reavaliados e, utilizando-se da correlação intraclasse, verificou-se uma boa estabilidade temporal ( $r_i = 0,731$ ;  $p < 0,001$ ).

Já a análise fatorial tem o objetivo de verificar quantos construtos (conceitos) comuns são necessários para explicar as correlações dos itens. Isto é, algumas variáveis são mais relacionadas entre si do que outras variáveis. Essa análise permite estudar esse grupo de variáveis que se relacionam mais entre si e pensar as razões para essa relação existir. Tais correlações seriam resultantes de variáveis-fonte (ou fatores fundamentais), que são os construtos, ou melhor dizendo, o fenômeno psicológico que se pretende medir (Malhotra, 2006; Pasquali, 2003). No caso desse estudo, o fenômeno que o BDI-II deseja avaliar é a depressão. Ou seja, se a correlação nesses fatores fundamentais for elevada significa que o BDI-II é válido para medir sintomas depressivos.

Através do método de extração Análises de Componentes Principais e o método de rotação Varimax, os 21 itens do instrumento foram reduzidos a três fatores. Este modelo apresentou uma explicação de 44,567% da variação total dos 21 itens, sendo 20,561% no primeiro fator, 15,320% no segundo e 8,681% no terceiro. As correlações de cada item com o seu respectivo fator são apresentadas na Tabela 3 e estão organizadas conforme a carga fatorial e não pela ordem do item no BDI-II.

Tabela 3  
Matriz rotada com as cargas fatoriais (n = 857)

Item - Conteúdo	Fator		
	1	2	3
14 – Desvalorização	<b>0,689</b>	0,149	0,251
2 – Pessimismo	<b>0,663</b>	0,162	0,039
9 – Pensamentos ou desejos suicidas	<b>0,658</b>	0,006	0,091
7 – Auto-estima	<b>0,651</b>	0,174	0,152
1 – Tristeza	<b>0,640</b>	0,165	0,355
3 – Fracasso passado	<b>0,590</b>	0,235	-0,038
8 – Autocrítica	<b>0,519</b>	0,357	-0,071
13 – Indecisão	<b>0,476</b>	0,285	0,095
5 – Sentimentos de culpa	<b>0,468</b>	0,350	0,134
10 – Choro	<b>0,464</b>	0,257	0,146
6 – Sentimentos de punição	<b>0,434</b>	0,154	0,356
16 – Alterações no padrão de sono	0,109	<b>0,717</b>	-0,071
20 – Cansaço ou fadiga	0,086	<b>0,676</b>	0,333
19 – Dificuldade de concentração	0,293	<b>0,585</b>	0,090
18 – Alterações de apetite	0,127	<b>0,578</b>	0,134
15 – Falta de energia	0,206	<b>0,574</b>	0,392
11 – Agitação	0,222	<b>0,483</b>	0,035
17 – Irritabilidade	0,294	<b>0,470</b>	0,262
21 – Perda de interesse por sexo	0,031	0,083	<b>0,816</b>
4 – Perda de prazer	0,487	0,279	<b>0,491</b>
12 – Perda de interesse	0,366	0,343	<b>0,385</b>

Método de extração: Análises de Componentes Principais

Método de rotação: Varimax

#### *Fator 1 – Cognitivo-emocional:*

Composto por 11 itens, esse fator é caracterizado por avaliar pensamentos e sentimentos comuns em estágios depressivos, tais como tristeza, baixa auto-estima, julgamento negativo sobre si, visão negativa do futuro, além de ideação suicida.

#### *Fator 2 – Comportamental (somático):*

Caracterizado por avaliar comportamentos esperados em pessoas com sintomas depressivos, nesse fator encontram-se duas questões claramente modificadas em comparação ao BDI-I, quais sejam, alterações no padrão de sono (item 16) e alterações de apetite (item 18). Ambos os itens apresentam alternativas que vão de mais ou menos que o habitual (e não só “menos”, como era presente no BDI-I). Composto por sete itens, esse fator mede também

sensações de cansaço, dificuldades de concentração, aumento de agitação, falta de energia e irritação.

*Fator 3 – Sensações de perda:*

O último fator é composto por apenas três itens e se referem a sensações de perda de interesse por sexo, prazer por coisas de que gostava antes e interesse em geral. Entre esses itens está o que obteve maior carga fatorial entre todos os 21 (o que avalia a perda de interesse por sexo – item 21).

*Prevalência de sintomas depressivos e fatores associados*

Com os dados do BDI-II e do questionário sociodemográfico foi possível fazer algumas análises sobre a situação do humor dos universitários dessa população estudada. O BDI-II, em sua versão original em inglês (Beck, Steer, & Brown, 1996), validado para os Estados Unidos da América, apresenta quatro categorias possíveis de avaliação dos sintomas depressivos e seus pontos de corte: mínimo (de 0 a 13 pontos), leve (de 14 a 19 pontos), moderado (de 20 a 28 pontos) e grave (de 29 a 63 pontos). Devido ao fato de a validação, a padronização e a normatização desse instrumento para a população brasileira ainda estarem em curso, não há dados sobre os pontos de corte para a versão brasileira do inventário. Dessa forma, sempre que houver referências sobre categorias sintomatológicas da depressão nesse estudo, estará utilizando-se os dados provindos da versão original do BDI-II.

Ao estimar a prevalência de sintomas depressivos, observou-se que 8,8% dos universitários da amostra apresentam tais sintomas (classificação moderada e/ou grave). Destes, 2,7% com sintomas graves, sendo preocupante essa situação emocional (conforme Tabela 4). Quando se fizeram outras análises dos dados, atentou-se que há muita variabilidade nas respostas dos participantes do estudo. Mesmo na comparação entre homens

e mulheres, há muita mudança, diferença, variação entre um e outro estudante. Alguns não têm quase nada de pontuação, outros têm níveis muito elevados, não satisfazendo a disposição de normalidade que se exige para apresentar média e desvio padrão. Dessa forma, reconhece-se a mediana e o intervalo interquartil (percentil 25 e 75) como sendo as melhores medidas para se apresentar os dados obtidos no estudo. Devido também à grande variabilidade nas respostas, todos os testes utilizados para a análise foram não-paramétricos.

Tabela 4  
 Frequência de sintomas depressivos na população universitária de acordo com classificação americana do BDI-II

	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>	<b>Porcentagem acumulada</b>
Mínimo	695	81,1	81,1
Leve	87	10,2	91,2
Moderado	52	6,1	97,3
Grave	23	2,7	100,0
Total	857	100,0	

Na tabela 5 é apresentada a pontuação bruta do BDI-II de acordo com a distribuição em percentil. Utilizando-se da mediana, nota-se que metade da amostra pontuou até 6 pontos entre 63 possíveis no BDI-II, escore que representa sintomas leves de depressão (indicados como sem presença de sintomas depressivos); 25% da amostra pontuou até 3 pontos; e apenas 25% da amostra pontuou 11 ou mais (percentil 75).

As análises a seguir são relações entre o escore bruto (pontuação total) do BDI-II, através da mediana e intervalo interquartil, entre parênteses, com as demais variáveis estudadas. Metade das mulheres tem pontuação até 7 (3-12), enquanto que nos homens metade tem até 6 (3-10). Através do teste Mann-Whitney, viu-se que essa diferença é estatisticamente significativa ( $p = 0,006$ ). Sendo assim, mulheres têm significativamente mais sintomas depressivos do que homens.

