

DARTIU XAVIER DA SILVEIRA FILHO

AVALIAÇÃO DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DA
ESCALA DE RASTREAMENTO POPULACIONAL PARA
DEPRESSÃO CES-D EM POPULAÇÕES CLÍNICA E NÃO-
CLÍNICA DE ADOLESCENTES E ADULTOS JOVENS

Tese apresentada à Universidade Federal de
São Paulo - Escola Paulista de Medicina, para
obtenção do título de Doutor em Psiquiatria.

São Paulo
1997

XAVIER DA SILVEIRA FILHO, Dartiu. Avaliação das propriedades psicométricas da escala de rastreamento populacional para depressão “CES-D” em populações clínica e não-clínica de adolescentes e adultos jovens. - São Paulo, 1997.
108 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de São Paulo -
Escola Paulista de Medicina/

Descritores: Depressão / Farmacodependência / Escalas de rastreamento /
Análise fatorial / Adolescentes / Adultos jovens.

Orientador:

Prof. Dr. Miguel Roberto Jorge
Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo -
Escola Paulista de Medicina.

AGRADECIMENTOS

Meus agradecimentos a

Jair de Jesus Mari,

Isabel Altenfelder Santos Bordin,

Sergio Baxter Andreoli,

José Alberto Del Porto,

Vera Lopes Da Ros e

Evelyn Doering Xavier da Silveira,

pelas sugestões, comentários e observações que muito acrescentaram ao conteúdo deste trabalho.

Agradeço aos estudantes e farmacodependentes que, pacientemente, aceitaram participar desta pesquisa, contribuindo para a realização deste trabalho.

Agradeço ainda à minha equipe, que viabilizou a existência do PROAD.

Meu especial agradecimento a

Miguel Roberto Jorge, pela dedicação, disponibilidade e empenho na orientação deste trabalho. Sou-lhe igualmente grato por sua sincera amizade e pelo estímulo constante aos quais venho creditar, indubitavelmente, a responsabilidade pelo meu desempenho não somente como pesquisador, mas também no exercício da prática clínica.

Este trabalho é dedicado

à Evelyn, minha esposa,

aos meus filhos Juliana, Carolina e Victor,

à Gersony, minha mãe, e

ao Popi.

ÍNDICE

RESUMO
ABSTRACT

I. INTRODUÇÃO	1
II. OBJETIVOS	10
Objetivo geral	10
Objetivos específicos	10
III. METODOLOGIA	11
Instrumentos	11
CES-D	11
RDC	13
Amostra e procedimentos	14
Análise dos dados	16
IV. RESULTADOS	19
DESCRIÇÃO DAS AMOSTRAS	19
Descrição da amostra de estudantes universitários	19
Descrição da sub-amostra de estudantes de medicina	28
Descrição da amostra de farmacodependentes	29
Características sócio-demográficas	29
Padrão de uso de substâncias psicoativas	30
RESULTADOS DA ENTREVISTA DIAGNÓSTICA SEGUNDO O RDC	32
Sub-amostra de estudantes de medicina	33
Amostra de farmacodependentes	33
RESULTADOS DA APLICAÇÃO E AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DA CES-D	38
Resultados da Aplicação da CES-D	38
Amostra de estudantes universitários	38
Sub-amostra de estudantes de medicina	41
Amostra de farmacodependentes	43

Avaliação do desempenho da CES-D comparativamente aos diagnósticos psiquiátricos segundo o RDC	45
Desempenho da CES-D na sub-amostra de estudantes de medicina	45
Desempenho da CES-D na população de estudantes universitários	50
Estimativa de prevalência de transtornos depressivos em estudantes universitários	53
Desempenho da CES-D na amostra de farmacodependentes	54
ANÁLISE FATORIAL DA CES-D	58
V.DISSCUSSÃO	68
Transtornos depressivos em estudantes universitários	68
Comorbidade psiquiátrica em farmacodependentes	72
Validação da CES-D	81
Consistência interna e estrutura fatorial da CES-D	90
VI.COMENTÁRIOS FINAIS	95
VII.CONCLUSÕES	98
VIII.BIBLIOGRAFIA	99
ANEXOS	107

RESUMO

Existem evidências de aumento na prevalência de transtornos depressivos na população geral e de que tem havido incidência progressivamente mais precoce de depressão no transcorrer deste século. A grande maioria dos trabalhos científicos sobre depressão não focaliza especificamente populações de adolescentes e adultos jovens, sendo a literatura mais escassa ainda quando se trata de populações clínicas. Embora exista um grande contingente de estudos a respeito de farmacodependência nesta faixa etária, poucos se detêm nos aspectos relativos à comorbidade psiquiátrica e às dificuldades diagnósticas nesta população.

As escalas de rastreamento populacional para depressão têm sido amplamente utilizadas em etapas iniciais de identificação de casos em levantamentos epidemiológicos, a despeito dos questionamentos sobre a concordância do desempenho destas escalas com resultados de procedimentos diagnósticos mais complexos realizados em uma segunda etapa. Além disto, poucos estudos examinaram o desempenho destas escalas em populações de adolescentes e adultos jovens, sendo a literatura científica extremamente restrita quando se trata de populações clínicas.

Utilizamos neste estudo a CES-D, escala para depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos dos EUA, por ser uma das escalas de rastreamento populacional mais utilizadas nos últimos vinte anos. Propusemo-nos a estudar as propriedades psicométricas e a estrutura fatorial da escala em duas populações de adolescentes e adultos jovens.

Uma população de 523 estudantes universitários da cidade de São Paulo e uma amostra de 50 farmacodependentes que procuraram tratamento em um ambulatório da rede pública assistencial (PROAD) responderam à CES-D. A amostra de farmacodependentes e uma sub-amostra da população de estudantes foram também submetidas a uma entrevista psiquiátrica. Avaliamos o desempenho da escala de rastreamento comparativamente ao diagnóstico psiquiátrico segundo o RDC (Research Diagnostic Criteria) nas duas amostras.

Comparando-se os dois grupos, as estimativas de prevalência entre os estudantes universitários foram de 7,9 % para transtornos depressivos atuais e de 19 % para transtornos depressivos ao longo da vida, enquanto que entre os farmacodependentes encontramos frequências de 32 % para transtornos depressivos atuais e de 44 % para transtornos

depressivos ao longo da vida. Com relação à escala de rastreamento, concluímos que entre os estudantes universitários (população não-clínica) a escala apresentou melhor desempenho quando utilizamos o ponto de corte 15, contrastando com a amostra de farmacodependentes (população clínica), na qual o ponto de corte 24 correspondeu ao melhor desempenho da escala. Quanto ao estudo da estrutura da escala, duas questões da CES-D foram excluídas por apresentarem baixa correlação com as 18 questões remanescentes. Entretanto, a CES-D apresentou boa consistência interna (alfa de Cronbach=0,85) e a análise da estrutura fatorial resultou em solução de quatro dimensões da escala, demonstrando assim relativa estabilidade quando utilizada em populações jovens em nosso meio.

Baseando-nos nestes resultados, concluímos que a CES-D pode ser de utilidade em uma primeira etapa de levantamento de casos, desde que sejam consideradas algumas de suas limitações. Finalmente, levantamos algumas sugestões a respeito da utilização deste tipo de instrumento em populações distintas daquelas para as quais foram concebidos.

Palavras-chave: Depressão / Farmacodependência / Escalas de rastreamento / Análise fatorial / Adolescentes / Adultos jovens.

ABSTRACT

An increase in prevalence and an earlier age of onset of depression throughout the twentieth century has been documented. Nevertheless, most scientific literature on depression do not focus specifically on adolescents or young adults. Depression studies involving populations of youngsters are even more difficult to find. Although there are many studies on addiction among young adults and adolescents, only a few go deeper in discussing comorbidity issues and diagnostic problems within these groups.

Screening scales have been widely used as a first step tool for case identification in epidemiological surveys, despite the fact that some studies raised the problems of poor agreement between the results of scale screening and second step diagnostic procedures. Furthermore, validation studies of these scales are still lacking for both clinical and non-clinical populations of youngsters.

In the present study we used the Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) , one of the most used depression screening tools in the two last decades, aiming to evaluate its psychometric performance and factor structure when used with two different populations of young adults and adolescents.

Fifty drug addicts attending a public outward clinic (PROAD) and 523 college students in the city of São Paulo were administered the scale. All drug addicts and a sample of college students underwent psychiatric interviews aiming to assess psychiatric diagnosis according to Research Diagnostic Criteria (RDC). Psychiatric diagnosis were used as a gold standard for evaluating CES-D performance in both samples.

Among college students we found an estimated prevalence of 7.9 % for present depressive disorders and 19 % for lifetime depressive disorders. Among substance addicts, 32 % were diagnosed as being presently depressed and 44 % met diagnostic criteria for lifetime diagnosis of depression. While studying the concurrent validity of CES-D we observed that the scale was at its best performance when using a cut-off of 15 among college students and a cut-off of 24 when among addicts.

Structure analysis evidenced that two questions could be excluded from the scale since they displayed low correlation with the remaining 18 questions. Nevertheless, internal

consistency of the scale was high (Cronbach's alpha = 0.85) and factor analysis resulted in a four dimension solution, findings which are similar to those found in previous studies involving general population.

Despite some limitations, we concluded CES-D can be a useful tool to be used as a first step screening instrument for depression case identification among young adults and adolescents. Finally, we also pointed out some difficulties which may arrive when using an instrument under different conditions for which it was originally meant to be used.

Key-words: Depression / Substance addiction / Screening scales / Factor analysis / Adolescents / College students.

INTRODUÇÃO

A partir de observações sobre depressão e doenças afetivas realizadas nos anos 70 (Schwab, 1974; Klerman, 1976,1979) foram encontradas evidências de um aumento do número de pessoas deprimidas nos Estados Unidos da América (EUA). As instituições para tratamento, em particular ambulatórios e unidades psiquiátricas em hospital-geral, assinalavam números progressivamente maiores de pacientes diagnosticados como deprimidos. Observou-se ainda que os pacientes deprimidos pertenciam a faixas etárias inferiores àquelas onde os quadros depressivos são classicamente descritos. Houve também um interesse crescente no estudo de depressões na infância(Kovacs et al., 1984), assim como de entidades possivelmente correlacionadas, tais como farmacodependências em adolescentes e adultos jovens(Holinger & Offer, 1982; Klerman, 1986). O que se refletia nesta modificação do panorama das depressões pode ser resumidamente atribuído ao aumento da frequência desta entidade nosológica em adolescentes e adultos jovens(Klerman, 1988).

Tais observações ocorreram em um período onde o interesse profissional e a pesquisa científica sobre depressão e transtornos afetivos aumentavam progressivamente. Novas descobertas começavam a ser feitas nas áreas de genética, psicopatologia e psiquiatria biológica. Paralelamente, novas experiências se acumulavam a partir do estudo de formas alternativas de psicoterapia e o desenvolvimento de novos agentes farmacológicos para o tratamento das depressões(Klerman, 1988). Na área epidemiológica, o Instituto Nacional de Saúde Mental dos EUA e a Divisão de Saúde Mental da Organização Mundial da Saúde (OMS) iniciaram estudos multicêntricos abrangentes no sentido de investigar aspectos diagnósticos, sintomatologia e classificação das depressões (Katz & Klerman, 1979;

Sartorius et al, 1979). Estas contribuições científicas possibilitaram novos estudos sobre a frequência de transtornos depressivos, particularmente entre populações jovens. Entretanto, diversos problemas conceituais e metodológicos emergem quando são testadas hipóteses de modificação de padrões de distribuição e frequência de transtornos mentais em grupos populacionais.

A distribuição de doenças em populações tem sido amplamente estudada pela epidemiologia, assim como a variabilidade desta distribuição no tempo e no espaço. Estas modificações de incidência e prevalência no tempo são denominadas tendências seculares ou temporais(Susser et al, 1985). Examinando-se a distribuição etária dos transtornos depressivos, a impressão que se tinha anteriormente era de que os transtornos depressivos aumentavam com a idade. Quanto mais velhos, os indivíduos teriam vivenciado maior número de perdas de pessoas importantes; as crianças ao crescerem experimentariam maior número de dificuldades; com a idade, apareceriam progressivamente maior número de doenças e limitações físicas e psicológicas; indivíduos aposentados frequentemente se ressentem de uma diminuição da renda mensal, assim como da perda do “status” social; e, possivelmente, os idosos vivenciariam por antecipação a proximidade de sua própria morte. Na dependência do tipo de mensuração da frequência de depressão que se utiliza, tais concepções podem ser referendadas. A prevalência atual pode ser aferida por escalas de sintomas ou por diagnóstico categorial. Quando se utilizam escalas de sintomas, como a escala de Zung (Zung,1965) ou a CES-D - Center of Epidemiological Studies-Depression Scale (Radloff,1977), em estudos populacionais, o efeito idade é observável, ou seja, indivíduos mais velhos tendem a apresentar mais sintomas depressivos atuais. Entretanto, quando as categorias diagnósticas clínicas são aferidas através de entrevistas estruturadas ou

acopladas a referências diagnósticas padronizadas, tais como as do DSM - Diagnostic and Statistical Manual (American Psychiatric Association, 1987) e do RDC - Research Diagnostic Criteria (Spitzer et al., 1978), então, surpreendentemente, não se observa aumento da prevalência de transtornos depressivos com a idade. Nestes casos, a maior prevalência de transtornos depressivos é observada entre adultos jovens, com a diminuição da frequência de transtorno atual entre idosos(Weissman et al, 1986). De forma similar, na distribuição da prevalência de transtornos depressivos ao longo da vida não foi observada a influência do fator idade quando se utilizaram grandes amostras. A prevalência de depressão ao longo da vida foi também menor entre idosos comparativamente a indivíduos mais jovens(Weissman & Myers,1978; Robins et al, 1984). Entretanto, é importante destacar que estes dados poderiam ser, ao menos parcialmente, questionados pela existência de possíveis artefatos que viriam a invalidar a conclusão de que os transtornos depressivos passaram a atingir mais frequentemente faixas etárias inferiores. A menor frequência de depressão em indivíduos mais velhos poderia ser consequência de mortalidade seletiva. Os indivíduos depressivos apresentam maior probabilidade de cometer suicídio e maior suscetibilidade a formas de mortalidade específicas como, por exemplo, homicídios, acidentes automobilísticos e “overdoses” por abuso de substâncias psicoativas. Isto implica em termos um menor número de deprimidos ainda vivos em faixas etárias superiores. Além disso, seria importante destacar a existência de modificações nas atitudes dos profissionais de saúde mental. Os profissionais que trabalhavam com adolescentes e adultos jovens tinham, por influência do modelo psicanalítico, tendência a descrever sintomas ansiosos e depressivos em termos de conflitos psicológicos relacionados ao desenvolvimento, minimizando-os enquanto indicativos da presença de um transtorno. Mais recentemente, com a progressiva ênfase na psicopatologia e

na utilização de entrevistas estruturadas para avaliação do estado mental, tornou-se evidente que tais sintomas devem ser diagnosticados como transtorno depressivo. Isto poderia em parte justificar o aumento do diagnóstico de transtornos depressivos entre os jovens. Outro fator que poderia influenciar na diminuição da frequência de transtornos psiquiátricos nos indivíduos mais velhos seria os problemas de memória, que afetariam a capacidade de evocar sintomas depressivos que teriam ocorrido em fases precoces de suas vidas, bem como o impacto dos mesmos no seu desempenho e bem-estar. Entretanto, este tipo de tendenciosidade foi pelo menos parcialmente descartado a partir de análises específicas que demonstraram não se tratar de artefatos(Lavori et al, 1987).

Com relação às tendências que puderam ser efetivamente documentadas(Klerman, 1988), destacam-se: aumento na prevalência de depressão , particularmente após a Segunda Grande Guerra; incidência progressivamente mais precoce de depressão no transcorrer deste século; aumento do risco de depressão em indivíduos do sexo feminino. Embora seja incontestável a influência de fatores genéticos, sobretudo no transtorno bipolar, os achados de aumento progressivo da frequência de depressão e sua incidência mais precoce não podem ser explicados por uma teoria unifatorial baseada apenas na predisposição genética(Klerman, 1988). Embora depressão seja uma doença que afeta todas as culturas, existem diferenças marcantes quanto à incidência e prevalência de transtornos depressivos em diferentes populações. Além das diferenças metodológicas e de avaliação diagnóstica nestes estudos, supõe-se que exista realmente variabilidade no quadro clínico de depressão de uma cultura para outra e, em uma mesma cultura, em distintos grupos populacionais(Singer, 1985;Klein & Good, 1985;Hsu & Marshall,1987;Hurwitz et ali, 1987;Ring & Marquis,1991).

Nesta vertente de raciocínio, muitos trabalhos têm sido desenvolvidos no sentido de estudar possíveis fatores de risco ou predisponentes para o aparecimento de transtornos depressivos em populações jovens específicas, como por exemplo os estudantes de medicina, população precocemente submetida a situações de estresse.

Estudantes de Medicina

Diversos estudos têm descrito a presença de transtornos psiquiátricos em estudantes de medicina. Saslow(1956) descreve que os principais problemas encontrados em estudantes de medicina foram reações ansiosas, desempenho acadêmico insuficiente, depressão e neurose obsessivo-compulsiva. Posteriormente, Hunter e colaboradores (1961) relataram problemas similares: depressão, ansiedade, transtornos obsessivo-compulsivos e preocupação excessiva com o papel profissional. Lief e colaboradores (1960) também observaram alta prevalência de transtornos obsessivo-compulsivos entre estudantes de medicina. Mais recentemente, Sacks, Frosh e Kesselman (1980) chamaram atenção para reações depressivas e ansiosas que foram observadas em estudantes de medicina quando estes se confrontavam com a grande quantidade de informação acadêmica a ser assimilada.

Revisando-se o conhecimento epidemiológico sobre transtornos psiquiátricos em estudantes de medicina, encontramos basicamente duas categorias de estudos. A primeira se limita a estudos da frequência com que estes estudantes procuram assistência especializada. Estes estudos sugerem que entre 4 e 18% dos estudantes de medicina procuram assistência psiquiátrica no período de um ano (Raskin,1972; Amaranto & Wepman,1978; Davidson,1978). A segunda categoria de estudos encontrados envolve pesquisas que visam

identificar a prevalência de transtornos psiquiátricos na população de estudantes de medicina como um todo, não se limitando àqueles que procuraram ajuda especializada. Nestes estudos observou-se prevalência de 15 a 26% de transtornos psiquiátricos em populações de estudantes de medicina (Pitts et. ali.,1961;Ironside,1966; Lloyd & Gartrell, 1983). Paralelamente, alguns autores encontraram níveis significativamente maiores de sintomas depressivos em estudantes de medicina comparativamente à população geral(Lloyd & Gartrell, 1984; Stewart et ali.,1995).

Farmacodependentes

Diversos pesquisadores têm se dedicado nos últimos anos a estudar a questão da concomitância de outros transtornos psiquiátricos(co-morbidade) em dependentes de álcool e outras drogas(Wallen & Weiner, 1984; Gawin & Kleber, 1986; Schuckit, 1994). Em um importante estudo epidemiológico abrangendo 20.291 pessoas nos EUA (Regier et al., 1990), foi estimada a prevalência de 13,5% de dependência de álcool e 6,1% de dependência de outras drogas. Entre os dependentes de álcool, 37% apresentavam um segundo diagnóstico psiquiátrico. Cinquenta e três por cento dos dependentes de outras drogas(excluindo o álcool) apresentavam transtorno mental associado. A presença de transtorno afetivo entre dependentes de drogas foi 4,7 vezes maior do que no restante da população estudada. A maioria dos estudos de co-morbidade psiquiátrica considera que os diagnósticos mais freqüentemente associados às farmacodependências são os transtornos depressivos (Schuckit, 1985; Gawin & Kleber,1986; Weiss et al.,1986; Ross et al.,1988; Kleinman et al.,1990; Rounsaville et al.,1991; Roberts et al.,1991; Kokkevi & Stefanis, 1995). Em estudos

epidemiológicos, a associação de dois transtornos sugere que uma das patologias possa ter uma relação causal com relação à outra ou então que existiriam fatores de vulnerabilidade comuns às duas patologias.

A compreensão das depressões da infância, da adolescência e do início da idade adulta vem sendo prejudicada, pelo menos em parte, pela inexistência de metodologia adequada para a detecção de indivíduos afetados entre populações de crianças, adolescentes e adultos jovens. Até o momento, ressentimo-nos da inexistência de procedimentos de ampla aceitação para detecção psicopatológica dos casos oriundos de populações jovens (Edelbrock and Costello, 1988). Desta forma, a diversidade de estratégias e procedimentos empregados para a identificação do problema dificulta a generalização dos resultados das pesquisas realizadas na área. Conseqüentemente, a literatura de pesquisa sobre o tema continua restrita e fragmentária.

A identificação de casos na pesquisa psiquiátrica tem sido historicamente realizada através da utilização de dois tipos de abordagem: clínica e não-clínica. Designamos abordagem não-clínica aquela na qual não se utilizam parâmetros diagnósticos. Tal abordagem tem sido utilizada extensivamente por ser mais econômica e mais facilmente utilizável comparativamente às aferições diagnósticas (Seiler, 1973; Costello and Angold, 1988). No âmbito da pesquisa em psiquiatria e psicologia, progressivamente vem sendo reconhecida a eficácia da utilização de procedimentos para identificação de casos realizados em duas etapas (Lewinsohn and Teri, 1982; Kendall et al., 1987), mais especificamente em estudos epidemiológicos (Cooper and Morgan, 1973; Shrout and Fleiss, 1981; Dohrenwend and Dohrenwend, 1982). Procedimentos não-clínicos (ou seja, não-diagnósticos), geralmente na forma de escalas ou listas de sintomas, são utilizados em uma primeira etapa posto que

constituem uma forma rápida e econômica de dividir a população estudada em dois grupos, os supostamente afetados e os supostamente preservados, segundo o resultado do instrumento de rastreamento populacional. Este grupo supostamente afetado pela condição mórbida vai, na segunda etapa, ser submetido a procedimentos que visam o estabelecimento de um diagnóstico propriamente dito.

