

Evidências de estrutura interna da Escala Baptista de Depressão – Versão Idoso (EBADEP-ID)

Evidence of the internal structure of the Baptista Depression Scale - Elderly Version (EBADEP-ID)

Makilim Nunes Baptista ¹

Felipe Augusto Cunha ²

Maria Andreia da Nóbrega Marques ³

Universidade São Francisco

Resumo

O objetivo do presente estudo foi investigar propriedades psicométricas da Escala Baptista de Depressão-Versão Idoso (EBADEP-ID). Participaram da pesquisa 244 idosos do estado do Piauí, sem diagnóstico de depressão, com faixa etária variando de 60 a 96 anos (M= 68,85; DP= 9,19), sendo 67,9% do sexo feminino. Os principais resultados indicaram que dos 30 itens iniciais a escala foi reduzida para uma versão mais breve de 15 itens. A escala apresentou uma melhor adequação com uma solução de dois fatores, ambos apresentando valores adequados de alfa de Cronbach (F1: 0,90 e F2: 0,88). Por fim, conclui-se que a EBADEP-ID demonstrou evidências de validade de estrutura interna aceitáveis.

Palavras-chave: Sintomatologia Depressiva; Análise Fatorial Exploratória; Teoria de Resposta ao Item.

Abstract

The objective of the present study was to investigate the psychometric properties of the Depression-Elderly Baptista Scale (EBADEP-ID). A total of 244 elderly people from the state of Piauí, with no diagnosis of depression, ranging in age from 60 to 96 years (M = 68.85, SD = 9.19), 67.9% of them female. The main results indicated that of the 30 initial items the scale was reduced to a shorter version of 15 items. The scale was better suited to a two-factor solution, both presenting adequate values of Cronbach's alpha (F1: 0.90 and F2: 0.88). Finally, it is concluded that EBADEP-ID has demonstrated evidence of acceptable internal structure validity.

Keywords: Depressive Symptomatology; Exploratory Factor Analysis; Item Response Theory.

A população idosa no Brasil vem aumentando nos últimos anos. Estimativas apontam que até 2030 aproximadamente 41,5 milhões de idosos farão parte da população do país, com possibilidades de postergar a expectativa de vida para 85 anos (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010). Considerando o aumento significativo desse público, é importante entender o impacto que o envelhecimento acarreta para essas pessoas, por exemplo, mudanças vinculadas ao âmbito físico (corpo) e psicológico (Silva et al., 2017). O idoso não desenvolve somente doenças de base fisiológica, tais como hipertensão arterial, astenia e dor crônica, mas

também chances de desencadear possíveis transtornos psiquiátricos, como a depressão, consequentemente trazendo mais limitações para a vida desse sujeito (Ortiz & Wanderley, 2013).

A depressão é um transtorno psiquiátrico que não afeta somente os idosos, mas todas as faixas etárias, interferindo negativamente na funcionalidade do indivíduo. Os sintomas da depressão são variados, afetando no estado psicológico, comportamental e físico, podendo apresentar oscilações de frequência, intensidade e duração, dependendo do momento que o sujeito se encontra (Fried, 2017). Por isso, a depressão é vista como um grave

problema de saúde mental, constituída por uma variedade de sintomas, sendo estes importantes no momento de rastrear a frequência, intensidade e duração da tipologia da depressão (World Health Organization, 2017).

Existem alguns sintomas importantes no transtorno depressivo, tais como o humor deprimido, anedonia, fadiga, alterações no apetite e sono, que são comuns tanto na faixa etária adulta quanto na velhice (*American Psychological Association - APA*, 2014). Porém, existem outros sintomas e comportamentos mais específicos nos idosos, sendo esses, o declínio e perdas de habilidades físicas decorrentes da própria idade, dores constantes provindas de doenças crônicas, viuvez, sentimento de desamparo, afastamento do âmbito profissional (aposentadoria), diminuição da rede social e morte de amigos e familiares; podendo ser considerados fatores agravantes para o quadro depressivo dessa faixa etária (Xavier et al., 2014).

No que diz respeito ao rastreamento da sintomatologia depressiva no idoso, existem algumas limitações no momento de identificar com expertise se o indivíduo apresenta um possível episódio depressivo. Frequentemente os sintomas da depressão estão interligados com outras doenças clínicas e consequentemente diminuindo as funções cognitivas do indivíduo, tornando uma linha tênue entre o que é considerado patológico e normal nos idosos (Chiesi, 2017).

Dentre os principais sintomas depressivos, entende-se que o declínio das funções cognitivas (memória e atenção) no idoso são consequências do envelhecimento. Essas funções normalmente são prejudicadas com mais intensidade quando se tem o diagnóstico de depressão, fazendo com que esses sujeitos sofram com mais prejuízos cognitivos (Braga, Santana, & Ferreira, 2015). Assim, por conter vários sinais similares entre a depressão e os demais transtornos psiquiátricos, no momento de realizar um diagnóstico diferencial surgem algumas dificuldades, tais como analisar com precisão os sintomas a partir de cada fase do desenvolvimento humano que o sujeito se encontra (Batistoni, Neri, & Cupertino, 2010).

Uma das maneiras de rastrear com precisão e acurácia um determinado episódio depressivo é a partir de técnicas e instrumentos de avaliação. Os testes de autorrelato ou mesmo as entrevistas clínicas, são meios instrumentais importantes para auxiliar no manejo clínico do profissional, por exemplo, analisar as várias formas que a depressão pode afetar o estado emocional e físico do sujeito (Chiesi, 2017; Van Loo et al., 2012). Para facilitar esse momento de avaliação, algumas escalas foram elaboradas para rastrear sintomatologia depressiva nos

idosos, sendo essas a *Geriatric Depressive Scale – GDS* (Yesavage et al., 1983).

