

Elaboração e validação da Escala de Depressão para Idosos

Elaboration and validation of the Depression Scale for the Elderly

Adriana Giavoni ¹
 Gislane Ferreira de Melo ¹
 Isabela Parente ¹
 Gabriela Dantas ¹

¹ Universidade Católica de Brasília, Brasília, Brasil.

Correspondência

A. Giavoni
 Universidade Católica de Brasília.
 Campus I, QS 07, lote 01, Brasília, DF
 71966-700, Brasil.
 adriana@pos.ucb.br

Abstract

The objective of this study was to develop and validate the Depression Scale for the Elderly. An explanatory theoretical model was developed for depression, consisting of three categories: cognitive, affective, and somato-motor. The items elaborated thusly were submitted to semantic analysis and judges. The pilot instrument was applied to 340 subjects, 88% of whom were females, mostly with complete primary education (67.9%), and a mean age of 63.74 (SD = 6.87) years. The sample also responded to the Beck Depression Index (BDI). Validation of the scale was based on factor analyses (Principal Axis Factoring) and analysis of the items' internal consistency (Cronbach's alpha). Multiple regressions evaluated the predictive power of the factors in the depression scale for the elderly on the final BDI score. Scale validation demonstrated that the depression scale for the elderly is composed of two factors: cognitive-affective and somato-motor, which explain 53% of the BDI (convergent validity). One can thus state that the depression scale for the elderly consists of factors that assess different aspects of the depression construct (factor validity), which present internal consistency indices within the psychometric standards.

Aged; Depression; Validation Studies

Introdução

A depressão é o quarto maior agente incapacitante das funções sociais e outras atividades da vida cotidiana, sendo responsável por cerca de 850 mil mortes a cada ano. Mundialmente, o transtorno depressivo afeta, aproximadamente, 121 milhões de pessoas por ano ^{1,2,3}.

O diagnóstico desse transtorno é realizado, especialmente, por meio de entrevistas clínicas que investigam a história do paciente, seus principais sintomas, frequência e duração. A depressão configura-se como um estado de alterações do humor envolvendo irritabilidade, tristeza profunda, apatia, disforia, perda da capacidade de sentir prazer e ainda, alterações cognitivas, motoras e somáticas. Ela difere de uma tristeza normal pela intensidade e duração prolongada dos sintomas, e tais sintomas interferem no funcionamento social do indivíduo, bem como em outras áreas significativas de sua vida, como: trabalho, relacionamentos amorosos ou amizades ^{4,5,6}.

O transtorno depressivo faz parte dos transtornos de humor, dentre os quais estão ainda o transtorno bipolar e a mania. Sua caracterização define a presença de, no mínimo, cinco sintomas do episódio depressivo maior há pelo menos duas semanas; e um dos sintomas deve ser o humor deprimido ou a perda do interesse ou prazer. De acordo com o *Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais* (DSM-IV) ⁷, o transtorno

depressivo subdivide-se ainda em transtorno depressivo maior episódio único ou recorrente. No primeiro há a ocorrência de somente um episódio depressivo e no último há a presença de dois ou mais episódios.

A *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10ª Revisão* (CID-10)⁸ classifica os episódios depressivos em: (a) leve: quando o indivíduo ainda é capaz de realizar grande parte de suas atividades diárias; (b) moderado: quando o indivíduo começa a apresentar dificuldades no prosseguimento de sua vida cotidiana; e (c) grave: quando há marcantes sentimentos de desvalia, baixa auto-estima e idéias suicidas.

Alguns instrumentos de avaliação têm sido utilizados para estimar sintomas de depressão, tais como: o *Inventário de Depressão de Beck* (BDI – *Beck Depression Inventory*), *Escala de Depressão de Montgomery e Åsberg* (MADRS); *Escala de Depressão de Hamilton* (HAM-D); *Escala de Depressão do Inventário Psicológico da Califórnia* (CPI-D), dentre outros^{9,10,11,12}.

