

Propriedades psicométricas da escala baptista de depressão infanto-juvenil (EBADEP-IJ)¹

Makilim Nunes Baptista^I

Gabriela da Silva Cremasco^{II}

Propriedades psicométricas da escala baptista de depressão infanto-juvenil (EBADEP-IJ)

RESUMO

O objetivo da presente pesquisa foi buscar evidências de validade baseada na relação com variáveis externas para a Escala Baptista de Depressão (Versão Infanto-Juvenil) - EBADEP-IJ, o Inventário de Percepção do Suporte Familiar (IPSF), a Escala de Percepção do Suporte Social (EPSUS), com utilização do Inventário de Depressão Infantil (CDI) como medida auxiliar. Participaram do estudo 241 alunos, sendo 167 (69,3%) do sexo feminino, com idades entre 8 e 17 anos (M=14,0; DP=2,4), de escolas públicas de uma cidade do interior do Estado de São Paulo. Os participantes responderam de forma coletiva, em sala de aula, a um questionário de identificação, seguido da EBADEP-IJ ou do CDI, bem como do IPSF e da EPSUS. Os resultados apontaram para uma correlação moderada/alta para a EBADEP-IJ/CDI com o IPSF e baixa/moderada e negativa entre a EBADEP-IJ/CDI e a EPSUS. Foram encontradas evidências de validade baseada na relação com variáveis externas para a EBADEP-IJ.

Palavras-chave: Depressão; Suporte familiar; Suporte social; Testes psicológicos.

Psychometric properties of the baptista depression scale children and youth (EBADEP-IJ)

ABSTRACT

The objective of this research was to find evidence of validity based on the relationship with external variables for Escala Baptista de Depressão (Versão Infanto-Juvenil)- EBADEP-IJ with Inventário de Percepção do Suporte Familiar (IPSF), the Escala de Percepção do Suporte Social (EPSUS), besides the use of the Children's Depression Inventory (CDI) as an auxiliary measure. Were participants in the study, 241 students, 167 (69.3%) females, aged 8 to 17 years (M = 14.0, SD = 2.4), public schools in a city in the interior of state of São Paulo. Participants answered collectively in the classroom to a questionnaire followed by identification EBADEP-IJ or the CDI and the IPSF and EPSUS. The results indicated that a moderate/high correlation to EBADEP-IJ/CDI with IPSF and low/moderate and

negative between EBADEP-IJ/CDI and EPSUS. We found evidence of validity based on the relationship with external variables to EBADEP-IJ.

Keywords: Depression; Family support; Social support; Psychological tests.

Propiedades psicométricas de la escala baptista de depresión infanto - juvenil (EBADEP-IJ)

RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue encontrar pruebas de validez basadas en la relación con las variables externas para la Escala Baptista de Depresión (Versión Infanto-Juvenil)- EBADEP-IJ el Inventario de Percepción de Apoyo Familiar (IPSF), la Escala de Percepción del Apoyo Social (EPSUS), utilizando el Inventario de Depresión Infantil (CDI) como medida auxiliar. Participaron del estudio 241 estudiantes, 167 (69,3%) mujeres, de edades comprendidas entre 8 y 17 años ($M = 14,0$, $SD = 2,4$), de escuelas públicas en una ciudad del interior del estado de São Paulo. Los participantes respondieron colectivamente, en el aula, a un cuestionario de identificación seguido por EBADEP-IJ o por la CDI así como por la IPSF y EPSUS. Los resultados indicaron una alta/moderada correlación entre EBADEP-IJ/CDI y IPSF y bajas / moderadas y negativa entre EBADEP-IJ/CDI y EPSUS. Se encontraron pruebas de validez basadas en la relación con las variables externas a EBADEP-IJ.

Palabras clave: Depresión; Apoyo familiar; Apoyo social; Pruebas psicológicas.

Introdução

A ocorrência do transtorno depressivo em crianças e adolescentes foi reconhecida no âmbito científico a partir da década de 1970. Nesse sentido, tem-se observado um crescimento no número de informações a respeito do transtorno, além do aumento da preocupação com a doença, bem como das consequências individuais e sociais geradas na população (Nakamura & Santos, 2007). A depressão é uma doença comum que acomete pessoas de diferentes faixas etárias, cogitando-se que em 2030 deverá ser a principal causa de incapacidade mental em todo o mundo (WHO, 2012).

B. J. Sadock e V. A. Sadock (2007) enfatizam que o transtorno depressivo maior atinge cerca de 15% da população, podendo chegar a até 25%, em se tratando de mulheres. Em relação ao gênero, os autores ponderam que a incidência da depressão em mulheres chega a ser duas vezes maior do que em homens, apontando para isso algumas hipóteses, tais como diferenças hormonais, estressores diferentes para os sexos, os efeitos de gerar filhos, além de outras explicações.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-IV-TR (APA, 2002) lista os principais sintomas que caracterizam um Episódio Depressivo Maior, sendo que eles devem perdurar por um período mínimo de duas semanas. Os sintomas frequentemente apresentados são: humor deprimido e/ou perda de interesse ou

prazer por todas as atividades; alterações no apetite ou peso, sono e atividade psicomotora; diminuição da energia; sentimentos de desvalia ou culpa; dificuldades para pensar, concentrar-se ou tomar decisões; pensamentos de morte ou tentativa de suicídio.

Bahls (2002) relata que, na maior parte das vezes, o transtorno depressivo em crianças se manifesta aproximadamente aos nove anos, ao passo que na adolescência aparece em torno dos 13 aos 19 anos, sendo que a presença de um episódio depressivo maior na infância ou adolescência pode vir a afetar diferentes funções, além de suscitar diversos danos psicossociais. O autor pondera ainda que a depressão em crianças e adolescentes normalmente se manifesta por meio de sintomas semelhantes aos apresentados em adultos. Contudo, ressalta a importância de se observar a existência de características peculiares da depressão nessa população; adolescentes que estão deprimidos podem apresentar irritação e instabilidade, ao invés de tristeza, por exemplo. Em relação às crianças, a sintomatologia mais frequente é representada por meio de sintomas físicos como cefaleia, fadiga, tontura, sendo que as queixas físicas podem vir acompanhadas por ansiedade, fobia, agitação psicomotora, irritabilidade, entre outras manifestações.