Tabela 5  
Pontuação no BDI-II de acordo com o percentil (n = 857)

<b>Percentil</b>	<b>Pontuação total no BDI-II</b>
5	0,0000
10	1,0000
15	1,0000
20	2,0000
25	3,0000
30	4,0000
35	4,0000
40	5,0000
45	6,0000
50	6,0000
55	7,0000
60	8,0000
65	9,0000
70	10,0000
75	11,0000
80	13,0000
85	15,0000
90	18,2000
95	24,0000

O mesmo não pôde ser observado relacionando a faixa etária e o escore no instrumento. Metade dos estudantes com até 20 anos pontuaram no escore total até 6 (3-12); nos estudantes com idade entre 21 e 25 anos, 50% pontuaram até 6,5 (3-12); e nos universitários com idade de 26 anos ou mais, metade pontuou até 6 (2-11). Através do teste de Kruskal-Wallis, constatou-se não haver diferença significativa entre as faixas etárias ( $p = 0,115$ ). Sendo assim, os sintomas depressivos não podem ser relacionados com a faixa etária do sujeito.

Quanto ao estado civil, metade dos estudantes solteiros pontuou até 6 (3-11) e metade dos não-solteiros (casados, união estável, separados, divorciados, viúvos, outros) pontuaram até 6, também, mas com diferença no intervalo interquartil (2-10). Essa diferença, porém, de acordo com o teste Mann-Whitney, não é significativa estatisticamente ( $p = 0,213$ ) e, portanto, não se podem inferir mudanças sintomatológicas de depressão em conveniência com o estado civil na população estudada, seguindo um nível de significância de 5%.

Na busca por fatores associados à sintomatologia depressiva em universitários, agruparam-se os alunos por semestre declarado por eles (não efetivo, entendidos pela Universidade de que eles estejam realmente cursando) em semestres iniciais (do 1º ao 3º), semestres médios (do 4º ao 6º) e semestres finais (do 7º ao 10º, cabe informar que há cursos de faculdades que são organizados em 8 semestres, por isso o 7º e 8º semestre foram catalogados nesse grupo de semestres finais). Metade dos alunos dos semestres iniciais pontuou até 8 (4-14), enquanto que metade dos alunos dos semestres médios pontuou até 6 (3-10) e metade dos alunos dos semestres finais também pontuou até 6 (3-10,5). Através do teste de Kruskal-Wallis, verificou-se que alunos de semestres iniciais apresentam mais sintomas depressivos que alunos dos semestres médios e finais e que essa diferença é significativa ( $p < 0,05$ ). Diferenças significativas na sintomatologia não se puderam observar entre os semestres médios e finais.

Ao procurar relações entre a frequência em atividades religiosas (missas, cultos, reuniões, sessões etc.) e sintomas depressivos, verificou-se, através da análise de correlação de Spearman, teste utilizado devido à “frequência em atividades religiosas” ser uma variável qualitativa ordinal, que a relação entre o aumento de atividades religiosas e a diminuição ou aumento de sintomas depressivas não é significativa ( $p = 0,331$ ). Sendo assim, não há interferência de prática religiosa nos sintomas depressivos para essa população. Não se observa o mesmo quando se avalia correlação entre atividades de lazer e sintomas depressivos. Por atividades de lazer entende-se que nos últimos 12 meses os estudantes realizaram, sem ter compromisso, nenhuma, uma ou mais de uma das seguintes atividades: ler livros, revistas e/ou jornais; escutar música; assistir televisão; ir ao cinema; viajar; ir a festas; jogar jogos eletrônicos e/ou de tabuleiros; usar o computador; e outras atividades. Através da correlação de Pearson, é possível constatar que quanto mais atividades de lazer a

pessoa realiza, menos sintomas depressivos ela apresenta, embora a correlação inversa tenha sido fraca ( $r = -0,180$ ;  $p < 0,001$ ).

Exercícios físicos e sintomas depressivos também foram associados para procurar correlações entre as variáveis. Por prática de exercício físico entende-se que, nos últimos 7 dias a pessoa nunca fez ou fez (de 1 a 6 vezes ou mais) esporte, dança, jogo ou qualquer outro exercício físico a ponto de ficar suado ou cansado. Como na variável frequência em religião, essa variável exercício físico é qualitativa ordinal, justificando, então, o uso da Correlação de Spearman. Os resultados indicam que quanto mais vezes os universitários praticam exercícios físicos na semana, menos sintomas depressivos apresentam, embora a correlação inversa também tenha sido fraca ( $r = -0,163$ ;  $p < 0,001$ ), próxima da correlação de lazer.

Referente à realização passada ou presente de tratamento psicológico e a associação com sintomas depressivos, metade dos estudantes que nunca fizeram nenhum tipo de tratamento pontuou até 6 (3-10). Já metade dos universitários que já fizeram tratamento, mas não fazem atualmente, pontuou até 8 (3-13). Da mesma forma, metade dos alunos que estão fazendo tratamento pontuou até 9 (4-17,5). Através do teste de Kruskal-Wallis, tendo um  $p < 0,001$ , observou-se que os alunos que não fazem tratamento psicológico ou psiquiátrico apresentam menos sintomas depressivos que os alunos que já fizeram, mas não fazem atualmente ou dos que estão fazendo. Os alunos que já fizeram, mas não fazem mais, e os que estão fazendo tratamento não apresentaram entre si diferença significativa de sintomas depressivos para mais ou para menos.

Quanto ao uso de álcool, metade dos universitários que informaram não beber álcool pontuou até 7 (3-12) no BDI-II. Já metade dos que afirmam beber álcool pontuou até 6 (3-11). Pelo teste Mann-Whitney, constata-se que não há diferença significativa ( $p < 0,05$ ) entre os grupos e suas sintomatologias depressivas. Dessa forma, não se pode inferir que o uso ou não do álcool influencia positiva ou negativamente os sintomas depressivos. É importante

destacar que o instrumento utilizado para avaliar álcool se resume a saber se a pessoa ingere bebida alcoólica, não perguntando qual bebida e nem a quantidade, o que poderia influenciar no resultado final. Referente ao uso de tabaco atualmente, metade dos que nunca fumaram apresentaram pontuação até 6 (3-11), metade dos que não fumam, mas já fumaram no passado obteve pontuação até 7 (4-11) e metade dos que fumam atualmente tem até 8 pontos no BDI (3-14). Através do teste Kruskal-Wallis, vê-se que não há diferença significativa ( $p < 0,05$ ), embora haja uma tendência ( $p = 0,063$ ) de que fumantes atuais apresentem mais sintomas depressivos que os não-fumantes. Importa destacar, também, que não fez parte da análise a quantidade de cigarros fumados em média por dia no mês.

Por fim é importante apresentar como resultado a prevalência de ideação suicida na amostra de universitários pesquisada: 7,9 % dos universitários têm, ao menos, pensamentos de se matar. Destes, 0,8% gostariam de se matar. Através da correlação de Pearson, constatase que quanto maior a pontuação do item 9 (item Pensamentos ou desejos suicidas), maior será a sintomatologia depressiva do sujeito ( $r = 0,479$ ;  $p < 0,001$ ).

## **Discussão**

Esse estudo objetivou verificar as propriedades psicométricas do Inventário de Depressão de Beck-II (BDI-II), versão brasileira, em uma população de universitários, além de observar fatores associados aos sintomas depressivos identificados. Desejou-se verificar essas condições para possibilitar a validade de construto desse instrumento para essa população, auxiliando as pesquisas de validação nacional do inventário. A seleção da amostra buscou ser proporcional a cada faculdade, fazendo com que todas as áreas de conhecimento fossem representadas. Infelizmente, algumas faculdades não aceitaram por motivos que vão desde completo desinteresse até excesso de burocratização para a realização do mesmo,

prejudicando o prazo definido para a pesquisa. De qualquer forma, respeitou-se o cálculo amostral mínimo proposto por Pasquali (2007) de 15 participantes por item do instrumento ao vincular esse estudo a um projeto de avaliação do humor em universitários, que necessitava de uma amostra maior. Dessa forma, acredita-se que os resultados foram significativos e podem ser generalizados para a população em questão.