A GDS é um instrumento de rastreio autoaplicável ou realizado por um entrevistador, com itens dicotômicos para discriminar possíveis sintomas depressivos dos sinais do envelhecimento. A escala apresenta duas versões, uma de 30 itens e outra com 15 itens, sendo sua versão reduzida. Vários estudos sobre a GDS foram realizados no Brasil, no intuito de assegurar a qualidade psicométrica da escala no âmbito nacional. Na pesquisa de Sousa et al. (2007) que teve como objetivo avaliar as evidências de validade e fidedignidade da GDS nas versões de 30 e 15 itens em idosos hospitalizados, apresentando respectivamente o alfa de Cronbach de 0,94 e 0,91 para cada versão. Em um outro estudo de Paradela, Lourenço e Veras (2005) que o objetivo também foi buscar evidências de precisão para a GDS na versão reduzida, os autores encontraram o alfa de Cronbach adequado de 0,90 e pontos de corte para idosos hospitalizados e grupo não clínico.

Outros instrumentos amplamente usados na população idosa são o Beck Depression Inventory-II (BDI-II; Gorenstein, Pang, Argimon, & Werlang, 2011) e a Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton (HRSD; Hamilton, 1967). Ambas escalas foram traduzidas e validadas para a população brasileira, porém não são específicas somente para o público idoso, porque os instrumentos focam com mais intensidade nos sintomas somáticos e vegetativos da depressão, não destacando os aspectos cognitivos, afetivos e sociais, que seriam mais relevantes para esse perfil de idade (Hiesi, et al., 2017).

Pensando no uso de instrumentos não específicos para os idosos e as dificuldades de separar os possíveis sintomas depressivos dos sintomas orgânicos decorrentes de outras doenças neurológicas, Baptista (2013) construiu a Escala Baptista de Depressão para Idosos (EBADEP-ID). A EBADEP-ID, destaca-se por ser uma escala nacional que utiliza critérios de classificação para Transtorno Depressivo Maior, pensando nas possíveis consequências que o envelhecimento acarreta no sujeito, responsáveis por dificultar na avaliação psicológica, dando mais ênfase para os sintomas cognitivos, de humor e sociais vinculados a depressão.

A EBADEP-ID foi baseada nos mesmos descritores que deram origem à Escala Baptista de Depressão para Adultos EBADEP-A (Baptista, 2012) e à versão Infanto-Juvenil (Baptista, 2017), porém, essas escalas na versão adulta e infanto-juvenil são unifatoriais, diferenciando da EBADEP-ID que foi encontrada uma solução melhor de dois fatores. Portanto, todas as versões são baseadas nos mesmos descritores, que são os indicadores de classificação do

¹ Possui graduação em Psicologia pela Universidade São Judas Tadeu (1995), mestrado em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas (1997) e doutorado pelo departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da Universidade Federal de São Paulo (2001). Atualmente é docente do Programa de Pós-Graduação Stricto-Sensu em Psicologia da Universidade São Francisco - Itatiba; bolsista produtividade pelo CNPq; Coordenador do Laboratório de Avaliação Psicológica em Saúde Mental (LAPSAM-III) do Programa de Pós-Graduação Stricto-Sensu em Psicologia da Universidade São Francisco; Membro do Grupo de Trabalho de Família da União Latino-Americana de Entidades de Psicologia (ULAPSI); Membro del Red Mundial Suicidólogos. Tem experiência na área de Psicologia, com ênfase em Avaliação Psicológica, Tratamento e Prevenção Psicológica, atuando principalmente nos seguintes temas: depressão, suporte familiar, suicídio, adolescentes e estresse.

² Psicólogo pela Universidade São Francisco, Itatiba. Mestre e Doutorando em Psicologia pelo Programa de Pós Graduação stricto sensu da Universidade São Francisco, com ênfase em Avaliação Psicológica em Saúde Mental como bolsista CAPES.

³ Possui graduação em Psicologia pela Universidade Estadual do Piauí- UESPI/Faculdade de Ciências Médicas (2003), Mestrado em Educação pela Universidade Federal do Piauí (2009) e Doutorado em Psicologia pela Universidade São Francisco (2016). Pós-doutorado em Psicologia pela Universidade São Francisco (2017). Atualmente é psicóloga do Centro Integrado de Reabilitação, gerente de reabilitação intelectual do Centro Integrado de Reabilitação, professora do Centro Universitário Santo Agostinho e professora adjunta da UESPI.

DSM-IV-TR e DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), CID-10 (Organização Mundial da Saúde, 1993), Terapia Cognitiva da Depressão (Beck et al., 1979) e princípios da Terapia Comportamental (Ferster, Culbertson, & Boren, 1977). Inicialmente foram criados 70 itens no formato dicotômico para a EBADEP-ID porém, após a realização de análises de conteúdo e de semântica, 40 itens foram excluídos, por não condizerem com a pertinência teórica da depressão em idosos, e também por serem itens de difícil entendimento e com descritores mais vegetativos, como por exemplo, “tenho dificuldade em dormir” e “Meu apetite não continua mais como antes” totalizando uma versão mais atual do instrumento com 30 itens (Baptista, 2016).