Entretanto, a despeito do uso cada vez mais freqüente deste tipo de procedimento em pesquisa epidemiológica, persistem questionamentos com relação aos métodos de avaliação utilizados em cada uma das etapas. Para ilustrar, existem poucos dados sobre a correlação entre escalas de sintomas e instrumentos diagnósticos (Roberts et al., 1989). Como conseqüência, torna-se questionável a utilidade destas escalas como instrumento de rastreamento a ser utilizado em uma primeira etapa de levantamento de casos. Em especial, nos estudos envolvendo crianças e adolescentes, existe pouca evidência a respeito da concordância entre escalas de rastreamento e procedimentos diagnósticos neste gênero de pesquisa realizada em duas etapas (Roberts et al., 1991).

Considerando-se o que foi acima exposto, destacaríamos que existem evidências de que tem havido um aumento progressivo das depressões em adolescentes e adultos jovens. Possivelmente estes quadros depressivos tendem a ser sub-diagnosticados ou tendem a se expressar de forma diferente em populações jovens como, por exemplo, através de uma farmacodependência. Diante de tais questões, propusemo-nos primeiramente a examinar a freqüência de depressão em duas amostras de populações jovens: uma população não-clínica (estudantes universitários) e uma população clínica (farmacodependentes). Complementando, dispusemo-nos a examinar o desempenho de uma escala de rastreamento de depressão nas

duas amostras, visando maior conhecimento das propriedades psicométricas do instrumento para uso em nosso meio, objetivando sua posterior utilização em populações de adolescentes e adultos jovens.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Avaliar as propriedades psicométricas de uma escala de rastreamento populacional para depressão em duas populações distintas de jovens: a primeira constituída de uma amostra de estudantes universitários(população não-clínica) e a segunda constituída de dependentes de substâncias psicoativas atendidos ambulatorialmente em um programa assistencial na cidade de São Paulo (população clínica).

Objetivos Específicos

- 1.Examinar o desempenho operacional de uma escala para rastreamento de transtornos depressivos comparativamente ao diagnóstico padronizado de transtornos depressivos em uma população não-clínica de jovens(validade concorrente).
- 2.Determinar a estimativa de prevalência de transtornos depressivos em uma população não-clínica de jovens.
- 3.Examinar o desempenho operacional de uma escala para rastreamento de transtornos depressivos comparativamente ao diagnóstico padronizado de transtornos depressivos em uma população clínica de jovens(validade concorrente).
- 4.Determinar a frequência de transtornos depressivos em uma população clínica de jovens farmacodependentes(comorbidade).
- 5.Comparar os dados sócio-demográficos de jovens com e sem transtornos depressivos nas duas populações(fatores de risco para depressão em populações clínica e não clínica).
- 6.Examinar a confiabilidade(consistência interna) e a estrutura fatorial de um instrumento de rastreamento de transtornos depressivos quando utilizado em uma população de jovens (validade de conteúdo).

METODOLOGIA

INSTRUMENTOS

Como parte deste estudo utilizamos:

- * uma entrevista estruturada para coleta dos dados sócio-demográficos, padrão de uso de substâncias psicoativas e problemas associados;
- * a escala de rastreamento populacional para depressão CES-D - Center for Epidemiologic Studies- Depression (Radlof, 1977);
 - uma entrevista psiquiátrica conduzida de forma a investigar a presença de transtornos mentais segundo o RDC - Research Diagnostic Criteria (Spitzer et al.,1978), conjunto de critérios diagnósticos nos quais se baseia o DSM III - Diagnostic and Statistical Manual (American Psychiatric Association, 1980).

CES-D

A escala de rastreamento populacional para depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D) é um instrumento auto-aplicável de 20 ítems desenvolvido por Radloff em 1977 com a finalidade de detecção de sintomas depressivos em populações adultas. A escala compreende ítems relacionados a humor, comportamento e percepção que foram considerados relevantes em estudos clínicos sobre depressão(Radlof, 1977). A caracterização de humor depressivo é determinada por respostas referentes a sintomas no período correspondente à semana que precede a aplicação. Grande parte da contribuição para o desenvolvimento deste instrumento adveio de outras escalas de sintomas depressivos , tais como a escala de depressão de Zung (Zung, 1965), o inventário de depressão desenvolvido

por Beck (Beck et al. 1961), a escala auto-aplicável de Raskin (Raskin et al 1967), a escala de depressão do Minnesota Multiphasic Personality Inventory - MMPI (Dahlstrom and Welsh, 1960) e a escala de depressão de Gardner (Weissman, 1977). A CES-D vem sendo amplamente utilizada em estudo clínicos e populacionais (Radloff, 1977; Myers & Weissman, 1980; Roberts & Vernon, 1983; Wells et al., 1987). Os resultados destes estudos indicam considerável convergência com outras escalas de depressão e boa discriminação com relação a escalas não análogas como, por exemplo, a escala de afeto positivo de Bradburn (Weissman et al., 1977).

As respostas a cada uma das questões são dadas segundo a frequência com que cada sintoma esteve presente na semana precedente à aplicação do instrumento: “raramente ou nunca” corresponde a pontuação zero; “durante pouco ou algum tempo” corresponde a pontuação 1; “ocasionalmente ou durante um tempo moderado” corresponde a pontuação 2; e “durante a maior parte do tempo ou todo o tempo” corresponde a pontuação 3. A pontuação total pode, portanto, variar entre zero e 60 (pontuação de zero a três em cada um dos vinte itens).

Inicialmente, quando a CES-D era utilizada em levantamentos populacionais, 20 % dos indivíduos que obtivessem as maiores pontuações eram designados como deprimidos. A validade deste ponto de corte é questionável na medida em que pressupõe 20% de prevalência de sintomatologia depressiva na população, o que pode ser de pouca relevância com referência ao diagnóstico de transtorno depressivo. Posteriormente, a avaliação do desempenho da CES-D em populações de pacientes revelou que o escore 16 era o que melhor diferenciava adultos clinicamente deprimidos daqueles sem depressão clínica. A validação do ponto de corte maior ou igual a 16 para a CES-D foi verificada através de estudos de

sensibilidade e especificidade na comparação com critérios diagnósticos estabelecidos (Wells et al, 1987).

A CES-D foi escolhida para ser utilizada neste estudo pela sua fácil aplicabilidade, pelo seu foco em sintomas depressivos, por empregar critérios de uma semana de duração da sintomatologia depressiva (aproximando-a, portanto, dos critérios do RDC) e por vir sendo amplamente utilizada.

Procedimentos para adaptação da CES-D para ser utilizada em nosso meio:

Um psiquiatra brasileiro traduziu a escala original para o português. Em seguida, um lingüista realizou a versão desta escala para o inglês (“back-translation”). Outro psiquiatra bilingüe comparou esta versão para o inglês com a escala original em inglês. As discrepâncias encontradas foram discutidas entre o lingüista e o psiquiatra tradutor, a partir do que foi obtida a tradução definitiva para o português. Este procedimento, abrangendo a um só tempo o conhecimento dos dois idiomas e do construto clínico *depressão*, favoreceu a obtenção de uma versão equivalente à original, tanto do ponto de vista da estrutura lingüística quanto do ponto de vista do conteúdo semântico (Anexo 1).

RDC

Os Critérios Diagnósticos para Pesquisa - RDC (Spitzer et al.,1978) constituem um conjunto de critérios diagnósticos específicos para a detecção de determinados transtornos psiquiátricos funcionais. Têm sido amplamente utilizados em pesquisa em decorrência da excelente confiabilidade dos julgamentos diagnósticos que seu uso propicia. Desta forma, o pesquisador pode selecionar grupos relativamente homogêneos de indivíduos que preenchem

critérios diagnósticos específicos. Para cada transtorno do RDC existem critérios de inclusão e de exclusão. Os critérios específicos referem-se a sintomas, sinais, duração e curso da patologia, graus de severidade e de comprometimento. Para alguns diagnósticos, determinados sintomas somente serão significativos caso persistam por um determinado período de tempo. A maioria dos critérios representa uma tentativa de operacionalizar conceitos cuja importância diagnóstica encontra-se fundamentada na experiência clínica(Spitzer et al.,1978).

AMOSTRA E PROCEDIMENTOS

População não-clínica

A população de estudantes universitários que respondeu à escala de sintomas depressivos (CES-D) era constituída de 523 indivíduos, sendo composta por três amostras de estudantes distribuídos da seguinte forma: 192 estudantes de Medicina da Universidade Federal de São Paulo, 163 estudantes de Arquitetura da Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de São Paulo e 168 estudantes de Economia das Faculdades Metropolitanas Unidas em São Paulo. As três amostras de estudantes universitários constituíam o universo total de estudantes presentes em dias de aula aleatoriamente escolhidos para a aplicação do instrumento, representando 71 % dos estudantes efetivamente matriculados naqueles cursos. Não se teve acesso à população de estudantes ausentes nos dias em que o instrumento foi aplicado.

Uma sub-amostra de 50 estudantes de Medicina foi constituída a partir de uma escolha ao acaso entre os estudantes do 1º ao 4º anos do curso de graduação que haviam

respondido à escala de rastreamento de sintomas depressivos. Optou-se propositalmente por excluir os alunos dos últimos dois anos do curso médico pelo acesso mais difícil aos mesmos, tendo em vista que cumpriam estágios em regime de internato. Dos 50 estudantes aleatoriamente selecionados para a constituição desta sub-amostra, 4 não compareceram à entrevista, resultando em uma amostra final de 46 indivíduos. Esta sub-amostra foi submetida a uma entrevista psiquiátrica e os estudantes foram caracterizados segundo os critérios diagnósticos do RDC, no mesmo dia em que responderam ao instrumento de rastreamento para depressão(CES-D).

População clínica

Complementarmente, foi constituída uma outra amostra, formada por 50 farmacodependentes que procuraram assistência no Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes(PROAD) do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo. Os farmacodependentes foram selecionados aleatoriamente entre os 250 pacientes que procuraram a triagem do PROAD no período das entrevistas. Como nesta amostra havia somente dois casos de dependentes do sexo feminino, estes foram desprezados na constituição da mesma, sendo substituídos por dois outros pacientes do sexo masculino, selecionados pelos mesmos critérios. Esta amostra de farmacodependentes foi igualmente submetida a entrevistas psiquiátricas realizadas pelo mesmo psiquiatra que havia entrevistado os estudantes universitários, responderam ao instrumento de rastreamento para depressão(CES-D) e foram submetidos a uma entrevista estruturada para coleta dos dados sócio-demográficos, padrão de uso de substâncias psicoativas e problemas associados, padronizada pelo PROAD em 1989.

A duração da coleta de dados foi de 25 meses. As entrevistas eram realizadas a sós com o entrevistado. No caso dos estudantes universitários a duração aproximada da entrevista foi de 60 minutos. No caso dos dependentes de substâncias psicoativas, a duração foi de aproximadamente 90 minutos.

ANÁLISE DOS DADOS

Para o cálculo das medidas de tendência central das amostragens optamos pelo uso da média aritmética com seu respectivo desvio padrão. Para verificar se em uma amostra duas ou mais variáveis guardavam entre si uma relação de independência utilizamos a prova de significância do qui quadrado, pois esta prova admite que as observações ou conjunto de valores da amostra não necessariamente provenham de uma população com distribuição normal. Quando os dados se apresentavam sob forma de freqüências em categorias discretas, utilizamos igualmente a prova do qui quadrado para determinar a significância de diferenças entre dois grupos independentes. Na análise de dados discretos (nominais ou ordinais), em sendo o tamanho das amostras independentes excessivamente pequeno (freqüência menor do que 5), utilizamos a prova de Fisher. Nas tabelas de contingência 2x2, utilizamos a correção de Yates para o qui quadrado sempre que qualquer freqüência fosse inferior a dez. Quando a variável em estudo apresentava distribuição normal na população da qual foram extraídas as amostras, utilizamos o teste “t” de Student na comparação de duas ou mais médias independentes. Quando a variável contínua em estudo não apresentava distribuição normal, utilizamos provas não-paramétricas para comparação das amostras independentes (Mann-

Whitney no caso de duas amostras e Kruskal-Wallis no caso de três ou mais amostras). Para examinarmos as inter-relações entre três ou mais variáveis, utilizamos o método de regressão logística quando a variável dependente era dicotômica e o método de regressão linear quando a variável dependente era contínua com distribuição normal. Foram adotados níveis de significância de 0,05 e 0,01 ($p < 0,05$ ou $p < 0,01$), sendo os graus de liberdade (gl) calculados em cada tabela apresentada.

Na análise fatorial do instrumento de rastreamento populacional para depressão (CES-D) foram construídas matrizes de correlação para verificação das correlações das questões, combinadas duas a duas. Foi igualmente calculado o quadrado da correlação múltipla (QCM) de cada questão com relação a todas as outras, para se determinar as questões de pouca relevância no conjunto. A partir deste procedimento, pudemos construir matrizes integrais (que englobavam todas as questões) e matrizes reduzidas (nas quais foram suprimidas as questões cujo QCM era inferior a 0,15). A análise dos principais componentes (APC) foi então aplicada às matrizes de correlação originadas das matrizes reduzidas. Os fatores que compõem o instrumento CES-D foram determinados selecionando-se aqueles cuja variância explicada havia sido maior que a unidade ($VE > 1$). A estimativa das comunalidades de cada variável correspondem ao quadrado da sua correlação múltipla (QCM) com os fatores. Foi utilizada a rotação ortogonal pelo método varimax para obtenção da matriz de cargas fatoriais rodadas. As questões da CES-D que compuseram cada um dos fatores foram aquelas cuja carga fatorial tinha sido maior que 0,4. Os resultados foram comparados com a análise fatorial do mesmo instrumento quando aplicado em outras populações em outros estudos.

Na análise dos dados foram utilizados os programas de computação DBASE III PLUS e Statistical Package for the Social Science - SPSS (Norusis, 1983).

RESULTADOS

1. DESCRIÇÃO DAS AMOSTRAS

Uma população de 523 estudantes universitários respondeu ao CES-D. Destes, 192 pertenciam ao curso de Medicina, 163 ao curso de Arquitetura e 168 ao curso de Economia.

Uma sub-amostra de 46 estudantes de medicina foi submetida à entrevista psiquiátrica e respondeu ao instrumento de rastreamento de sintomas depressivos(CES-D).

Cinquenta dependentes de substâncias psicoativas em atendimento no PROAD foram submetidos à mesma entrevista e responderam ao mesmo instrumento de rastreamento para depressão.

1.1. Descrição da população de estudantes universitários(N=523):

A amostra de estudantes universitários era constituída de 284 indivíduos do sexo masculino (56 %) e 223 indivíduos do sexo feminino (44 %). A distribuição etária variou de 17 a 39 anos, sendo que a média de idade foi de 21,6 anos com desvio padrão de 3,5. Com relação ao estado civil, 486 estudantes eram solteiros (91 %), 44 eram casados (8 %) e apenas 5 eram divorciados (1 %). No que se refere às características étnicas, 403 estudantes eram brancos (79,2 %), 90 eram orientais (17,7%) e apenas 16 eram negros ou mulatos (3,1 %). Quanto à crença religiosa, 356 estudantes eram católicos (71,2 %), 27 eram protestantes (5,4 %), 26 eram espíritas (5,2 %) e 91 referiram outra religião (18,2 %). Entre os estudantes que forneceram informações sobre renda familiar mensal, 133 (49,1%) se localizavam no estrato de renda igual ou superior a 15 salários mínimos mensais e 138 (50,9%) se localizavam no

estrato de renda mensal inferior a 15 salários mínimos. No entanto, quase 50 % da amostra (252 estudantes) não forneceu informações sobre a renda familiar mensal.

A distribuição da amostra segundo características sócio-demográficas pode ser observada na Tabela 1.

A distribuição por sexo nas três faculdades mostrou que o número de estudantes do sexo feminino é menor que o número de estudantes do sexo masculino nos cursos de Medicina e Economia. Esta distribuição se apresenta invertida no curso de Arquitetura. Entretanto, apenas no curso de Economia o predomínio de estudantes do sexo masculino é significativo do ponto de vista estatístico ($p < 0,0001$).

A média de idade dos estudantes de medicina era de 20,3 anos com desvio padrão de 2,5 e dos estudantes de arquitetura era de 20,8 anos com desvio padrão de 2,6. Entre os estudantes de economia a média etária era de 23,9 anos com desvio padrão de 4,1. O teste de Mann-Whitney foi utilizado para comparação da distribuição etária nos três cursos, evidenciando diferenças significativas ($p < 0,0001$).

Como esperado quanto ao estado civil, observou-se que a grande maioria dos estudantes universitários era constituída de solteiros. Os estudantes de medicina e de arquitetura não apresentaram diferenças quanto à variável estado civil. Apenas entre os estudantes de economia observou-se proporção significativamente maior ($p < 0,0001$) de indivíduos não-solteiros (13,8% casados e 2,5% divorciados)

No que se refere à distribuição étnica, a maior freqüência observada nos três grupos foi de indivíduos brancos, seguidos pelos orientais. A proporção de brancos e orientais foi semelhante entre os estudantes de medicina e de arquitetura. A menor freqüência de orientais

entre os estudantes de economia respondeu pelas diferenças étnicas entre os grupos ($p < 0,0001$).

Embora nos três grupos tenha sido observada predominância de estudantes católicos, os católicos e os não-católicos estavam quase equitativamente representados entre os estudantes de arquitetura. Entre os estudantes de economia a proporção de indivíduos católicos foi significativamente maior comparativamente aos estudantes de medicina ($p < 0,01$) e de arquitetura ($p < 0,0001$). A proporção de católicos foi ainda significativamente maior entre os estudantes de medicina comparativamente aos estudantes de arquitetura ($p < 0,01$).

Exceção feita aos estudantes de economia, a maior parte dos indivíduos não respondeu às informações referentes a renda familiar mensal. Entre os que forneceram esta informação (51,8 %), não foram observadas diferenças estatisticamente significantes nos três grupos de estudantes quando comparamos estudantes que referiram renda mensal igual a ou acima de 15 salários mínimos e os que referiram renda familiar mensal inferior. Entretanto, torna-se inviável tirarmos conclusões a respeito dos dados uma vez que esta informação foi omitida por quase metade da amostra.

Tabela 1 - Características sócio-demográficas da amostra de estudantes universitários (N=523)

		MEDICINA		ARQUITETURA		ECONOMIA		x ²	gl	p
		N	%	N	%	N	%			
Sexo	Masculino	101	54,01	72	45,23	111	68,94	18,66	2	0,00008868
	Feminino	86	45,09	87	54,77	50	31,06			
Idade	Total (média ± dp)	20,27 ± 2,47		20,76 ± 2,59		23,85 ± 4,14		105,05	2	0,0001
	Masc.(média ± dp)	20,35 ± 3,01		21,36 ± 3,22		24,27 ± 4,38		53,71	2	0,0001
	Fem. (média ± dp)	20,15 ± 1,64		20,28 ± 1,84		22,96 ± 3,49		33,93	2	0,0001
Estado civil	Solteiro	189	98,95	157	96,32	140	83,83	*36,00	2	0,00000002
	Casado	2	1,05	5	3,07	23	13,77			
	Divorciado	0		1	0,61	4	2,5			
Etnia	Branco	144	75,39	117	71,78	142	85,03	+ 8,92	2	0,01151875
	Negro/Mulato	4	2,09	1	0,61	11	6,59			
	Oriental	41	21,47	38	23,31	11	6,59			
	Outro	2	1,05	7	4,30	3	1,79			
Religião	Católica	132	68,75	86	51,81	138	81,65	@ 34,24	2	0,00000004
	Protestante	11	5,73	7	4,22	9	5,33			
	Espírita	10	5,21	5	3,01	11	6,51			
	Outra	37	12,27	55	33,13	9	5,33			
	Sem resposta	2	1,04	13	7,83	2	1,18			
Renda	>15 sal. mínimos	48	25,00	27	16,57	58	34,52	n.s.		
	<15 sal. mínimos	39	20,31	29	17,79	70	41,67			
	Sem informação	105	54,69	107	65,64	40	23,81			

* solteiros x não-solteiros

brancos x orientais

+ brancos x não-brancos

@ católicos x não-católicos

Comparando-se os cursos universitários dois a dois:

Variável: Idade - medicina x arquitetura - U = 13593,5 ; p = 0,0311

(Mann - Whitney) medicina x economia - U = 7240,5 ; p = 0,0001

arquitetura x economia - U = 7500,0 ; p = 0,0001

Variável: Sexo - medicina x arquitetura - n.s.

economia x medicina - qui quadrado = 7,49; p=0,0062087; OR= 1,89

economia x arquitetura - qui quadrado = 17,34; p=0,0000313 ; OR= 2,70

Variável: Estado civil - medicina x arquitetura - n.s.

(Fisher) medicina x economia - qui quadrado = 20,92; p=0,0000048; OR=15,52

arquitetura x economia - qui quadrado = 12,94; p=0,0003222 ; OR= 5,05

Variável: Etnia - medicina x arquitetura - n.s.

economia x medicina - qui quadrado = 4,57; p=0,0325734; OR= 1,85

economia x arquitetura - qui quadrado = 7,81; p=0,0051946 ; OR= 2,22

Variável: Religião - medicina x arquitetura - qui quadrado = 10,03; p=0,0015383; OR= 2,05

economia x medicina - qui quadrado = 7,27; p=0,0070033; OR= 2,04

economia x arquitetura - qui quadrado = 32,34; p=0,0000000 ; OR= 4,17

A seguir, descrevemos a distribuição das variáveis sócio-demográficas nas três amostras de estudantes universitários estratificadas por sexo.

Os estudantes do sexo masculino apresentavam idades superiores aos estudantes do sexo feminino, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas ($p < 0,05$ - Mann-Whitney).

Comparando-se a distribuição por sexo nas diversas categorias de idade em cada um dos três cursos, apenas no curso de arquitetura observou-se que havia maior predomínio de estudantes do sexo feminino na faixa etária inferior a 23 anos (qui quadrado=7,93; $p < 0,01$). A distribuição das idades por gênero pode ser observada na Tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição de categorias etárias por gênero nos três cursos universitários (N=523).