Em relação à prevalência de sintomas de depressão em adolescentes, Souza et al. (2008) avaliaram 1.145 sujeitos, sendo 48,3% do gênero feminino, com idades entre 11 e 15 anos, da zona urbana da cidade de Pelotas. Os participantes responderam a um questionário de identificação, seguido do Inventário de Depressão Infantil (CDI). Os resultados indicaram a presença de sintomatologia depressiva em 2,1% dos participantes, que apresentaram 18 pontos ou mais no CDI, e não foram encontradas diferenças significativas em relação a sexo e idade.

Em outra pesquisa, Leite (2011) realizou os estudos preliminares da Escala Baptista de Depressão (EBADEP-IJ). Participaram da pesquisa 697 adolescentes, com idades entre 11 e 17 anos, residentes em cidades do interior de Minas Gerais e do interior de São Paulo, sendo que 22 participaram do estudo piloto, 656 estudantes fizeram parte do grupo não clínico e 19 pacientes formaram o grupo clínico, tendo como critério a pontuação de 17 ou mais no CDI. Os participantes responderam à Escala Baptista de Depressão (EBADEP-IJ), bem como ao Inventário de Depressão Infantil (CDI), à Escala de Autoconceito Infante-Juvenil (EAC-IJ) e ao Young Self Report (YSR). Os resultados indicaram que as mulheres apresentaram maiores níveis de sintomatologia depressiva do que os homens. Além disso, o sexo masculino apresentou maior autoconceito do que o sexo feminino. Por fim, foram encontradas correlações de alta magnitude entre os instrumentos: de 0,80 entre a EBADEP-IJ e o CDI, de 0,78 entre a EBADEP-IJ e o YSR, e uma correlação negativa de -0,70 entre a EBADEP-IJ e o EAC-IJ, além do que a EBADEP-IJ conseguiu diferenciar estatisticamente o grupo clínico do não clínico.

Em outra amostra, Saluja et al. (2004) realizaram um estudo com objetivo de verificar a prevalência de sintomatologia depressiva, bem como comportamentos de risco relacionados com sintomas de depressão, em 9.863 estudantes americanos, compreendendo a faixa etária entre 11 e 15 anos. Os resultados indicaram que 18% da amostra apresentavam sintomas de depressão, sendo que a prevalência desses sintomas aumentou significativamente com a idade, para ambos os sexos.

Wilkinson (2009) relata a importância de se investigarem minuciosamente as diferentes variáveis relacionadas à depressão, com intuito de se obter um diagnóstico preciso da doença, uma vez que a mesma pode estar associada a diferentes fatores, tais como os psicológicos, físicos e sociais. Entre os fatores relacionados ao desenvolvimento da depressão, pode-se citar o suporte familiar (M. N. Baptista, Souza, & Alves, 2008). Nesse sentido, a família é definida por Ceberio

(2006) como um dos principais alicerces da vida psíquica dos indivíduos, ou seja, a família corresponde a uma referência que atua no desenvolvimento de outras relações, que vão desde as laborais e de amizade até as de construção de uma nova família. Assim, pautas, normas e funções são assimiladas por cada indivíduo, que por oposição ou semelhança se identifica com seu âmbito familiar. O suporte familiar pode ser definido como a capacidade da família em oferecer a seus membros alguns elementos, tais como carinho, atenção, diálogo, afeto, liberdade, autonomia, independência, entre outras (M. N. Baptista & Oliveira, 2004).

Olson, Russell e Sprenkle (1983) definem o suporte familiar a partir da teoria sistêmica familiar. Os autores apresentam um modelo de interação da família, fundamentado em três dimensões para compreensão do funcionamento familiar, nomeadas de coesão, adaptabilidade e comunicação. A coesão estaria pautada nos tipos de vínculos estabelecidos entre os membros de uma família, que abrangem a maneira de se realizarem os processos decisivos, os interesses comuns entre os membros de uma família, o tempo que estes passam juntos, os limites, as ligações entre os sujeitos, além do interesse em atividades de recreação. A adaptabilidade seria a capacidade da família em modificar a composição do poder, bem como as regras nos seus relacionamentos, frente a circunstâncias causadoras de estresse. E, por fim, a comunicação diz respeito à empatia, ao ouvir reflexivo e à demonstração de afetividade entre os membros familiares.

M. N. Baptista, A. S. Baptista e Dias (2001) ressaltam que uma das dificuldades em se discutir o construto suporte familiar consiste no fato de que o mesmo abarca uma vasta gama de variáveis presentes nas relações familiares. Além disso, apontam que diversos autores trazem diferentes definições para o construto e se utilizam de abordagens teóricas distintas.

Um ambiente familiar composto por condutas inadequadas, bem como a presença de alguma psicopatologia em um dos pais, podem ser preditores do desencadeamento de um transtorno depressivo, ou seja, problemas no âmbito familiar atuam como um fator de risco para a depressão, podendo assim contribuir no desenvolvimento da sintomatologia depressiva em crianças e adolescentes. Por outro lado, um ambiente familiar com relações de suporte e afetividade entre os membros pode ser um fator importante para a saúde mental de crianças e adolescentes. Sendo assim, a família pode ser entendida como um protetor da saúde mental de seus membros, o que torna relevantes os estudos a seu respeito (Cruvinel & Boruchovitch, 2009).