Em um estudo que utilizou a EBADEP-ID também como instrumento para rastrear sintomatologia depressiva, Coutinho, Hamdan e Baptista (2016) tiveram como objetivo buscar evidências de validade baseada na relação com outras variáveis para a escala. A amostra da pesquisa foi constituída por 202 idosos de centro de convivência, asilares e internados em hospital; composto na maioria por homens (n=106), com a idade da amostra total variando entre 60 e 90 anos (M=68; DP= 7,22). Os instrumentos utilizados, além da EBADEP-ID, foram o Mini-Mental State Exam (MMSE) e a Geriatric Depression Scale (GDS-15), que serviram como escalas complementares para caracterizar a amostra. Os resultados demonstraram que a EBADEP-ID possuiu uma boa capacidade de discriminar os vários grupos de idosos avaliados, e correlacionou positivamente com a GDS-15 ($r=0,76$), constatando algumas similaridades entre as escalas, ambas com o intuito de fornecer rastreamento da sintomatologia depressiva nos idosos.

A necessidade de ter um instrumento de rastreamento da depressão para os idosos é importante, por isso a necessidade de realizar um estudo exploratório com foco psicométrico para EBADEP-ID. A procura de evidências de validade é de suma importância para a sustentação de um instrumento psicológico. Assim, a presente pesquisa teve como objetivo analisar as evidências de estrutura interna da Escala Baptista de Depressão-Versão Idoso (EBADEP-ID).

MÉTODO

Participantes

A amostra foi composta por 244 idosos da capital e do interior do estado do Piauí, sem diagnóstico clínico de transtorno mental, relatado pelo próprio indivíduo. A idade desses participantes variou entre 60

e 96 anos ($M= 68,85$; $DP= 9,19$), sendo que 62,3% ($n=152$) eram do sexo feminino. Quanto ao estado civil, a maior parte dos participantes foi composta por 52,4% ($n=127$) casados e 22,5% ($n=55$) de viúvos. Os demais sujeitos ficaram entre solteiros 13,2% ($n=32$) e separados 11,9% ($n=29$).

Instrumentos

Escala Baptista de Depressão - Versão Idosos - EBADEP-ID (Baptista, 2013): A EBADEP-ID é um instrumento para rastrear sintomas depressivos em idosos, autoaplicável ou aplicado por um entrevistador. A escala possui 30 itens, como por exemplo, “Estou me sentindo mais triste”; “Prefiro a solidão”; “Consigo me concentrar nas atividades” e “Gosto de mim” todos com formato de respostas dicotômicas (sim ou não) pontuadas de 0 a 1 ponto. Dentre esses itens, os principais sintomas da depressão são abordados, tais como, baixa autoestima, dificuldades em resolver problemas, sentimento de incapacidade, percepção de apoio social, choro, anedonia, entre outros. O diferencial da EBADEP-ID é que o instrumento não aborda somente os sintomas vegetativos por serem comuns no quadro do envelhecimento natural, e focam sintomas em dimensão cognitiva e social, baseados nos manuais psiquiátricos e nas duas principais teorias que foram precursoras na compreensão da depressão (cognitivo e comportamental).

Procedimentos

Após a autorização da instituição para a pesquisa e a aprovação do comitê de ética e pesquisa (CAAE: 60623516.7.0000.5514). os sujeitos respondentes do estudo receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) impresso em duas vias, que constavam as informações pertinentes da pesquisa. O instrumento foi aplicado de forma individual em centros de recreação para idosos, e a coleta teve duração aproximada de 20 minutos.

Análise de Dados

Os dados foram analisados a partir do programa Factor (versão 10.3.01, Lorenzo-Seva & Ferrando, 2006) para realizar análise paralela e depois Análise Fatorial Exploratória (AFE), sendo utilizado o método de estimação *Unweighted Least Squares* (ULS), a partir de uma matriz de correlações policóricas, com método de retenção *Minimum Average Partial* (MAP, Velicer,

1976). Foi escolhido a rotação *direct oblimin*. O índice Kaiser Meyer Olkin – KMO, que verificou a homogeneidade dos itens e foi considerando como muito bom se tiver valores entre 0,80 e 0,90 e ruim se for encontrado valores abaixo de 0,30. Após a AFE, foram encontrada uma solução melhor com dois fatores, que também foi analisada a partir da Teoria de Resposta ao Item (TRI), por meio do modelo de Rasch, para itens dicotômicos, a partir do programa *Winsteps 3.74*. A análise para verificar o ajuste dos itens foi avaliado segundo os índices de *infit* e *outfit*, sendo que o valor deveria estar entre 0,60 e 1,40 (Linacre, 2011). E por último foi feita uma Análise Fatorial Confirmatória (AFC) através do programa *Mplus* para confirmar a hipótese da solução de dois fatores encontrada na AFE. Foram utilizados os seguintes índices de ajustes para a AFC, Qui quadrado e os graus de liberdade (X²/g.l), *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA), *Comparative Fit Index* (CFI) e *Tucker-Lewis index* (TLI) (Marôco, 2014).

Tabela 1

Cargas Fatoriais da EBADEP-ID

| Itens | Fatores | | h ² |
|----------------|---------|--------|----------------|
| | 1 | 2 | |
| 1 | -0,53 | 0,55 | 0,30 |
| 3 | 0,12 | 0,49 | 0,24 |
| 5 | -0,01 | 0,65 | 0,42 |
| 11 | 0,52 | -0,03 | 0,28 |
| 12 | -0,05 | 0,47 | 0,22 |
| 14 | -0,01 | 0,60 | 0,36 |
| 15 | -0,02 | 0,52 | 0,27 |
| 17 | 0,63 | 0,03 | 0,40 |
| 18 | 0,41 | 0,10 | 0,16 |
| 20 | 0,55 | 0,01 | 0,30 |
| 22 | -0,05 | 0,56 | 0,33 |
| 26 | 0,42 | -0,20 | 0,25 |
| 27 | -0,03 | 0,49 | 0,24 |
| 28 | 0,75 | 0,02 | 0,56 |
| 30 | 0,75 | 0,03 | 0,57 |
| Eigenvalues | 3,59 | 2,58 | |
| Var. Explicada | 23,98% | 17,19% | |