Entretanto, pode-se afirmar que o BDI é um dos instrumentos mais utilizados para essa avaliação, sendo aplicado em pacientes psiquiátricos e não psiquiátricos, validado em outros países e profundamente analisado quanto aos critérios de confiabilidade e validade^{1,9,13,14,15,16,17}.

O BDI é composto por 21 itens que abarcam os componentes cognitivos, afetivos, comportamentais e somáticos da depressão. Cada item comporta quatro afirmações que variam quanto à intensidade (0 a 3), cabendo ao respondente indicar qual das quatro afirmações melhor descreve os seus sintomas. O escore final é obtido mediante o somatório dos 21 itens que compõem a escala, resultando na seguinte normatização, segundo o Centro de Terapia Cognitiva: (a) nenhuma depressão ou depressão mínima: escores finais menores que 11 pontos; (b) depressão leve – moderada: escores finais entre 12 a 19 pontos; (c) depressão moderada a grave: escores finais entre 20 a 35 pontos; e (d) depressão grave: escores finais entre 36 a 63 pontos.

Porém, segundo Gorenstein & Andrade⁹ (p. 245), “há várias propostas de diferentes pontos de corte para distinguir os níveis de depressão utilizando o BDI (...), dependendo da natureza da amostra e dos objetivos do estudo”. Ruscio & Ruscio¹⁷ comentam que comparações entre estudos utilizando o BDI tornam-se inconsistentes em função dos diferentes pontos de corte adotados.

Ao longo dos anos, foram elaboradas duas novas versões do BDI. A sua versão curta ou breve e uma outra, mais recente, denominada de *Inventário de Depressão de Beck – II* (BDI-II) do qual foram retirados alguns itens (perda de

peso, distúrbios da imagem corporal, preocupação com o corpo e dificuldade no trabalho) e substituídos por outros como: perda de energia, dificuldade de concentração etc.^{1,13,16}. Além disso, os autores ampliaram a duração dos sintomas de 1 para 2 semanas, de acordo com as normas do DSM-IV.

Dentre os estudos realizados com o BDI, encontra-se o estudo de Kim et al.¹⁸ que procuraram avaliar a precisão dos itens desta escala para verificar sintomas depressivos em idosos. Segundo os autores, “a depressão é uma das doenças mentais mais comuns em idosos, afetando ao menos um de cada seis pacientes que procuram o atendimento médico geral”¹⁸ (p. 379). No entanto, alguns estudos vêm contestando essa afirmação, pois asseguram que as escalas superestimam os níveis de depressão em idosos^{19,20,21,22}, isso porque a normatização das escalas produz um escore único, fruto do somatório dos itens da escala, dentre os quais se encontram aqueles relacionados ao aspecto somático da depressão como os distúrbios do sono e do apetite, perda de peso, fadiga, perda da libido, dentre outros.

De um modo geral, as escalas de depressão são eficazes na avaliação do nível de depressão de pessoas adultas; contudo, para indivíduos idosos, os níveis detectados podem não ser fidedignos, uma vez que os itens relacionados aos sintomas somáticos, nesse caso, servem tanto para diagnosticar sintomas de depressão como para diagnosticar sintomas naturais decorrentes do próprio envelhecimento^{20,21,22}. Além disso, doenças comuns na terceira idade podem superestimar o diagnóstico de depressão em idosos, ao mesmo tempo em que o uso de medicamentos pode mascarar sintomas²³.

Segundo Gatz & Hurwicz¹⁹ (p. 284), “devido à maior probabilidade dos idosos desenvolverem doenças físicas, o endosso dos sintomas somáticos refletiria muito mais uma condição física do que uma condição depressiva”. Kim et al.¹⁸ definem, ainda, que pacientes idosos tendem a obter baixos escores nos sintomas cognitivos da depressão e altos escores nos sintomas somáticos da mesma.

Considerando os aspectos supracitados, este estudo visou elaborar e validar um instrumento psicométrico capaz de avaliar níveis de depressão na população idosa, sendo sua grande maioria representada por indivíduos com baixo nível de escolaridade.