Ao apresentar resultados de prevalência de sintomas depressivos em universitários, nota-se que eles estão de acordo com dados da literatura atual em que apresentam prevalência de 8,7% a 45,5% nos estudos em que utilizaram o BDI-I, BDI-II, versão modificada ou não-especificada (Cvitanovic et al., 2007; Mehanna & Richa, 2006; Kaya, Genç, Kaya & Pehlivan, 2007; Hirata et al., 2007; Steptoe, Tsuda, Tanaka & Wardle, 2007; Mikolajczyk et al., 2008; Furegato, Santos & Silva, 2008). Critica-se esses estudos pelo fato de incluírem sintomas leves na pontuação para depressão, fazendo com que a prevalência seja enorme. Há casos que utilizaram o ponto de corte 10, 11 ou 13, todos dentro da classificação mínima. Na população estudada por essa pesquisa, apresenta-se a prevalência de 8,8% utilizando como ponto de corte a pontuação 20 (sintomas de moderado a grave). De forma alguma deseja-se mascarar resultados incluindo sintomas leves, o que acarretaria no aumento da prevalência.

É sabido que não se pode diagnosticar Depressão Maior apenas aplicando o BDI-II, pois esse inventário não foi desenvolvido para tal fim, mas devido à grande aproximação dos itens desenvolvidos com os critérios diagnósticos do DSM-IV (APA, 1995), propicia-se a suposição de que, ao menos os universitários que pontuaram de forma grave (de 29 a 63 pontos) apresentariam um episódio depressivo maior, o que poderia caracterizar ou Transtorno Depressão Maior ou Transtorno Bipolar com episódio mais recente depressivo.

Ao optar por apresentar os resultados através de mediana e intervalo interquartil (e não média e desvio padrão, já explicado anteriormente), corre-se o risco de desmerecimento ao estudo. Mas é importante destacar que 81,1% da amostra não apresentam sintomas leves

para depressão (ponto de corte 14), o que também é apresentado pela literatura. Mediana é colocar todos os resultados de uma variável lado a lado de forma crescente e destacar exatamente o valor que está no meio (sendo esse valor a mediana). Sendo assim, a mediana encontrada no estudo foi 6, ou seja, metade dos estudantes pontuaram até 6 no BDI (em escala que possibilita pontuação até 63). Poder-se-ia estudar os fatores associados somente naqueles que apresentaram sintomatologia depressiva, no mínimo leve (ponto de corte 14). Dessa forma a mediana certamente seria maior. Mas isso seria ignorar a representatividade dos demais alunos que pontuaram menos que 14 nos resultados, o que pode auxiliar na distorção da análise.

Mesmo com a sintomatologia através da mediana sendo baixa, foi possível encontrar diferenças significativas em associações entre variáveis sociodemográficas e sintomas depressivos, estando de acordo com a literatura (Yang, et al., 2007; Aniebue, & Onyema, 2008; Adewuya, et al., 2006): no gênero, mulheres apresentam níveis depressivos significativamente maiores que homens; nos semestres declarados, estudantes iniciais apresentam mais sintomas depressivos que os alunos de semestres médios e finais. Contrariando essa mesma literatura, estudantes com até 20 anos não apresentam sintomas depressivos significativamente maiores que estudantes mais velhos e nem apresentam tendência para tal.

Embora apresente correlação inversa fraca, quanto mais atividades de lazer no ano ( $r = -0,18$ ) e quanto mais vezes se pratica exercício físico na semana ( $r = -0,163$ ), menos sintomas depressivos os estudantes apresentam, corroborando com o apresentado por Cvitanovic, et al. (2007). Afirmar que a correlação é fraca significa que há influência de uma variável com outra (lazer e sintomas depressivos; exercícios físicos e sintomas depressivos), porém ela é muito pequena, quase nula.

Quanto à realização de tratamento psicológico ou psiquiátrico e sintomas depressivos, felizmente observa-se que aqueles que nunca fizeram tratamento apresentam menos sintomas depressivos do que os que já fizeram ou estão fazendo. É importante destacar que mesmo entre alunos que nunca fizeram tratamento há casos de sintomatologia depressiva moderada e grave, embora esses casos não sejam significativos perante a amostra. O fato de os estudantes que já fizeram ou estão fazendo tratamento apresentarem maiores níveis de sintoma não deve ser visto como avaliativo do tratamento, pois o instrumento utilizado para tal levantamento nesse estudo não é adequado e não se destina a esse tipo de avaliação. Melhor seria constatar, embora sem fundamento para isso, que os alunos com sintomas elevados de depressão já estão com acompanhamento médico e/ou psicológico.

Quanto às propriedades psicométricas do inventário, observam-se resultados animadores. Embora haja estudos que apresentam um alfa de Cronbach inferior à essa pesquisa (Ghassemzadeh, Mojtabai, Karamghadiri & Ebrahimkhani, 2005), outros apresentam alfa de Cronbach de 0,92, superior (Segal, Coolidge, Cahill & O'Riley, 2008). O valor encontrado é superior à consistência interna do BDI-I para população universitária quando na época de sua validação brasileira –  $\alpha = 0,820$  (Cunha, 2001) –, mas inferior ao encontrado nos estudos originais do BDI-II, versão em inglês (Beck, Steer, & Brown, 1996) –  $\alpha = 0,930$ , para universitários. Mesmo assim, o alfa de Cronbach de 0,888 localizado nesse estudo é ótimo, de acordo com autores como Pasquali (2003), e aproxima-se do encontrado em outros estudos (Lipps, Lowe & Young, 2007; Shean & Baldwin, 2008). Como visto nos resultados, a tradução para o português e a forma como os itens foram organizados e estabelecidos indicam que o BDI-II avalia o mesmo construto, qual seja, a depressão. Cabe reafirmar que nenhum dos 21 itens tem pontuação maior que 0,888 no Alfa de Cronbach, sendo assim, se algum dos itens fosse excluído, estar-se-ia diminuindo a consistência interna do instrumento, prejudicando sua fidedignidade.

Ao comparar a estabilidade temporal no teste-reteste numa amostra de universitários da validação do BDI-I e os resultados encontrados no BDI-II, observa-se como é mais fidedigno o BDI-II para essa população em comparação ao BDI-I, visto que o coeficiente de correlação intraclassa do BDI-II foi de 0,731 ( $p < 0,001$ ), frente ao 0,400 ( $p < 0,001$ ) do BDI-I (Cunha, 2001). É sabido que quanto mais próximo de 1, mais propriedades psicométricas de fidedignidade o instrumento apresenta. No manual da versão em inglês do inventário, não há testes de estabilidade temporal com universitários (Beck, Steer, & Brown, 1996).