Foram excluídos 13 itens na primeira etapa de rotação da análise fatorial, por não terem carregados

RESULTADOS

Inicialmente foi feita uma análise paralela, que demonstrou uma solução de até três fatores. A partir desse resultado preliminar, foi necessário verificar a adequação da amostra para possível análise fatorial exploratória (KMO= 0,79, χ^2 de Bartlett = 10147,1, $p < 0,001$). Além da análise paralela foram utilizados, também, dois outros métodos de retenção, sendo esses *Minimum Average Partial* (MAP) e HULL. O HULL considerou mais adequada uma solução unifatorial, e já o MAP uma solução de dois fatores. (Lorenzo-Seva & Van Ginkel, 2016; Lorenzo-Seva, 2003). Considerando os índices de ajustes e a pertinência do modelo cognitivo da depressão, a solução mais adequada foi com dois fatores, totalizando 15 itens, e os demais itens foram excluídos porque os valores das cargas fatoriais apresentados foram menores que 0,40. Assim, o índice de ajuste *Global Fit Index* (GFI) e o *Comparative Fit Index* (CFI) foram respectivamente de 0,97 e 0,98, com uma variância explicada de 41,17% total dos itens, explícitos na Tabela 1.

em nenhum fator, sobrando 17 itens. Posteriormente, foram excluídos mais dois itens que não carregaram nos

fatores específicos. Por fim restaram 15 itens, subtraídos dos 30 totais presentes na EBADEP-ID, reorganizados em dois fatores, com *eigenvalues* de 3,59 no Fator 1 (Humor deprimido e Autoestima) e 2,58 no Fator 2 (Anedonia e Desesperança) (Tabela 1).

A melhor solução encontrada foi a de dois fatores, sendo o F1 composto por sete itens com semântica positiva referentes a humor e autoestima, e o F2 contendo oito itens com semântica negativa sobre anedonia e desesperança. A correlação entre o F1 e F2 foi de $r =$

$-0,20$ ($p < 0,001$), demonstrando um valor baixo entre os fatores; e o alfa de Cronbach dos fatores foram de 0,90 (F1) e 0,88 (F2) apresentando um nível adequado para a consistência interna da escala. Na sequência foi usado um procedimento estatístico complementar para analisar os resultados provenientes do estudo, no caso, o modelo da Teoria de Resposta ao Item (TRI). Na Tabela 2 são apresentados os dados do F1 e F2 dos 244 sujeitos da amostra.

Tabela 2

Análise dos itens da EBADEP-ID pelo modelo de Rasch para os fatores 1 e 2

| Itens do fator 1 | Escore Bruto | Dificuldade (b) | Infit | Outfit | Correlação Item-total |
|------------------|--------------|-----------------|-------|--------|-----------------------|
| 11 | 229 | 0,67 | 1,04 | 1,24 | 0,62 |
| 17 | 238 | -0,88 | 0,85 | 1,07 | 0,56 |
| 18 | 240 | -1,50 | 1,45 | 1,94 | 0,32 |
| 20 | 225 | 1,13 | 0,97 | 0,92 | 0,70 |
| 26 | 232 | 0,27 | 1,22 | 1,27 | 0,54 |
| 28 | 235 | -0,22 | 0,77 | 0,65 | 0,67 |
| 30 | 230 | 0,54 | 0,73 | 0,65 | 0,74 |
| Média | 232,7 | 0,00 | 1,00 | 1,11 | |
| DP | 4,9 | 0,86 | 0,24 | 0,41 | |

| Itens do fator 2 | Escore Bruto | Dificuldade (b) | Infit | Outfit | Correlação Item-total |
|------------------|--------------|-----------------|-------|--------|-----------------------|
| 1 | 60 | 0,10 | 1,00 | 1,00 | 0,60 |
| 3 | 93 | -0,96 | 1,12 | 1,16 | 0,60 |
| 5 | 68 | -0,17 | 0,86 | 0,77 | 0,67 |
| 12 | 69 | -0,20 | 1,08 | 1,15 | 0,58 |
| 14 | 64 | -0,04 | 0,93 | 0,90 | 0,64 |
| 15 | 34 | 1,20 | 0,94 | 0,72 | 0,57 |
| 22 | 48 | 0,56 | 0,96 | 0,87 | 0,60 |
| 27 | 78 | -0,50 | 1,11 | 1,16 | 0,58 |
| Média | 64,3 | 0,00 | 1,00 | 0,97 | |
| DP | 16,8 | 0,61 | 0,09 | 0,17 | |

Na tabela 2 pode ser notado que a maioria dos itens apresentaram bons índices de ajustes (*Infit* e *Outfit*). Apenas o item 18 “Gosto de mim” pertencente ao F1 demonstrou desajuste no *Outfit*, com base na adequação de valores proposto por Linacre (2011), considerando valores aceitáveis entre 0,60 e 1,40, porém não

foi descartado, porque representa um aspecto importante no momento de avaliar sintomatologia depressiva. Outra característica avaliada dos itens, foi o nível de dificuldade entre os fatores, mostrando que no F1 foram expressas variações entre -1,50 e 1,13 e F2: -0,96 e 1,20. Esses valores de *b* explicaram a intensidade da