Santana (2008) verificou a relação entre depressão, estilos parentais e suporte familiar, utilizando o Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF), o Inventário de Estilos Parentais (IEP) e a Escala de Depressão (EDEP), atual Escala Baptista de Depressão (Versão Infanto-Juvenil) (EBADEP-IJ). A amostra da pesquisa foi composta por 455 estudantes de escolas públicas do interior do Estado de São Paulo, compreendendo a faixa etária de 11 a 18 anos. Os participantes responderam a um questionário de identificação, juntamente com o IPSF, o IEP e a EDEP. Foram encontradas correlações negativas significativas entre a EDEP e o IPSF, registrando-se a dimensão Afetivo-Consistente ($r=-0,47$; $p<0,001$), Adaptação ($r=-0,46$; $p<0,001$), Autonomia ($r=-0,32$; $p<0,001$) e o valor Total ($r=-0,54$; $p<0,001$), sugerindo que, quanto melhor a percepção de suporte familiar, menor a sintomatologia depressiva apresentada pelo indivíduo.

Teodoro, Cardoso e Freitas (2010) verificaram a associação da afetividade e conflito familiar com o nível de sintomatologia depressiva apresentada por crianças e adolescentes. Participaram dessa pesquisa 234 sujeitos, compreendendo a faixa etária entre 8 e 14 anos, de escolas públicas de Porto Alegre, sendo que os

instrumentos aplicados foram o Familiograma e o Inventário de Depressão Infantil. Os resultados indicaram uma correlação negativa entre depressão e afetividade ($r=-0,33$; $p<0,001$), bem como uma correlação positiva entre sintomatologia depressiva e conflito ($r=0,32$; $p<0,001$).

Além do suporte familiar, outro construto importante a ser investigado é o suporte social, que pode ser definido como os diferentes tipos de auxílio que os indivíduos recebem uns dos outros, e pode ser dividido em três classes: o suporte social emocional, que consiste basicamente de pessoas em que um indivíduo possa confiar, bem como se sentir apoiado diante de suas necessidades, fazendo com que este se sinta respeitado, amado e cuidado; o suporte social de informação, é constituído pelas orientações que a rede social oferece para o sujeito na tomada de decisões ou resolução de um problema; e o suporte social instrumental ou material, composto pelo auxílio financeiro que uma pessoa recebe das outras (Helgeson & Cohen, 1996; Langford, Bowsher, Maloney, & Lillis, 1997; Rodriguez & Cohen, 1998). O construto suporte social também é amplo e trata dos recursos a que as pessoas têm acesso por meio de seu âmbito social, sendo esses recursos tanto de origem material quanto psicológica (Siqueira, 2008).

Seeman (1998) classifica o suporte social emocional e o suporte social instrumental como as principais categorias de suporte social, relatando que o suporte social de informação poderia ser incluído na categoria de suporte social instrumental. Matsukura, Marturano e Oishi (2002) enfatizam a importância de estudos que abordem o construto suporte social, uma vez que o mesmo pode atuar diretamente no entendimento dos temas que envolvem saúde, doença e qualidade de vida, bem como no desenvolvimento de propostas interventivas com a população. Assim, tanto o suporte familiar quanto o suporte social são construtos que vêm sendo abordados em diversos estudos, uma vez que os mesmos podem atuar como fatores protetivos na saúde física e mental das pessoas (Backs-Dermott, Dobson, & Jones, 2010; M. N. Baptista, Rigotto, Cardoso, & Rueda, 2012; Birtchnell, 1988; Kamen, Cosgrove, McKellar, Cronkite, & Moos, 2011; Krause, Liang, & Yatomi, 1989; Lovisi, Milanil, Caetano, Abelha, & Morgado, 1996; Mason, Schmidt, Abraham, Walker, & Tercyak, 2009; Rigotto, 2006; Rodriguez & Cohen, 1998; Sheeber, Hops, Alpert, Davis, & Andrews, 1997).

Gonçalves, Pawlowski, Bandeira e Piccinini (2011) verificaram como o construto suporte social vem sendo investigado em estudos realizados no Brasil. Para isso, foi feito um levantamento das publicações entre 1987 e 2007 em diversos indexadores. Foram encontrados 59 estudos de avaliação do suporte social, sendo que os resultados indicaram um aumento na quantidade de estudos em amostras brasileiras nos últimos anos. Entretanto, os autores ponderam que o construto foi utilizado muitas vezes sem nenhuma fundamentação teórica, além de ressaltarem a carência de instrumentos fidedignos, válidos e padronizados para o Brasil.

Cordeiro, Claudino e Arriaga (2006) realizaram um estudo em Portugal com objetivo de verificar a relação entre suporte social e depressão. Participaram dessa pesquisa 262 alunos, sendo 55% ($n=144$) do sexo feminino, compreendendo a faixa etária de 16 a 21 anos. Os participantes responderam à Escala de Satisfação com o Suporte Social e ao Inventário de Depressão de Beck. Foi encontrada uma magnitude de ($r=-0,61$; $p<0,001$) entre o suporte social e a depressão, indicando que, quando maior a sintomatologia depressiva apresentada pelo sujeito, menor a sua satisfação com o suporte social.

Sendo a depressão um transtorno que abarca variáveis biológicas, psicológicas e sociais, com diferentes fatores de risco e presença de comorbidades, faz-se necessário o desenvolvimento de instrumentos para identificar a patologia de forma

apropriada. Assim, é de suma importância a utilização de instrumentos que obtenham amostras de comportamento que sejam relevantes para o entendimento do ser humano, de maneira que proporcionem escores que possam ser interpretados (Urbina, 2007).