Já na análise fatorial, apresenta-se a mesma quantidade de fatores, embora referente a questões diferentes, na comparação com a validação do BDI-I para o Brasil e o BDI-II. Destaca-se o aumento na explicação da variação total do instrumento: de 43,300% e 44,100%, em estudos com pacientes com episódio depressivo maior sem comorbidade e dependentes de álcool, respectivamente (Cunha, 2001), para 44,567%. Esse pequeno mas significativo aumento justifica o avanço do inventário, na nova versão, em explicar mais e melhor o construto depressão. Infelizmente, maiores comparações não podem ser feitas, pois os grupos estudados são diferentes (pacientes e população geral universitária). Os três fatores foram denominados como Cognitivo-Emocional, Comportamental (somático) e Sensações de Perda, devido às características que cada item avalia. Outros nomes para esses fatores poderiam ser pensados, pois a denominação do fator não interfere no seu poder de explicar, com seus itens, a variação total do teste.

### **Considerações Finais**

Em mais esse estudo reconhece-se o valor psicométrico que o Inventário de Depressão de Beck, nessa segunda versão, apresenta ao avaliar depressão, justificando seu constante e ampliado uso em clínica e pesquisa. Com resultados melhores em consistência

interna, estabilidade temporal e análise fatorial, a validade de construto através da representação comportamental do construto torna-se mais consistente que a validação do BDI-I para uma população universitária, de acordo com a discussão apresentada anteriormente. Isso significa que o BDI-II é uma medida válida para avaliar universitários de uma população brasileira.

Entre os fatores associados aos sintomas depressivos estudados, mais uma vez observa-se a relação entre ser mulher e estar nos semestres iniciais do curso com aumento na sintomatologia depressiva. É importante destacar que na mulher há outras questões que influenciam na avaliação da depressão, como alterações hormonais. Fatores como prática religiosa, idade, estado civil, uso de álcool ou tabaco não são associados ao aumento ou diminuição dos sintomas depressivos para essa população.

Reconhece-se como limitação do estudo que os resultados se referem apenas a uma população universitária de uma universidade particular do Estado do Rio Grande do Sul. Logo, outros estudos com outras populações seriam necessários para a correta e completa validade de construto desse inventário para a população brasileira.

Embora não discutido, a frequência de ideação suicida é preocupante. Ter 7,9% dos universitários com pensamentos de se matar é próximo de dados encontrados em outros estudos, que apresentam valores de 9,5% a 11% da população universitária com idéias suicidas (Kisch, Leino, & Silverman, 2005; Garlow, et al., 2008). Não se deve ignorar essa informação e ações devem ser feitas pelas universidades para proteção a de seus alunos.

Por fim, estimulam-se mais estudos, com maior controle metodológico e participação de amostras de diversas regiões do Brasil, para confirmar com maior poder estatístico as propriedades psicométricas do BDI-II e validar o seu construto de forma mais abrangente. Da mesma forma, sugerem-se práticas nas universidades para aumentar a atenção aos problemas

relacionados ao humor dos universitários, a fim de acompanhá-los e tratá-los (caso necessário), antes que o problema se desenvolva para um transtorno grave e recorrente.

## Referências

- American Psychiatric Association (1995). *DSM-IV – Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Adewuya, A. O., Ola, B. A., Aloba, O. O., Mapayi, B. M., & Oginni, O. O. (2006). Depression amongst Nigerian university students: prevalence and sociodemographic correlates. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *41*(8), 674-678.
- Aniebue, P. N., & Onyema, G. O. (2008). Prevalence of depressive symptoms among Nigerian medical undergraduates. *Tropical Doctor*, *38*(3), 157-158.
- Beck, A. T. & Steer, R. A. (1993). *Beck Depression Inventory Manual*. San Antonio: Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *BDI-II Manual*. The Psychological Corporation, Harcourt Brace & Company. San Antonio.
- Besier, T., Goldbeck, L., & Keller, F. (2008). Psychometric properties of the Beck depression inventory-II (BDI-II) among adolescent psychiatric patients. *Psychotherapie Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, *58*(2), 63-68.
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Cvitanovic, M. Z., Duplancic, D., Lasic, D., Stipetic, I., Tripkovic, M., & Capkun, V. (2007). Depressive symptoms and sport activity among college students. *European Psychiatry*, *22*, 234-235.

- Fachel, J. M. G., & Camey, S. (2000). Avaliação psicométrica: a qualidade das medidas e o entendimento dos dados. In: Cunha, J. A. *Psicodiagnóstico-V* (pp. 158-170). Porto Alegre: Artmed.
- Furegato, A. R., Santos, J. L., & Silva, E. C. (2008). Depression among nursing students associated to their self-esteem, health perception and interest in mental health. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(2), 198-204.
- Garlow, S. J., Rosenberg, J., Moore, J. D., Haas, A. P., Koestner, B., Hendin, H., & Nemeroff, C. B. (2008). Depression, desperation, and suicidal ideation in college students: results from the American Foundation for Suicide Prevention College Screening Project at Emory University. *Depression and Anxiety*, 25(6), 482-488.
- 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. *Depression and Anxiety*, 21(4), 185-192.
- Hirata, F. C., Lima, M. C., de Bruin, V. M., Nóbrega, P. R., Wenceslau, G. P., & de Bruin, P. F. (2007). Depression in medical school: the influence of morningness-eveningness. *Chronobiology International*, 24(5), 939-946.
- Joe, S., Woolley, M. E., Brown, G. K., Ghahramanlou-Holloway, M., & Beck, A. T. (2008). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II in low-income, African American suicide attempters. *Journal of Personality Assessment*, 90(5), 521-523.
- Kaya, M., Genç, M., Kaya, B., & Pehlivan, E. (2007). Prevalence of depressive symptoms, ways of coping, and related factors among medical school and health services higher education students. *Türk Psikiyatri Derg*, 18(2), 137-146.
- Kisch, J., Leino, E. V., & Silverman, M. M. (2005). Aspects of suicidal behavior, depression, and treatment in college students: results from the spring 2000 national college health assessment survey. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 35(1), 3-13.

- Lipps, G. E., Lowe, G. A., & Young, R. (2007). Validation of the beck depression inventory-II in a Jamaican university student cohort. *The West Indian Medical Journal*, 56(5), 404-408.
- Malhotra, N. (2006). *Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada* (4 ed.). Porto Alegre: Bookman.
- Mehanna Z, & Richa S. (2006). Prevalence of anxiety and depressive disorders in medical students. Transversal study in medical students in the Saint-Joseph University of Beirut. *L'Encéphale*, 32(6), 976-982.
- Mikolajczyk, R. T., Maxwell, A. E., El Ansari, W., Naydenova, V., Stock, C, Ilieva, S., et al. (2008). Prevalence of depressive symptoms in university students from Germany, Denmark, Poland and Bulgaria. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(2), 105-112.
- Nykiel, P. (2008). Examination of the psychometric properties of the Beck Depression Inventory - II: Using the Rasch measurement model. *Dissertation-Abstracts-International*, 68(12-B).
- Osman, A., Barrios, F. X., Gutierrez, P. M., Williams, J. E., & Bailey, J. (2008). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II in nonclinical adolescent samples. *Journal of Clinical Psychology*, 64(1), 83-102.
- Pasquali, L. (2003). *Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação*. Petrópolis: Vozes.
- Pasquali, L. (2007). *Teoria de Resposta ao Item: Teoria, Procedimentos e Aplicações*. Brasília, DF. LabPAM/UnB.
- Segal, D. L., Coolidge, F. L., Cahill, B. S., & O'Riley, A. A. (2008). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory II (BDI-II) among community-dwelling older adults. *Behavior Modification*, 32(1), 3-20.