Materiais e métodos

Para uma melhor compreensão do processo de construção da *Escala de Depressão para Idosos* (EDI), o método será apresentado em duas fases distintas: (a) elaboração dos itens; e (b) validade e fidedignidade da EDI.

Elaboração dos itens

Por intermédio das estruturas fatoriais obtidas para o constructo depressão^{9,13,16} foi elaborado o modelo teórico composto por três categorias: (a) componentes cognitivos; (b) componentes do humor; e (c) componentes somático-motores.

Por componentes cognitivos entende-se um conjunto de sintomas cognitivos presentes no processo depressivo. Dentre esses, pode-se citar: pessimismo recorrente, baixa motivação, baixa auto-estima, atribuição interna de causalidade (p.ex.: culpa, fracasso), auto-atitude negativa, generalização de eventos negativos, ampliação da seriedade dos problemas e perda da memória e/ou concentração.

Os componentes do humor estão relacionados com o aspecto emocional, englobando a tristeza, melancolia, apatia, sentimentos de rejeição, abandono, medo, irritabilidade e ansiedade, dentre outros. Já os componentes somático-motores estão relacionados ao aspecto físico/motor como: retardo ou agitação psicomotora (p.ex.: lentidão motora ou da fala, agitação, intransigência etc.), alterações no sono e no apetite, perda da libido e imunossupressão.

Uma vez definidos os aspectos que compõem as três categorias, foram elaboradas frases (itens) que procuraram captar as nuances que permeiam cada categoria. Assim, por exemplo, para os componentes cognitivos foram elaborados os itens: *percebo a minha vida como uma sucessão de fracassos; não encontro sentido nas coisas como antes; estou mais disperso; vejo o futuro com pessimismo* etc. Para os componentes do humor foram elaborados os itens: *perdi o prazer que sentia na vida; sinto intensa solidão; sinto uma ansiedade difusa, sem causa específica, dentre outras*; e para os componentes somático-motores, os itens: *perdi o apetite; venho dormindo mal ultimamente; estou desleixado com a minha aparência* etc. No total foram elaborados 50 itens, sendo 16 pertinentes aos componentes do humor, 18 dos componentes cognitivos e 16 dos componentes somático-motores.

Participaram da análise dos juízes (validade de conteúdo) quatro peritos da área, professores da Universidade Católica de Brasília (UCB), envolvidos direta (exercício profissional) ou indiretamente (estudos científicos) com o tema estuda-

do. Estipulou-se um índice de concordância igual ou superior a 65% como critério de permanência do item na categoria. Os itens que apresentaram concordância inferior a 50% (n = 7) seguiram um dos seguintes tratamentos: (a) permaneceram na categoria deixando para a análise fatorial uma possível exclusão e/ou remanejamento do mesmo; e (b) sofreram reformulação semântica.

Pela análise dos juízes, foi possível elaborar o primeiro protótipo da EDI, que foi analisada semanticamente por uma amostra de sete mulheres idosas. Cinco delas possuíam apenas o ensino fundamental incompleto e as restantes a etapa fundamental completa.

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética da UCB e antes da coleta de dados, os sujeitos assinaram um termo de consentimento em que comprovaram estar cientes de seu objetivo e aceitaram participar.

Validade e fidedignidade da EDI

Por ser um instrumento psicométrico delineado para utilização científica, sem finalidade diagnóstica, os testes de validade e fidedignidade realizados buscaram conferir se os itens elaborados para a escala de depressão para idoso avaliavam o construto depressão.

Assim, a escala foi aplicada a uma amostra de 340 idosos participantes do Projeto Geração de Ouro da UCB, projeto que visa integrar o idoso em atividades esportivas, recreativas e educacionais. Da amostra estudada, 89,6% eram do sexo feminino, apresentando ensino fundamental incompleto (16,1%), ensino fundamental completo (59,7%), ensino médio incompleto (10,9%) e ensino médio completo (13,3%), com idade média de 66,81 (DP = 4,71) anos, variando de 60 a 91 anos.