Nesse sentido, tem-se a validade, que se refere à eficácia do instrumento em avaliar aquilo que se propôs, ou seja, tem-se uma evidência de validade quando as interpretações dos resultados de um teste contêm determinado grau de sustentação teórica ou empírica. Entretanto, quando não são encontradas essas evidências, não é possível garantir que as interpretações sugeridas sejam legítimas, uma vez que não se pode afirmar que o instrumento avalia realmente o construto. São cinco as classificações para as evidências de validade: o conteúdo, a estrutura interna, o processo de resposta, as consequências da testagem e a relação com variáveis externas. O objetivo da presente pesquisa será testar as propriedades psicométricas da EBADEP-IJ a partir da busca de evidências de validade baseada na relação com variáveis externas, que consiste em padrões de correlação entre os escores de um teste e outras variáveis que meçam o mesmo construto, construtos relacionados, além de variáveis que meçam construtos diferentes (AERA, APA, & NCME, 1999). Como objetivos secundários, será avaliado se sexo, idade, ter tido diagnóstico anterior de depressão, nível de escolaridade dos pais e nível socioeconômico estão associados aos construtos.

Método

Participantes

Participaram da presente pesquisa 241 alunos, de ambos os sexos, com idades entre 8 e 17 anos ($M=14,0$; $DP=2,4$), sendo 167 (69,3%) do sexo feminino, de escolas públicas de uma cidade do interior do Estado de São Paulo. A amostra foi composta em sua maioria por membros das classes econômicas B2 (37,9%) e C1 (27,1%), com base no Critério de Classificação Econômica Brasil - CCEB (ANEP, 2007).

Instrumentos

Questionário de Identificação: foi desenvolvido pelos autores com intuito de obter o perfil da amostra estudada. É composto por questões fechadas sobre temas como sexo, nível de escolaridade do chefe da família, nível socioeconômico, histórico de depressão na família e questões abertas sobre temas como idade e série.

Escala Baptista de Depressão (Versão Infanto-Juvenil) - EBADEP-IJ (M. N. Baptista, 2011): a EBADEP-IJ é um instrumento constituído por 50 itens, que tem como objetivo avaliar a sintomatologia depressiva em crianças e adolescentes. É composto por uma escala do tipo Likert, de três pontos, variando de zero a dois, com pontuação mínima de zero e máxima de 100 pontos. O instrumento é baseado nos descritores do DSM-IV-TR (APA, 2002), CID-10 (OMS, 2000), Terapia Cognitiva (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1997), Princípios do Comportamento (Ferster, Culbertson, & Boren, 1977), bem como nos estudos de Weinberg, Rutman, Sullivan, Pencik e Dietz (1973), e apresenta 24 descritores, que são: humor deprimido, perda ou diminuição de prazer, choro, desesperança, desamparo, indecisão, sentimento de incapacidade e inadequação, carência ou dependência, negativismo, esquiva de situações sociais, queda de produtividade, inutilidade, autocrítica exacerbada, culpa, diminuição da concentração, pensamento de morte, autoestima rebaixada, falta de perspectiva sobre o presente, alteração de apetite,

alteração de peso, insônia ou hipersonia, lentidão ou agitação psicomotora, fadiga e irritação. Pode ser aplicado na faixa etária de 8 a 17 anos, sendo que, quanto menor a pontuação na EBADEP-IJ, menor a sintomatologia depressiva apresentada pelo indivíduo. Exemplos de itens: Meus dias têm sido bons; Tenho dormido bem; Sinto-me sem energia.

Inventário de Depressão Infantil - CDI (Kovacs, 1983): o instrumento foi construído como uma adaptação do BDI (Inventário Beck de Depressão), sendo adaptado e normatizado por Gouveia, Barbosa, Almeida e Gaião (1995) para o contexto brasileiro. Após a adaptação, o CDI ficou constituído de 20 itens, cada um contendo três frases, em que o indivíduo deve escolher a que melhor o descreve nas últimas duas semanas, sendo definido pelos autores o ponto de corte 17. Em relação à consistência interna, foi encontrado um alfa de Cronbach de 0,81. O inventário avalia a presença e gravidade de sintomas da depressão em crianças e adolescentes com idades entre 7 e 17 anos.

Inventário de Percepção do Suporte Familiar - IPSF (M. N. Baptista, 2009): o IPSF é um instrumento composto por 42 itens, que avaliam como o indivíduo percebe o suporte que recebe da sua família. É uma escala do tipo Likert, de três pontos, com variação de zero a dois, e com pontuação mínima de zero e máxima de 84 pontos. O inventário é dividido em três dimensões: Afetivo Consistente, com 21 itens sobre relações afetivas positivas, carinho, proximidade, clareza em papéis e regras dos integrantes da família e habilidade na resolução de problemas; Adaptação Familiar, com 13 itens sobre sentimentos negativos sobre a família, tais como raiva, isolamento, exclusão, vergonha, incompreensão e interesse, sendo que este fator deve ser pontuado inversamente; e Autonomia Familiar, com 8 itens sobre relações de confiança, liberdade e privacidade. Os índices de fidedignidade baseados no alfa de Cronbach demonstraram que a dimensão 1 apresentou alfa de 0,91; a dimensão 2, alfa de 0,90; a dimensão 3, alfa de 0,78, além do valor de 0,93 para o inventário total. Quanto maior a pontuação no instrumento, melhor o suporte familiar percebido pelo sujeito.

Escala de Percepção de Suporte Social (Versão Infanto-Juvenil) EPSUS-IJ (M. N. Baptista & Cardoso, 2011): o instrumento é composto por 45 itens, que avaliam como o indivíduo percebe o suporte social recebido. É uma escala do tipo Likert, de quatro pontos, com variação de zero a três, com pontuação mínima de zero e máxima de 135, na qual o sujeito responde entre "nunca", "poucas vezes", "muitas vezes" ou "sempre", sendo que quanto maior a pontuação na escala, melhor o suporte social percebido.