Sexo Idade	Medicina *			Arquitetura #			Economia *								
	masculino		feminino	T	masculino		feminino	T	masculino		feminino	T			
	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%				
17-22	88	87,13	80	93,02	168	51	70,83	78	89,66	129	48	43,24	26	52,0	74
23-28	10	9,9	6	6,98	16	20	27,78	9	10,34	29	45	40,54	22	44,0	67
29-	3	2,97	0	0	3	1	1,39	0	0	1	18	16,22	2	4,03	20
Total	101		86		187	72		87		159	111		50		161

* n.s.

qui quadrado=7.93; $p=0,0048646$; OR=3,75 (maiores de 22 anos x até 22 anos)

Comparando-se a distribuição das idades nos três cursos através da prova não paramétrica de Kruskal-Wallis, observou-se que elas apresentavam diferenças estatisticamente significantes ($p < 0,0001$). Examinando-se esta distribuição para

cada sexo separadamente, as diferenças se mantiveram, conforme podemos observar na Tabela 3.

Tabela 3 - Médias etárias por gênero nos três cursos universitários (N=523).

		Medicina	Arquitetura	Economia	Kruskal-Wallis		
					x ²	gl	p
Idade	Total (média ± dp)	20,27 ± 2,47	20,76 ± 2,59	23,85 ± 4,14	105,05	2	0,0001
	Masc.(média ± dp)	20,35 ± 3,01	21,36 ± 3,22	24,27 ± 4,38	53,71	2	0,0001
	Fem. (média ± dp)	20,15 ± 1,64	20,28 ± 1,84	22,96 ± 3,49	33,93	2	0,0001

Comparando-se estudantes solteiros e não solteiros, não foram observadas diferenças na distribuição por sexo entre os cursos de medicina e arquitetura. Quanto aos estudantes de economia, entretanto, a proporção de não solteiros foi significativamente maior entre os estudantes do sexo masculino, comparativamente tanto ao curso de medicina ($p < 0,01$) quanto ao curso de arquitetura ($p < 0,0001$). Esta distribuição pode ser observada na Tabela 4.

Tabela 4 - Distribuição do estado civil por gênero nos três cursos universitários (N=523).

Sexo	Medicina			Arquitetura			Economia								
	masculino	feminino	T	masculino	feminino	T	masculino	feminino	T						
Estado civil	N	%	N	%	T	N	%	N	%	N	%	T			
Solteiro*	101	98,06	87	100	188	70	95,89	85	96,59	155	96	82,05	44	88,0	140
Casado	2	1,94	0	0	2	3	4,11	2	2,27	5	17	14,53	6	12,0	23
Divorciado	0	0	0	0	0	0	0	1	1,14	1	4	3,42	0	0	4

* entre os solteiros:
 medicina x economia - qui quadrado = 16,61 ; $p = 0,00024746$
 arquitetura x economia - qui quadrado = 6,77 (Yates) ; $p = 0,0092757$
 medicina x arquitetura - qui quadrado = 15,45 (Yates) ; $p = 0,0000849$
 n.s.

A maioria dos estudantes era católica. Comparando-se a proporção de homens e mulheres entre os estudantes católicos observou-se predomínio de mulheres católicas no curso de arquitetura e predomínio de homens católicos no curso de economia. Estas diferenças de distribuição dos sexos entre os estudantes católicos nos três cursos foi significativa do ponto de vista estatístico ($p < 0,0001$). Entre os estudantes de arquitetura observou-se associação entre religião católica e sexo feminino e entre religião não católica e sexo masculino ($p < 0,05$). Nos cursos de medicina e de economia as correlações observadas não foram estatisticamente significantes. Esta distribuição pode ser observada na Tabela 5.

Tabela 5 - Distribuição da orientação religiosa por gênero nos três cursos universitários.

Sexo	Medicina				Arquitetura #				Economia						
	masculino	feminino			masculino	feminino			masculino	feminino					
Religião *	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%			
católica	70	74,5	62	75,6	132	33	53,2	53	69,7	86	94	83,9	44	89,8	138
protestante	8	8,5	3	3,7	11	2	3,2	5	6,6	7	6	5,4	3	6,1	9
espírita	3	3,2	7	8,5	10	1	1,6	4	5,3	5	7	6,3	1	2,0	8
outra	13	13,8	10	12,2	23	26	41,9	14	18,4	40	5	4,5	1	2,0	6

* entre os católicos: qui quadrado=19,42; $p=0,00006076$
 medicina x arquitetura - qui quadrado= 4,49 ; $p=0,0341124$
 medicina x economia - qui quadrado= 6,44 ; $p=0,0113173$
 arquitetura x economia - qui quadrado=19,09; $p=0,0000125$

entre os não-católicos: n.s.

entre estudantes de arquitetura: qui quadrado = 3,96 ; $p = 0,0464837$ (católicos x não católicos)

Quanto à etnia, a maioria dos estudantes dos três cursos era branca.

Quanto à distribuição por sexo, a proporção de homens entre os estudantes brancos foi significativamente maior entre os estudantes de economia comparativamente aos estudantes brancos de arquitetura ($p < 0.001$) e de medicina ($p < 0.01$). Entre os estudantes homens, a proporção de estudantes orientais foi significativamente menor no curso de economia, tanto em comparação com os estudantes de arquitetura ($p < 0.05$) quanto em comparação com os estudantes de medicina ($p < 0.01$). Na Tabela 6 podemos observar a distribuição das categorias étnicas por gênero nos três cursos.

Tabela 6 - Distribuição étnica por gênero nos três cursos universitários.

Sexo	Medicina			Arquitetura			Economia								
	masculino	feminino	T	masculino	feminino	T	masculino	feminino	T						
Etnia	N	%	N	%	T	N	%	N	%	T					
branco*	78	75,0	66	75,9	144	54	74,0	62	70,5	96	100	86,2	41	82,0	141
negro/pardo	3	2,9	1	1,1	4	1	1,4	0		1	7	6,0	4	8,0	11
oriental	23	22,1	18	20,7	41	14	19,2	23	26,1	37	7	6,0	4	8,0	11
outra	0		2	2,3	2	4	5,5	3	3,4	7	2	1,7	1	2,0	3

* entre os brancos: qui quadrado=16,76; $p=0.00022993$

medicina x arquitetura n.s.

medicina x economia qui quadrado (Yates) = 7,83 ; $p=0,0051386$

arquitetura x economia qui quadrado (Yates) =14,74 ; $p=0,0001234$

sexo masculino- brancos x orientais: qui quadrado=11,67; $p=0.00292796$

medicina x arquitetura n.s.

medicina x economia qui quadrado (Yates) = 9,81 ; $p=0,0017332$

arquitetura x economia qui quadrado (Yates) = 6,49 ; $p=0,0108192$

Em resumo, na comparação das características sócio-demográficas das três populações de estudantes universitários, destacamos que:

1. A proporção de indivíduos do sexo feminino foi significativamente menor entre os estudantes de economia ($p < 0,0001$).
2. As idades dos estudantes do sexo masculino foram significativamente superiores às idades das estudantes do sexo feminino ($p < 0,05$).
3. As idades dos estudantes de economia foram significativamente superiores em comparação tanto com os estudantes de medicina ($p < 0,0001$) quanto com os de arquitetura ($p < 0,0001$). As idades dos estudantes de arquitetura por sua vez, foram maiores que as idades dos estudantes de medicina ($p < 0,05$).
4. A proporção de indivíduos não solteiros foi significativamente maior entre os estudantes de economia ($p < 0,0001$). Entretanto, esta diferença entre os cursos desapareceu quando controlamos a variável idade.
5. A proporção de indivíduos de etnia oriental foi significativamente menor entre os estudantes de economia ($p < 0,0001$).
6. A proporção de indivíduos católicos foi significativamente maior entre os estudantes de economia comparativamente tanto aos estudantes de medicina ($p < 0,01$) quanto aos estudantes de arquitetura ($p < 0,0001$). A proporção de indivíduos católicos foi também maior entre os estudantes de medicina comparativamente aos estudantes de arquitetura ($p < 0,01$).

1.2. Descrição da sub-amostra de estudantes de medicina(N=46)

A distribuição da sub-amostra de estudantes de medicina segundo categorias socio-demográficas pode ser observada na Tabela 7.

Tabela 7 - Características sócio-demográficas da sub-amostra de estudantes de medicina (N = 46).

		Medicina n=46	
		N	%
Sexo	Masculino	22	47,8
	Feminino	24	52,2
	Total	46	
Idade	Média \pm dp	22,48 \pm	6,09
Estado civil	Solteiro	44	95,7
	Casado	2	4,3
	Divorciado	0	0
	Total	46	
Etnia	Branco	41	89,1
	Mulato	1	2,2
	Oriental	4	8,7
	Outro	0	0
	Total	46	
Religião	Católica	34	73,9
	Protestante	1	2,2
	Espírita	1	2,2
	Judaica	2	4,4
	Ateu	7	15,3
	Sem informação	1	2,2
	Total	46	

A sub-amostra de estudantes de medicina era constituída de 22 indivíduos do sexo masculino(47,8%) e 24 indivíduos do sexo feminino(52,2%). A distribuição etária variou de 19 a 33 anos, sendo que a média de idade foi de 22,48 anos com desvio padrão de 6,09. Com relação ao estado civil, 44 estudantes eram solteiros(95,7%) e apenas 2 eram casados(4,3%). No que se refere às características étnicas, 41 estudantes eram brancos(89,1%), 4 eram orientais(8,7%) e apenas um era mulato(2,2%). Quanto à crença

religiosa, 34 estudantes eram católicos(73,9%), 2 eram judeus(4,4%), 7 eram ateus(15,3%), havendo ainda um espírita e um protestante.

No que se refere às características sócio-demográficas, não foram observadas diferenças estatisticamente significantes entre a sub-amostra (n=46) e a amostra total de estudantes de medicina(N=192).

1.3. Descrição da amostra de farmacodependentes(N=50)

1.3.1. Características sócio-demográficas

A distribuição da amostra de farmacodependentes segundo categorias socio-demográficas pode ser observada na Tabela 8.

Tabela 8 - Características sócio-demográficas da sub-amostra de farmacodependentes (N = 50).

		Farmacodependentes n=50	
		N	%
Sexo	Masculino	50	100
Idade	Média ± dp	25,38 anos +/- 7,22	
Estado civil	Solteiro	38	76
	Casado	8	16
	Divorciado	4	8
	Total	50	
Etnia	Branco	45	90
	Mulato	2	4
	Negro	3	6
	Total	50	
Escolaridade	Média ± dp	8,5 anos +/- 3,6	
Religião	Católica	26	52
	Protestante	1	2
	Espírita	5	10
	Judaica	4	8
	Ateu	12	24
	Sem informação	2	4
	Total	50	

A amostra de farmacodependentes era constituída de 50 indivíduos do sexo masculino(100%). A distribuição etária variou de 14 a 36 anos, sendo que a média de idade foi de 25,38 anos com desvio padrão de 7.22. Com relação ao estado civil, 38 farmacodependentes eram solteiros(76%), 8 eram casados(16%) e 4 eram divorciados(8%). No que se refere às características étnicas, 45 eram brancos(90%), 3 eram negros(6%) e 2 eram mulatos(4%). Quanto à crença religiosa, 26 deles eram católicos(52%), 4 eram judeus(8%), 12 eram ateus(24%), 5 eram espíritas(10%), havendo ainda um protestante(2%). Dois farmacodependentes não forneceram esta informação(4%). Quanto à escolaridade, 30 farmacodependentes (60%) tinham pelo menos o primeiro grau completo. A média de anos completos de educação formal foi de 8,5 anos com desvio padrão de 3,6.

1.3.2. Padrão de uso de substâncias psico-ativas

Dos cinquenta pacientes entrevistados todos preenchiam os critérios diagnósticos do DSM III - R para farmacodependência, sendo que 42 eram dependentes de cocaína, 2 eram dependentes de cannabis, 3 eram dependentes de tranqüilizantes e 6 eram dependentes de álcool. Entre os 3 pacientes que preencheram critérios diagnósticos para dependência atual de mais de uma substância, um era dependente de álcool e tranqüilizantes, um era dependente de álcool e cocaína e outro era dependente de cocaína e cannabis. A distribuição das substâncias de dependência na amostra pode ser observada na Tabela 9.

Tabela 9 - Distribuição das substâncias de dependência na amostra de farmacodependentes(N=50).

Diagnóstico de Dependência - RDCN	Diagnóstico atual (%)	
Monodependentes:		
Álcool	4	(8)
Cannabis	1	(2)
Tranquilizantes	2	(4)
Cocaína	40	(80)
Polidependentes:		
Álcool e tranquilizantes	1	(2)
Álcool e cocaína	1	(2)
Cocaína e cannabis	1	(2)

Os dados sócio-demográficos dos farmacodependentes quando estratificados por tipo de substância mostraram-se semelhantes no que se refere às variáveis idade, estado civil, etnia e orientação religiosa. No entanto, ressaltamos que o tamanho da amostra restringe o aprofundamento da questão.

2. RESULTADOS DA ENTREVISTA DIAGNÓSTICA SEGUNDO OS CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DO RDC

Uma sub-amostra dos estudantes de medicina (N=46) e uma amostra de farmacodependentes (N=50) foram submetidas a entrevistas psiquiátricas abertas, sendo os diagnósticos atribuídos segundo os critérios do RDC (Spitzer et al.,1978).

Na Tabela 10 listamos as categorias diagnósticas do RDC e o número de vezes em que cada diagnóstico foi atribuído aos estudantes de medicina e aos farmacodependentes. Como um mesmo indivíduo poderia preencher critérios diagnósticos para mais de uma categoria diagnóstica, a soma total do número de diagnósticos atribuídos ultrapassa o número de indivíduos entrevistados.

Tabela 10 - Frequência de transtornos psiquiátricos e da personalidade segundo critérios do RDC em amostras de estudantes de medicina e de farmacodependentes.

Diagnósticos segundo o RDC	Número de vezes em que foram atribuídos diagnósticos			
	Diagnóstico atual		Diagnóstico progresso	
	Estudantes de Medicina (N = 46)	Farmacodependentes (N = 50)	Estudantes de Medicina (N = 46)	Farmacodependentes (N = 50)
Depressão Maior	-	4	3	11
Depressão menor	2	5	4	6
T. Depressivo Intermitente	1	8	(1)*	(8)*
Hipomania	-	2	1	7
Mania	-	-	1	1
T. Ansiedade Generalizada	-	4	1	4
Fobia	2	6	1	7
Pânico	-	5	-	5
T. Obsessivo-Compulsivo	-	2	-	5
Personalidade Lábil	1	5	(1)*	(5)*
Personalidade Anti-social	-	1	-	(1)*
Esquizofrenia	-	4	-	4
Farmacodependência	-	50	3	50
Outro Transtorno Psiquiátrico	1	7	2	7

* os números entre parênteses se referem a diagnósticos que, pelo RDC, são considerados necessariamente diagnósticos na vida.

2.1. Sub-amostra de estudantes de medicina

Entre os quarenta e seis estudantes de medicina entrevistados, foram atribuídos diagnósticos de transtornos depressivos pelo RDC a oito indivíduos (17,4 %). Em dois deles, o transtorno depressivo estava presente por ocasião da entrevista. Os demais apresentavam diagnóstico pregresso de transtorno depressivo. Para um deles foi atribuído tanto o diagnóstico atual quanto o pregresso.

Em oito estudantes de medicina foram atribuídos outros diagnósticos psiquiátricos que não transtornos depressivos, sendo que três apresentavam estes diagnósticos por ocasião da entrevista e cinco apresentavam diagnóstico pregresso. Em três destes cinco estudantes que apresentavam diagnóstico pregresso de transtorno não depressivo, o diagnóstico atribuído foi de farmacodependência. Em dois estudantes foram atribuídos concomitantemente diagnósticos presente e pregresso de transtornos psiquiátricos não depressivos.

2.2. Amostra de farmacodependentes

Entre os cinquenta farmacodependentes entrevistados, vinte e dois (44%) preencheram critérios diagnósticos para transtornos depressivos segundo o RDC. Em dezesseis deles (32%), o transtorno depressivo estava presente por ocasião da entrevista. Seis deles (12%) apresentaram apenas diagnóstico pregresso de transtorno depressivo. Em catorze farmacodependentes (28%) foram atribuídos diagnósticos tanto presente quanto pregresso de transtorno depressivo.

Dois farmacodependentes (4%) preenchem critérios diagnósticos para transtorno hipomaníaco atual e, concomitantemente, para transtorno depressivo progressivo.

Em vinte e nove farmacodependentes (58%) foram atribuídos outros diagnósticos psiquiátricos que não transtornos depressivos, sendo que vinte e sete (54%) apresentavam estes diagnósticos por ocasião da entrevista e três (6%) apresentavam apenas diagnóstico progressivo de transtorno psiquiátrico não depressivo.

Entre os dezesseis farmacodependentes que preencheram critérios para diagnóstico atual de transtorno depressivo, os diagnósticos atribuídos foram: transtorno depressivo maior em quatro casos (8%), transtorno depressivo menor em cinco casos (10%) e transtorno depressivo intermitente em oito farmacodependentes (16%).

Na Tabela 11 podemos observar a distribuição das categorias diagnósticas pelo RDC com as respectivas porcentagens de farmacodependentes que preencheram critérios diagnósticos para cada uma destas categorias.

Tabela 11 - Diagnóstico atual e na vida de transtornos psiquiátricos em farmacodependentes sob tratamento(N = 50).

Diagnósticos segundo o RDC	Diagnóstico	
	atual	na vida
	%	%
Transtorno depressivo	32	44
Transtorno psiquiátrico excluindo T. depressivo	54	58
Qualquer Transtorno Psiquiátrico*	72	76
Depressão Maior	8	22
Depressão Menor	10	14
T. Depressivo Intermitente	16	16
Hipomania	4	14
Mania	0	2
T. Ansiedade Generalizada	8	8
Fobia	12	14
Pânico	10	10
T. Obsessivo-Compulsivo	4	10
Personalidade Lábil	10	10
Personalidade Anti-social	2	2
Esquizofrenia	8	8
Transtorno Esquizo-afetivo	0	0
Outro Transtorno Psiquiátrico	14	14

* incluindo os transtornos depressivos e excluindo as farmacodependências.

Na Tabela 12 compara-se a sub-amostra de estudantes de medicina com a amostra de farmacodependentes no que se refere às frequências de transtornos depressivos e psiquiátricos atuais, progressos e na vida. Comparativamente à amostra de estudantes de medicina, entre os farmacodependentes pudemos observar frequências consideravelmente maiores de diagnósticos no momento atual e ao longo da vida, tanto de transtornos depressivos quanto de transtornos psiquiátricos como um todo.

Tabela 12 - Número de indivíduos que receberam diagnósticos de transtornos depressivos ou outros transtornos psiquiátricos na sub-amostra de estudantes de medicina (N=46) e na amostra de farmacodependentes (N=50).

	DIAGNÓSTICO ATUAL				DIAGNÓSTICO PREGRESSO				DIAGNÓSTICO NA VIDA			
	Estudantes de Medicina		Farmaco dependentes		Estudantes de Medicina		Farmaco dependentes		Estudantes de Medicina		Farmaco dependentes	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Somente Transtornos Depressivos	02	4,3	16	32,0	07	15,2	20	40,0	08	17,4	22	44,0
Somente Outros Transtornos Psiquiátricos	03	6,5	27	54,0	07	15,2	28	56,0	08	17,4	29	58,0
Transtornos Depressivos e Outros T. Psiquiátricos	05	10,9	36	72,0	11	23,9	37	74,0	13	28,3	38	76,0

Comparamos as idades de início dos transtornos depressivos e da farmacodependência nos vinte e dois indivíduos que preencheram critérios para diagnóstico presente e/ou progresso para transtorno depressivo. Para tanto consideramos um intervalo de tempo de pelo menos um ano entre o aparecimento dos dois transtornos psiquiátricos (Tabela 13).

Tabela 13 - Relação temporal entre a instauração do Transtorno Depressivo e o aparecimento da Farmacodependência em vinte e dois indivíduos que preencheram critérios diagnósticos para os dois tipos de transtornos psiquiátricos.

Transtorno Depressivo(N=22)	Diagnóstico RDC	N	Farmacodependência					
			após		antes		concomitante	
			N	(%)	N	(%)	N	(%)
	atual e progresso	14	11	(78,6)	03	(21,4)	-	
	apenas atual	02	01	(50,0)	01	(50,0)	-	
	apenas progresso	06	05	(83,3)	-		01	(16,7)
	total	22	17	(77,3)	04	(18,2)	01	(4,5)

Considerando os seis casos que preencheram critérios diagnósticos apenas para transtorno depressivo pregresso, em cinco deles (83,3%) o transtorno depressivo antecedeu a farmacodependência e em um deles (16,7%) o aparecimento dos transtornos foi concomitante. Entre os dezesseis casos com diagnóstico atual de transtorno depressivo, em doze deles (75 %) o transtorno depressivo instalou-se antes da farmacodependência e em quatro casos (25%) a farmacodependência foi anterior ao aparecimento do transtorno depressivo.

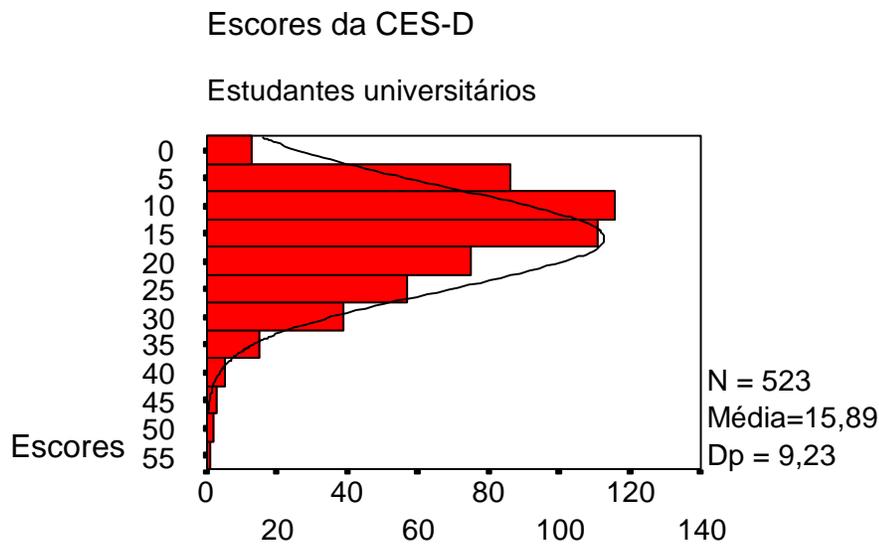
3. RESULTADOS DA APLICAÇÃO E AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DA ESCALA DE RASTREAMENTO POPULACIONAL PARA DEPRESSÃO CES-D (CENTER FOR EPIDEMIOLOGICAL STUDIES - DEPRESSION)

3.1. Resultados da Aplicação da CES-D

3.1.1. Amostra de estudantes universitários

A distribuição dos escores da CES-D na população de estudantes universitários encontra-se representada graficamente na Figura 1. As pontuações variaram de zero a 53, com uma média de 15,89 e desvio padrão de 9,23.