Devido ao grau de escolaridade da amostra, a aplicação do instrumento foi realizada individualmente por uma das pesquisadoras, com duração média de 20 minutos. Para tanto, foi usada uma escala visual em que a respondente indicava o quanto cada item aplicava-se a si mesmo. Dessa forma, coube à pesquisadora tanto a leitura dos itens quanto a marcação da resposta indicada na escala visual. Não foram encontradas dificuldades por parte dos respondentes em relação à compreensão dos itens da escala. Simultaneamente à aplicação da EDI, a amostra respondeu o BDI, cujo procedimento de aplicação foi similar ao descrito anteriormente.

Para verificar a fatorialidade do instrumento, foi utilizada a Análise dos Componentes Principais e para a validade de constructo foi realizada a Análise Fatorial Exploratória, utilizando-se o Método Principal Axis Factoring, rotação Oblí-

min e cargas fatoriais iguais ou superiores a 0,40. Itens com cargas fatoriais inferiores a 0,40 foram, automaticamente, excluídos da análise. Para avaliar a fidedignidade dos fatores, foi utilizado o coeficiente de fidedignidade alfa de Cronbach. Este coeficiente representa “*uma estimativa combinada do erro de amostragem de conteúdo, bem como da sua heterogeneidade*”²⁴ (pp. 134-5).

Resultados

Para uma melhor compreensão dos resultados obtidos, eles serão apresentados em duas etapas distintas: (1) *Validação de Constructo e Análise da Consistência Interna dos Fatores*; e (2) *Correlação dos Fatores da EDI com o BDI*.

Validação de constructo e análise da consistência interna dos fatores

Para avaliar a fatoração do instrumento, foram utilizados os testes: (a) *Kaiser Meyer Olkin* (KMO) = 0,93; (b) *Bartlett's Test of Sphericity* (1.225) = 8934,82; $p = 0,001$. Para avaliar o número de fatores a serem extraídos foram utilizados: (a) *eigenvalues* > 1,5 e o gráfico *Scree Plot*²⁵. O gráfico *scree plot* revelou a existência de dois fatores, que juntos explicavam 38,01% da variância total. Optou-se, portanto, pela extração de dois fatores na análise fatorial. As Tabelas 1 e 2 apresentam os itens, bem como as cargas fatoriais que compõem cada um dos fatores.

Os fatores foram denominados cognitivo-afetivo (fator 1) e somático-motor (fator 2). A análise da consistência interna dos itens que compõem os fatores (precisão do fator), efetuada por meio do alfa de Cronbach, revelou que tais fatores apresentavam, respectivamente, índices de fidedignidade iguais a 0,93 e 0,89. Por tratar-se de uma rotação oblíqua (Oblimin), observou-se na matriz de correlação entre os fatores que eles estavam correlacionados²⁵ ($r = 0,55$), resultando em um fator de segunda ordem, denominado de Nível Geral de Depressão (NGD). Este fator explicava 34,28% da variância total e apresentou alfa de Cronbach igual a 0,95. A Tabela 3 apresenta os itens obtidos para esse fator e suas respectivas cargas fatoriais.

Correlação dos fatores da EDI com o BDI

Segundo Urbina²⁴ (p. 173), “*correlações consistentemente altas entre medidas delineadas para avaliar um dado constructo (...) podem ser tomadas como evidências de validade convergente*”. Assim, como forma de se estudar a validade convergente da EDI, a amostra respondeu também ao

BDI. Foi utilizada a análise de regressão múltipla (método *stepwise*) para verificar se os fatores afetivo-cognitivo (fator 1) e somático-motor (fator 2) da EDI seriam possíveis preditores do escore final do BDI. Os resultados revelaram que existe uma combinação linear entre o escore final do BDI e os fatores 1 e 2 da EDI [$F(2,332) = 187,03$; $p = 0,001$], com coeficiente de determinação igual a $R^2 = 0,53$, resultando na seguinte equação de predição: $BDI = 5,84 (F1) + 3,80 (F2) - 4,26$.