Procedimentos

Após a aprovação do trabalho pelo Comitê de Ética da Universidade São Francisco e a autorização das escolas participantes, foi entregue aos responsáveis pelos alunos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), para que os estudantes pudessem participar da pesquisa. Os sujeitos responderam aos instrumentos de forma coletiva, em sala de aula, tendo como primeiro instrumento a ser respondido o questionário de identificação, seguido da EBADEP-IJ (n=132) ou CDI (n=107), sendo que foi escolhida essa alternância entre os instrumentos pelo fato de eles avaliarem o mesmo construto, além do IPSF e da EPSUS. A aplicação teve duração de aproximadamente 50 minutos.

Resultados

Os dados foram analisados por meio do programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences - versão 17.0), sendo adotado o nível de significância de 5%. Para avaliação das correlações entre as escalas, foi utilizado o Teste de Correlação de Pearson, e para análise de diferença de médias, foi utilizado o Teste *t* de *Student* para dois grupos. A seguir, a tabela com as correlações entre os construtos.

Como se pode observar na [Tabela 1](#), os resultados apontaram para correlações negativas entre a EBADEP-IJ, as dimensões do IPSF e a EPSUS, segundo a classificação proposta por Sisto (2007), sendo encontrada uma correlação moderada com a dimensão Afetivo Consistente, alta com a dimensão Adaptação, baixa com a dimensão Autonomia, bem como uma correlação moderada com a pontuação total do IPSF.

Tabela 1: Correlações da EBADEP-IJ e CDI com o IPSF e a EPSUS

	IPSF- Afetivo Consistente	IPSF- Adaptação	IPSF- Autonomia	IPSF- Total	EPSUS
EBADEP-IJ	-0,50**	-0,61**	-0,23**	-0,60**	-0,36**
CDI	-0,61**	-0,55**	-0,48**	-0,72**	-0,56**
EPSUS	0,64**	0,52**	0,30**	0,65**	

** $p < 0,01$

Além disso, foi encontrada uma correlação baixa negativa entre a EBADEP-IJ e a EPSUS. Não se esperavam correlações muito altas, visto que os construtos abordados estão relacionados, mas são diferentes. Entretanto, foram encontradas correlações estatisticamente significativas entre os instrumentos, sendo que os resultados vão ao encontro da literatura, ou seja, quanto menores o suporte familiar e o suporte social percebidos, maior o nível de sintomatologia depressiva apresentada pelo indivíduo.

Em relação ao CDI, os resultados indicaram correlações negativas com as dimensões do IPSF, do IPSF Total e da EPSUS, sendo que foi encontrada uma correlação alta com a dimensão Afetivo Consistente, moderada com a dimensão Adaptação, moderada com a dimensão Autonomia e alta com a pontuação total do IPSF. Além disso, foi encontrada uma correlação moderada entre o CDI e a EPSUS. Os resultados foram semelhantes aos encontrados nas correlações da EBADEP-IJ com o IPSF e a EPSUS, indicando serem consistentes, uma vez que a EBADEP-IJ e o CDI avaliam o mesmo construto. Além disso, foram encontradas correlações positivas entre a EPSUS e as dimensões do IPSF e do IPSF Total, sendo correlação alta com a dimensão Afetivo Consistente, moderada com a dimensão Adaptação, baixa com a dimensão Autonomia e uma correlação alta com o IPSF Total.

Foi utilizado o Teste *t* de *Student* para verificar possíveis diferenças de pontuação entre os sexos. Não foram encontradas diferenças significativas entre os sexos em

relação à sintomatologia depressiva e à percepção de suporte social. Referente à percepção de suporte familiar, foi encontrada uma diferença entre os sexos apenas na dimensão Autonomia ($t=2,123$; $p=0,035$), sendo que o sexo masculino apresentou maior percepção que o feminino. Além disso, foi feito o Teste de Correlação de Pearson entre as idades e os instrumentos. Segue-se a tabela com os resultados das correlações.

Como descrito na [Tabela 2](#), os resultados indicaram uma correlação positiva entre a idade, a EBADEP-IJ e a dimensão Autonomia do IPSF. Além disso, foi encontrada uma correlação negativa entre a idade, as dimensões Afetivo Consistente, Adaptação e o IPSF Total, bem como negativa entre a idade e a EPSUS, sendo que todas as correlações encontradas foram baixas ou não significativas.

Tabela 2: Correlações da EBADEP-IJ, CDI, IPSF e EPSUS com a idade dos participantes

	EBADEP-IJ	CDI	IPSF-Afetivo Consistente	IPSF-Adaptação	IPSF-Autonomia	IPSF-Total	EPSUS
Idade	0,32**	0,15	-0,20**	-0,24**	0,22**	-0,16*	-0,27**

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

Dos participantes que responderam à questão referente a um diagnóstico anterior de depressão ($n=99$), 22 relataram já terem sido diagnosticados com a mesma, sendo que estes apresentaram diferença significativa na EBADEP-IJ ($M=37,18$), frente aos 77 que relataram nunca terem sido diagnosticados com a patologia, que obtiveram ($M=28,26$), segundo o Teste t ($t=-2,651$; $p=0,009$). Não foram encontradas diferenças significativas em relação ao nível de escolaridade do chefe da família e ao nível socioeconômico.

Discussão

O objetivo principal deste estudo foi buscar evidências de validade baseada na relação com variáveis externas para a Escala Baptista de Depressão (Versão Infanto-Juvenil) - (EBADEP-IJ), o Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF) e a Escala de Percepção de Suporte Social (EPSUS). Além disso, foi verificado se sexo, idade, ter diagnóstico anterior de depressão, nível de escolaridade dos pais e nível socioeconômico estão associados aos construtos.