- Segal, D. L., Coolidge, F. L., Cahill, B. S., & O'Riley, A. A. (2008). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory II (BDI-II) among community-dwelling older adults. *Behavior Modification, 32*(1), 3-20.
- Shean, G., & Baldwin, G. (2008). Sensitivity and specificity of depression questionnaires in a college-age sample. *The Journal of Genetic Psychology, 169*(3), 281-288.
- Stephoe, A., Tsuda, A. Tanaka, Y., & Wardle, J. (2007). Depressive Symptoms, Socio-Economic Background, Sense of Control, and Cultural Factors in University Students from 23 Countries. *International Journal of Behavioral Medicine, 14*(2), 97-107.
- Thombs, B. D., Ziegelstein, R. C., Beck, C. A., & Pilote, L. (2008). A general factor model for the Beck Depression Inventory-II: validation in a sample of patients hospitalized with acute myocardial infarction. *Journal of Psychosomatic Research, 65*(2), 115-121.
- Yang J., Peek-Asa C., Corlette J. D., Cheng G., Foster D. T., & Albright J. (2007). Prevalence of and risk factors associated with symptoms of depression in competitive collegiate student athletes. *Clinical Journal of Sport Medicine, 17*(6), 481-487.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo principal desse estudo foi coletar informações suficientes e analisar as propriedades psicométricas para, assim, validar para uma população universitária, colaborando com o estudo das características psicométricas da versão em português, do Inventário de Depressão de Beck – II (BDI-II), originalmente lançado nos EUA, em 1996 (Beck, Steer, & Brown, 1996). Especificamente, objetivou-se realizar a análise de representação através da análise de consistência interna (através do Alfa de Cronbach), da análise fatorial e da análise de estabilidade temporal, pelo teste-reteste. Além disso, focou-se na identificação da presença de sintomas depressivos na amostra, caracterização de sua severidade e associação com fatores provindos de variáveis categóricas.

Esses objetivos vão ao encontro do foco do projeto de pesquisa de Adaptação e Validação de Instrumentos de Avaliação e Intervenção Clínica, realizado pelo grupo de pesquisa Avaliação e Intervenção no Ciclo Vital, coordenado pela Prof. Dr. Irani Iracema de Lima Argimon e vinculado à linha de pesquisa Avaliação e Intervenção em Grupos Clínicos e Não-clínicos, do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Psicologia da PUCRS. Os objetivos foram alcançados, satisfatoriamente. Assim, cabem algumas considerações sobre os capítulos apresentados.

Quando apresentado o capítulo sobre prevalência de sintomas depressivos, fatores associados e instrumentos utilizados em pesquisas com estudantes universitários, tinha-se por objetivo fundamentar a necessidade de validação de um instrumento avaliativo de sintomas depressivos em universitários brasileiros através de estudos mundiais sobre prevalência e gravidade dos sintomas. Um extenso trabalho realizou-se para produzir um texto que não satisfizesse o desejo do autor, mas que abrangesse o que de mais atual se está estudando sobre esse fenômeno e essa população. Através de bases de dados e busca em catálogo de

biblioteca, localizaram-se diversos artigos, alguns repetidos, que foram catalogados, lidos, organizados e apresentados, inclusive em tabela, para facilitar o acompanhamento e o entendimento dos resultados da procura. Infelizmente, mesmo tendo todo o cuidado para localizar todos os materiais publicados, certamente há artigos e capítulos de livros que não foram filtrados pelos descritores utilizados. Mesmo assim é possível destacar alguns pontos.

Alguns estudos, talvez na expectativa de apresentar números grandiosos de prevalência depressiva em universitários, acabam utilizando pontuação mínima em diversos instrumentos, mas principalmente no BDI, apresentando sintomas leves que por si só não são características de depressão nem se aproximam desse transtorno. Isso “maquia” o verdadeiro dado epidemiológico encontrado. Felizmente, esses mesmos estudos apresentam os pontos de corte nas suas metodologias, facilitando que o leitor tire suas conclusões sobre a veracidade dos resultados apresentados.

Em comparação com os dados do estudo que se apresenta, observa-se a proximidade entre os resultados, destacando-se que, a sintomatologia depressiva é, sim, elevada na população universitária (8,8% localizada nesse estudo), porém não é diferente da encontrada mundialmente – entre 8,7% (Vázquez & Blanco, 2008) e 45,5% (Mikolajczyk et al., 2008). O que se torna importante são ações das universidades de promoção da saúde mental de seus alunos para, assim, haver diminuição da sintomatologia nos próximos anos. Nessas ações, além de atendimento psicológico e psiquiátrico com resposta terapêutica confiável, informações sobre transtornos do humor através de cartazes e notícias podem auxiliar na educação dos alunos sobre o assunto.

Por mais que seja reconhecida a importância de buscar estudos internacionais, não deixa de ser preocupante a constatação que apenas dois artigos envolvendo população brasileira de universitários publicados a partir de 2004 tenham sido encontrados. Isso ocorreu talvez porque haja interesse de estudar sintomas depressivos em outros grupos ou com

problemas psiquiátricos em detrimento aos universitários. Mas não se pode ignorar, pela quantidade de estudos realizados em outros países, que essa população tem o seu diferencial, devendo ser observada e possíveis intervenções experimentadas.

Na apresentação das propriedades psicométricas do BDI-II para uma população universitária, revelaram-se resultados satisfatórios. Porém, para considerar o instrumento válido para essa população, cabem algumas observações. Há três formas de validação de um teste psicológico: conteúdo, critério e construto. Desses, a forma mais fundamental de validação dos instrumentos é a validade de construto, segundo Pasquali (2003). Porém Fachel e Camey (2000) destacam a dificuldade de se estabelecer esse tipo de validade, pois o construto não é diretamente mensurável (por ser um fenômeno psicológico e, devido a isso, teórico). Para reconhecer a validade de construto como fidedigno, deve-se considerar a teoria da resposta ao item, em que todo o fenômeno psicológico precisa ser expresso por um comportamento para ser cientificamente estudado. A partir daí, cada item do teste avaliaria uma forma de expressão (comportamento) do construto, sendo possível dessa forma fazer sua validação. Depressão, construto avaliado pelo BDI, pode ser representada por comportamento e, assim, ser medida e avaliada a sua gravidade, possibilitando a validade de construto. Dentre os diversos ângulos de análise para validade de construto, a análise da representação comportamental é a mais acessível e, por isso, foi a escolhida para fundamentar esse estudo.

Animadores foram os resultados obtidos através da consistência interna, análise fatorial e estabilidade temporal (teste-reteste) nesse estudo. Tendo o alfa de Cronbach igual a 0,888, três fatores explicando 44,567% da variação total dos itens e um  $r_1 = 0,731$  no teste-reteste, a melhora psicométrica do inventário nessa nova versão demonstra que o BDI-II explica mais e melhor o construto depressão. Com isto é possível concluir que o BDI-II é válido para a utilização na mensuração de sintomas depressivos em universitários.

O presente estudo teve as suas limitações. A principal delas é a não participação de todas as faculdades da universidade estudada. Mesmo assim, pontua-se que todas as áreas de conhecimento tiveram a sua representação. Como não era objetivo do estudo comparar e diferenciar a severidade da sintomatologia depressiva entre as faculdades – isso inclusive foi um dos pontos determinantes para a instituição aprovar a pesquisa –, acredita-se que essa limitação não tenha interferido consideravelmente nos resultados. Por mais que esteja explícito que a validade de construto é para uma população universitária, não se podendo livremente generalizar para toda a população universitária brasileira, esse estudo teria um maior significado científico se ao menos mais uma população do Rio Grande do Sul ou de outro estado participasse da amostra. Infelizmente devido ao cronograma estabelecido e à logística e metodologia definida para o estudo, a participação de outras universidades tornou-se impraticável. Espera-se que outros estudos possam contar com mais instituições de ensino na amostra.