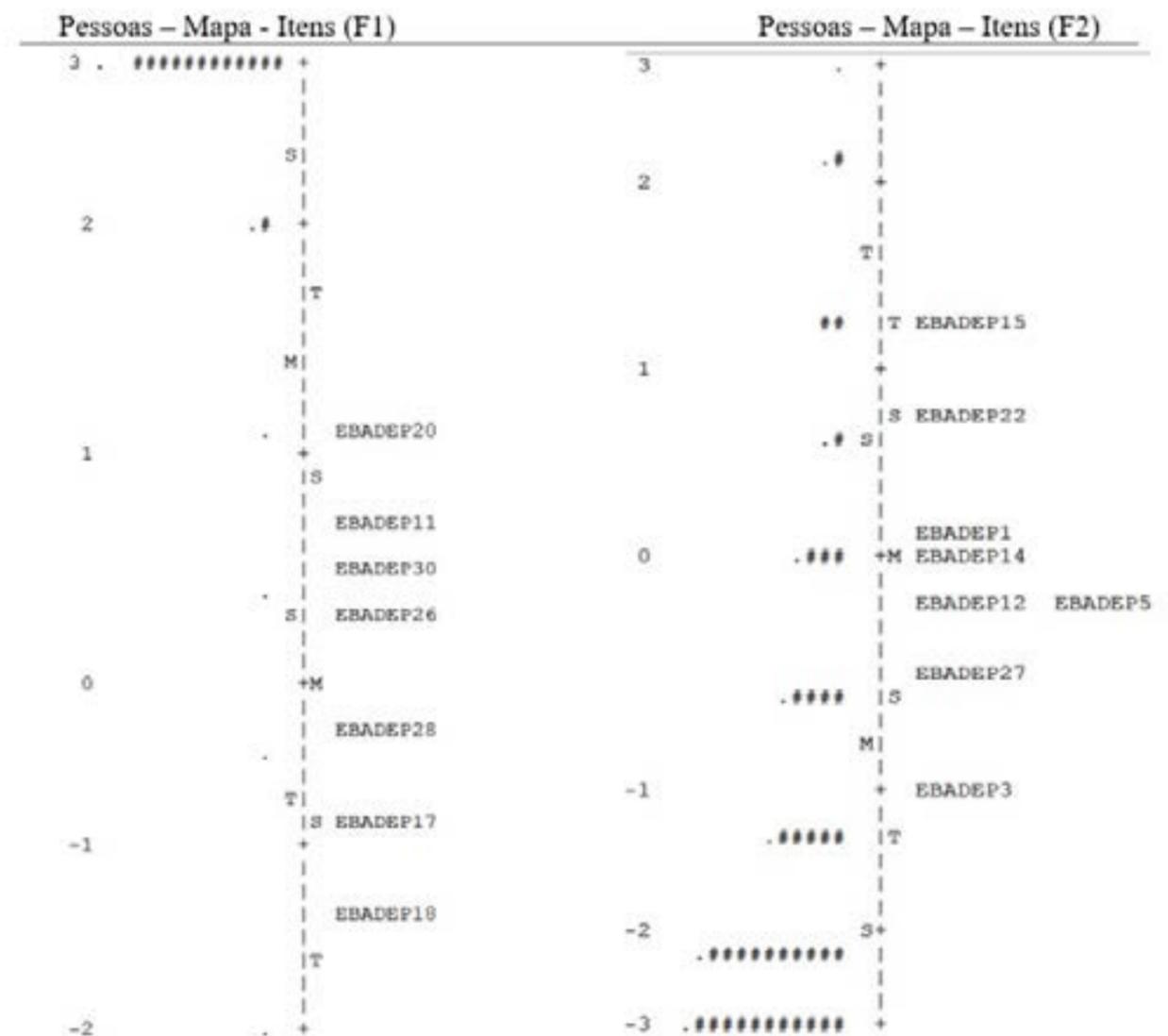
característica avaliada pelo item, como por exemplo no item 20 “Sinto-me com disposição”, sentir-se disposto seria um aspecto mais difícil ou com chances de ser menos endossado na escala, sendo que o item 03 “Tenho sentido vontade de chorar” foi um item mais fácil de responder, demonstrando que os sujeitos respondentes da escala, necessitaram de um nível intermediário para entender e concordar com os itens do instrumento. Por fim, a partir da correlação item-total, quase todas foram

adequadas, apresentando valores moderados (0,54 a 0,74; Dancy & Reidy, 2006).

Assim, outra característica avaliada no instrumento foi a distribuição e o agrupamento em relação aos itens e às pessoas, demonstrado na Figura 1. Observa-se que a visualização dos Mapas de itens apresenta a letra M na figura, situada na régua que divide o mapa entre itens e pessoas, demonstrando a posição média dos itens enquanto das pessoas.

Figura 1.

Mapa de pessoas e itens para o Fator 1 e 2.



Legenda: Cada “#” equivale a 11 pessoas. Cada “.” Equivale de 1 a 10 pessoas

Por meio da TRI é possível identificar a precisão real dos itens, assim, no mapa de itens do Fator

1 demonstra que os respondentes se agruparam entre -2 e 3, porém, a maioria se agrupou no nível 3,

subsequentemente os itens entre -1,5 e 1, demonstrando que os itens foram endossados facilmente pela população, não apresentando dificuldade de interpretação. Os itens, segundo o mapa que foram considerados mais difíceis foram o 20 (Sinto-me com disposição) e o 11 (Consigno me concentrar nas atividades) e os mais fáceis, 18 (Gosto de mim) e 17 (Gosto da minha vida).