Os resultados indicaram correlações estatisticamente significativas entre os instrumentos, de acordo com a classificação proposta por Sisto (2007), sugerindo que, mesmo não avaliando os mesmos construtos, eles estão diretamente relacionados. Prieto e Muñiz (2000) apresentam um modelo para verificar a qualidade psicométrica dos instrumentos psicológicos e, quanto aos dados de validade, fazem referência aos valores das correlações esperadas ao se realizarem estudos com instrumentos similares, sendo consideradas excelentes magnitudes a partir de 0,60, porém não existe um critério em se tratando de construtos relacionados.

Consoante os resultados descritos, obtidos na presente pesquisa, M. N. Baptista et al. (2001) consideram a família um amortecedor do estresse e a falta de percepção de suporte familiar como um dos fatores de risco para o transtorno depressivo. Além disso, os autores ressaltam que o suporte familiar pode ser considerado um dos preditores do desenvolvimento de sintomas da depressão em crianças e adolescentes, uma vez que o mesmo influencia no modo como o sujeito avalia a si mesmo e como avalia as informações providas do meio externo.

A família desempenha uma função de grande importância em relação ao funcionamento cognitivo, bem como emocional, dos seus componentes. Assim, faz-se necessária a realização de pesquisas com intuito de analisar o desenvolvimento de instrumentos adequados para sua avaliação, além da correlação do construto suporte familiar com sintomas patológicos (Teodoro, Cardoso, & Freitas, 2010).

M. N. Baptista et al. (2008) encontraram correlações negativas estatisticamente significativas entre percepção de suporte familiar e sintomatologia depressiva, resultados estes semelhantes aos do presente estudo. Resultados parecidos também foram encontrados por Santana (2008), sugerindo que, quanto melhor a percepção de suporte familiar, menor a sintomatologia depressiva apresentada pelo indivíduo.

Kamen et al. (2011) acompanharam por 23 anos as alterações no suporte familiar e sintomatologia depressiva em indivíduos com depressão. Os resultados indicaram que, quanto maior o suporte familiar, menor a sintomatologia depressiva apresentada pelo sujeito. Nesse sentido, os autores destacam a importância de se avaliar o âmbito familiar no início do tratamento de um paciente com depressão.

Sheeber et al. (1997) verificaram a relação entre suporte familiar, conflitos familiares e sintomas da depressão em adolescentes e suas respectivas mães durante dois anos. Os resultados indicaram que um ambiente familiar desfavorável e conflituoso está relacionado com a presença de sintomatologia depressiva em adolescentes, sugerindo a importância de se avaliar a qualidade das relações familiares, com objetivo de se obter um melhor entendimento do desenvolvimento da doença nesses indivíduos.

Para Birtchnell (1988), uma das hipóteses a respeito da relação entre suporte familiar e transtorno depressivo seriam os relacionamentos desprovidos de afeto na infância e adolescência, que tenderiam a atuar diretamente na obtenção de personalidades vulneráveis, auxiliando assim no desenvolvimento da depressão. A partir de outro ponto de vista, Krause et al. (1989) ponderam que problemas psicológicos como a depressão também podem ter influência da insatisfação do sujeito com o suporte que lhe é fornecido.

Referente ao suporte social e à depressão, Cordeiro et al. (2006) encontraram uma magnitude negativa entre os construtos, sendo que os resultados vão ao encontro dos obtidos na presente pesquisa, indicando que, mesmo os construtos sendo diferentes, eles estão relacionados. Backs-Dermott et al. (2010) avaliaram um modelo integrado do papel que os fatores psicossociais têm na previsão de recaída no Transtorno Depressivo Maior, por um período de um ano, em mulheres com histórico de depressão. Os resultados indicaram que dificuldades interpessoais e suporte social precário, por exemplo, podem ser alguns dos fatores preditivos de recaída para a depressão. Os autores salientam que avaliar multifatores de risco para depressão pode ser um passo promissor para compreendê-la melhor. Entretanto, apesar do aumento de estudos com o construto suporte social nos últimos anos, faz-se necessária a realização de mais estudos sobre essa associação,

uma vez que a avaliação do mesmo tem sido muitas vezes utilizada sem fundamentação teórica e instrumentos adequados (Gonçalves et al., 2011).

Mason et al. (2009) avaliaram os componentes do ambiente social, atividades extracurriculares (participação em equipes esportivas, clubes) e relações familiares de adolescentes associados com a sintomatologia depressiva. Os autores ressaltam que sujeitos que se envolvem em atividades extracurriculares e têm relações familiares de qualidade apresentam sintomatologia depressiva reduzida, salientando a importância do ambiente social na saúde mental dos indivíduos.

Lovisi et al. (1996) relatam que o suporte social, juntamente com o suporte familiar, contribuem para diminuir os efeitos gerados por estressores do dia a dia. Assim, indivíduos que não recebem suporte familiar ou suporte social estariam mais propensos a serem acometidos por algum problema psicológico quando sujeitos a eventos produtores de estresse.

Langford et al. (1997) verificaram a relação do suporte social com o suporte familiar por meio de uma revisão da literatura. Os autores concluíram que o suporte familiar, juntamente com o suporte social, estão relacionados com o enfrentamento de problemas, senso de estabilidade, autoconceito, competência social, bem-estar psicológico, além da diminuição da ansiedade e da sintomatologia depressiva.

O presente estudo teve ainda como objetivo verificar possíveis diferenças de média entre os instrumentos quanto a algumas variáveis sociodemográficas e clínicas dos participantes, além das correlações dos instrumentos com a idade. Em relação à diferença de sexo encontrada na dimensão Autonomia do IPSF, Rigotto (2006) também verificou em sua pesquisa que nesta dimensão o sexo masculino apresentou uma diferença significativa comparada ao sexo feminino, sugerindo que os homens tinham maior percepção de autonomia e adaptação familiar do que as mulheres.

Souza et al. (2008) e Leite (2011) não encontraram diferenças significativas de idade no que se refere ao aumento de sintomas da depressão. Entretanto, Saluja et al. (2004) encontraram em seu estudo que a prevalência da depressão aumenta com a idade, resultado que vai ao encontro do obtido na presente pesquisa.