Figura 1 - Histograma dos escores da CES-D em uma população de estudantes universitários (N=523).



Tendo em vista que a distribuição das frequências dos escores não correspondia matematicamente a uma distribuição normal (kurtosis = 0,658, EP = 0,213; skewness = 0,824, EP = 0,107), utilizamos provas estatísticas não-paramétricas para comparação da distribuição dos escores segundo diversas variáveis.

Na comparação entre os sexos, os estudantes do sexo masculino apresentaram pontuações que variaram de zero a 45, sendo a média 15,08 e o desvio padrão 8,38. Já as estudantes do sexo feminino apresentaram pontuações que variaram de 1 a 53, com uma média de 17,06 e desvio padrão de 10,18. Utilizando a prova de Mann-Whitney para comparação da distribuição dos escores, não foi possível evidenciar diferenças entre os sexos.

Na comparação entre os estudantes universitários, a média dos escores foi: 14,82 (DP=9,74) entre os estudantes de medicina, 16,94 (DP = 9,58) entre os estudantes de arquitetura e 16,1 (DP = 8,14) entre os estudantes de economia. A prova não-paramétrica de Kruskal-Wallis evidenciou diferenças ($p < 0,05$) na distribuição dos escores entre os estudantes dos três cursos. Utilizando-se a prova de Mann-Whitney para comparação dos escores dos estudantes dos três cursos dois a dois, verificamos que os escores dos estudantes de medicina foram significativamente inferiores tanto com relação aos escores dos estudantes de arquitetura ($p < 0,05$) quanto comparativamente aos escores dos estudantes de economia ($p < 0,05$). Estas diferenças entretanto não alcançaram significância estatística quando comparamos a distribuição dos escores entre os estudantes de arquitetura e de economia.

Analisando-se as diferenças entre os sexos em cada um dos três cursos separadamente, apenas no curso de arquitetura a diferença na distribuição dos escores entre os sexos foi estatisticamente significativa ($p < 0,05$).

Analisando-se comparativamente os três cursos estratificados por sexo, a média dos escores dos estudantes do sexo masculino foi 13,57 (DP=8,29) entre os estudantes de medicina, 15,23 (DP = 8,23) entre os estudantes de arquitetura e 16,33 (DP = 8,35) entre

os estudantes de economia. Na comparação das distribuições dos escores, verificamos que os escores dos estudantes de medicina do sexo masculino foram significativamente menores do que os escores dos estudantes de economia do sexo masculino ($p < 0,05$).

A média dos escores dos estudantes do sexo feminino foi 16,41 (DP= 11,09) entre as estudantes de medicina, 18,57 (DP = 10,36) entre as estudantes de arquitetura e 15,54 (DP = 7,76) entre as estudantes de economia. Comparando-se a distribuição dos escores obtidos entre as estudantes dos três cursos, não foram observadas diferenças estatisticamente significantes.

Apresentamos na Tabela 14 a distribuição dos escores por sexo nos estudantes dos três cursos universitários.

Tabela 14 - Médias e desvios-padrão dos escores na CES-D dos estudantes de medicina, arquitetura e economia, estratificados por sexo (N=523).

Sexo	M A S C U L I N O			F E M I N I N O		
Curso	Medicina	Arquitetura	Economia	Medicina	Arquitetura	Economia
N	104	73	117	87	88	50
ESCORES (média \pm dp)	13,57(\pm 8,29)	15,23(\pm 8,23)	16,33(\pm 8,35)	16,41(\pm 11,09)	18,57(\pm 10,36)	15,54(\pm 7,76)

sexo masculino: medicina x arquitetura - n.s.
 medicina x economia - U = 4898,0; Z = -2,50; p = 0,0123.(Mann-Whitney)
 arquitetura x economia - n.s.

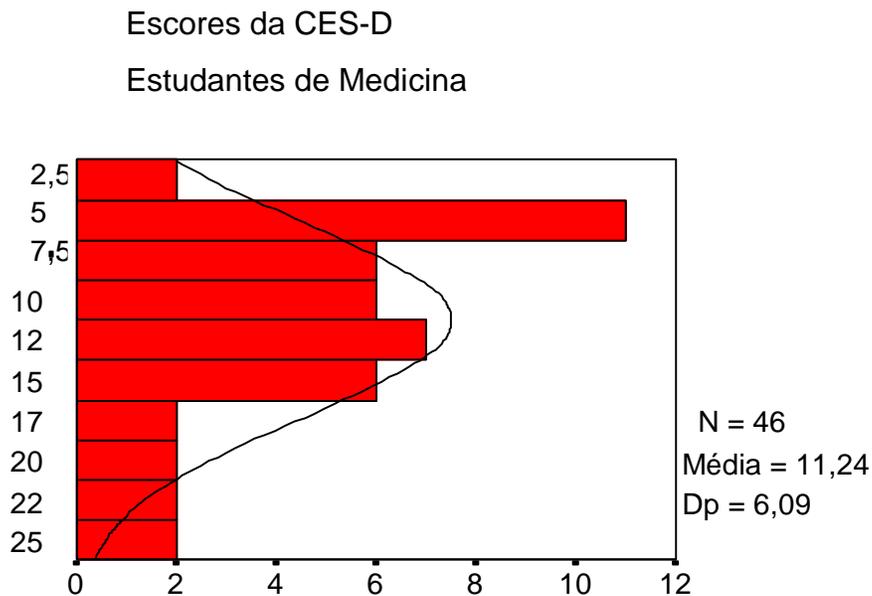
sexo feminino: medicina x arquitetura - n.s.
 medicina x economia - n.s.
 arquitetura x economia - n.s.

estudantes de medicina: homens x mulheres - n.s.
 estudantes de arquitetura: homens x mulheres - U = 2611,0; Z = -2,04; p = 0,0411.(Mann-Whitney)
 estudantes de economia: homens x mulheres - n.s.

3.1.2. Sub-amostra de estudantes de medicina

A distribuição dos escores dos 46 estudantes de medicina ao responderem a CES-D encontra-se representada graficamente na Figura 2. As pontuações variaram de 2 a 26, sendo a média 11,24 e o desvio padrão de 6,09. A distribuição das frequências dos escores correspondeu matematicamente a uma distribuição normal (kurtosis = -0,254, EP = 0,688; skewness = 0,644, EP = 0,350).

Figura 2 - Histograma dos escores da CES-D em uma amostra de estudantes de medicina(N=46)



Na comparação da sub-amostra de 46 estudantes de medicina com os 192 estudantes de medicina da amostra global de estudantes universitários, a prova de Mann-Whitney evidenciou que os escores dos estudantes da sub-amostra foram significativamente inferiores aos escores da amostra global de estudantes de

medicina($p < 0,05$) Depreende-se por conseguinte a não representatividade desta sub-amostra com relação à amostra global. Em decorrência deste achado, as comparações com a amostra clínica terão necessariamente que ser relativizadas.

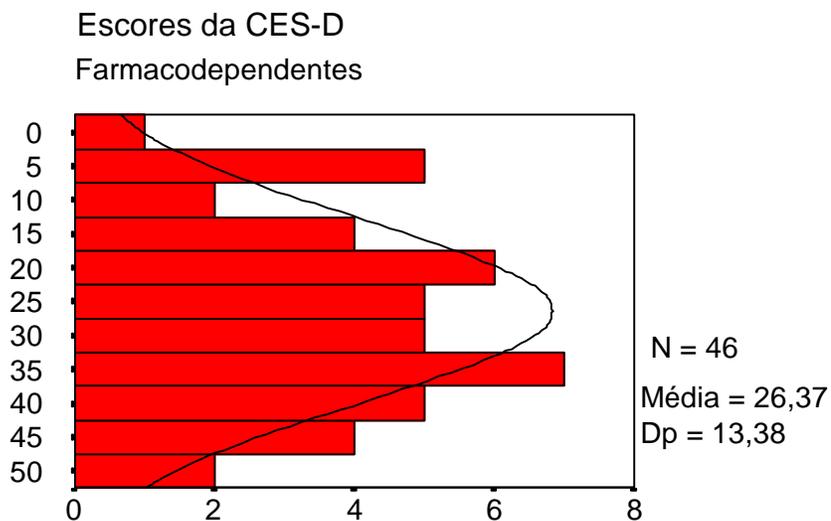
Na comparação entre os sexos, os estudantes de medicina do sexo masculino apresentaram pontuações que variaram de três a 19, sendo a média 9,41 e o desvio padrão 5,13, enquanto que as estudantes de medicina apresentaram pontuações que variaram de 2 a 26, com uma média de 12,92 e desvio padrão de 6,50. As diferenças entre as médias não alcançaram significância estatística (teste t), embora tenha sido evidenciada uma forte tendência a se diferenciarem ($p = 0,05$).

Nesta sub-amostra de estudantes de medicina, observaram-se escores mais altos à medida que as idades dos indivíduos aumentava. A correlação entre idade e escore foi estatisticamente significativa (coeficiente de correlação de Spearman = 0,4255; $p = 0,003$ bi-caudal).

3.1.3. Amostra de farmacodependentes

A distribuição dos escores da CES-D na amostra de farmacodependentes encontra-se representada graficamente na Figura 3. As frequências com que se distribuem os escores na amostra corresponde a uma distribuição normal (kurtosis = -0,985, EP = 0,688; skewness = -0,092, EP = 0,350).

Figura 3 - Histograma dos escores da CES-D em uma população de farmacodependentes(N=50)



Dos cinquenta farmacodependentes entrevistados, quatro não foram capazes de responder à CES-D. Destes, três apresentavam diagnóstico atual de esquizofrenia e outro de oligofrenia com quadro atual de depressão maior.

As pontuações dos quarenta e seis farmacodependentes que responderam à CES-D variaram de 2 a 50, com uma média de 26,37 e desvio padrão de 13,38.

A média dos escores dos farmacodependentes brancos foi de 22,84 com desvio padrão de 14,44 enquanto que a média dos escores dos farmacodependentes de outros grupos étnicos foi de 37,0 com desvio padrão de 11,58. Esta diferença foi estatisticamente significativa ($t=2,11$; $p=0,04$). As variáveis idade, estado civil e religião não se correlacionaram com a distribuição dos escores na amostra de farmacodependentes.

3.2. Avaliação do desempenho da CES-D comparativamente aos diagnósticos psiquiátricos segundo o RDC

3.2.1. Desempenho da CES-D na sub-amostra de estudantes de medicina.

Procedemos à avaliação das propriedades psicométricas da CES-D na sub-amostra de quarenta e seis estudantes de medicina. Utilizando os diagnósticos psiquiátricos baseados nos critérios do RDC como padrão-ouro, avaliamos sensibilidade, especificidade, valores preditivos positivo e negativo, e índice de classificação incorreta para diversos pontos de corte da escala (para procedimentos de cálculo ver Anexo 2). Os resultados são mostrados na Tabela 15.

Tabela 15 - Sensibilidade, Especificidade, Valores Preditivos Positivo e Negativo, e Índice de Classificação Incorreta da CES-D comparativamente ao diagnóstico atual de transtornos psiquiátricos pelo RDC em estudantes de medicina (N=46).

		CES-D ponto de corte	sensibilidade	especificidade	valor preditivo positivo	valor preditivo negativo	índice de classificação incorreta
Diagnóstico atual - RDC	Transtornos Depressivos	15	1,0	0,75	0,1538	1,0	0,2391
		16	0,5	0,7727	0,0909	0,9714	0,2391
		17	0,5	0,8409	0,125	0,9737	0,1739
		18	0,5	0,8636	0,1429	0,9744	0,1522
		19	0,5	0,8864	0,1667	0,975	0,1304
	Transtornos Mentais incluídos T. Depressivos	15	0,8	0,7805	0,3077	0,9697	0,2174
		16	0,6	0,8049	0,2727	0,9429	0,2174
		17	0,4	0,8537	0,25	0,9210	0,1956
		18	0,4	0,8780	0,2857	0,9231	0,1739
		19	0,4	0,9024	0,3333	0,925	0,1522
	Transtornos Mentais excluídos T. Depressivos	15	0,6667	0,7442	0,1538	0,9697	0,2826
		16	0,6667	0,7907	0,1818	0,9714	0,2174
		17	0,3333	0,8372	0,1250	0,9474	0,1956
		18	0,3333	0,8605	0,1429	0,9487	0,1739
		19	0,3333	0,8837	0,1667	0,95	0,1522

A sensibilidade do instrumento foi baixa para todos os pontos de corte quando foram considerados os diagnósticos atuais de transtornos mentais com exclusão dos transtornos depressivos. Entretanto, quando se utilizou o ponto de corte 15, a escala apresentou boa sensibilidade com relação aos diagnósticos de transtornos depressivos ($s=1,0$). Aumentando-se o ponto de corte, observou-se uma diminuição expressiva da sensibilidade sem que houvesse incremento de vulto da especificidade, nem tampouco uma diminuição importante do índice de classificação incorreta. Assim sendo, julgamos que para esta amostra de estudantes o melhor desempenho do instrumento foi obtido quando utilizamos o ponto de corte 15.

A Tabela 16 mostra a correlação entre a presença e a ausência de diagnóstico atual de transtornos depressivos e os escores na CES-D utilizando-se o ponto de corte de 15.

Tabela 16 - Correlação entre os escores obtidos pela CES-D e o diagnóstico atual de transtorno depressivo pelo RDC em estudantes de medicina.

CES-D (score)	Diagnóstico atual - RDC		Total	
	Transtorno depressivo presente	ausente	N	%
≥ 15	2	11	13	(28,3)
< 15	0	33	33	(71,7)
Total	2	44	46	

Nesta sub-amostra, 28,3 % dos estudantes apresentaram escores maiores ou iguais ao ponto de corte.

Utilizando este mesmo ponto de corte, estabelecemos também as correlações entre os escores obtidos pela CES-D e os diagnósticos de transtorno depressivo progressivo (Tabela 17) e de transtorno depressivo na vida (Tabela 18).

Tabela 17 - Correlação entre os escores obtidos pela CES-D e o diagnóstico progressivo de transtorno depressivo pelo RDC em estudantes de medicina.

CES-D (escore)	Diagnóstico atual RDC		Total
	Transtorno depressivo presente	ausente	
≥15	2	11	13
<15	5	28	33
Total	7	39	46

Tabela 18 - Correlação entre os escores obtidos pela CES-D e o diagnóstico na vida de transtorno depressivo pelo RDC em estudantes de medicina.

CES-D (escore)	Diagnóstico atual RDC		Total
	Transtorno depressivo presente	ausente	
≥15	3	10	13
<15	5	28	33
Total	8	38	46

A partir destas tabelas pudemos avaliar igualmente a sensibilidade, especificidade, valores preditivos positivo e negativo, e índice de classificação incorreta da escala com relação aos diagnósticos de transtornos depressivos atual, progressivo e ao longo da vida (Tabela 19).

Tabela 19 - Sensibilidade, Especificidade, Valores Preditivos Positivo e Negativo e Índice de Classificação Incorreta da CES-D comparativamente ao diagnóstico atual, progresso e na vida de transtornos depressivos pelo RDC em estudantes de medicina (N=46).

CES-D ponto de corte = 15	sensibilidade	especificidade	valor preditivo positivo	valor preditivo negativo	índice de classificação incorreta
diagnóstico atual	1,0	0,75	0,1538	1,0	0,2391
diagnóstico progresso	0,286	0,718	0,154	0,848	0,3478
diagnóstico na vida	0,375	0,737	0,231	0,848	0,3261

Observamos que a especificidade da CES-D não se modificou substancialmente com relação aos diagnósticos progresso e ao longo da vida de transtornos depressivos. Entretanto, constatamos que a escala perde consideravelmente sua sensibilidade quando o foco deixa de ser o diagnóstico de transtornos depressivos atuais.

Na análise da sub-amostra de 46 estudantes de medicina que responderam à CES-D e que foram classificados segundo o RDC, as categorias sócio-demográficas sexo, idade, estado civil, etnia e orientação religiosa não se correlacionaram com a presença ou ausência de transtornos depressivos atuais. De forma similar, com exceção da variável orientação religiosa, nenhuma das outras variáveis sócio-demográficas se correlacionava com escores acima ou abaixo do ponto de corte. Com relação à religião, a proporção de católicos entre estudantes com escores abaixo do ponto de corte foi significativamente maior do que a proporção de católicos entre os estudantes com escores acima do ponto de corte (qui quadrado=5,37; Fisher bi-caudal - $p < 0,05$). Entretanto, através da utilização do modelo de regressão linear onde a variável dependente foi o escore, observou-se que a

única variável independente com efeito significativo sobre o escore foi o fator idade, sendo que a variável orientação religiosa foi excluída da equação. Concluimos que a associação observada entre religião católica e escores baixos não se mantém quando o escore é tratado como variável contínua.

Subseqüentemente, utilizamos este ponto de corte para a análise de toda a amostra de estudantes universitários.

3.2.2. Desempenho da CES-D na população de estudantes universitários

Comparando-se a distribuição dos estudantes acima e abaixo do ponto de corte nos três cursos, 268 estudantes (51,2%) apresentaram escores abaixo do ponto de corte e 255 (48,8%) apresentaram escores maiores ou iguais a 15. A proporção de estudantes com escores abaixo do ponto de corte foi significativamente maior entre os estudantes de medicina comparativamente aos estudantes de economia ($p < 0.05$). Entretanto, os estudantes de arquitetura não se diferenciavam significativamente dos estudantes dos outros dois cursos. A Tabela 20 mostra a distribuição dos estudantes dos três cursos segundo os escores obtidos na CES-D.

Tabela 20 - Proporção de indivíduos com escores acima e abaixo do ponto de corte na CES-D em três cursos universitários na cidade de São Paulo.

Cursos Escore	Medicina		Arquitetura		Economia		Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
≥ 15	80	(41,71)	84	(51,50)	91	(54,20)	255	(48,80)
< 15	112	(58,30)	79	(48,50)	77	(45,80)	268	(51,20)
Total	192		163		168		523	

qui quadrado=6,33 ; gl=2 ; $p=0.04213$.

comparando-se os cursos dois a dois:
medicina x arquitetura: n.s.
economia x medicina: qui quadrado = 5,61 ; $p = 0.01782$; OR= 1,65.
arquitetura x economia: n.s.

Analisando-se os estudantes de cada curso separadamente, em nenhum dos três grupos foram observadas correlações entre gênero e escore alto ou baixo na CES-D.

Analisando-se os indivíduos de cada sexo separadamente, entre os estudantes do sexo masculino observou-se que no curso de economia predominavam estudantes com escores acima do ponto de corte, enquanto que no curso de medicina predominavam estudantes com escores abaixo do ponto de corte ($p < 0,05$). Através da utilização do modelo de regressão logística foram excluídas possíveis interferências de outras variáveis nesta associação. Ainda considerando-se apenas o gênero masculino, os estudantes de arquitetura não apresentaram diferenças significativas comparativamente aos estudantes dos outros dois cursos. No caso dos estudantes do sexo feminino não foram observadas correlações entre a faculdade que cursavam e a proporção de estudantes acima e abaixo do ponto de corte. A Tabela 21 mostra a proporção de estudantes com escores acima e abaixo do ponto de corte nos três cursos, estratificados por sexo.

Tabela 21 - Proporção de indivíduos com escores acima e abaixo do ponto de corte na CES-D em três cursos universitários na cidade de São Paulo segundo o gênero (N=523).

Sexo Faculdade	M A S C U L I N O			F E M I N I N O		
	Medicina	Arquitetura	Economia	Medicina	Arquitetura	Economia
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Score \geq 15	39 (37,5)	34 (46,6)	64 (54,7)	41 (47,1)	50 (56,8)	26 (52,0)
Score<15	65 (62,5)	39 (53,4)	53 (45,3)	46 (52,9)	38 (43,2)	24 (48,0)
Total	104	73	117	87	88	50

sexo: masculino: qui quadrado=6,54; gl=2 ; p=0,03788
 medicina x arquitetura - n.s.
 medicina x economia - qui quadrado = 6,54; p= 0,01051 ; OR=2,01(1,74-3,45)
 arquitetura x economia - n.s.
 feminino: n.s.

curso: medicina: homens x mulheres - n.s.
 arquitetura: homens x mulheres - n.s.
 economia: homens x mulheres - n.s.

Utilizando o coeficiente de correlação de Spearman, procuramos verificar a existência de possíveis correlações entre idade e escore na CES-D. Analisando-se tanto a amostra global dos estudantes universitários quanto os estudantes de cada curso separadamente, não foi observada qualquer correlação entre as duas variáveis mencionadas. Esta independência das duas variáveis se manteve mesmo após estratificação da amostra por sexo.

Em resumo, com relação aos estudantes universitários podemos concluir que:

1. A média dos escores dos estudantes de medicina foi menor do que a média dos escores dos estudantes de economia, sendo esta diferença determinada pelos estudantes do sexo masculino.
2. Embora a sub-amostra de estudantes de medicina tenha sido constituída aleatoriamente, a média dos escores na sub-amostra foi inferior à média dos escores na amostra global.
3. A correlação entre idade e escore observada na sub-amostra de estudantes de medicina não se mantém na amostra global de estudantes de medicina nem tampouco na amostra de estudantes universitários como um todo.
4. A maior proporção de indivíduos católicos entre os estudantes de medicina com escores abaixo do ponto de corte encontrada na sub-amostra de estudantes de medicina não se verifica na amostra global de estudantes de medicina.
5. Não foram observadas associações entre presença de transtorno depressivo e variáveis sócio-demográficas.