Deve-se observar como outra limitação que a análise de estabilidade temporal foi realizada com um número de alunos muito menor, mas significativo, que a amostra selecionada na primeira fase, além de a escolha ter sido por conveniência. Isso não altera o bom resultado apresentado estatisticamente, mas diminui seu poder de generalização. Em tempo, previa-se realizar análise por hipótese para satisfazer mais as necessidades de validade de construto ao correlacionar os resultados do BDI-II com o *Bipolar Depression Rating Scale* – BDRS (Berck, et al., 2007), mas a tradução do instrumento para o português não foi concluída até o início da coleta dos dados, excluindo essa possibilidade de análise.

Não se quer e nem se pode, com essa pesquisa, definir que o BDI-II é válido como instrumento avaliativo de sintomas depressivos para todos os universitários brasileiros. Deseja-se, sim, que esses resultados, que demonstram dados melhores e mais consistentes que os apresentados na validação do BDI-I (Cunha, 2001), sejam somados a outros para

fundamentar a validação e a normatização para toda a população brasileira (clínica e não-clínica) desse teste psicológico. Tal trabalho já está sendo organizado pela Prof. Dr. Irani Iracema de Lima Argimon.

Concluindo, acredita-se que esse trabalho tenha sido enriquecedor não só na avaliação das propriedades psicométricas do BDI-II, mas na avaliação de fatores associados à sintomatologia depressiva nos estudantes. Através de uma ficha desenvolvida para esse estudo, puderam-se observar semelhanças com as associações encontradas na literatura, tais como ser do sexo feminino e estar cursando os semestres iniciais e ter mais sintomas depressivos, e interessantes observações, como a não associação quanto ao uso de álcool e tabaco e o aumento de sintomas depressivos. Mais do que caracterizar a amostra, essas associações devem estimular o desenvolvimento de mais pesquisas e aprofundamentos sobre depressão e universitários, através de trabalhos relevantes e inovadores, contribuindo cada vez mais no conhecimento dos fenômenos psicológicos no ciclo vital humano.

## Referências

- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *BDI-II Manual*. The Psychological Corporation, Harcourt Brace & Company. San Antonio.
- Berk, M., Malhi, G. S., Cahill, C., Carman, A. C., Hadzi-Pavlovic, D., Hawkins, M. T. et al. (2007). The Bipolar Depression Rating Scale (BDRS): its development, validation and utility. *Bipolar Disorders*, 9, 571–579.
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Fachel, J. M. G., & Camey, S. (2000). Avaliação psicométrica: a qualidade das medidas e o entendimento dos dados. In: Cunha, J. A. *Psicodiagnóstico-V* (pp. 158-170). Porto Alegre: Artmed.
- Mikolajczyk, R. T., Maxwell, A. E., El Ansari, W., Naydenova, V., Stock, C, Ilieva, S., et al. (2008). Prevalence of depressive symptoms in university students from Germany, Denmark, Poland and Bulgaria. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(2), 105-112.
- Pasquali, L. (2003). *Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação*. Petrópolis: Vozes.
- Vázquez, F. L., & Blanco, V. (2008). Prevalence of DSM-IV Major Depression Among Spanish University Students. *Journal of American College Health*, 57(2), 165-172.

## **ANEXOS**

## Anexo 1: Aprovação da Comissão Científica da Faculdade de Psicologia



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

Ofício 075-2007 – CIHJ

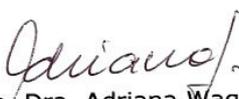
Porto Alegre, 18 de Dezembro de 2007

Senhor(a) Pesquisador(a)

A Comissão Científica da Faculdade de Psicologia da PUCRS apreciou e aprovou seu protocolo intitulado **“Validação de Construto do Inventário de Depressão Beck – II (BDI-II) em uma População Universitária”**.

Sua investigação está autorizada a partir da presente data, sem a necessidade de passar pelo Comitê de Ética, devido características específicas da pesquisa.

Atenciosamente

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

Ilmo(a) Sr(a)

Prof. Dra. **Irani Iracema de Lima Argimon** e mestrando **Igor da Rosa Finger**

**Faculdade de Psicologia**

Nesta Universidade

**PUCRS**

**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](mailto:psicologia-pg@pucrs.br)

[www.pucrs.br/psipos](http://www.pucrs.br/psipos)

**Anexo 2: Aprovação do Comitê de Ética 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 Górdim  
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](mailto:cep@pucrs.br)  
[www.pucrs.br/prppg/cep](http://www.pucrs.br/prppg/cep)

### Anexo 3: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos solicitando sua autorização para que você possa participar da presente pesquisa, que tem como principal objetivo estimar a prevalência do espectro bipolar nos universitários da PUC/RS e criar subsídios para adaptação à nossa realidade de instrumento de avaliação de sinais e/ou sintomas psicopatológicos de depressão e de apreciação de sua gravidade. Tal estudo prevê a participação de pessoas com idade mínima de 17 anos. Essa atividade levará aproximadamente 30 minutos, sob a coordenação da psicóloga responsável pelo estudo. Os dados obtidos através desses instrumentos serão mantidos em sigilo e colocados anonimamente à disposição da pesquisadora responsável pelo estudo. 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) 33203633 - sub-ramal 7739, da Professora Dra. Irani de Lima Argimon, orientadora responsável desta pesquisa. O telefone do Comitê de Ética em Pesquisa PUCRS é (51) 33203345

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

---

Assinatura do Participante

---

Local e data

---

Profa. Orientadora Irani Argimon

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos solicitando sua autorização para que você possa participar da presente pesquisa, que tem como principal objetivo estimar a prevalência do espectro bipolar nos universitários da PUC/RS e criar subsídios para adaptação à nossa realidade de instrumento de avaliação de sinais e/ou sintomas psicopatológicos de depressão e de apreciação de sua gravidade. Tal estudo prevê a participação de pessoas com idade mínima de 17 anos. Essa atividade levará aproximadamente 30 minutos, sob a coordenação da psicóloga responsável pelo estudo. Os dados obtidos através desses instrumentos serão mantidos em sigilo e colocados anonimamente à disposição da pesquisadora responsável pelo estudo. 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) 33203633 - sub-ramal 7739, da Professora Dra. Irani de Lima Argimon, orientadora responsável desta pesquisa. O telefone do Comitê de Ética em Pesquisa PUCRS é (51) 33203345

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

---

Assinatura do Participante

---

Local e data

---

Profa. Orientadora Irani Argimon

## Anexo 4: Ficha Sociodemográfica

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul  
Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Psicologia  
Avaliação e Intervenção no Ciclo Vital

Por favor, tente responder o melhor que puder e marque sempre a alternativa que acreditares mais adequada. Obrigado!