No fator 2, as pessoas se agruparam entre -3 e 3, tendo um maior acúmulo de respondentes no nível -3 e -2, e os itens entre -1 e 1, demonstrando que os sujeitos apresentaram mais dificuldade de endossar os itens do F2. Os itens mais endossados foram o 3 “Tenho sentido vontade de chorar” e o 27 “Viver está cada vez mais difícil”, e os menos endossados, 22 “Meus dias têm sido vazios” e 15 “Minha vida está cada vez pior”. No caso da EBADEP-ID não ser uma escala de habilidade, que não existe respostas erradas ou certas, a dificuldade de cada item é avaliado a partir da frequência da resposta; então frequentemente os itens mais “difíceis” são aqueles que tiverem pontuação mais baixa. Por fim, considerando os escores brutos de respostas, o F1 obteve maiores pontuações, quase não discriminando os itens, conseqüentemente porque por ser formulado por itens com semântica positiva, teve uma maior pontuação do grupo, por serem sujeitos saudáveis e sem diagnóstico de depressão.

Por último, foi realizada uma AFC para confirmar se a solução com dois fatores foi a melhor encontrada. Então os resultados foram satisfatórios, observando que o $X^2/g.l = 118.785/89$ e os índices de ajustes, $RMSEA = 0.037$, $CFI = 0.95$ e $TLI = 0.94$. Assim, confirmando a hipótese que a EBADEP-ID ficou mais adequada com o modelo de dois fatores, sendo esses o Fator 1 (Humor deprimido e Autoestima) e Fator 2 (Anedonia e Desesperança).

DISCUSSÃO

A presente pesquisa teve como objetivo principal realizar análises psicométricas da Escala Baptista de Depressão para idosos (EBADEP-ID). A Análise Fatorial Exploratória (AFE) e a Análise Fatorial Confirmatória (AFC), junto do uso da Teoria de Resposta ao Item (TRI), especificamente o modelo de um parâmetro de Rasch, foram usadas para buscar evidências de validade de estrutura interna, sendo esses métodos bastante utilizados por profissionais da psicologia no âmbito da avaliação psicológica (Primi, Muniz, & Nunes 2009; Segabinazi et al., 2012)

A partir dos primeiros resultados encontrados segundo a AFE, foi observado que a versão breve da

escala ficou com 15 itens, apresentando cargas fatoriais adequadas nos dois fatores. Esses fatores foram nomeados como humor e autoestima (F1) e Anedonia e Desesperança (F2). Segundo a classificação do Transtorno Depressivo Maior pelo DSM-5, entende que esses fatores foram separados a partir dos principais sintomas da depressão (APA, 2014) e outros sintomas presentes no modelo cognitivo da depressão, que no caso a desesperança (Beck & Haigh, 2014).

No estudo de Shafer (2006), em que o principal objetivo foi verificar as dimensões fatoriais dos principais instrumentos que avaliam depressão, no caso, *Beck Depression Inventory* (BDI), *Center for Epidemiological Studies Depression Scale* (CES-D), *Hamilton Rating Scales for Depression* (HRSD) e *Zung Self-Rating Depression Scale* (SDS). Esses instrumentos apresentaram diversas dimensões teóricas para a divisão dos fatores, sendo que as categorias comuns entre todas escalas foram os sintomas gerais de depressão, sintomas somáticos, sintomas positivos, atitudes negativas voltadas para si e afetos depressivos gerais. Percebe-se que a maioria dos testes de depressão partilham fatores e descritores teóricos parecidos entre si, apenas o BDI que contém mais itens focados na teoria cognitiva da depressão, tais como a EBADEP-ID, que teve como base teórica a teoria cognitiva da depressão, dando mais ênfase para os sintomas cognitivos e menos para os vegetativos/somáticos.

Comparando a EBADEP-ID com as outras versões do instrumento, sendo essas a de adulto e infanto-juvenil (Baptista, 2012; Baptista, 2017), a versão para idosos não obteve uma estrutura fatorial unidimensional como as demais, mas sim, uma solução com dois fatores. Considerando os sintomas da depressão a partir dos resultados obtidos a partir das análises fatoriais, entende-se que os principais sintomas carregados nos fatores foram os de humor e os cognitivos. Nota-se que esses resultados vão ao encontro dos achados científicos, porque espera-se que os idosos tenham uma diferenciação desses sintomas, porque normalmente pelo seu quadro de saúde e características naturais da idade mais avançada, os sintomas somáticos e vegetativos são mais comuns, não sendo considerados sinais decisivos no momento de considerar um possível transtorno depressivo (Apóstolo et al., 2014; Chiesi et al., 2017).

Na solução encontrada de dois fatores, também foram apresentados índices favoráveis de fidedignidade, sendo esses 0,88 (F1) e 0,90 (F2). Esses índices podem ser comparados com outros instrumentos amplamente usados no contexto da avaliação da depressão geriátrica, como por exemplo a escala no formato reduzido da GDS- 15, apresentando fidedignidade de 0,91,

demonstrando que os valores foram altos (Paradela, Lourenço & Veras, 2005). No que diz respeito aos outros resultados da AFE, a variância explicada foi satisfatória (41,17%), que segundo Abelson (1985), considera esse indicador como um critério importante para avaliar se as distribuições dos itens foram adequadas.