Por conseguinte, os fatores 1 e 2 da EDI explicam 53% do BDI, demonstrando haver predição destes com o BDI.

Como dito na seção anterior, os fatores 1 e 2 da EDI estavam correlacionados, resultando em um fator de segunda ordem – o fator nível geral de depressão, que reúne os itens dos dois fatores anteriores. Desse modo, enquanto os fatores 1 e 2 permitem traçar um perfil da depressão, procurando focalizar qual aspecto encontra-se mais sintomático, o fator nível geral de depressão possibilita a obtenção de um escore final único que definirá o nível de depressão. Em razão da importância do fator nível geral de depressão, foi realizada uma análise de regressão simples, no intuito de verificar o quanto este prediz o escore final daquele (BDI). Os resultados demonstraram que há uma relação linear significativa entre as duas variáveis [$F(1, 333) = 350,18$; $p = 0,001$], apresentando $r = 0,72$ e $R^2 = 0,51$ e definindo a seguinte equação de regressão: $BDI = 9,68 (NGD) - 4,44$.

Discussão

Os fatores encontrados para a EDI são similares aos relatados por Penley et al.¹⁶ e Osman et al.¹³, definindo dois aspectos importantes da depressão: o cognitivo-afetivo e o somático-motor. Penley et al.¹⁶ encontraram inclusive dois fatores de primeira ordem, denominados de depressão cognitiva e depressão somático-afetiva e, além disso, estes dois fatores estavam correlacionados, resultando em um fator de segunda ordem denominado de Fator de Depressão Geral.

Diferem, todavia, do BDI validado para a cultura brasileira, de que foram extraídos três fatores ortogonais que explicavam 43,8% da variância total²⁶. Segundo Gorenstein & Andrade⁹ (p. 250), “*o número de fatores obtidos varia muito entre os diferentes estudos. Apesar da grande variação, dois fatores são constantemente encontrados para a escala de Beck: o cognitivo-afetivo e o somático*”.

Dessa maneira, os resultados permitem afirmar que o poder preditor dos fatores da EDI com o escore final obtido no BDI assegura a validade convergente dela, conferindo-lhe um meio de

Tabela 1

Itens e cargas fatoriais do fator cognitivo-afetivo.

Item	Descrição do item	Cargas fatoriais
14	Acho que minha vida foi vivida em vão	0,84
11	Vejo a minha vida como uma sucessão de fracassos	0,81
01	Sinto que minha vida está sem sentido	0,75
41	Estou insatisfeito com minha vida atual	0,72
19	Tenho me sentido mais infeliz ultimamente	0,66
30	Sinto-me isolado	0,66
16	Sinto-me rejeitado e abandonado pelos meus amigos e familiares	0,64
09	Quero ficar parado, sem fazer nada	0,62
48	Perdi o prazer que sentia na vida	0,61
13	Tenho pensado em me matar	0,60
26	Venho deixando de cumprir minhas tarefas diárias	0,56
29	Venho perdendo peso ultimamente, sem fazer dieta	0,55
20	Não encontro mais sentido nas coisas que antes me davam sentido	0,54
06	Não quero me levantar pela manhã	0,54
40	Sinto-me mais desamparado do que normalmente me sentia	0,50
33	Estou sendo punido pelos erros que cometi no passado	0,48
22	Sinto intensa solidão	0,46
04	Sinto-me entediado	0,45
31	Não encontro algo que desperte o meu desejo e me motive a conquistar	0,45
24	Não quero conversar com ninguém	0,44
45	Sinto um vazio existencial	0,44
39	Não quero trocar o pijama e me trocar pela manhã	0,43
08	Vejo o futuro com pessimismo	0,43
23	Não encontro sentido em traçar metas e planejar o futuro	0,43
32	Não quero tomar banho	0,43
36	Sinto medo em relação ao futuro	0,42
15	Tenho adoecido com maior frequência	0,41

Tabela 2

Itens e cargas fatoriais do fator somático-motor.