FICHA DE DADOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS

Nº matrícula

Questionário

Aplicador:	Data da aplicação: / /	Aplic _ Datapl _
Data Nascimento: / /	Idade (em anos completos):	Datanasc _ Idade _
Sexo: ( 1 ) Feminino ( 2 ) Masculino		Sexo _
Estado Civil: ( 1 ) Casado ( 2 ) União estável ( 3 ) Solteiro ( 4 ) Viúvo ( 5 ) Separado ( 6 ) Divorciado ( 7 ) Outro. Qual?		Estciv _ Qualout _
Se teu estado civil for casado ou união estável, como tu avalias tua relação? ( 0 ) Péssima ( 1 ) Ruim ( 2 ) Regular ( 3 ) Boa ( 4 ) Ótima (88) Não se aplica		Avrel _
Qual semestre tu estás? _____ semestre		Semes _
Desde a 1ª série do 1º grau, há quantos anos estás estudando? _____ anos		Anosest _
NOS ÚLTIMOS 12 MESES, realizaste trabalho remunerado? ( 0 ) Não ( 1 ) Sim		Trab _
Se sim, há quanto tempo tu trabalhas? _____ MESES		Temptra _
Tu tens televisão colorida em casa? (0) não (1) sim Quantas? _____		Tvs _
Tu tens radio em casa? (0) não (1) sim Quantos? _____		Radio _
Tu tens banheiro na tua casa? (0) não (1) sim Quantos? _____		Banheir _
Tu tens carro? (0) não (1) sim Quantos? _____		Carro _
Tu tens empregada doméstica mensalista? (0) não (1) sim Quantas? _____		Empreg _
Tu tens aspirador de pó? (0) não (1) sim		Aspipa _
Tu tens máquina de lavar roupa? (0) não (1) sim		Maqlav _
Tu tens videocassete ou DVD? (0) não (1) sim		Vidvd _
Tu tens geladeira? (0) não (1) sim		Gelad _
Tu tens freezer separado, geladeira duplex? (0) não (1) sim		Freez _
Qual a escolaridade do chefe da tua família (pessoa de maior renda)? ( 1 ) Nenhuma ( 2 ) da 1ª a 5ª série do 1º grau ( 3 ) da 6ª a 8ª série do 1º grau ( 4 ) 2º grau incompleto ( 5 ) 2º Completo ( 6 ) Curso Superior incompleto ( 7 ) Curso Superior completo ( 8 ) Pós-graduação		Eschef _
Tu realizas estágio obrigatório ou não obrigatório (curricular e/ou extra-curricular)? (0) não (1) sim		Estag _
Tu tens religião? (0) Não (1) Sim		Relig _
NO ÚLTIMO MÊS, com que frequência tu foste a alguma atividade religiosa (missa, culto, reunião ou sessão na tua religião)? ( 0 ) nunca vou ( 1 ) fui uma vez ( 2 ) duas vezes ( 3 ) de três a seis vezes ( 4 ) de sete a 10 vezes ( 5 ) de 11 a 20 vezes ( 6 ) mais de 21 vezes		Freqmis _
NOS ÚLTIMOS 12 MESES, tu realizaste as atividades de lazer (sem ter compromisso) abaixo?		Livros _ Escmusic _ A sstv _ Ircine _ Viaj _ Irfest _ Jogoele _ Uscomp _ Outratv _ Qualatv _
Ler livros, revistas e/ou jornais ( 0 ) Não ( 1 ) Sim		
Escutar música ( 0 ) Não ( 1 ) Sim		
Assistir televisão ( 0 ) Não ( 1 ) Sim		
Ir ao cinema ( 0 ) Não ( 1 ) Sim		
Viajar ( 0 ) Não ( 1 ) Sim		
Ir a festas ( 0 ) Não ( 1 ) Sim		
Jogar jogos eletrônicos e/ou de tabuleiros ( 0 ) Não ( 1 ) Sim		
Usar o computador ( 0 ) Não ( 1 ) Sim		
Outro ( 0 ) Não ( 1 ) Sim Qual?		

<p><b>NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, quantas vezes tu fizeste algum esporte, dança, jogo ou exercício físico a ponto de ficar suando ou cansado?</b></p> <p>( 0 ) Nenhuma                      ( 1 ) Uma vez                      ( 2 ) Duas vezes  ( 3 ) Três vezes                      ( 4 ) Quatro vezes                      ( 5 ) Cinco vezes  ( 6 ) Seis vezes ou mais</p>	Exfisic _
<p><b>Se praticaste, em média, quanto tempo durou cada atividade?</b></p> <p>( 0 ) até 10 minutos                      ( 1 ) de 11 a 20 minutos  ( 2 ) de 21 a 30 minutos                      ( 3 ) de 31 a 45 minutos  ( 4 ) de 46 a 60 minutos                      ( 5 ) de 61 a 90 minutos  ( 6 ) mais de 90 minutos</p>	Tpexfis _
<p><b>Tu tens algum problema de saúde ou doença importante?</b></p> <p>( 0 ) Não                      ( 1 ) Sim</p> <p><b>Se SIM: Qual/Quais?</b></p>	Probsaud _ Qpsau1 _
<p><b>Alguma vez na tua vida foste internado em hospital psiquiátrico?</b></p> <p>( 0 ) Não                      ( 1 ) Sim Quantas vezes? ____ vezes</p> <p><b>Se SIM:</b>  <b>Qual foi o diagnóstico?</b></p>	Inthpsi _ Qtsvez _  Qdiag1 _
<p><b>Atualmente, tu utilizas alguma medicação continuada (utilização de uma medicação específica durante pelo menos 3 meses – já tomou ou irá tomar)?</b></p> <p>( 0 ) Não                      ( 1 ) Sim</p> <p><b>Se SIM:</b>  <b>Qual nome?</b> _____  <b>Qual dose por dia?</b> _____  <b>Qual nome?</b> _____  <b>Qual dose por dia?</b> _____  <b>Qual nome?</b> _____</p>	Atmedic _  Rem1 _ Dose1 _ Rem2 _ Dose2 _ Rem3 _ Dose3 _
<p><b>Alguma vez tu fizeste tratamento psicológico ou psiquiátrico?</b></p> <p>( 0 ) Não                      ( 1 ) Sim, mas não faço atualmente                      ( 2 ) Sim e faço atualmente</p>	Tratpsi _
<p><b>No ÚLTIMO MÊS, como tu percebes a tua saúde?</b></p> <p>( 0 ) Pésima                      ( 1 ) Ruim                      ( 2 ) Regular  ( 3 ) Boa                      ( 4 ) Ótima</p>	Percaud _
<p><b>Marque nas caras abaixo qual representa melhor seu bem-estar no ÚLTIMO MÊS:</b></p> <p></p>	Beum _
<p><b>Tu tomas bebida alcoólica?</b> ( 0 ) Não                      ( 1 ) Sim</p>	Bebalc _
<p><b>Alguma vez tu sentiste que deveria diminuir a quantidade de bebida alcoólica ou parar de beber?</b></p> <p>( 0 ) Não                      ( 1 ) Sim</p>	Dimalc _
<p><b>As pessoas te aborrecem porque criticam o teu modo de tomar bebida alcoólica?</b></p> <p>( 0 ) Não                      ( 1 ) Sim</p>	Critalc _
<p><b>Tu te sentes chateado(a) pela maneira como tu costumavas tomar bebidas alcoólicas?</b></p> <p>( 0 ) Não                      ( 1 ) Sim</p>	Chatalc _
<p><b>Tu costumavas tomar bebidas alcoólicas pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca?</b></p> <p>( 0 ) Não                      ( 1 ) Sim</p>	Bebman _
<p><b>Tu fumas cigarros atualmente?</b></p> <p>( 0 ) Não, nunca fumei.  ( 1 ) Não. Fumei no passado, mas parei de fumar.  ( 2 ) Sim</p>	Fumat _
<p><b>Em MÉDIA, no ÚLTIMO MÊS, quantos cigarros por DIA tu fumas?</b></p> <p>_____ cigarros                      por dia                      (77) menos de 1 cigarro por dia</p>	Qtscig _

## Anexo 5: BDI-II

### Instruções:

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Por favor, leia cada uma delas cuidadosamente. Depois, escolha uma frase de cada grupo, a que melhor descreva o modo como você tem se sentido nas **duas últimas semanas, incluindo o dia de hoje**. Faça um círculo em volta do número (0,1,2,ou 3), correspondente à afirmação escolhida em cada grupo. Se mais de uma afirmação em um grupo lhe parecer igualmente apropriada, escolha a de número mais alto neste grupo. Verifique se não marcou mais de uma afirmação por grupo, incluindo o item 16 (Alterações no padrão de sono) e o item 18 (Alterações de apetite).