Estimativa de prevalência de transtornos depressivos na população de estudantes universitários.

As estimativas de prevalência foram calculadas segundo a fórmula:

$$EP = Pp (VP+) + Pn (1- VP-)$$

onde EP é a estimativa de prevalência, Pp é a proporção de CES-D positivos na amostra, Pn é a proporção de CES-D negativos, VP+ e VP- são respectivamente os valores preditivos positivo e negativo do instrumento de rastreamento.

De acordo com os parâmetros psicométricos obtidos, a estimativa de prevalência de transtornos depressivos atuais entre os estudantes universitários a partir da CES-D foi de 7,9%. Calculando-se separadamente para cada curso universitário, a prevalência estimada foi de 6,4% para os estudantes de medicina, 7,9% para os estudantes de arquitetura e 8,3% para os estudantes de economia.

Para a população de estudantes universitários como um todo, a estimativa de prevalência de transtornos depressivos pregressos foi de 15,3 %, enquanto que a estimativa de prevalência de transtornos depressivos na vida foi de 19 %.

3.2.3. Desempenho da CES-D comparativamente aos diagnósticos psiquiátricos segundo o RDC em farmacodependentes.

Procedemos à avaliação das propriedades psicométricas da CES-D na amostra de farmacodependentes. Utilizando os diagnósticos psiquiátricos segundo o RDC como padrão-ouro, avaliamos sensibilidade, especificidade, valores preditivos positivo e negativo e índice de classificação incorreta para diversos pontos de corte da escala (para procedimentos de cálculo ver Anexo 2). Os resultados podem ser observados na Tabela 22.

Tabela 22 - Sensibilidade, Especificidade, Valores Preditivos Positivo e Negativo e Índice de Classificação Incorreta da CES-D comparativamente ao diagnóstico atual de transtornos psiquiátricos pelo RDC entre Farmacodependentes (N=46).

		CES-D ponto de corte	sensibilidade	especificidade	valor preditivo positivo	valor preditivo negativo	índice de classificação incorreta
Diagnóstico atual RDC	Transtornos Depressivos	16	1,0	0,3529	0,4210	1,0	0,44
		17	0,9375	0,4118	0,4286	0,9333	0,42
		18	0,875	0,4118	0,4118	0,875	0,44
		19-23*					
		24	0,875	0,5882	0,5	0,9091	0,32
		25	0,8125	0,6176	0,5	0,875	0,32
		26	0,75	0,6471	0,5	0,8461	0,32
		27	0,6875	0,6471	0,4783	0,8148	0,34
	Transtorno Mental, incluídos T.Depressivos	16	0,9062	0,3571	0,7632	0,625	0,2609
		17	0,8437	0,4286	0,7714	0,5454	0,2826
		18	0,8125	0,4286	0,7647	0,5	0,3043
		19-23*					
		24	0,6562	0,5	0,75	0,3889	0,3913
		25	0,625	0,5714	0,7692	0,4	0,3913
		26	0,5937	0,6429	0,7917	0,4091	0,3913
		27	0,5625	0,6429	0,7826	0,3913	0,8261
	Transtorno Mental, excluídos T.Depressivos	16	0,8	0,28	0,5263	0,5833	0,46
		17	0,72	0,32	0,5143	0,5333	0,48
		18	0,72	0,36	0,5294	0,5625	0,46
		19	0,52	0,4	0,4623	0,4545	0,54

* na amostra não havia nenhum farmacodependente que tivesse apresentado escores entre 19 e 23.

No que se refere aos diagnósticos atuais de transtornos depressivos, quando se utilizou o ponto de corte 16, ainda que a escala apresentasse excelente sensibilidade ($s=1,0$), apresentava baixa especificidade ($e=0,3529$) e índice de classificação incorreta muito acima do aceitável ($ICI=0,44$). O melhor equilíbrio entre os diversos parâmetros se deu quando foi utilizado o ponto de corte 24, observando-se diminuição pouco expressiva da sensibilidade ($s=0,875$), com substancial aumento da especificidade ($e=0,5882$) e diminuição do índice de classificação incorreta ($ICI=0,32$). Posto que nesta amostra não havia farmacodependentes com escores entre 19 e 23, não foi possível determinar o comportamento psicométrico da escala para estes pontos de corte intermediários. Assim sendo, para esta amostra, o melhor desempenho do instrumento foi obtido quando utilizamos o ponto de corte 24.

Quando foram considerados os diagnósticos psiquiátricos com exclusão dos transtornos depressivos, para o ponto de corte 16 a escala mostrou sensibilidade alta ($s=0,8$). Entretanto, para este mesmo ponto de corte, mostrou-se pouco específica ($e=0,28$) e apresentou alto índice de classificação incorreta ($ICI=0,46$).

A Tabela 23 mostra a correlação entre a presença e a ausência de diagnóstico atual de transtornos depressivos e os escores na CES-D, utilizando-se o ponto de corte 24.

Tabela 23 - Correlação entre os escores obtidos pela CES-D e o diagnóstico atual de transtorno depressivo pelo RDC em farmacodependentes.

CES-D (escore)	Diagnóstico atual RDC		Total	
	Transtorno depressivo presente	ausente	N	%
≥ 24	14	14	28	(61)
< 24	2	16	18	(39)
Total	16	30	46	(100)

Nesta amostra, 61 % dos farmacodependentes apresentaram escores maiores ou iguais ao ponto de corte.

Com relação às substâncias de dependência, não foram observadas associações entre escores acima e abaixo do ponto de corte e o tipo de substância utilizada. De forma similar, os dependentes das diversas substâncias não diferiram quanto à presença ou ausência de transtornos depressivos atuais.

Com relação aos dados sócio-demográficos, as variáveis idade, etnia, orientação religiosa e escolaridade não se correlacionaram com a presença ou a ausência de transtornos depressivos atuais. Quanto à variável estado civil, observou-se predomínio de indivíduos sem transtornos depressivos entre os solteiros e predomínio de indivíduos com transtornos depressivos entre os não-solteiros, correspondendo a uma associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$). Foram excluídas possíveis interferências de outras variáveis nesta associação através do modelo de regressão logística.

Na comparação dos farmacodependentes com escores altos ($pc \geq 24$) com os farmacodependentes com escores baixos ($pc < 24$) não foram observadas diferenças quanto à distribuição das variáveis sócio-demográficas nos dois grupos. Entretanto, observou-se que a média dos escores dos farmacodependentes de raça branca foi menor do que a média dos escores dos farmacodependentes de outras raças ($t = -2,11; p < 0,05$). Ressaltamos, no entanto, que a distribuição étnica foi semelhante entre os grupos de farmacodependentes com escores altos ou baixos.

Quanto à média dos escores na CES-D segundo a presença ou ausência de transtorno depressivo atual, os dependentes com transtornos depressivos apresentaram

média de 32,44 pontos com desvio padrão de 9,93, enquanto que os dependentes sem transtornos depressivos apresentaram média de 20,41 pontos e desvio padrão de 15,13. Esta diferença foi estatisticamente significativa($p < 0.01$).

Entre os farmacodependentes com transtornos depressivos, as médias e desvios padrão dos escores foram de $27,29 \pm 10,19$ para aqueles com transtorno depressivo intermitente, $33,8 \pm 4,32$ para aqueles com depressão menor, e $39,75 \pm 11,15$ para aqueles com depressão maior($p < 0,05$).

Em resumo, com relação aos farmacodependentes podemos concluir que:

1. A média dos escores da CES-D foi menor nos indivíduos de raça branca comparativamente aos indivíduos de outros grupos étnicos. Entretanto, a proporção de indivíduos brancos não foi diferente entre os farmacodependentes com escores abaixo ou acima do ponto de corte. Tampouco foram observadas associações entre ausência ou presença de transtornos depressivos e pertinência a grupo étnico.
2. Foi observada menor proporção de indivíduos solteiros entre os farmacodependentes que apresentavam transtornos depressivos.
3. As médias dos escores da CES-D tenderam a ser maiores quanto mais graves fossem os quadros depressivos correspondentes.

4. ANÁLISE FATORIAL DA CES-D

A Análise dos Componentes Principais (ACP) da CES-D possibilitou a obtenção do número de componentes(fatores) da mesma, da variância explicada de cada componente e das cargas fatoriais de cada questão da escala. O número de componentes nos fornece a quantidade de dimensões da escala que guardam entre si uma relação de independência. A variância explicada nos fornece a medida da capacidade de cada componente em representar a variabilidade total dos dados da amostra. A carga fatorial é a medida da intensidade da relação de uma variável(cada questão da escala) com um componente.

Para examinarmos a estrutura da CES-D utilizada neste estudo, utilizamos a Análise dos Componentes Principais da matriz de correlação das questões que compõem a escala. Para a determinação do número de componentes da escala utilizamos como critério incluir os componentes correspondentes às raízes características da matriz que fossem maiores do que a unidade. Depois de obtida a matriz de cargas fatoriais, utilizamos o método de rotação varimax, que nos forneceu uma nova matriz de cargas fatoriais rodadas. Para a determinação de que questões pertenciam a um determinado componente utilizamos como critério aquelas cuja carga fatorial tivesse sido maior que 0,4.

Observando-se os dados referentes às correlações(Tabela 24) e às correlações múltiplas (Tabela 25) das questões da CES-D aplicada nos estudantes universitários, constatamos que as questões 2 e 4 apresentaram correlações pequenas com as demais

questões, tratando-se portanto de variáveis de pequena importância no conjunto. Para inclusão de uma questão no modelo a ser submetido à Análise dos Componentes Principais (ACP) utilizamos como critério o valor do Quadrado das Correlações Múltiplas (QCM) maior que 0,15. Conseqüentemente, as questões 2 e 4 foram excluídas da análise.

Tabela 24 - Matriz de correlação das questões da CES-D original (20 questões) aplicada em uma amostra de estudantes universitários da cidade de São Paulo.

		Q01	Q02	Q03	Q04	Q05	Q06	Q07	Q08	Q09	Q10	Q11	Q12	Q13	Q14	Q15	Q16	Q17	Q18	Q19	Q20		
		INC	APE	ANI	VAL	CON	DEP	ESF	OTI	FRA	AME	SON	FEL	FAL	SOZ	AMI	PRO	CHO	TRI	EST	MAN		
Q01	INC	1.0000																					
Q02	APE	0.0616	1.0000																				
Q03	ANI	0.3911	0.1439	1.0000																			
Q04	VAL	-0.0088	-0.0478	0.0191	1.0000																		
Q05	CON	0.2436	0.0890	0.3673	-0.0593	1.0000																	
Q06	DEP	0.3435	0.2106	0.5892	-0.0125	0.2866	1.0000																
Q07	ESF	0.1992	0.1004	0.2978	0.0079	0.3579	0.2739	1.0000															
Q08	OTI	0.2359	0.0741	0.2168	0.0899	0.2002	0.2347	0.1477	1.0000														
Q09	FRA	0.2992	0.1461	0.3382	-0.0677	0.1557	0.3481	0.2802	0.2645	1.0000													
Q10	AME	0.3777	0.0668	0.3470	-0.0144	0.2235	0.3603	0.3016	0.2008	0.3036	1.0000												
Q11	SON	0.2035	0.1973	0.2655	0.1529	0.2200	0.2035	0.2008	0.0827	0.0233	0.1760	1.0000											
Q12	FEL	0.2462	0.1081	0.4108	0.1151	0.2163	0.4800	0.2037	0.4798	0.2211	0.2999	0.2262	1.0000										
Q13	FAL	0.3038	0.0908	0.3370	-0.0520	0.1498	0.4002	0.1477	0.0562	0.1751	0.1838	0.1875	0.3020	1.0000									
Q14	SOZ	0.1842	0.1661	0.4059	0.0152	0.2000	0.5441	0.1553	0.2640	0.2640	0.2917	0.2437	0.4280	0.3502	1.0000								
Q15	AMI	0.1735	0.0379	0.1995	0.0651	0.1386	0.1732	0.1825	0.1614	0.1529	0.1562	0.0445	0.1646	0.0758	0.2097	1.0000							
Q16	PRO	0.2082	0.1499	0.1983	0.0919	0.1637	0.3534	0.1857	0.4491	0.2439	0.1972	0.1296	0.5780	0.1405	0.3051	0.0764	1.0000						
Q17	CHO	0.2002	0.1999	0.2284	-0.0092	0.1312	0.3208	0.1983	0.1936	0.2108	0.3711	0.0857	0.2373	0.1946	0.2406	0.0806	0.1142	1.0000					
Q18	TRI	0.3663	0.2041	0.5550	-0.0107	0.3038	0.6560	0.2331	0.2865	0.2951	0.3841	0.1870	0.5340	0.4024	0.5239	0.2710	0.3316	0.4519	1.0000				
Q19	EST	0.3085	0.1634	0.3337	0.0287	0.2319	0.3659	0.1775	0.2331	0.3123	0.4651	0.1355	0.3250	0.3020	0.3879	0.3038	0.2136	0.3265	0.3968	1.0000			
Q20	MAN	0.3349	0.0853	0.4266	-0.0052	0.3913	-0.3873	0.4175	0.2994	0.3559	0.4431	0.2355	0.3149	0.1910	0.2906	0.1267	0.1944	0.1938	0.4102	0.4036	1.0000		

Tabela 25 - Quadrado das correlações múltiplas de cada variável com relação às demais variáveis da CES-D original (20 questões) aplicada em estudantes universitários da cidade de São Paulo.

Número	Questão	QCM
01	Senti-me incomodado com coisas que habitualmente não me incomodam	0.30940
02*	Tive pouco apetite	0.12779
03	Senti não conseguir melhorar meu estado de ânimo...	0.49003
04*	Senti-me tendo tanto valor quanto outras pessoas	0.07844
05	Senti dificuldade em me concentrar no que fazia	0.26628
06	Senti-me deprimido	0.57383
07	Senti que tive que fazer esforço para dar conta das minhas tarefas habituais	0.29628
08	Senti-me otimista com relação ao futuro	0.34793
09	Considerei que minha vida tinha sido um fracasso	0.28507
10	Senti-me amedrontado	0.39169
11	Meu sono não foi repousante	0.21246
12	Estive feliz	0.54792
13	Falei menos que o habitual	0.28154
14	Senti-me sozinho	0.41668
15	As pessoas não foram amistosas comigo	0.18129
16	Aproveitei minha vida	0.42482
17	Tive crises de choro	0.31121
18	Senti-me triste	0.61878
19	Senti que as pessoas não gostavam de mim	0.40557
20	Não consegui levar adiante minhas coisas	0.44358

QCM - Quadrado das correlações múltiplas de cada questão com todas as demais.

* questões cujo QCM foi menor que 0,15.

Procedemos em seguida a uma segunda análise das correlações (Tabela 26) e das correlações múltiplas (Tabela 27) da versão reduzida da CES-D pela exclusão das questões 2 e 4. Como nenhuma das dezoito questões da CES-D apresentasse valor de QCM inferior a 0,15, todas elas foram incluídas na Análise dos Componentes Principais.

Tabela 26 - Matriz de correlação das questões da CES-D aplicada em uma amostra de estudantes universitários da cidade de São Paulo.
Matriz Reduzida (18 questões) a partir da exclusão de duas variáveis de pouca importância no conjunto.

		Q01	Q03	Q05	Q06	Q07	Q08	Q09	Q10	Q11	Q12	Q13	Q14	Q15	Q16	Q17	Q18	Q19	Q20
		INC	ANI	CON	DEP	ESF	OTI	FRA	AME	SON	FEL	FAL	SOZ	AMI	PRO	CHO	TRI	EST	MAN
Q01	INC	1.0000																	
Q03	ANI	0.3919	1.0000																
Q05	CON	0.2405	0.3560	1.0000															
Q06	DEP	0.3454	0.5863	0.2794	1.0000														
Q07	ESF	0.1997	0.2884	0.3681	0.2611	1.0000													
Q08	OTI	0.2355	0.2217	0.1931	0.2346	0.1455	1.0000												
Q09	FRA	0.3000	0.3415	0.1506	0.3474	0.2735	0.2664	1.0000											
Q10	AME	0.3767	0.3445	0.2188	0.3612	0.2893	0.1936	0.3022	1.0000										
Q11	SON	0.2120	0.2614	0.2202	0.2112	0.2041	0.0779	0.0233	0.1788	1.0000									
Q12	FEL	0.2477	0.4034	0.2174	0.4795	0.2053	0.4762	0.2178	0.2981	0.2324	1.0000								
Q13	FAL	0.3041	0.3299	0.1475	0.4056	0.1417	0.0588	0.1719	0.1827	0.1960	0.3102	1.0000							
Q14	SOZ	0.1869	0.4006	0.1958	0.5478	0.1489	0.2063	0.2615	0.2896	0.2505	0.4334	0.3612	1.0000						
Q15	AMI	0.1768	0.1909	0.1411	0.1769	0.1805	0.1477	0.1479	0.1636	0.0624	0.1709	0.0833	0.2130	1.0000					
Q16	PRO	0.2153	0.1980	0.1602	0.3533	0.1881	0.4444	0.2426	0.1974	0.1442	0.5795	0.1474	0.3091	0.0866	1.0000				
Q17	CHO	0.2014	0.2321	0.1266	0.3203	0.1932	0.1959	0.2130	0.3694	0.0848	0.2340	0.1913	0.2383	0.0767	0.1143	1.0000			
Q18	TRI	0.3706	0.5469	0.3013	0.6543	0.2345	0.2836	0.2918	0.3806	0.2022	0.5381	0.4095	0.5284	0.2781	0.3417	0.4470	1.0000		
Q19	EST	0.3128	0.3301	0.2325	0.3663	0.1813	0.2187	0.3102	0.4632	0.1478	0.3281	0.3046	0.3893	0.3096	0.2216	0.3244	0.4030	1.0000	
Q20	MAN	0.3383	0.4144	0.3886	0.3930	0.4092	0.2841	0.3476	0.4423	0.2564	0.3190	0.2019	0.2975	0.1471	0.2037	0.1888	0.4188	0.4096	1.0000

Tabela 27 - Quadrado das correlações múltiplas de cada variável com relação às demais variáveis da CES-D reduzida (18 questões) aplicada em estudantes universitários da cidade de São Paulo.

Número	Questão	QCM
01	Senti-me incomodado com coisas que habitualmente não me incomodam	0.31070
03	Senti não conseguir melhorar meu estado de ânimo...	0.47702
05	Senti dificuldade em me concentrar no que fazia	0.25832
06	Senti-me deprimido	0.57114
07	Senti que tive que fazer esforço para dar conta das minhas tarefas habituais	0.28716
08	Senti-me otimista com relação ao futuro	0.33723
09	Considerarei que minha vida tinha sido um fracasso	0.27723
10	Senti-me amedrontado	0.38179
11	Meu sono não foi repousante	0.17046
12	Estive feliz	0.54352
13	Falei menos que o habitual	0.28200
14	Senti-me sozinho	0.42206
15	As pessoas não foram amistosas comigo	0.17170
16	Aproveitei minha vida	0.41742
17	Tive crises de choro	0.29986
18	Senti-me triste	0.61700
19	Senti que as pessoas não gostavam de mim	0.39874
20	Não consegui levar adiante minhas coisas	0.43644

QCM - Quadrado das correlações múltiplas de cada questão com todas as demais.

A partir desta análise foram obtidos quatro fatores cuja variância explicada foi maior que a unidade, sendo que estes quatro fatores explicam 53,8% da variância total na amostra (Tabela 28).

A CES-D na sua versão integral de 20 itens apresentou consistência interna medida pelo modelo Alfa de Cronbach(Cronbach,1951) de 0,8484. Com a exclusão das duas questões de baixa correlação na análise, a CES-D passou a apresentar Alfa de Cronbach de 0,8668.

Tabela 28 - Fatores, variâncias explicadas, proporção cumulativa das variâncias e consistência interna da CES-D aplicada em uma amostra de estudantes universitários da cidade de São Paulo.

Fator	Variância Explicada	Proporção cumulativa das variâncias		Alfa de Cronbach
		dados	fatores	
1	5.8824	0.3268	0.6074	0.8668
2	1.3829	0.4036	0.7502	
3	1.2615	0.4737	0.8805	
4	1.1573	0.5380	1.0000	
5	0.9725	0.5920		
6	0.8875	0.6413		
7	0.8570	0.6890		
8	0.7599	0.7312		
9	0.7072	0.7705		
10	0.6869	0.8086		
11	0.6101	0.8425		
12	0.5505	0.8731		
13	0.4725	0.8994		
14	0.4512	0.9244		
15	0.4169	0.9476		
16	0.3521	0.9671		
17	0.3146	0.9846		
18	0.2768	1.0000		

A comunalidade de uma variável é o quadrado de sua correlação múltipla com os fatores.

A variância explicada por cada fator é o eigenvalue para aquele fator.

A variância total é definida como a soma dos eigenvalues positivos da matriz de correlação.

O índice alfa de Cronbach é a expressão da consistência interna do instrumento.

Os resultados da Análise dos Componentes Principais com subsequente rotação ortogonal da matriz de cargas fatoriais são mostrados na Tabela 29. A matriz de cargas fatoriais foi disposta de forma que as colunas aparecem em ordem decrescente de variância explicada pelos fatores. As colunas foram dispostas de forma que em cada fator aparecem em primeiro lugar as questões com carga fatorial maior que 0,5. As cargas fatoriais menores que 0,25 foram substituídas por zero.

Tabela 29 - Matriz de Cargas Fatoriais das questões da CES-D obtidas através da

Análise dos Componentes Principais (APC) após rotação ortogonal dos fatores pelo método varimax.