Item	Descrição do item	Cargas fatoriais
17	Venho me esquecendo das coisas em geral	0,60
35	Venho acordando antes do horário que normalmente acordava	0,57
47	Sinto dificuldade de me concentrar	0,57
44	Tenho sentido dificuldades de tomar decisões e resolver meus próprios problemas	0,57
21	Venho dormindo mal ultimamente	0,55
12	Tenho tido insônia	0,54
49	Sinto-me angustiado, sem causa específica	0,49
28	Não tenho conseguido pensar de forma clara	0,45
25	Sinto uma ansiedade difusa, sem causa específica	0,44
34	Venho me sentindo mal, cansado e sem energia	0,44
42	Estou mais inquieto	0,43

Tabela 3

Itens e cargas fatoriais do fator nível geral de depressão.

Item	Descrição do item	Cargas fatoriais
05	Sinto um vazio existencial	0,72
41	Estou insatisfeito com minha vida atual	0,72
11	Vejo a minha vida como uma sucessão de fracassos	0,72
30	Sinto-me isolado	0,71
48	Sinto-me angustiado, sem causa específica	0,70
22	Sinto intensa solidão	0,68
14	Acho que minha vida foi vivida em vão	0,68
49	Sinto-me angustiado, sem causa específica	0,67
28	Não tenho conseguido pensar de forma clara	0,66
42	Estou mais inquieto	0,66
19	Tenho me sentido mais infeliz ultimamente	0,65
20	Não encontro algo que desperte o meu desejo e me motive a conquistar	0,65
01	Sinto que minha vida está sem sentido	0,64
15	Tenho adoecido com maior frequência	0,64
44	Tenho sentido dificuldades de tomar decisões e resolver os meus próprios problemas	0,64
34	Venho me sentindo mal, cansado e sem energia	0,63
47	Sinto dificuldade de me concentrar	0,63
25	Sinto uma ansiedade difusa, sem causa específica	0,62
26	Venho deixando de cumprir minhas tarefas diárias	0,61
40	Sinto-me mais desamparado do que normalmente me sentia	0,61
31	Não encontro algo que desperte o meu desejo e me motive a conquistar	0,60
04	Sinto-me entediado	0,60
16	Sinto-me rejeitado e abandonado pelos amigos e familiares	0,59
43	Sinto-me sozinho, mesmo estando em grupo	0,59
35	Venho acordando antes do horário que normalmente acordava	0,59
33	Estou sendo punido pelos erros que cometi no passado	0,57
36	Sinto medo em relação ao futuro	0,56
17	Venho me esquecendo das coisas em geral	0,52
39	Não quero tirar o pijama e me trocar pela manhã	0,51
21	Venho dormindo mal ultimamente	0,50
29	Venho perdendo peso ultimamente sem fazer dieta	0,49
23	Não encontro sentido nas coisas que antes me davam sentido	0,49
13	Tenho pensado em me matar	0,48
08	Vejo o futuro com pessimismo	0,48
09	Quero ficar parado, sem fazer nada	0,48
06	Não quero me levantar pela manhã	0,45
24	Não quero conversar com ninguém	0,45
12	Tenho tido insônia	0,42

mensurar sintomas depressivos. Logo, os fatores caracterizam os diferentes aspectos que compõem o construto depressão e podem ser definidos da seguinte forma:

a) fator cognitivo-afetivo: compreende um conjunto de sintomas cognitivos e afetivos presentes no processo depressivo. Dentre eles, pode-se citar o pessimismo recorrente, baixa motivação, baixa auto-estima, culpa, sensação de fracasso, perda da memória e/ou concentração, assim co-

mo tristeza, melancolia, rejeição, apatia, abandono, medo, irritabilidade, ansiedade, dentre outros;

b) fator somático-motor: compreende o aspecto físico/motor da depressão, englobando sintomas de retardo ou agitação psicomotora, alterações no sono e no apetite, perda da libido e imunossupressão;

c) fator nível geral de depressão: esse fator engloba tanto os aspectos cognitivo-afetivos quanto os

somático-motores descritos acima, e os itens do componente somático perfazem aproximadamente 29% do total de itens deste fator.