A partir do modelo da TRI, foi analisado também o índice de dificuldade (*b*) dos itens da EBADEP-ID. A grande maioria dos respondentes apresentou respostas esperadas. No que diz respeito ao ajuste de itens (*infit* e *outfit*), apenas um item ficou fora do intervalo do valor de 0,60 e 1,40, no caso o 18 “Gosto de mim”, podendo ser um item a ser reavaliado em um futuro estudo. Portanto, escala apresentou índices adequados, seguindo os valores esperados (Linacre, 2011). Por fim, para verificar a unidimensionalidade do instrumento, foi realizada uma análise de resíduos por componentes principais, pressupondo o critério de inferioridade, sendo que os resíduos considerados maiores de 2,0 *eigenvalue* são considerados como não unidimensional (Linacre, 2009). Observou-se um primeiro resíduo com *eigenvalue* igual a 2,7 (6,3%; 17,8% da variância explicada), acima do que era esperado.

Em relação aos itens do F2, esses foram menos endossados, comparados ao F1. Um dos motivos seria que nesse fator os itens são apresentados com uma semântica negativa, dificultando um pouco a interpretação dos respondentes, pensando que a amostra da pesquisa foi constituída com sujeitos saudáveis. Os idosos por não apresentar sintomatologia depressiva, não pontuaram com frequência o F2, por isso esse fator apresentou diferença quando comparado com o F1. Assim, a EBADEP-ID foi construída pensando em avaliar todo o *continuum* da sintomatologia depressiva, por isso a necessidade de ter itens negativos e positivos, que segundo Moreno e Carneiro (2016) salientam que é importante ter a dimensão de todos os aspectos da depressão, por tratar-se de um construto multidimensional e complexo.

Outra hipótese para explicar essa pontuação mais alta no F1 e também essa solução de dois fatores, sendo um composto por itens positivo e outro por negativos, seria um possível Efeito de Método. Lindwall et al. (2012) comentam que isso pode acontecer quando a escala possui dimensões semânticas opostas, podendo causar um possível viés. Portanto, foi realizada uma AFC para mostrar que os dois fatores encontrados foram pertinentes com a dimensão teórica proposta pelos autores.

Algumas análises de dimensionalidade de instrumentos que são construídos no formato de itens

positivos e negativos, demonstram estruturas fatoriais distintas, sendo mais associada pela junção dos itens, do que pelo formato semântico e do fator em si. Assim, futuramente seria necessário um estudo para realizar análises de vieses de semântica, que segundo Wetzel, Lüdtke, Zettler e Böhnke (2015) existem dois tipos, o Estilo de Resposta Extrema (ERS) e o Estilo de Resposta de Aquiescência (ARS), que respectivamente significa a tendência do sujeito preferir responder categorias de resposta extrema, como por exemplo “discordo totalmente e concordo fortemente” e tendência de preferir categorias declarando concordância, como por exemplo “concordar ou concordar totalmente”.

A partir dos resultados obtidos, foi notado que a EBADEP-ID apresentou uma estrutura fatorial de dois fatores, diferente das outras versões do instrumento (adulto e infanto-juvenil). Portanto, foi utilizado os mesmos descritores teóricos para a construção da escala na versão idosos, por isso, futuramente serão realizados novos estudos para confirmar essa estrutura encontrada. Assim, alguns itens foram excluídos com a intenção de transformar a escala mais coerente com a literatura e condizente com sua proposta de rastreamento para os idosos, totalizando 15 itens. Algumas limitações fizeram parte deste estudo tais como a amostra reduzida de idosos, sendo todos de uma única região do Brasil e nenhum participante com diagnóstico clínico. Importante considerar que para estudos futuros incluir amostras de outras regiões do país e idosos com diagnóstico de depressão.

REFERÊNCIAS

- Abelson, R. P. (1985). A variance explanation paradox: When a little is a lot. *Psychological Bulletin*, 97(1), 129-133. doi: 10.1037/0033-2909.97.1.129
- Alencar, M. A., Bruck, N. N. S., Pereira, B. C., Câmara, T. M. M., & Almeida, R. D. S. (2012). Perfil dos idosos residentes em uma instituição de longa permanência. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 15(4), 785-796. doi:10.1590/S1809-98232012000400017
- American Psychiatric Association – APA. (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais – DSM-V*. Porto Alegre: Artmed.
- Baptista, M. N. (2012). *Escala Baptista de Depressão: versão adulto (EBADEP-A)*. São Paulo: Vetor.
- Baptista, M. N. (2016). *Escala Baptista de Depressão para Idosos (EBADEP-ID)*. Relatório não publicado. Universidade São Francisco.