M. N. Baptista et al. (2001) ponderam que a adolescência é um período em que ocorre a ampliação das responsabilidades, como, por exemplo, as sociais e familiares. Nesse sentido, esta fase é caracterizada também pela aprendizagem de normas, conceitos sociais e morais, que podem vir a ser contestados pelos adolescentes, além de ser um momento marcado por mudanças, tais como as biológicas, psicológicas e sociais, que podem ocasionar inquietação, dúvidas e modificações no comportamento frente à família, bem como frente aos grupos sociais. Cordeiro et al. (2006) relatam que as diferentes inquietações que podem aparecer na fase da adolescência podem ter relação com a perda da proteção que os pais ou outras pessoas de referência proporcionam na infância, ou até mesmo com a necessidade dos adolescentes de estabelecerem suas próprias metas, além da necessidade de maior autonomia.

Como relatado, crianças e adolescentes que disseram já terem sido diagnosticados com depressão tiveram uma maior pontuação na EBADEP-IJ do que os que nunca foram diagnosticados com a doença. Nesse sentido, Bahls (2002) pondera que episódios anteriores de depressão, gravidade do episódio, além da presença de estressores, são alguns dos fatores preditores de recorrência da depressão em crianças e adolescentes.

Tendo em vista que o objetivo desta pesquisa foi testar as propriedades psicométricas da Escala Baptista de Depressão (Versão Infanto-Juvenil) - (EBADEP-IJ), buscando evidências de validade baseada na relação com variáveis externas para o instrumento com os construtos suporte familiar e suporte social, pode-se dizer que os resultados obtidos se mostraram favoráveis. Entre as limitações da presente pesquisa, encontra-se a amostra relativamente pequena, assim como a predominância do sexo feminino. Assim, é de suma importância a realização de mais estudos utilizando a EBADEP-IJ, uma vez que este instrumento se mostrou promissor, podendo ser de grande valia no rastreamento da sintomatologia depressiva, bem como no auxílio do diagnóstico da doença. Estudos com amostras clínicas também se mostram fundamentais para outras evidências de validade de critério.

Referências

American Educational Research Association - AERA, American Psychological Association - APA, & National Council on Measurement in Education - NCME. (1999). *Standards for Educational and Psychological Testing*. Washington: American Psychological Association.

Associação Nacional de Empresas de Pesquisa - ANEP. (2007). *Critério de Classificação Econômica Brasil*. Disponível em <http://www.abep.org/novo/Content.aspx?ContentID=301>. Acesso em 20 de março de 2012.

American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TM, Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (4a ed. rev., C. Dornelles, Trad.). Porto Alegre: Artmed.

Backs-Dermott, B., Dobson, K., & Jones, S. (2010). An evaluation of an integrated model of relapse in depression. *Journal of Affective Disorders*, 124, 60-67.

Bahls, S.-C. (2002). Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. *Jornal de Pediatria*, 78(5), 359-366.

Baptista, M. N. (2009). *Inventário de Percepção do Suporte Familiar (IPSF)*. São Paulo: Vetor.

Baptista, M. N. (2011). Escala Baptista de Depressão- Versão Infanto-Juvenil (EBADEP-IJ). Relatório Técnico não-publicado, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia, Universidade São Francisco.

Baptista, M. N., Baptista, A. S., & Dias, R. R. (2001). Estrutura e suporte familiar como fatores de risco na depressão de adolescentes. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 21(2), 52-61.

Baptista, M. N., & Cardoso, H. F. (2011). Escala de Percepção do Suporte Social (EPSUS). Relatório Técnico não-publicado, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia, Universidade São Francisco.

Baptista, M. N., & Oliveira, A. A. (2004). Sintomatologia de depressão e suporte familiar em adolescentes: um estudo de correlação. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 14(3), 58-67.

Baptista, M. N., Rigotto, D. M., Cardoso, H. F., & Rueda, F. J. (2012). Soporte social, familiar y autoconcepto: relación entre los constructos. *Psicología desde el Caribe*, 29(1), 1-18.

Baptista, M. N., Souza, M. S., & Alves, G. A. (2008). Evidências de validade entre a Escala de Depressão (EDEP), o BDI e o Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF). *Psico-USF*, 13(2), 211-220.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1997). *Terapia cognitiva da depressão*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Birtchnell, J. (1988). Depression and family relationships. A study of young, married women on a London housing estate. *British Journal of Psychiatry*, 153, 758-769.

Ceberio, M. R. (2006). Viejas y nuevas familias: La transición hacia nuevas estructuras familiares. *Interpsiquis*. Disponível em <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/handle/10401/3772>. Acesso em 18 de maio de 2012.

Cordeiro, R., Claudino, J., & Arriaga, M. (2006). Depressão e suporte social em adolescentes e jovens adultos. *Revista Iberoamericana de Educación*, 39, 1-9.

Cruvinel, M., & Boruchovitch, E. (2009). Sintomas de depressão infantil e ambiente familiar. *Psicologia em Pesquisa*, 3(1), 87-100.

Ferster, C. B., Culbertson, S., & Boren, M. C. (1977). Depressão clínica. In C. B. Ferster, S. Culbertson, & M. C. Boren (Orgs.), *Princípios do Comportamento* (M. I. Silva, M. A. Rodrigues, & M. B. Pardo, Trads., pp. 699-725). São Paulo: Hucitec.

Gonçalves, T. R., Pawlowski, J., Bandeira, D. R., & Piccinini, C. A. (2011). Avaliação de apoio social em estudos brasileiros: aspectos conceituais e instrumentos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(3), 1755-1769.

Gouveia, V. V., Barbosa, G. A., Almeida, J. H., & Gaião, A. (1995). Inventário de depressão infantil- CDI: estudo de adaptação com escolares de João Pessoa. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 44(7), 345-349.