A versão final, portanto, ficou composta por dois fatores principais – fator cognitivo-afetivo ($n = 27$ itens) e fator somático-motor ($n = 11$ itens) –, resultando em um total de 38 itens, avaliados mediante escala do tipo Likert de cinco pontos, em que o escore 1 indica que o item não se aplica, até o escore 5, indicando que o item se aplica totalmente ao respondente. A escala proporciona, ainda, um fator de segunda ordem, denominado de nível geral de depressão ($n = 38$ itens) que reúne em si os itens dos dois fatores principais. Os escores de cada fator devem ser obtidos pela média aritmética.

Conclusão

Verifica-se que para finalidades de pesquisa em população idosa com reduzida escolaridade, a estrutura de itens da EDI avalia o constructo depressão e apresenta fatores com índices de precisão dentro dos padrões exigidos pela psicometria²⁷. Entretanto, como o número de mu-

lheres idosas no Brasil é superior ao de homens idosos, constata-se que a amostra é composta em sua grande maioria por mulheres, refletindo as estimativas populacionais nacionais. Poder-se-ia, então, designar o uso da EDI apenas para populações idosas femininas, mas como não foram encontrados, em literatura, estudos que demonstrem que a estrutura fatorial da depressão varia em função do sexo, sugere-se como proposta de estudos futuros que a EDI seja validada para a cultura brasileira, levando-se em consideração amostras de diferentes regiões do país, bem como com números equivalentes de homens e mulheres a fim de que as estruturas fatoriais extraídas por sexo possam vir a ser comparadas e analisadas suas congruências pelo coeficiente Phi²⁸.

De igual forma, a normatização da escala depende de estudos posteriores que venham a verificar a validade concorrente e validade de critério preditivo, caso esta venha a ser utilizada para fins diagnósticos. Sugere-se, também, que sejam realizados estudos para avaliar a confiabilidade teste-reteste (no caso de escala auto-aplicada) e interobservador (no caso de aplicação por entrevistadores distintos).

Resumo

O objetivo deste estudo foi desenvolver e validar a Escala de Depressão para Idosos (EDI). Foi elaborado um modelo teórico explicativo da depressão, composto por três categorias: cognitiva, afetiva e somático-motora. Os itens elaborados foram submetidos à análise semântica e de juizes. O instrumento piloto foi aplicado a 340 sujeitos, sendo 88% do sexo feminino, com ensino fundamental completo (67,9%) e idade média de 63,74 (DP = 6,87) anos. A amostra respondeu também ao Inventário de Depressão de Beck (BDI). Para a validação da escala, foram realizadas análises fatoriais e análise da consistência interna dos itens (alfa de Cronbach). Regressões múltiplas avaliaram o poder de predição dos fatores da EDI sobre o escore final do BDI. A validação da escala demonstrou que a EDI é composta por dois fatores: cognitivo-afetivo e somático-motor, que explicam 53% do BDI (validade convergente). Pode-se afirmar, portanto, que a EDI é formada por fatores que avaliam diferentes aspectos do constructo depressão (validade fatorial), os quais apresentam índices de consistência interna dentro dos padrões psicométricos.

Idoso; Depressão; Estudos de Validação

Colaboradores

A. Giavoni colaborou na orientação do estudo, psicometria e análises estatísticas. G. F. Melo contribuiu nas análises estatísticas. I. Parente colaborou na revisão bibliográfica, coleta de dados e digitação dos dados. G. Dantas contribuiu na revisão bibliográfica, elaboração do modelo teórico e dos itens da escala.