- Baptista, M. N. (2017). *Escala Baptista de Depressão (Versão Infanto-Juvenil)*. Relatório não publicado. Universidade São Francisco.
- Batistoni, S. S. T., Neri, A. L., & Cupertino, A. P. F. B. (2010). Medidas prospectivas de sintomas depressivos entre idosos residentes na comunidade. *Revista Saúde Pública*, 44(6), 1137-1143. Recuperado de http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/2664/art_BATISTONI_Medidas_prospectivas_de_sintomas_depressivos_entre_idosos_2010.pdf?sequence=1
- Beaudreau, S. A. & O'Hara, R. (2009). The association of anxiety and depressive symptoms with cognitive performance in community-dwelling older adults. *Psychology and Aging*, 24(2), 507-512. doi: 10.1037/a0016035
- Beck, A. T., & Haigh, E. A. (2014). Advances in cognitive theory and therapy: The generic cognitive model. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 1-24. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032813-153734
- Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of Suicidal Intention: The Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(2), 343-352. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.47.2.343>
- Chiesi, F., Primi, C., Pigliatile, M., Ercolani, S., Staffa, M. C. della, Longo, A., . . . Mecocci, P. (2017). The local reliability of the 15-item version of the Geriatric Depression Scale: An item response theory (IRT) study. *Journal of Psychosomatic Research*, 96, 84-88. doi: 10.1016/j.jpsychores.2017.03.013
- Coutinho, F. L., Hamdan, A. C., & Baptista, M. N. (2016). Escala Baptista de Depressão para Idosos - EBADEP-ID: Evidências de validade. *Perspectivas em Psicologia*, 13(2), 1-9. Recuperado de <http://www.seadpsi.com.ar/revistas/index.php/pep/article/view/1./pdf>
- Ferster, C. B., Culbertson, S., & Boren, M. C. (1977). Depressão clínica. In C. B. Ferster, S. Culbertson, & M. C. Boren (Eds.), *Princípios do comportamento* (pp. 699-725). São Paulo: Hucitec.
- Fried, E. I. (2017). The 52 symptoms of major depression: Lack of content overlap among seven common depression scales. *Journal of Affective Disorders*, 208(15), 191-197. doi: 10.1016/j.jad.2016.10.019
- Braga, I. B., Santana, R. C., & Ferreira, D. G. (2015). A Depressão no Idoso. *Id on Line Revista de Psicologia*, 26(9), 142-151. doi:<https://doi.org/10.14295/idonline.v9i26.332>
- Hutz, C. S., Bandeira, D. R., & Trentini, C. M. (2015). *Psicometria* (pp.55-82). Porto Alegre: Artmed.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2010). Sinopse do Senso Demográfico de 2010. Recuperado de http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default_sinopse.shtm.
- Linacre, J. M. (2009). *Winsteps Rasch measurement computer program*. Chicago, Illinois: Winsteps.
- Linacre, J. M. (2011). A user's guide to Winsteps, Program Manual 3.74.0. Chicago: Winsteps.com.
- Lindwall, M., Barkoukis, V., Grano, C., Lucidi, F., Raudsepp, L., Liukkonen, J., & Thøgersen-Ntoumani, C. (2012). Method effects: The problem with negatively versus positively keyed items. *Journal of Personality Assessment*, 94(2), 196-204. doi: 10.1080/00223891.2011.645936
- Marôco, J. (2014). Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, software & aplicações. 2ª Edição. Report Number, Lda.
- Moreno, R. A., & Carneiro, A. M. (2016). Instrumentos de Avaliação de Depressão. Em C. Gorenstein, Y-P. Wang, & I. Hungerbühler, *Instrumentos de Avaliação em Saúde Mental* (pp. 211-222). Porto Alegre: Artmed.
- Organização Mundial da Saúde. (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artmed.
- Ortiz, B.R. & Wanderley, K. D. A. S. (2013). Reflexões Sobre o Uso da Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15) em Idosos Hospitalizados. *Revista Kairós Gerontologia*, 16 (3), 307-316. doi:10.1590/S0047-20852007000200005
- Paradela, E. M. P., Lourenço, R. A., & Veras, R. P. (2005). Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. *Revista de Saúde Pública*, 39(6), 918-923. doi: 10.1590/S0034-89102005000600008
- Primi, R., Muniz, M., & Nunes, C. H. S. S. (2009). Definições contemporâneas de validade de testes psicológicos. Em C. S. Hutz. (Ed.), *Avanços e polêmicas em avaliação psicológica* (Vol. 1, pp. 243-265). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Segabinazi, J. D., Zortea, M., Zanon, C., Bandeira, D. R., Giacomoni, C. H., & Hutz, C. S. (2012). Escala de afetos positivos e negativos para adolescentes: adaptação, normatização e evidências de validade. *Avaliação Psicológica*, 11(1), 1-12. Recuperado de

- <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v11n1/v11n1a02.pdf>
- Shafer, A. B. (2006). Meta-analysis of the factor structures of four depression questionnaire: Beck, CES-D, Hamilton, and Zung. *Journal Clinical Psychology*, 62(1), 123-146. doi: 10.1002/jclp.20213
- Silva, V. de L., Medeiros, C. A. C. X., Guerra, G. C. B., Ferreira P. H. A., Araújo Jr., J. R., Barbosa, S. J. de A., & Araújo, A. (2017). Quality of life, integrative community therapy, family support, and satisfaction with health services among elderly adults with and without symptoms of depression. *Psychiatric Quarterly*, 88(2), 359-369. doi: 10.1007/s1126-016-9453-z
- Silva, A. R., Sgnaolin, V., Nogueira, L. E., Loureiro, F., Engroff, P., & Gomes, I. (2017). Doenças crônicas não transmissíveis e fatores sociodemográficos associados a sintomas de depressão em idosos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 66(1), 45-51. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Eduardo_Nogueira/publication/316738701_Noncommunicable_chronic_diseases_and_sociodemographic_factors_associated_with_symptoms_of_depression_in_elderly
- Velicer, W. (1976). Determining the number of components from the matrix of partial correlations. *Psychometrika*, 41(3), 321-327. doi:10.1007/BF02293557
- Vignola, R. C. B. & Tucci, A. M. (2014). Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. *Journal of Affective Disorders*, 155, 104-109. doi:10.1016/j.jad.2013.10.031
- Wetzel, Lüdtkke, Zettler, & Böhnke (2015). The Stability of extrema response style and acquiescence over 8 years. *Assessment*, 12(4), 1-13. doi: 10.1177/1073191115583714
- World health organization – WHO (2017). Mental health: New underst anding, new hope. Genova, WHO, 2017. Recuperado de <http://www.who.int/whr/2017/en/>.

Endereço para correspondência:

Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia
USF - Universidade São Francisco
R. Waldemar César da Silveira, 105 Jardim Cura D'ars
Campinas - SP
CEP 13045-510
Makilim Nunes Baptista
makilim01@gmail.com

Recebido em 05/09/2018

Aceito em 11/10/2018