QUESTÃO	FATOR 1	FATOR 2	FATOR 3	FATOR 4
13	0.711	0.000	0.000	0.000
14	0.674	0.000	0.000	0.000
06	0.668	0.332	0.000	0.000
18	0.647	0.420	0.000	0.264
03	0.531	0.305	0.400	0.000
10	0.000	0.652	0.265	0.000
19	0.303	0.638	0.000	0.000
09	0.000	0.588	0.000	0.000
17	0.265	0.583	0.000	0.000
05	0.000	0.000	0.707	0.000
07	0.000	0.269	0.678	0.000
20	0.000	0.423	0.600	0.000
11	0.414	0.000	0.548	0.000
16	0.000	0.000	0.000	0.813
08	0.000	0.000	0.000	0.772
12	0.458	0.000	0.000	0.694
01	0.254	0.413	0.323	0.000
15	0.000	0.405	0.000	0.000
VEA	32,68%	40,36%	47,37%	53,80%

VEA é a Variância Explicada Acumulada (proporção cumulativa da variância).

A composição dos quatro fatores obtidos através da Análise dos Componentes Principais assim como as cargas fatoriais de cada questão da CES-D obtidas a partir da rotação ortogonal da matriz reduzida da CES-D estão descritas na Tabela 30.

Tabela 30 - Fatores resultantes da Análise do Componente Principal da matriz reduzida.

FATOR 1	VEA=32,68%	CARGAS
13.Falei menos que o habitual		0,711
14.Senti-me sozinho		0,674
06.Senti-me deprimido		0,668
18.Senti-me triste		0,647
03.Senti não conseguir melhorar meu estado de ânimo mesmo com a ajuda de familiares e amigos		0,531
FATOR 2	VEA = 40,36%	

10. Senti-me amedrontado	0,652
19.Senti que as pessoas não gostavam de mim	0,638
09.Considerei que minha vida tinha sido um fracasso	0,588
17.Tive crises de choro	0,583
01.Senti-me incomodado com coisas que habitualmente não me incomodam	0,413
15.As pessoas não foram amistosas comigo	0,405
FATOR 3 VEA = 47,37%	
05.Senti dificuldade em me concentrar no que fazia	0,707
07.Senti que tive que fazer esforço para dar conta de minhas tarefas habituais	0,678
20.Não consegui levar adiante minhas coisas	0,600
11.Meu sono não foi repousante	0,548
FATOR 4 VEA = 53,80%	
16.Aproveitei minha vida	0,813
08.Senti-me otimista com relação ao futuro	0,772
12. Estive feliz	0,694

Um primeiro fator, explicando 32,68% da variância total da amostra, engloba as questões de números 3,6,13,14 e 18. Com exceção da questão 13, que segundo Radloff (1977) se refere a atividade somática, todas as demais questões pertinentes a este fator dizem respeito a afeto (humor) depressivo.

Foi obtido um segundo fator, englobando as questões de números 1,9,10,15,17 e 19. Segundo Radloff (1977), a questão número 1 se refere a atividade, as questões 9,10 e 17 se referem a afeto (humor) depressivo e as de números 15 e 19 correspondem à esfera de relações pessoais. As questões de números 1 e 15 foram as que apresentaram menores cargas fatoriais em todo o conjunto(<0,5). A variância explicada acumulada correspondente a este segundo fator foi de 40,36%.

Um terceiro fator foi obtido, abrangendo as questões de números 5,7,11 e 20, todas referentes a atividade somática (Radloff,1977) e contribuindo para uma variância explicada acumulada de 47,37%.

Um último fator foi composto das questões 8, 12 e 16, referentes a afeto positivo e configurando uma sub-escala de bem estar (Radloff,1977). O acréscimo deste quarto fator contribuiu para a obtenção de uma variância explicada acumulada de 53,80%.

A questão número 2 , excluída na primeira etapa do procedimento, dizia respeito à sub-escala de atividade somática no instrumento original. A outra questão que havia sido excluída da análise pela pouca importância no conjunto foi a de número 4, referente à sub-escala de afeto positivo.

DISCUSSÃO

Transtornos depressivos em estudantes universitários

A ocorrência e a manifestação de doença depressiva em populações jovens têm sido foco de considerável controvérsia. Por um lado, o que poderia ser interpretado como sintomatologia depressiva poderia tratar-se apenas de manifestações de crises da juventude sem implicações psicopatológicas. Por outro lado, os transtornos depressivos poderiam ocorrer com frequência considerável em populações jovens mas talvez fossem menos diagnosticados em decorrência do fato de que suas manifestações clínicas diferem daquelas observadas nas faixas etárias onde estes transtornos são habitualmente descritos.

Poucos pesquisadores se detiveram no estudo da depressão em estudantes universitários.

Em estudo de prevalência de sintomatologia depressiva em uma amostra de 424 estudantes universitários, Wells e colaboradores(1987) encontraram 33 % de estudantes com escores maiores ou igual a 16 na CES-D.

No Japão, Yamaguchi e colaboradores(1994) encontraram frequência de depressão entre 0,1e 0,2 % em uma amostra de estudantes universitários. As categorias diagnósticas de depressão segundo o DSM III-R foram depressão maior(20 a 30%), distímia (20%), transtorno bipolar (5 a 8 %) e transtorno adaptativo com humor depressivo(50%).

Wong e Whitaker(1994), estudando uma população de 90 estudantes universitários em Iowa (EUA), encontraram frequência de 23 % de indivíduos com

sintomas depressivos segundo a CES-D. Não foram encontradas diferenças significativas entre os sexos. Estes autores observaram que com o aumento da idade havia uma diminuição progressiva dos escores para depressão. A importância deste estudo reside na constatação da estabilidade temporal da sintomatologia depressiva, com implicações importantes no que se refere a intervenções preventivas em estudantes universitários.

Alguns estudos evidenciaram que estudantes de medicina tendem a referir mais sintomas depressivos ou ansiosos do que estudantes de outras áreas, sendo que a maioria dos autores correlacionam este fenômeno a fatores inerentes à formação médica (Bojar,1971; Korman,1974; Bjorksten et al.,1983).

Estudo abrangendo 285 estudantes de medicina concluiu que esta população apresentava níveis de sintomatologia depressiva maiores do que aqueles encontrados na população geral(Lloyd & Gartrell,1984). Além deste estudo se restringir a informações colhidas através de uma escala auto-aplicável, os dados obtidos não foram comparados a estudantes universitários de outras áreas.

Outros estudos envolvendo amostras de médicos encontraram igualmente maior frequência de depressão do que a relatada em população geral (Valko & Clayton,1975;Hsu & Marshall,1987;Hurwitz et al.,1987).

Exceção feita ao trabalho de Yamagushi e colaboradores(1994), os estudos relatando maior frequência de depressão em estudantes universitários têm como importante limitação o fato de terem utilizado apenas escalas de sintomas depressivos e não instrumentos diagnósticos fundamentados em critérios confiáveis.

No presente estudo, a frequência de sintomas depressivos mensurada através da CES-D em população de 523 estudantes universitários foi de 44,7 % quando utilizamos o

ponto de corte de dezesseis e de 48,8 % quando o ponto de corte utilizado foi quinze. Corroborando dados da literatura (Weissman & Klerman, 1977; Klerman, 1986), encontramos maior frequência de sintomatologia depressiva em estudantes do sexo feminino. A proporção de indivíduos com sintomatologia depressiva para os cursos de medicina, arquitetura e economia foram respectivamente 41,7%, 52,8% e 54%. Entretanto, as diferenças observadas nos três cursos se restringiam aos estudantes do sexo masculino. Entre os estudantes do sexo masculino de nossa amostra observamos que a frequência de indivíduos com sintomatologia depressiva foi significativamente menor no curso de medicina comparativamente ao curso de economia (37,6% e 55%, respectivamente). Uma vez que os estudantes dos dois cursos apresentavam diferenças quanto às variáveis sócio-demográficas, supusemos que estas pudessem ser responsáveis pelas diferentes frequências de depressão encontradas. Entretanto, as diferenças persistiram quando controlamos estas possíveis variáveis confundidoras. Uma possível explicação para a maior frequência de sintomas depressivos entre os estudantes do sexo masculino do curso de economia comparativamente ao curso de medicina pode estar relacionada ao fato da faculdade de economia em questão ser privada, enquanto que a faculdade de medicina era pública e gratuita. Entretanto, se este fosse o fator determinante, a proporção de indivíduos com sintomas depressivos no curso de arquitetura, também pública e gratuita, deveria ser também significativamente menor do que a proporção encontrada no curso de economia, o que não foi observado. Ainda assim, não podemos descartar a hipótese de que os integrantes do curso de economia apresentem maiores índices de depressão por serem oriundos de classes sócio-econômicas menos favorecidas e conseqüentemente enfrentarem maiores dificuldades. Infelizmente, os dados

referentes à renda familiar não puderam ser analisados em decorrência do pequeno número de estudantes que responderam a esta questão.

Este estudo não confirmou a hipótese de que estudantes de medicina apresentam maior frequência de sintomatologia depressiva do que estudantes universitários de outros cursos. Entretanto, evidenciou frequência elevada de sintomas depressivos na população de estudantes universitários como um todo. Encontramos uma estimativa de prevalência de aproximadamente 8% para transtornos depressivos atuais e de 19% para transtornos depressivos na vida, índices nitidamente mais elevados do que os encontrados em estudos de prevalência em população geral. Com referência a dados de morbidade psiquiátrica em nosso meio, estudo multicêntrico realizado por Almeida Filho e colaboradores(1992) evidenciou índice de aproximadamente 2% de prevalência de depressão na vida na cidade de São Paulo.

Comorbidade psiquiátrica em farmacodependentes

No presente estudo, encontramos prevalência de transtornos psiquiátricos de 72 % para diagnóstico atual e de 76 % para diagnóstico na vida segundo o RDC (Spitzer et al.,1978). A Tabela 31 compara nossos resultados com as frequências de transtornos psiquiátricos atuais e na vida encontrados em outros estudos de comorbidade psiquiátrica em farmacodependentes.

Com relação a transtornos depressivos, encontramos no presente estudo frequência de 32 % para diagnóstico atual e de 44 % para diagnóstico na vida. Na Tabela 32 comparamos nossos resultados com as frequências de transtornos depressivos atuais e na vida encontrados em outros estudos de comorbidade psiquiátrica em farmacodependentes.

Em nosso estudo encontramos frequência atual de transtornos psiquiátricos no momento atual maior do que a frequência encontrada no estudo de Rounsaville e colaboradores (1991), ou seja, 72% e 55,7%, respectivamente. Nossos resultados se aproximam mais dos estudos de Ross e colaboradores(1988) e de Kokkevi e Stefanis(1995). Por outro lado, os dados referentes à frequência de transtornos psiquiátricos ao longo da vida foram semelhantes em nosso estudo e no estudo de Rounsaville e colaboradores (76% e 73,5%), sendo estas frequências inferiores às encontradas nos outros dois estudos mencionados. A maior frequência de transtornos psiquiátricos ao longo da vida descritas tanto por Ross e colaboradores (1988) quanto por Kokkevi e Stefanis (1995) poderia, ao menos em parte, ser atribuída ao fato de que suas amostras não eram constituídas de dependentes de cocaína. Além disto, o instrumento

diagnóstico utilizado nestes estudos foi o Diagnostic Interview Schedule - DIS (Robins et al.,1981) e não o RDC (Spitzer et al.,1978).

A frequência atual de transtornos depressivos encontrada em nosso estudo foi semelhante à encontrada por Kleinman e colaboradores (1990), ou seja, 32 % e 35 %, respectivamente. Os estudos de Rounsaville e colaboradores (1991) e de Ross e colaboradores (1988) encontraram frequências de transtornos depressivos atuais de respectivamente 23,9 % e 25,8 %, menores que as encontradas por nós e por Kleinman e colaboradores(1990). Quanto à frequência de transtornos depressivos ao longo da vida, nossos resultados igualmente se aproximam dos obtidos por Kleinman e colaboradores (1990), ou seja, 44,0 % e 47,0 % respectivamente, sendo, porém, inferiores aos encontrados por Rounsaville e colaboradores (1991) e superiores aos encontrados por Ross e colaboradores (1988), ou seja, 60,7 % e 30,5 %, respectivamente. Os dois estudos com menores frequências de transtornos depressivos atuais foram desenvolvidos em populações onde a dependência ao álcool era preponderante (Ross et al.,1988 e Rounsaville et al.,1991), enquanto que nos dois estudos que relataram frequências maiores de transtornos depressivos atuais predominavam indivíduos com dependência de cocaína (Kleinman et al.,1990 e o nosso estudo).

Tabela 31 - Comparação entre frequências de transtornos psiquiátricos no momento atual e ao longo da vida em dependentes de substâncias psicoativas.

Autores	Ano	N	Tipo de droga	Instrumento	Transtorno atual(%)	Transtorno na vida(%)
Ross et al	1988	501	álcool/outras	DIS	68,4	84,2
Rounsaville et al	1991	298	cocaína/álcool	RDC	55,7	73,5
Kokkevi & Stefanis	1995	176	heroína/outras	DIS	66,1	90,3
Xavier da Silveira*	1997	50	cocaína/outras	RDC	72,0	76,0

DIS = Diagnostic Interview Schedule; RDC = Research Diagnostic Criteria

* estudo atual.

Tabela 32 - Comparação entre frequências de transtornos depressivos no momento atual e ao longo da vida em dependentes de substâncias psicoativas.

Autores	Ano	N	Tipo de droga	Instrumento	Transtorno depressivo atual(%)	Transtorno depressivo na vida(%)
Ross et al	1988	501	álcool/outras	DIS	25,8	30,5
Kleinman et al.	1990	76	cocaína	SCID	35,0	47,0
Rounsaville et al	1991	248	cocaína/álcool	RDC	23,9	60,7
Xavier da Silveira*	1997	50	cocaína/outras	RDC	32,0	44,0

DIS = Diagnostic Interview Schedule; RDC = Research Diagnostic Criteria; SCID = Structured Clinical Interview Diagnosis.

* estudo atual.

A grande maioria dos estudos referentes a transtornos psiquiátricos em populações clínicas de farmacodependentes foi desenvolvida junto a populações de pacientes dependentes de álcool ou opióides (Ross et al.,1988;Schuckit,1985;Rounsaville et al.,1982;Kokkevi & Stefanis,1995). Poucos estudos de comorbidade envolvendo dependentes de cocaína foram publicados até o momento(Weiss et al.,1986;Gawin & Kleber,1986;Kleinman et al.,1990;Rounsaville et al.,1991). Como nossa amostra de farmacodependentes era constituída preponderantemente de dependentes de cocaína e como havíamos utilizado os critérios diagnósticos do RDC, para fins de comparação com nossos resultados optamos por utilizar o estudo de Rounsaville e colaboradores (1991), que também havia utilizado o RDC e cuja amostra era constituída por dependentes de cocaína (Tabela 33). Utilizamos ainda os dados do Epidemiologic Catchment Area -ECA (Robins et al.,1984) como referência de prevalência de transtornos psiquiátricos ao longo da vida em população geral (tabela 33).

Diagnóstico de transtornos psiquiátricos na vida:

Tanto no estudo de Rounsaville e colaboradores (1991) quanto no presente estudo com farmacodependentes foram atribuídos diagnósticos psiquiátricos segundo o RDC, enquanto que no ECA (Robins et al.,1984) os diagnósticos foram atribuídos segundo os critérios do DSM III (American Psychiatric Association, 1980). Para as principais categorias diagnósticas, o RDC e o DSM III são muito semelhantes. Desta forma, as diferenças encontradas não poderiam ser atribuídas a diferenças nos critérios diagnósticos utilizados.

As amostras de farmacodependentes dos dois estudos eram similares no que se refere às características sócio-demográficas. No que se refere aos diagnósticos psiquiátricos, os resultados dos dois estudos envolvendo populações de dependentes se mostraram muito semelhantes para a maioria das categorias diagnósticas, contrastando com os resultados de prevalência em população geral do ECA (Robins et al.,1984).

Tabela 33 - Diagnóstico na vida de transtornos psiquiátricos em duas amostras de farmacodependentes sob tratamento e na população geral.

Diagnósticos atribuídos	Diagnóstico na vida		
	Xavier da Silveira,1997*	Rounsaville et al.,1991	Robins et al.,1984
	RDC N=50 %	RDC N=298 %	DSM III N=3058 %
Transtorno Depressivo	44,0	60,7	6,7
Qualquer Transtorno Psiquiátrico**	76,0	73,5	28,8
Depressão Maior	22,0	30,5	6,7
Depressão Menor	14,0	11,7	0
T. Depressivo Intermitente	16,0	11,1	0
Hipomania	14,0	7,4	0
Mania	2,0	3,7	1,1
T. Ansiedade Generalizada	8,0	8,3	0
Fobia	14,0	13,4	7,8
Pânico	10,0	1,7	1,4
T. Obsessivo-Compulsivo	10,0	0,3	2,6
Personalidade Anti-social	2,0	7,7	2,1
Esquizofrenia	8,0	0,3	1,9
Transtorno Esquizo-afetivo	0	1,0	0

* estudo atual

** incluindo os transtornos depressivos e excluindo as farmacodependências.

O presente estudo confirma resultados anteriormente obtidos a respeito da maior frequência de transtornos psiquiátricos em populações de farmacodependentes comparativamente à população geral.

Comparativamente ao ECA (Robins et al.,1984), as duas amostras de farmacodependentes apresentaram maiores frequências de transtornos psiquiátricos e de transtornos depressivos como um todo, assim como para as seguintes categorias diagnósticas: mania, depressão maior, depressão menor e transtorno depressivo intermitente; transtorno de ansiedade generalizada e fobia. Para os quadros de pânico, as frequências foram semelhantes no estudo de Rounsaville e colaboradores (1991) e no ECA (Robins et al.,1984), 1,4% e 1,7% respectivamente, porém nitidamente inferiores à

frequência de 10 % encontrada em nossa amostra. O ECA (Robins et al.,1984) revelou prevalência de transtorno obsessivo-compulsivo na população geral de 2,6 % , maior do que a frequência de 0,3 % observada na amostra de Rounsaville e colaboradores (1991), porém nitidamente inferior à frequência de 10 % observada em nosso estudo. Encontramos frequência de personalidade anti-social semelhante à prevalência descrita para população geral no ECA (Robins et al.,1984), ou seja, 2,0% e 2,1% respectivamente, ambas inferiores à frequência de 7,7 % observada na amostra de Rounsaville e colaboradores (1991) . Finalmente, o ECA (Robins et al.,1984) revelou prevalência de esquizofrenia na população geral superior à frequência encontrada no estudo de Rounsaville e colaboradores (1991), respectivamente 1,9% e 0,3%, índices muito inferiores ao encontrado em nossa amostra (8%).

As frequências altas de quadros de pânico, TOC e esquizofrenia observadas em nosso estudo poderiam ser decorrentes do fato de que o mesmo foi realizado com farmacodependentes que procuraram assistência junto ao PROAD que, enquanto centro de referência nacional para tratamento de dependências vinculado a uma faculdade de medicina, tende a receber casos de maior gravidade comparativamente à população geral de farmacodependentes.

Diagnóstico de transtornos psiquiátricos atuais:

Comparando-se as duas amostras de farmacodependentes no que se refere ao diagnóstico atual, as frequências de transtornos psiquiátricos encontradas neste estudo foram superiores às encontradas no estudo de Rounsaville e colaboradores (1991) para a maioria das categorias diagnósticas (Tabela 34).

Tabela 34 - Diagnóstico atual e na vida de transtornos psiquiátricos segundo o RDC em duas amostras de farmacodependentes sob tratamento.

Diagnósticos atribuídos (RDC)	Diagnóstico atual		Diagnóstico na vida	
	Xavier da Silveira,1997* N=50	Rounsaville et al.,1991 N=298	Xavier da Silveira,1997* N=50	Rounsaville et al.,1991 N=298
	%	%	%	%
Transtorno Depressivo	32,0	23,9	44,0	60,7
Qualquer Transtorno Psiquiátrico**	72,0	55,7	76,0	73,5
Depressão Maior	8,0	4,7	22,0	30,5
Depressão Menor	10,0	0,7	14,0	11,7
T. Depressivo Intermitente	16,0	11,1	16,0	11,1
Hipomania	4,0	2,0	14,0	7,4
Mania	0	0	2,0	3,7
T. Ansiedade Generalizada	8,0	4,7	8,0	8,3
Fobia	12,0	11,7	14,0	13,4
Pânico	10,0	0,3	10,0	1,7
T. Obsessivo-Compulsivo	4,0	0,3	10,0	0,3
Personalidade Lábil	10,0		10,0	
Personalidade Anti-social	2,0	7,7	2,0	7,7
Esquizofrenia	8,0	-	8,0	0,3
Transtorno Esquizo-afetivo	0	0,3	0	1,0
Outro Transtorno Psiquiátrico	14,0	2,3	14,0	49,7

* estudo atual

** incluindo os transtornos depressivos e excluindo as farmacodependências

Apenas para os quadros de fobia foram obtidas frequências semelhantes nos dois estudos(11,7% e 12,0%) e no estudo de Rounsaville e colaboradores (1991) foi observada frequência de personalidade anti-social maior do que a encontrada em nosso estudo(7,7% e 2 %, respectivamente).

As discrepâncias nas frequências de casos de personalidade anti-social observadas nos dois estudos (Rounsaville et. al,1991 e o nosso estudo) poderiam ser decorrentes de diferenças entre as duas amostras. Entretanto, no campo de estudo dos transtornos de

personalidade, em especial no que se refere à personalidade anti-social, deparamo-nos com a existência de problemas metodológicos ainda por serem solucionados. Entre estes problemas destacaríamos as questões transculturais referentes à confiabilidade dos diagnósticos e a questão da validação dos instrumentos diagnósticos para estes transtornos.

No que se refere à relação entre estados psicopatológicos e dependência de substâncias psicoativas, a frequentemente observada ocorrência simultânea destas condições nos leva a questionar se os estados psicopatológicos predis põem à dependência de substâncias ou se a dependência predis põe ao aparecimento de outros estados psicopatológicos. Alguns estudos longitudinais envolvendo população geral relatam o aparecimento de abuso de substâncias em maior frequência em indivíduos que previamente apresentavam sintomas disfóricos, fornecendo subsídios para a confirmação da hipótese de auto-medicação na gênese das farmacodependências (Kandel,1982; Deykin et al.,1987). Por outro lado, estudos retrospectivos envolvendo populações clínicas sugerem que a maioria dos transtornos do humor e ansiosos encontrados instalaram-se subsequentemente ao aparecimento das farmacodependências (Hesselbrock et al.,1985; Rounsaville et al.,1985; Schuckit,1985; Ross et al,1988; Rounsaville et al.,1991).