Referências

1. Beck AT, Rial WY, Rickels K. Short form of depression inventory: cross-validation. *Psychol Rep* 1974; 34:1184-6.
2. Dunn A, Trivedi MH, Kampert JB, Clark CG, Chambliss HO. The Dose study: a clinical trial to examine efficacy and dose response of exercise as treatment for depression. *Control Clin Trials* 2002; 23:584-603.
3. Spear J. How long should older people take antidepressants to prevent relapse? *Rev Bras Psiquiatr* 2002; 24 Suppl:70-3.
4. Graeff F. Drogas psicotrópicas e seu modo de ação. São Paulo: EPU; 1989.
5. Holmes DS. Psicologia dos transtornos mentais. Porto Alegre: Editora Artes Médicas; 1997.
6. Del Porto JA. Conceito e diagnóstico. *Rev Bras Psiquiatr* 1999; 21:6-11.
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th Ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 1994.
8. Organização Mundial da Saúde. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde, 10^a revisão. v. 1. São Paulo: Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português; 1995.
9. Gorestein C, Andrade L. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. *Rev Psiquiatr Clín* 1998; 25:245-50.
10. Montgomey SA, Åsberg M. A new depression rating scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry* 1979; 134:382-9.
11. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960; 23:56-62.
12. Jay M, John OP. A depressive symptom scale for the California psychological inventory: construct validation of the CPI-D. *Psychol Assess* 2004; 16:299-309.
13. Osman A, Kopper BA, Barrios F, Gutierrez PM, Bagge CL. Reliability and validity of the Beck depression inventory – II with adolescent psychiatric inpatients. *Psychol Assess* 2004; 16:120-32.
14. Leigh IW, Anthony-Tolbert S. Reliability of the BDI-II with deaf persons. *Rehabil Psychol* 2001; 46:195-202.
15. Canals J, Bladé J, Carbajo G, Domènech-Llavería E. The Beck depression inventory: psychometric characteristics and usefulness in nonclinical adolescents. *Eur J Psychol Assess* 2001; 17:63-8.
16. Penley JA, Wiebe JS, Nwosu A. Psychometric properties of the Spanish Beck depression inventory – II in a medical sample. *Psychol Assess* 2003; 15: 569-77.
17. Ruscio AM, Ruscio, J. The latent structure of analogue depression: should the Beck Depression Inventory be used to classify groups? *Psychol Assess* 2002; 14:135-45.
18. Kim Y, Pilkonis PA, Frank E, Thase ME, Reynolds, CF. Differential functioning of the Beck Depression Inventory in late-life patients: use of Item Response Theory. *Psychol Aging* 2002; 17:379-91.
19. Gatz M, Hurwicz, ML. Are old people more depressed? Cross-sectional data on Center for Epidemiological Studies Depression Scale Factors. *Psychol Aging* 1990; 5:284-90.
20. Newmann JK, Klein MH, Jensen JE, Essex, MJ. Depressive symptom experiences among older women: a comparison of alternative measurement approaches. *Psychol Aging* 1996; 11:112-26.
21. Newmann JK, Engel RJ, Jensen J. Depressive symptom patterns among older women. *Psychol Aging* 1990; 5:101-18.
22. Trentini CM, Xavier FME, Chachamovich E, Rocha NS, Hirakata VN, Fleck MP. A influência dos sintomas somáticos no desempenho dos idosos no Inventário de Depressão de Beck (BDI). *Rev Bras Psiquiatr* 2005; 27:119-23.
23. Volkens AC, Nuyen J, Verhaak PFM, Shellevis FG. The problem of diagnosing major depression in elderly primary care patients. *J Affect Disord* 2004; 82:259-63.
24. Urbina S. Fundamentos da testagem psicológica. Porto Alegre: Editora Artmed; 2007.
25. Tabachnick B, Fidell L. Using multivariate analysis. New York: Harper Collins; 1996.
26. Cunha JA. Manual da versão em português das escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.
27. Pasquali L. Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração. Brasília: Laboratório de Pesquisa em Avaliação e Medida/Instituto Brasileiro de Avaliação e Pesquisa em Psicologia; 1999.
28. Harman HH. Modern factor analysis. Chicago: University of Chicago Press; 1976.

Recebido em 29/Set/2006

Versão final reapresentada em 21/Ago/2007

Aprovado em 05/Out/2007