Helgeson, V., & Cohen, S. (1996). Social support and adjustment to cancer. *Health Psychology*, 15(2), 135-148.

Kamen, C., Cosgrove, V., McKellar, J., Cronkite, R., & Moos, R. (2011). Family support and depressive symptoms: a 23-year follow-up. *Journal of Clinical Psychology*, 67(3), 215-223.

Kovacs, M. A. (1983). *The children's depression inventory: a self-rated depression scale for school-age youngsters*. Pittsburg, PA: University of Pittsburgh, School of Medicine.

Krause, N., Liang, J. & Yatomi, N. (1989). Satisfaction with social support and depressive symptoms: a panel analysis. *Psychology and Aging*, 4(1), 88-97.

Langford, C., Bowsher, J., Maloney, J., & Lillis, P. (1997). Social support: a conceptual analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 95-100.

Leite, C. A. (2011). Estudos Preliminares da Escala de Depressão Infanto-Juvenil. Dissertação de mestrado não-publicada, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia, Universidade São Francisco, 74pp.

Lovisi, G. M., Milanil, I., Caetano, G., Abelha, L., & Morgado, A. F. (1996). Suporte social e distúrbios psiquiátricos: em que base se alicerça a associação?. *Informação Psiquiátrica*, 15(2), 65 - 68.

Mason, M., Schmidt, C., Abraham, A., Walker, L., & Tercyak, K. (2009). Adolescents' social environment and depression: social networks, extracurricular activity, and family relationship influences. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 26, 346-354.

Matsukura, T. S., Marturano, E. M., & Oishi, J. (2002). O Questionário de Suporte Social (SSQ): estudos da adaptação para o português. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10(5), 675-681.

Nakamura, E., & Santos, J. Q. (2007). Depressão infantil: abordagem antropológica. *Revista de Saúde Pública*, 41(1), 53-60.

Olson, D. H., Russell, C. S., & Sprenkle, D. H. (1983). Circumplex model of marital and family systems: Theoretical update. *Family Process*, 22, 69-83.

Organização Mundial de Saúde - OMS. (2000). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Prieto, G., & Muñiz, J. (2000). Un modelo para evaluar la calidad de los tests utilizados en España. *Papeles del Psicólogo*, 77(1), 65-75.

Rigotto, D. M. (2006). Evidências de validade entre suporte familiar, suporte social e autoconceito. Dissertação de mestrado não-publicada, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia, Universidade São Francisco, 106pp.

Rodriguez, M. S., & Cohen, S. (1998). Social Support. *Encyclopedia of mental health*, 3, 535-544.

Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2007). *Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica* (9a ed, C. Dornelles, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.

Saluja, G., Iachan, R., Scheidt P. C., Overpeck, M. D., Sun, W., & Giedd, J. N. (2004). Prevalence of and risk factors for depressive symptoms among young adolescents. *Archives of Pediatric Adolescence Medicine*, 158, 760-765.

Santana, P. R. (2008). Suporte familiar, estilos parentais e sintomatologia depressiva: um estudo correlacional. Dissertação de mestrado não-publicada, Programa de Pós- Graduação Stricto Sensu em Psicologia, Universidade São Francisco, 174pp.

Seeman, T. E. (1998). *Social support and social conflict*. Disponível em <http://www.macses.ucsf.edu/Research/Psychosocial/notebook/socsupp.html>. Acesso em 20 de setembro de 2012.

Sheeber, L., Hops, H., Alpert, A., Davis, B., & Andrews, J. (1997). Family support and conflict: prospective relations to adolescent depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25, 333-344.

Siqueira, M. M. (2008). Construção e validação da escala de percepção de suporte social. *Psicologia em Estudo*, 13(2), 381-388.

Sisto, F. F. (2007). Delineamento correlacional. In M. N. Baptista, & D. C. Campos (Orgs.), *Metodologias de pesquisa em ciências: análise quantitativa e qualitativa* (pp. 90-101). Rio de Janeiro: LTC.

Souza, L. D., Silva, R. S., Godoy, R. V., Cruzeiro, A. N., Faria, A. D., Pinheiro, A. T., & Silva, R. A. (2008). Sintomatologia depressiva em adolescentes iniciais - estudo de base populacional. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 57(4), 261-266.

Teodoro, M. L., Cardoso, B. M., & Freitas, A. C. (2010). Afetividade e conflito familiar e sua relação com a depressão em crianças e adolescentes. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 23(2), 324-333.

Urbina, S. (2007). *Fundamentos da Testagem Psicológica*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Weinberg, W. A., Rutman, J., Sullivan, L., Pencik, E. C., & Dietz, S. G. (1973). Depression in children referred to an Education Diagnostic Center. *Journal of Pediatrics*, 83, 1065-1072.

Wilkinson, P. (2009). Conceptualization about internalizing problems in children and adolescents. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(2), 373-381.

World Health Organization (2012). *Depression: a global crisis*. Mental Health Day. Disponível em http://www.who.int/mental_health/management/depression/wfmh_paper_depression_wmhd_2012.pdf. Acesso em 02 de outubro de 2012.

Submetido em: 05/12/2012

Revisto em: 20/05/2013

Aceito em: 21/05/2013

Endereços para correspondência

Makilim Nunes Baptista
makilim01@gmail.com

Gabriela da Silva Cremasco
gabisilva10@hotmail.com

1 Apoio: CNPq; Programa de Bolsa-Auxílio de Iniciação à Pesquisa Científica (PROBAIC/USF)

^IDocente. Programa de Pós- Graduação em Psicologia. Universidade São Francisco (USF). Itatiba. Estado de São Paulo. Brasil

^{II}Graduanda em Psicologia (Bolsista de Iniciação Científica PROBAIC/USF).
Universidade São Francisco (USF). Itatiba. Estado de São Paulo. Brasil