<p><b>1. Tristeza</b></p> <p>0 Não me sinto triste.</p> <p>1 Eu me sinto triste grande parte do tempo.</p> <p>2 Estou triste o tempo todo.</p> <p>3 Estou tão triste ou tão infeliz que não consigo suportar.</p> <p><b>2. Pessimismo</b></p> <p>0 Não estou desanimado(a) a respeito do meu futuro.</p> <p>1 Eu me sinto mais desanimado(a) a respeito do meu futuro do que de costume.</p> <p>2 Não espero que as coisas dêem certo para mim.</p> <p>3 Sinto que não há esperança quanto ao meu futuro. Acho que só vai piorar.</p>	<p><b>6. Sentimentos de punição</b></p> <p>0 Não sinto que estou sendo punido(a).</p> <p>1 Sinto que posso ser punido(a).</p> <p>2 Eu acho que serei punido(a).</p> <p>3 Sinto que estou sendo punido(a).</p> <p><b>7. Auto-estima</b></p> <p>0 Eu me sinto como sempre me senti em relação a mim mesmo(a).</p> <p>1 Perdi a confiança em mim mesmo(a).</p> <p>2 Estou desapontado(a) comigo mesmo(a).</p> <p>3 Não gosto de mim.</p>
<p><b>3. Fracasso passado</b></p> <p>0 Não me sinto um(a) fracassado(a).</p> <p>1 Tenho fracassado mais do que deveria.</p> <p>2 Quando penso no passado vejo muitos fracassos.</p> <p>3 Sinto que como pessoa sou um fracasso total.</p> <p><b>4. Perda de prazer</b></p> <p>0 Continuo sentindo o mesmo prazer que sentia com as coisas de que eu gosto.</p> <p>1 Não sinto tanto prazer com as coisas como costumava sentir.</p> <p>2 Tenho muito pouco prazer nas coisas que eu costumava gostar.</p> <p>3 Não tenho mais nenhum prazer nas coisas que costumava gostar.</p>	<p><b>8. Autocrítica</b></p> <p>0 Não me critico nem me culpo mais do que o habitual.</p> <p>1 Estou sendo mais crítico(a) comigo mesmo(a) do que costumava ser.</p> <p>2 Eu me critico por todos os meus erros.</p> <p>3 Eu me culpo por tudo de ruim que acontece.</p> <p><b>9. Pensamentos ou desejos suicidas</b></p> <p>0 Não tenho nenhum pensamento de me matar.</p> <p>1 Tenho pensamentos de me matar, mas não levaria isso adiante.</p> <p>2 Gostaria de me matar.</p> <p>3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.</p>
<p><b>5. Sentimentos de culpa</b></p> <p>0 Não me sinto particularmente culpado(a).</p> <p>1 Eu me sinto culpado(a) a respeito de várias coisas que fiz e/ou que deveria ter feito.</p> <p>2 Eu me sinto culpado(a) a maior parte do tempo.</p> <p>3 Eu me sinto culpado(a) o tempo todo.</p>	<p><b>10. Choro</b></p> <p>0 Não choro mais do que chorava antes.</p> <p>1 Choro mais agora do que costumava chorar.</p> <p>2 Choro por qualquer coisinha.</p> <p>3 Sinto vontade de chorar, mas não consigo.</p>

**11. Agitação**

- 0 Não me sinto mais inquieto(a) ou agitado(a) do que me sentia antes.
- 1 Eu me sinto mais inquieto(a) ou agitado(a) do que me sentia antes.
- 2 Eu me sinto tão inquieto(a) ou agitado(a) que é difícil ficar parado(a).
- 3 Estou tão inquieto(a) ou agitado(a) que tenho que estar sempre me mexendo ou fazendo alguma coisa.

**12. Perda de interesse**

- 0 Não perdi o interesse por outras pessoas ou por minhas atividades.
- 1 Estou menos interessado pelas outras pessoas ou coisas do que costumava estar.
- 2 Perdi quase todo o interesse por outras pessoas ou coisas.
- 3 É difícil me interessar por alguma coisa.

**13. Indecisão**

- 0 Tomo minhas decisões tão bem quanto antes.
- 1 Acho mais difícil tomar decisões agora do que antes.
- 2 Tenho muito mais dificuldade em tomar decisões agora do que antes.
- 3 Tenho dificuldade para tomar qualquer decisão.

**14. Desvalorização**

- 0 Não me sinto sem valor.
- 1 Não me considero hoje tão útil ou não me valorizo como antes.
- 2 Eu me sinto com menos valor quando me comparo com outras pessoas.
- 3 Eu me sinto completamente sem valor.

**15. Falta de energia**

- 0 Tenho tanta energia hoje como sempre tive.
- 1 Tenho menos energia do que costumava ter.
- 2 Não tenho energia suficiente para fazer muita coisa.
- 3 Não tenho energia suficiente para nada.

**16. Alterações no padrão de sono**

- 0 Não percebi nenhuma mudança no meu sono.
- 1a Durmo um pouco mais do que o habitual.
- 1b Durmo um pouco menos do que o habitual.
- 2a Durmo muito mais do que o habitual.
- 2b Durmo muito menos do que o habitual.
- 3a Durmo a maior parte do dia.
- 3b Acordo 1 ou 2 horas mais cedo e não consigo voltar a dormir.

**17. Irritabilidade**

- 0 Não estou mais irritado(a) do que o habitual.
- 1 Estou mais irritado(a) do que o habitual.
- 2 Estou muito mais irritado(a) do que o habitual.
- 3 Fico irritado(a) o tempo todo.

**18. Alterações de apetite**

- 0 Não percebi nenhuma mudança no meu apetite.
- 1a Meu apetite está um pouco menor do que o habitual.
- 1b Meu apetite está um pouco maior do que o habitual.
- 2a Meu apetite está muito menor do que antes.
- 2b Meu apetite está muito maior do que antes.
- 3a Não tenho nenhum apetite.
- 3b Quero comer o tempo todo.

**19. Dificuldade de concentração**

- 0 Posso me concentrar tão bem quanto antes.
- 1 Não posso me concentrar tão bem como habitualmente.
- 2 É muito difícil para mim manter a concentração em alguma coisa por muito tempo.
- 3 Eu acho que não consigo me concentrar em nada.

**20. Cansaço ou fadiga**

- 0 Não estou mais cansado(a) ou fadigado(a) do que o habitual.
- 1 Fico cansado(a) ou fadigado(a) mais facilmente do que o habitual.
- 2 Eu me sinto muito cansado(a) ou fadigado(a) para fazer muitas das coisas que costumava fazer.
- 3 Eu me sinto muito cansado(a) ou fadigado(a) para fazer a maioria das coisas que costumava fazer.

**21. Perda de interesse por sexo**

- 0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo.
- 1 Estou menos interessado(a) em sexo do que costumava estar.
- 2 Estou muito menos interessado(a) em sexo agora.
- 3 Perdi completamente o interesse por sexo.

Subtotal página 2

Subtotal página 1

Pontuação total