Diferentemente do estudo de Rounsaville e colaboradores (1991), no qual o transtorno depressivo antecedeu o aparecimento da farmacodependência em apenas 36,5% dos casos, em nosso estudo o transtorno depressivo estava presente antes do aparecimento da farmacodependência em 68,2 % dos casos.

Validação da CES-D

A validade e a confiabilidade da CES-D em populações adultas foram estudadas tanto em populações clínicas (Criag & Van Natta, 1973; Weissman et al., 1977) quanto na população geral (Comstock e Helsing, 1976; Radloff, 1977; Roberts, 1980; Lewinsohn and Teri, 1982). Embora existam poucos estudos que utilizaram a CES-D em populações jovens (Schonbach et al., 1982; Doerfler et al., 1988; Roberts et al., 1990), estes nos forneceram evidências de que as características operacionais da escala são semelhantes às evidenciadas nos estudos envolvendo população geral. Nestes estudos, a consistência interna da escala se manteve entre 0,8 e 0,9 (alfa de Cronbach). A estrutura de 20 questões da escala é igualmente mantida nos estudos envolvendo populações jovens.

Entretanto, somente em 1991 foi realizada uma pesquisa no sentido de examinar a concordância da CES-D com diagnóstico clínico de depressão em jovens (Roberts et al., 1991). Os resultados das pesquisas referentes à eficácia da CES-D em identificar depressão clínica são contraditórios, com alguns autores recusando e outros aceitando esta escala como instrumento de rastreamento populacional para sintomas depressivos (Roberts et al. 1989).

Myers e Weissman (1980) relataram, em estudo na população geral, que a CES-D apresentava modesta concordância com o diagnóstico clínico atual de depressão pelo RDC. Neste estudo, a escala identificou corretamente 23 % dos indivíduos com depressão menor, 43 % dos que apresentavam personalidade depressiva e 64% dos indivíduos com depressão maior. Considerando-se conjuntamente todos os tipos de depressão, a escala

identificou corretamente 41 % dos casos. Com base nesta análise, estes autores concluíram que a escala poderia ser útil como instrumento de rastreamento de depressão em seleção amostral visando pesquisas mas que na população geral seriam apenas indicadores grosseiros de depressão clínica.

Em outro estudo envolvendo população geral, Roberts e Vernon (1983) relataram que, comparativamente ao RDC, a CES-D identificou corretamente 60% dos casos de depressão maior, 71 % dos casos de depressão menor e 57 % dos casos de personalidade depressiva. Considerando-se todos os tipos de depressão, a escala identificou corretamente 59 % dos casos neste estudo.

Em estudo envolvendo distintas populações com transtornos psiquiátricos, Weissman e colaboradores(1977) concluíram que a CES-D mostrou-se sensível na identificação de pacientes com sintomas depressivos. Embora enquanto escala de sintomas esta não pudesse diferenciar grupos diagnósticos distintos, demonstrou sua validade como instrumento de rastreamento de sintomas depressivos em populações clínicas. Os autores sugerem ainda que, dado o alto índice de falso-positivos obtidos no grupo de farmacodependentes, poderia ser necessário para esta população específica a utilização de pontos de cortes maiores que dezesseis.

No presente estudo, quando utilizamos o valor 15 como ponto de corte entre os estudantes de medicina, a escala identificou corretamente todos os casos de transtorno depressivo atual. Para os farmacodependentes consideramos que o melhor desempenho da escala foi obtido quando utilizamos o ponto de corte 24. Considerando-se conjuntamente todos os tipos de depressão atual, a escala identificou corretamente 87 % dos farmacodependentes deprimidos. Com o aumento do ponto de corte de 16 para 24, a

proporção de falso-positivos diminuiu de 73% para 47% e o índice de classificação incorreta diminuiu de 44% para 32%. Nossos resultados confirmam as afirmações de Weissman e colaboradores(1977) sobre a necessidade de se utilizar pontos de cortes maiores para populações de farmacodependentes, no sentido de se obter aumento da especificidade.

Comparativamente a estudos em população geral (Myers & Weissman,1980; Roberts & Vernon, 1983) , a validação da CES-D em amostras clínicas de farmacodependentes(Weissman et al.,1977) resultou em diminuição da especificidade e aumento da sensibilidade do instrumento. A Tabela 35 ilustra propriedades psicométricas da CES-D em estudos de validação da escala envolvendo diferentes amostras, comparativamente aos resultados encontrados no presente estudo.

Tabela 35 - Proporção de Falso-positivos e Falso-negativos, Sensibilidade e Especificidade em estudos de validação concorrente da CES-D.

	Falso-positivos %	Falso-negativos %	Sensibilidade %	Especificidade %
População geral				
Roberts & Vernon(1983)	14,1	40,50	59	86
Myers & Weissman(1980)	5,1	59,18	41	95
Estudantes universitários				
Xavier da Silveira(1997)*	25,0	-	100	75
Farmacodependentes				
Weissman et al.(1977)	41,46	26,32	74	59
Xavier da Silveira(1997)*	46,70	12,50	87	59

* estudo atual

Utilizando o critério padronizado de ponto de corte maior ou igual a dezesseis da escala para definição de “caso” de depressão, os estudos envolvendo populações adultas encontraram proporção variável entre 16 e 20 % de casos (Radloff,1977; Roberts,1980; Lewinsohn & Teri, 1982), enquanto que os estudos com populações jovens encontraram uma proporção variando entre 40 e 50 % de “deprimidos”(Schoenbach et al.,1982; Doerfler et al.,1988; Roberts et al.,1990). No presente estudo encontramos uma proporção de 49 % de estudantes universitários com escores acima do ponto de corte. Entretanto, estes resultados não podem ser interpretados como indicativos da presença de um síndrome depressivo clínico.

Os dados disponíveis sugerem que a CES-D apresenta boas propriedades psicométricas em populações jovens, sendo igualmente confiável e apresentando a mesma estrutura dimensional (fatorial) quando utilizadas em estudos na população geral. Entretanto, observou-se que a proporção de indivíduos com pontuações altas é maior entre jovens comparativamente aos estudos populacionais (Wells et al., 1987;Roberts et al., 1990). Além disso, dispomos de informações escassas a respeito do grau de concordância da escala com o diagnóstico clínico de transtornos depressivos. Desta forma, embora existam evidências de que a escala apresente validade no que se refere a conteúdo, construto e concorrência, sua validade de critério não foi ainda suficientemente estabelecida. Em outros termos, ainda se conhece pouco a respeito da capacidade preditiva de transtornos depressivos da CES-D em populações jovens.

Em 1991, Roberts e colaboradores elaboraram o primeiro estudo no sentido de examinar a concordância da CES-D com diagnóstico clínico de depressão em população jovem, utilizando os critérios diagnósticos do DSM III-R.

A Tabela 36 compara propriedades psicométricas CES-D do estudo de Roberts e colaboradores (1991) e do presente estudo no que se refere ao diagnóstico de transtorno depressivo atual.

Tabela 36 - Sensibilidade, especificidade, valores preditivos positivos e negativos da CES-D com relação ao diagnóstico de transtornos depressivos atuais.

Transtorno depressivo atual	População jovem Roberts et al.,1991	População jovem Xavier da Silveira, 1997*	Farmacodependentes Xavier da Silveira,1997*
	%	%	%
Sensibilidade	85,2	100,0	87,5
Especificidade	75,6	75,0	58,82
Valor preditivo positivo	10,3	15,38	50,0
Valor preditivo negativo	99,4	100,0	90,91

* estudo atual

Nos dois estudos, envolvendo populações jovens não-clínicas, tanto a sensibilidade quanto a especificidade foram razoavelmente boas para transtorno depressivo atual. Os valores preditivos positivos foram baixos e os valores preditivos negativos foram altos. Por outro lado, na nossa amostra de farmacodependentes, embora a sensibilidade da escala permanecesse alta, a especificidade foi menor do que a observada nas populações não-clínicas dos dois estudos. O valor preditivo negativo foi comparável ao das populações não-clínicas, mas o valor preditivo positivo encontrado foi consideravelmente mais alto. Isto significa que a proporção de farmacodependentes deprimidos entre os que apresentaram escores altos (farmacodependentes verdadeiro-positivos) é nitidamente maior do que a proporção de estudantes deprimidos entre os que

apresentaram escores altos (estudantes verdadeiro-positivos). Não obstante, a existência de considerável proporção de farmacodependentes não-deprimidos apresentando escores altos (falso-positivos) indica que a escala é realmente pouco específica para depressão em farmacodependentes.

Ainda no estudo de Roberts e colaboradores (1991), a prevalência de transtornos depressivos pelo DSM III-R em jovens foi de 2,5% para transtorno atual e de 18,5 % para transtorno pregresso. Em nosso estudo, encontramos nos estudantes prevalência de transtornos depressivos de 7,88 % para diagnóstico atual, 15,3 % para diagnóstico pregresso e 19,05% para diagnóstico na vida.

Tanto no estudo de Roberts e colaboradores (1991) quanto no presente estudo, a proporção de jovens considerados “deprimidos” segundo a CES-D foi nitidamente maior do que a proporção de casos com transtornos depressivos segundo os critérios diagnósticos estabelecidos (DSM III-R ou RDC). Em nossa amostra, 48,8 % dos estudantes universitários apresentava escores altos na CES-D. Esta proporção é comparável aos 48 % encontrados por Roberts e colaboradores (Roberts et al., 1990; Roberts, 1991), assim como aqueles encontrados por outros pesquisadores (Schonbach et al.,1982; Doefler et al.,1988). Apenas em um estudo (Wells et al.,1987) encontraram-se níveis muito inferiores.

À semelhança dos achados de Roberts e colaboradores (1991), em nossa população de estudantes a escala mostrou desempenho adequado na sua capacidade de identificação de verdadeiro-positivos (baixo índice de falso-negativos). Tanto no estudo de Roberts e colaboradores (1991) quanto no presente estudo, a CES-D mostrou-se pouco eficiente na sua capacidade de identificar verdadeiro-negativos (apresentando altos

índices de falso-positivos). Outros estudos mostraram resultados similares (Roberts et al., 1989; Lewinsohn & Teri, 1982).

Tanto no estudo de Roberts e colaboradores (1991) quanto em nossa amostra de estudantes, os casos considerados positivos pela CES-D incluíam muitos indivíduos sem diagnóstico ou com diagnósticos de outros transtornos que não os depressivos (valores preditivos positivos baixos).

Quando utilizamos a CES-D em farmacodependentes, a escala mostrou desempenho igualmente bom comparativamente às populações não-clínicas no que diz respeito à capacidade de identificação dos verdadeiro-positivos (baixo índice de falso-negativos), embora seu desempenho tenha sido pior no que se refere à capacidade de identificar corretamente os farmacodependentes não deprimidos (especificidade menor nos farmacodependentes comparativamente aos estudantes). Em contrapartida, observou-se maior proporção de farmacodependentes com transtornos depressivos entre os casos considerados positivos pela CES-D (valor preditivo positivo maior em farmacodependentes do que nas populações não-clínicas).

Os dados referentes ao desempenho da escala nas populações jovens do presente estudo e do estudo de Roberts e colaboradores (1991) confirmam que a CES-D isoladamente não é capaz de fornecer informações nosológicas suficientes para estudos epidemiológicos ou experimentais. Entretanto, demonstraram sua utilidade enquanto instrumento de rastreamento para depressão em uma primeira etapa de seleção de possíveis “casos”.

A elevada proporção de jovens que apresentaram escores altos na CES-D nos diversos estudos mencionados constitui um achado intrigante. Se por um lado podemos atribuí-lo a diferenças das propriedades psicométricas da escala em categorias etárias inferiores, por outro lado este achado poderia ser reflexo de outro fenômeno subjacente: a existência de maior proporção de depressões sub-clínicas entre os jovens. Embora grande contingente dos jovens com escores altos na CES-D constituam falso-positivos na medida em que não preenchem os critérios diagnósticos do DSM III-R para transtornos depressivos atuais, eles poderiam representar grupo de risco para transtornos depressivos no futuro (Roberts, 1987; Dohrenwend et al., 1980). Roberts e colaboradores (1991) propõem o termo “desmoralização” para caracterizar estes indivíduos com sintomatologia depressiva que não preenchem critérios diagnósticos para transtornos depressivos. Em recente estudo epidemiológico longitudinal, Gotlib e colaboradores (‘apud’ Clarke et al., 1995) sugerem que adolescentes com “desmoralização” apresentariam risco elevado de transtorno afetivo no futuro. Assim, jovens com escores altos na CES-D apresentaram nos doze meses seguintes à aplicação da escala uma taxa de incidência de 15,9 % de transtorno depressivo maior segundo o DSM-III R, enquanto que no grupo de jovens sem escores elevados apenas 6 % apresentaram transtorno depressivo maior nos doze meses subsequentes à aplicação da escala (Clarke et al., 1995). Outros pesquisadores, em estudos envolvendo tanto populações jovens quanto adultas, relataram igualmente que altos índices de sintomatologia depressiva constituiriam fator de risco significativo para transtornos depressivos no futuro (Weissman et al.; 1986, Lewinsohn et al., 1988; Weissman et al., 1992). Assim sendo, o alto contingente de falso-positivos

encontrados no presente estudo (25 % dos estudantes universitários e 46,7 % dos farmacodependentes) poderia indicar população de risco para transtornos depressivos.

Consistência interna e Estrutura fatorial da CES-D

Nos procedimentos diagnósticos que dependem de informações fornecidas por pacientes deparamo-nos com o problema da confiabilidade destas informações. Para otimizar a confiabilidade das mesmas, os pesquisadores avaliam diversos sintomas referentes a diferentes aspectos de uma mesma condição patológica. Assim, uma escala de sintomas tende a ser mais confiável do que os itens que a compõem na medida em que estes se correlacionarem positivamente (Shrout & Yager,1989).

Quando os itens de uma escala medem o mesmo construto, podemos tomar a consistência interna desta escala como indicador de sua confiabilidade. Desta forma, a extensão com que os itens de uma escala apontam para os mesmos resultados é função direta da confiabilidade da mesma (Lord & Novick,1968).

Alguns pesquisadores aprofundaram-se nos estudos das propriedades psicométricas da CES-D.

Shrout e Yager(1989) relataram para a CES-D consistência interna(alfa de Cronbach) de 0,84 na população geral e de 0,91 em uma amostra de 65 pacientes com diagnóstico de depressão maior segundo os critérios do DSM-III. Nos dois grupos estudados, a análise do fator principal revelou a necessidade de quatro dimensões para explicitar a estrutura de correlação entre os ítems da escala.

Garrison e colaboradores(1991), em estudo de validação da CES-D em população de 2.465 adolescentes americanos, encontraram consistência interna de 0,87 para esta

escala. Nesta pesquisa não foi realizado estudo da dimensionalidade da escala através da análise fatorial.

Iwata e colaboradores(1994), estudando o desempenho da CES-D em uma população de 1.500 adolescentes japoneses, relataram consistência interna de 0,81, tendo sido extraídos cinco fatores da escala.

Em estudo mexicano utilizando uma amostra de 250 mulheres adultas, a consistência interna da CES-D foi de 0,92 e a análise fatorial da escala encontrou uma solução de quatro fatores(Snyder & Maldonado,1994).

Em uma amostra de 3.319 pacientes idosos, atendidos em serviço universitário de atenção primária, Callahan e Wolinsky(1994) relataram consistência interna de 0,85 para a CES-D e uma solução de quatro fatores para a escala.

Estudo irlandês de validação convergente de escalas de depressão, utilizando uma amostra de 194 estudantes universitários, observou consistência interna de 0,91 para a CES-D (Joseph & Lewis,1996).

No presente estudo, a consistência interna da CES-D medida pelo alfa de Cronbach foi de 0,85 para a versão integral de 20 itens da escala . A exclusão das duas questões de baixa correlação na análise acarretou aumento da confiabilidade, passando a escala reduzida a apresentar consistência interna de 0,87.

A análise fatorial da estrutura da escala no presente estudo resultou em uma solução de quatro dimensões.

Na Tabela 37 comparamos os quatro fatores evidenciados pela análise fatorial da CES-D em nosso estudo com os quatro fatores originalmente obtidos por Radloff (1977). Em uma tentativa de aproximação com as dimensões psicopatológicas da depressão, este

autor nomeou os fatores obtidos da seguinte forma: afeto depressivo (sub-escala de humor), afeto positivo (sub-escala de bem-estar), atividade somática (sub-escala psicomotora) e relações interpessoais (Radloff,1977).

Tabela 37 - Análise Fatorial da CES-D: Comparação das dimensões originalmente descritas por Radloff(1977) com os fatores resultantes da Análise dos Componentes Principais da escala em uma amostra de estudantes universitários.

FATORES SEGUNDO RADLOFF(1977)		FATORES SEGUNDO XAVIER DA SILVEIRA(1997)*			
		FATOR I	FATOR II	FATOR III	FATOR IV
CES-D					
FATOR I - AFETO DEPRESSIVO					
SUB-ESCALA DE HUMOR					
03	Senti não conseguir melhorar meu estado de ânimo...	0.531	0.305	0.400	
06	Senti-me deprimido	0.668	0.332		
09	Considerarei que minha vida tinha sido um fracasso	-	0.588	-	-
10	Senti-me amedrontado	-	0.652	0.265	-
14	Senti-me sozinho	0.674	-	-	-
17	Tive crises de choro	0.265	0.583	-	-
18	Senti-me triste	0.647	0.420	-	0.264
FATOR II - AFETO POSITIVO					
SUB-ESCALA DE BEM-ESTAR					
04**	Senti-me tendo tanto valor quanto outras pessoas				
08	Senti-me otimista com relação ao futuro	-	-	-	0.772
12	Estive feliz	-	-	-	0.694
16	Aproveitei minha vida	-	-	-	0.813
FATOR III - ATIVIDADE SOMÁTICA					
SUB-ESCALA PSICOMOTORA					
01	Senti-me incomodado com coisas que habitualmente não me incomodam	0.254	0.413	0.323	-
02**	Tive pouco apetite				
05	Senti dificuldade em me concentrar no que fazia	-	-	0.707	-
07	Senti que tive que fazer esforço para dar conta das minhas tarefas habituais	-	0.269	0.678	-
11	Meu sono não foi repousante	0.414	-	0.548	-
13	Falei menos que o habitual	0.711	-	-	-
20	Não consegui levar adiante minhas coisas	-	0.423	0.600	-
FATOR IV - RELAÇÕES INTERPESSOAIS					
15	As pessoas não foram amistosas comigo	-	0.405	-	-
19	Senti que as pessoas não gostavam de mim	0.303	0.638	-	-

* estudo atual.

** questões excluídas da escala original.

Observação: os valores das cargas fatoriais apresentadas na tabela foram os obtidos no presente estudo. As cargas fatoriais representadas em negrito identificam as questões pertinentes a cada um dos quatro fatores obtidos em nosso estudo.

Das 20 questões da escala original, treze se mantiveram em agrupamentos fatoriais similares aos encontrados por Radloff (1977): as questões 3, 6, 14 e 18, correspondendo a um fator relacionado a afeto depressivo(sub-escala de humor); as questões 8, 12 e 16, correspondendo a um fator relacionado a afeto positivo (sub-escala de bem-estar); as questões 5, 7, 11 e 20, correspondendo a um fator relacionado a atividade somática (sub-escala psicomotora); e as questões 15 e 19, correspondendo a um fator referente a relações inter-pessoais.

As questões 9, 10 e 17, que na análise de Radloff (1977) se encontravam no fator “afeto depressivo”, em nosso estudo se agruparam àquelas referentes a relacionamentos interpessoais. A questão 1, pertencente à sub-escala psicomotora segundo Radloff(1977), igualmente passou a se agrupar àquelas referentes às relações inter-pessoais. Obtivemos, portanto, um fator ‘híbrido’, composto de questões oriundas das distintas sub-escalas descritas por Radloff(1977).

A questão 13, que segundo Radloff(1977) corresponderia à sub-escala psicomotora, em nosso estudo passou a integrar o grupo de questões concernentes à sub-escala de humor.

As questões remanescentes, 2 e 4, haviam sido excluídas da análise do componente principal conforme mencionamos anteriormente, uma vez que se revelaram de pequena importância no conjunto. O comportamento independente destas duas questões, evidenciado pelos QCMs baixos, suscitam algumas ponderações. A questão 2, referente a pouco apetite, provavelmente estaria refletindo um aspecto que extrapola as dimensões psicopatológicas da depressão em nossa amostra. A propósito, sabemos da inespecificidade do sintoma, posto que a falta de apetite pode estar presente em pessoas

não deprimidas. O comportamento da questão 4, referente à auto-valorização, poderia ser influenciado por aspectos culturais, perdendo assim o seu poder discriminante quando utilizado em populações culturalmente distintas daquela onde a escala foi originalmente concebida.

Entre os quatro fatores obtidos através da análise fatorial da CES-D, três deles nos parecem componentes razoavelmente estáveis comparativamente tanto a dados de literatura quanto à dimensionalidade clínica do transtorno depressivo. Entretanto, as escalas de rastreamento medem dimensões psicopatológicas não necessariamente específicas para um determinado transtorno psiquiátrico. Assim, do ponto de vista clínico, determinadas dimensões não são suficientemente claras para especificar a entidade psicopatológica a que se referem. Esta seria uma possível explicação para o fato de termos obtido um “fator híbrido” (fator II da Tabela 37).

De uma forma geral, a maioria das questões da CES-D mantiveram desempenho adequado, inclusive no que se refere à solução fatorial referente a dimensões psicopatológicas dos transtornos depressivos. Apesar de algumas discrepâncias observadas quanto aos fatores obtidos, a consistência interna de 0,8714 (alfa de Cronbach) é indicativa da manutenção da confiabilidade da escala quando utilizada em nosso meio.

Comentários Finais

Uma vez que a CES-D não se restringe exclusivamente a sintomas depressivos, seus resultados não podem ser simplesmente interpretados como indicativos da presença ou ausência de transtorno depressivo. Talvez fosse mais razoável afirmarmos que a escala mediria estados de “desvalorização” e que escores altos na escala seriam indicativos da existência de uma situação de desconforto emocional. Além disto, cabe ressaltar que a escala foi desenvolvida com a finalidade de aferir prevalência atual de sintomas depressivos (*point prevalence*). Disto resulta a impossibilidade de serem tiradas conclusões a respeito da persistência dos sintomas ou de sua evolução no tempo, critérios importantes para o diagnóstico de transtorno depressivo.

Outra possível explicação para compreender a relativa fragilidade da CES-D enquanto instrumento de rastreamento nos remete ao próprio construto de “depressão”. As escalas de rastreamento para depressão tem como finalidade mensurar depressão sindrômica (ou seja, sintomatologia depressiva) e não depressão nosológica, no sentido da presença ou ausência de um episódio de depressão tal como é definido pelo RDC e DSM (Kendall et al.,1987). Uma vez que o síndrome depressivo acompanha muitos outros quadros psiquiátricos e clínicos, torna-se inevitável que um instrumento que mede apenas sintomas depressivos apresente necessariamente muitos falso-positivos. Este problema poderia eventualmente ser atenuado através da utilização de um segundo instrumento a ser aplicado nos indivíduos considerados “positivos” pela CES-D. A finalidade deste segundo instrumento seria discriminar os falsos e os verdadeiros positivos. Alguns autores(Gotlib & Cane, 1989) sugerem que este problema possa ser

inerente aos instrumentos de rastreamento. Estes autores conduziram estudo sobre análise de conteúdo dos itens dos oito instrumentos de auto-preenchimento mais utilizados para mensurar depressão utilizando os critérios diagnósticos do DSM III. Gotlib e Cane(1989) concluíram que as escalas com melhor desempenho seriam a CES-D e o Inventário de Depressão de Beck (BDI). Entretanto, estes autores identificaram nestas duas escalas uma proporção considerável de itens que não correspondiam aos aspectos fenomenológicos da depressão. Segundo eles, apenas dez dos vinte itens da CES-D mediriam especificamente sintomatologia depressiva.

É igualmente importante notar que instrumentos tais como a CES-D não operacionalizam os critérios diagnósticos para transtornos depressivos, o que resulta necessariamente em baixa eficiência na identificação de casos “verdadeiros” de depressão clínica. Os pontos críticos de um instrumento não se restringem apenas à sua consistência interna (confiabilidade) ou à sua correlação com outro instrumento similar (validade concorrente). No desenvolvimento de novos instrumentos de rastreamento deverá ser dada especial atenção à validade de critério. Em última análise, o que realmente importa em um instrumento de rastreamento é a sua capacidade em identificar corretamente os casos como também os não-casos. Neste sentido, até o presente momento eles ainda deixam muito a desejar. Julgamos, portanto, que seria de pouca utilidade o aprofundamento do estudo e eventual modificação de uma escala de sintomas depressivos como a CES-D e que uma linha de pesquisa mais promissora seria o desenvolvimento de instrumentos que abranjam as categorias operacionais do sistema classificatório diagnóstico em uso vigente.

Entretanto, qualquer escala auto-aplicável destinada a rastrear de forma rápida e econômica possíveis casos de depressão vai necessariamente constituir instrumento mais grosseiro quando comparada ao diagnóstico clínico de transtorno depressivo. Isto implica em não podermos prescindir de estudos das propriedades psicométricas destes instrumentos para que os mesmos não venham a ser utilizados de maneira inadequada.

Esperamos que este trabalho possa ter contribuído no sentido de fornecer subsídios para uma melhor compreensão dos aspectos depressivos observados em populações de adolescentes e adultos jovens.

CONCLUSÕES

As seguintes conclusões podem ser depreendidas deste estudo:

1. Os estudantes universitários apresentaram estimativas elevadas de prevalência de transtornos depressivos.
2. Entre os estudantes universitários, os estudantes de economia foram os que apresentaram maiores índices de prevalência estimada de depressão quando comparados com os estudantes de medicina e de arquitetura.
3. Os farmacodependentes apresentaram frequências elevadas de transtornos psiquiátricos e, entre estes, as maiores frequências observadas foram de transtornos depressivos.
4. Os farmacodependentes apresentaram frequências de transtornos depressivos mais elevadas do que as observadas em populações não-clínicas (estudantes universitários).
5. Entre os farmacodependentes, o risco de apresentar transtorno depressivo foi menor entre os solteiros.
6. Entre os farmacodependentes, as médias dos escores da CES-D tendem a ser mais elevadas quanto mais graves são os transtornos depressivos correspondentes.
7. Para a maioria dos farmacodependentes o transtorno depressivo estava presente antes da instalação da dependência.
8. A CES-D mostrou-se instrumento sensível para rastreamento de depressão em populações de adolescentes e adultos jovens, tanto clínicas quanto não-clínicas.
9. Para otimização do desempenho da CES-D, quando a escala for utilizada em populações de farmacodependentes o ponto de corte deverá ser maior do que o ponto de corte utilizado para populações não-clínicas.
10. A CES-D mostrou-se instrumento confiável e exibiu estrutura fatorial correspondente às dimensões psicopatológicas dos transtornos depressivos.

BIBLIOGRAFIA

Almeida Filho, N.; Mari, J.J.;Coutinho,E.; França, J.F.; Fernandes, J.; Andreoli, S.B.; Busnello, E.A.(1992). Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras (Brasília, São Paulo, Porto Alegre). *Revista ABP-APAL*, 14(3):93-104

Amaranto, E.A.;Wepman,B.J.(1978).Factors affecting the growth and usage of a student mental health service. *Journal of Medical Education*, 53:849-851.

American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders*. Third edition (DSM III). Washington D.C.: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders*. Third edition revised (DSM III-R). Washington D.C.: American Psychiatric Association.

Beck, A.T.; Ward, C.H.; Mendelson, M.; Mock, J.; Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 2:561-566.

Bjorksten,O.;Sutherland,S.;Miller,C.;Stewart,T.(1983).Identification of medical student problems and comparison with those of other students. *Journal of Medical Education*, 58:759-767.

Bojar,S.(1971).Psychiatric Problems in Medical Students. Em: *Emotional Problems of the Student*. New York, Appleton-Century-Crofts,pgs.350-363.

Callahan,C.M.;Wolinsky,F.(1994).The Effect of Gender and Race on the Measurement Properties of the CES-D in Older Adults. *Medical Care*,32,4:341-356.

Clarke,G.N.; Hawkins,W.;Murphy,M.;Sheeber,L.B.;Lewinsohn,P.M.;Seeley,J.R.(1995). Targeted Prevention of Unipolar Depressive Disorder in na At-Risk Sample of High School Adolescents: A Randomized Trial of a Group Cognitive Intervention. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34,3:312-321.

Comstock,G.W.; Helsing,K.J.(1973). Characteristics of respondents and non-respondents to a questionnaire to estimate community mood. *American Journal of Public Health*, 97:233-239.

Costello,E.J.;Angold,A.(1988).Scales to assess child and adolescent depression:checklists, screens and nets. . *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27:726-737.

Cooper, B.; Morgan, H.G.(1973). *Epidemiological Psychiatry*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.

Craig,T.J.;Van Natta,P.A.(1979). Influence of demographic characteristics on two measures of depressive symptoms. *Archives of General Psychiatry*, 36:149-155.

Cronbach,L.J.(1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psicometrika*, 16:297.

Davidson, V.M.(1978). Coping styles of women medical students. *Journal of Medical Education*, 53:902-907.

Dahlstrom, W.G.; Welsh, G.S. (1960). *A MMPI handbook*. University of Minnesota Press, Minneapolis.

Deykin,E.T.; Levy,J.C.; Wells,L.(1987).Adolescent depression, alcohol and drug abuse. *American Journal of Public Health*,76:1785-1821.

Doerfler,L.A.; Felner,R.A.; Rowlison,R.T.; Raley,P.A.; Evans,E. (1988). Depression in children and adolescents: a comparative analysis of the utility and construct validity of two assessment measures. *Journal of Consultant Clinical Psychology*,56:769-772.

Dohrenwend, B. P.; Dohrenwend, B. S.(1982). Perspectives on the past and future of psychiatric epidemiology. *American Journal of Public Health*, 72:1271-1279.

Dohrenwend, B.P.;Yager,T.S.;Egri,C.Mendelsohn,F.S. (1980). Some problems of validity with the Psychiatric Status Schedule as the instrument of case identification and classification in the general population. *Archives of General Psychiatry*, 37:720.

Edelbrock,C.; Costello, A .J.(1988).Structured Psychiatric Interviews for Children. Em: *Assessment and Diagnosis in Child Psychopathology*, eds.M.Rutter,A .J.Tuma, I.S. Lann. New York:Guilford Press, pp. 87-112.

Garrison,C.Z.;Addy,C.L.;Jackson,K.L.;McKeown,R.E.;Waller,J.L.(1991).The CES-D as a Screen for Depression and Other Psychiatric Disorders in Adolescents. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30,4:636-641.

Gawin,F.H.;Kleber,H.D.(1986). Abstinence symptomatology and psychiatric diagnosis in cocaine abusers: clinical observations. *Archives of General Psychiatry*,43:107-113.

Gotlib,I.H.; Cane,D.B.(1989).Self-report assessment of depression and anxiety. Em: *Anxiety and Depression: Distinctive and Overlapping Features*. Eds. Kendall & Watson, New York Academic Press, págs. 131-169.

- Hesselbrock,M.N.;Meyer,R.E.;Keener,J.J.(1985).Psychopathology in hospitalized alcoholics. *Archives of General Psychiatry*,42:1050-1055.
- Holinger,P.C.; Offer,D.(1982). Prediction of adolescent suicide:a population model. *American Journal of Psychiatry*, 139:302-306.
- Hsu,K.; Marshall, V.(1987).Prevalence of Depression and Distress in a Large Sample of Canadian Residents, Interns and Fellows. *American Journal of Psychiatry*, 144,12:1561-1566.
- Hunter,R.C.A.; Prince,R.H.; Schwartzman,A.E. (1961). Comments on emotional disturbances in a medical undergraduate population. *Journal of American Medical Association*, 83:989-992.
- Hurwitz,T.A.; Beiser,M.; Nichol,H.; Patrick,L.; Kozak,J.(1987). Impaired Interns and Residents. *Canadian Journal of Psychiatry*,32,3:165-169.
- Ironside,W.(1966).The incidence of psychiatric illness in a group of New Zealand medical students. *Journal of American College of Health Association*, 15:50-53.
- Iwata,N.; Saito,K.; Roberts,R.E.(1994). Responses to a Self-Administered Depression Scale Among Younger Adolescents in Japan. *Psychiatry Research*,53:275-287.
- Joseph,S.; Lewis,C.A.(1996). Convergent Validity of the Depression-Happiness Scale with Measures of Depression. *Journal of Clinical Psychology*,52(5):551-554.
- Kandel,D.B.(1982). Epidemiologic and psychosocial perspectives on adolescent drug abuse. *Journal of American Academy of Child Psychiatry*,21:328-347.
- Katz, M.M.; Klerman,G.L.(1979). Introduction overview of the Clinical Studies Program of the NIMH Clinical Research Branch Collaborative Study on the Psychobiology of Depression. *American Journal of Psychiatry*, 136, 49-51.
- Kendall, P.C.; Hollon, G.K.; Beck,A.T.; Hammen, C.L.; Ingram, R.E.(1987). Issues and recommendations regarding use of the Beck Depression Inventory. *Cognitive Therapy and Research*, 11:289-299
- Klein,A.M.; Good,B.(1985).*Culture and Depression:Studies in the anthropology and cross-cultural psychiatry of affective disorders*. University of California Press, Berkeley.
- Kleinman,P.H.;Miller,A.B.;Milman,R.B.;Woody,G.E.;Todd,T.;Kemp,J.;Lipton,D.S.(1990)Psychopathology among cocaine abusers entering treatment. *The Journal Of Nervous and Mental Disease*, 178:442-447.

Klerman, G.L.(1976). Age and clinical depression:today's youth in the 21st century. *Journal of Gerontology*, 31:318-323.

Klerman, G.L.(1979). The Age of Melancholy. *Psychology Today*, 12:36-42.

Klerman, G.L.(1986). *Suicide and depression among adolescents and young adults*. American Psychiatric Press, Washington, D.C.

Klerman, G.L. (1988). The Current Age of Youthful Melancholia.Evidence for Increase in Depression Among Adolescents and Young Adults. *British Journal of Psychiatry*, 152:4-14.

Kokkevi,A.; Stefanis,C.(1995). Drug abuse and psychiatric comorbidity. *Comprehensive Psychiatry*,36,5:335-340.

Korman,A.K.(1974). *The Psychology of Motivation*. New Jersey, Prentice Hall, pages.78-79.

Kovacs,M.; Feinberg,T.L.; Crouse-Novak,M.A.; Paulauskas,S.L.; Finkelstein,R.(1984). *Archives of General Psychiatry*, 41:229-237.

Lavori,P.;Klerman,G.L.;Keller,M.;Reich,T.;Rice,J.;Endicott,J. (1987). Age period cohort analysis of secular trends in onset of major depression: findings in siblings of patients with major affective disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 21, 23-35.

Lewinsohn, P.M.; Teri, L. (1982). The selection of depressed and non-depressed subjects on the basis of self-report data. *Journal of Consultant Clinical Psychology*, 50:590-591.

Lewinsohn,P.M.; Hoberman,H.M; Rosenbaum,M. (1988). A prospective study of risk factors for unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 97:251-264.

Lief,H.I.;Young,K.;Spruiell,V. (1960). A psychodynamic study of medical students and their adapataional problems. *Journal of Medical Education*, 35:696-709.

Lloyd,C.; Gartrell, N.K.(1983). A further assessment of medical students stress. *Journal of Medical Education*, 58:964-967.

Lloyd, C.; Gartrell,N.K.(1984). *Comprehensive Psychiatry*, vol.25, 6.

Lord,F.M.;Novick,M.R.(1968). *Statistical Theories of Mental Test Scores*. Reading, Mass.: Addison-Wesley.

Murphy, J.M. (1981). *Psychiatric instrument development for primary care research: patient self-report questionnaire*. Division of Biometry and Epidemiology, National Institute of Mental Health, Alcohol and Drug Abuse and Mental Health Administration.

Myers,J.K.; Weissman,M.M.(1980). Use of a self-report symptom scale to detect depression in a community sample. *American Journal of Psychiatry* ,137:1081-1084.

Norusis, M.J. (1983). *SPSS-X Introductory statistics guide*. Chicago,SPSS,Inc.

Pitts, F.N.; Winokur,G.; Stewart, M.A.(1961). Psychiatric syndromes, anxiety symptoms and responses to stress in medical students. *American Journal of Psychiatry* ,118:333-340.

Radloff,L.S. (1977). The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. *Applied Psychological Measurement*, 1 (3):385-401.

Raskin,M.(1972).Psychiatric crises of medical students and their implications for subsequent adjustment. *Journal of Medical Education* , 47:210-215.

Raskin, A.; Schulterbrandt, J.; Reating, N. (1967). Factors of psychopathology in interview, ward behavior and self-report ratings of hospitalized depressives. *Journal of Consultant Psychology* , 31:270.

Regier, D.A.; Farmer,M.E.; Rae,D.S.; Locke,B.Z.; Keith,S.J.; Judd,L.L.; Goodwim,F.K. (1990). Comorbidity of Mental Disorders with Alcohol and Other Drug Abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area Study. *Journal of American Medical Association*, 264, 19:2511-2518.

Ring,J.M.;Marquis,P.(1991).Depression in a Latino Immigrant Medical Population. *American Journal of Orthopsychiatry* ,61(2):298-302.

Roberts,R.E.(1980). Reliability of the CES-D scale in different ethnic contexts. *Psychiatry Research* , 2:125-134.

Roberts,R.E.(1987). Epidemiological issues in measuring preventive effects. *Em The Prevention of Depression: Research Directions*, ed. Munoz RF, Washington,D.C.: Hemisphere Publishing.

Roberts,R.E.;Vernon,S.W.(1983).The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale: Its Use in a Community Sample. *American Journal of Psychiatry* , 140:41-46.

Roberts,R.E.;Vernon,S.W.;Rhoades,H.M. (1989). The effects of language and ethnic status on reliability and validity of the CES-D scale with psychiatric patients. *Journal of Mental and Nervous Disorders* 177:581-592.

Roberts,R.E.; Lewinsohn,P.M.; Seeley,J.R.(1991).Screening for Adolescent Depression: a Comparison of Depression Scales. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* , 30,1:58-66.

Roberts,R.E.; Andrews,J.A.; Lewinsohn,P.M.; Hops,H. (1990). Assessment of depression in adolescents using the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale. *Psychological Assessment* , 2:122-128.

Robins,L.N.; Helzer,J.E.; Croughan,J.; Ratcliff,K.S.(1981). National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule: History, characteristics, and validity. *Archives of General Psychiatry*,38:381-389.

Robins,L.N.; Helzer,J.E.; Weissman,M.M.; Orvaschel,H.;Gruenberg,E.;Burke,J.D.;Regier, D.A.(1984). Prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Archives of General Psychiatry*,41:949-958.

Ross,H.E.; Glase,F.B.; Germanson,T.(1988). The prevalence of psychiatric disorders in patients with alcohol and other drug problems: clinical observations. *Archives of General Psychiatry*,43:107-113.

Rounsaville,B.J.; Weissman,M.M.; Kleber,H.D.; Wilber,C.H.(1982).Heterogeneity of psychiatric diagnosis in treated opiate addicts. *Archives of General Psychiatry*,39:161-166.

Rounsaville,B.J.; Kosten,T.R.; Weissman,M.M.; Kleber,H.D.(1985). *Evaluating and Treating Depressive Disorders in Opiate Addicts*. National Institute on Drug Abuse(Rockville) Treatment Research Monograph.

Rounsaville,B.J.; Anton,S.F.; Carroll,K.; Budde,D.; Prusoff,B.A.; Gawin,F.(1991). Psychiatric Diagnoses of Treatment-Seeking Cocaine Abusers. *Archives of General Psychiatry*, 48:43-51.

Sacks,M.A.; Frosh,W.A.; Kesselman, M. (1980). Psychiatric problems in third-year medical students. *American Journal of Psychiatry* , 137:822-825.

Saslow, G.(1956).Psychiatric problems of medical students. *Journal of Medical Education* , 31:27-33.

Sartorius, N.(1979). Research on affective psychoses within the framework of the WHO program. Em *Origin, Prevention and Treatment of Affective Disorders* (ed. M.Schou & E. Strömgen) 207-213. Academic Press, Londres.

Sartorius,N.; Davidian,H.; Ernberg,G.; Fenton,F.R.; Fuhi,I. et al.(1983). *Depressive Disorders in Different Cultures: Report on the WHO Collaborative Study on Standardized Assessment of Depressive Disorders*. Geneva, World Health Organization.

Schonbach,V.J.; Kaplan,B.H.; Grimson,R.C.; Wagner,E.H.(1982). Use of a symptom scale to study the prevalence of a depressive syndrome in young adolescents. *American Journal of Epidemiology*, 106:203-209.

Schwab,J.J.(1974). Perception of social change and depressive symptomatology. *Social Psychiatry*, vol. 1 Eds. Massernab & Schwab, New York: Grune and Stratton.

Schuckit,M.A.(1985).The clinical implications of primary diagnostic groups among alcoholics. *Archives of General Psychiatry*,42:1043-1049.

Schuckit,M.A.(1994). Alcohol and depression: a clinical perspective. *Acta Psychiatrica Scandinavia* , 377:28-32.

Seiler,L.H.(1973).The 22-item scale used in field studies of mental illness: a question of method, a question of substance and a question of theory. *Journal of Health and Social Behavior* , 14:252-164.

Singer,K.(1975).Depressive disorders from a transcultural perspective. *Social Science and Medicine* , 9:289-301.

Shrout, P.E.; Fleiss, J.L.(1981). Reliability and case detection. Em: *What is a case? The Problem of Definition in Psychiatric Community Surveys*, eds. J.K. Wing, P. Bebbington. London:Grant and McIntyre, pp. 117-128.

Shrout,P.E.; Yager,T.J.(1989).Reliability and Validity of Screening Scales: Effect of Reducing Scale Length. *Journal of Clinical Epidemiology* , 42,1:69-78.

Snyder,N.S.; Maldonado,M.(1994). Características Psicométricas de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos en Mujeres Mexicanas Adultas de Áreas Rurales. *Salud Pública de México*,36:200-209.

Spitzer, R.L.; Endicott, J.; Robins, E.(1978).Research Diagnostic Criteria: Rationale and Reliability. *Archives of General Psychiatry* , Vol 35, 773-782.

Stewart,S.M.; Betson,C.; Marshall,I.; Wong,C.M.; Lee,P.W.; Lam,T.H. (1995). Stress and vulnerability in medical students. *Medical Education* , 29(2):119-127.

Susser,M.; Watson,W.; Hopper,K.(1985). *Sociology in Medicine* (3rd edition). New York/Oxford: Oxford University Press.

Valko,R.J.;Clayton,P.J.(1975).Depression in the Internship. *Diseases of the Nervous System*,36:26-29.

Wallen,M.C.; Weiner,H.D. (1989). Impediments to Effective Treatment of Dually Diagnosed Patient. *Journal of Psychoactive Drugs* , 21(2):161-168.

Weiss,R.D.; Mirin,S.M.; Michael,J.L.; Sollogrub,A.C.(1986).Psychopathology in cronic cocaine abuse. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* , 12:17-29.

Weissman,M.M.; Klerman,G.L. (1977). Sex differences and the epidemiology of depression. *Archives of General Psychiatry*, 34, 98:111.

Weissman,M.M.; Myers,J.K. (1978). Affective Disorders in a United States urban community:the use of Research Diagnostic Criteria in an epidemiological survey. *Archives of General Psychiatry*, 35, 1304-1311.

Weissman,M.M.;

Sholomskas,D.;Pottenger,M.,Prusoff,B.A.,Locke,B.Z.(1977).Assessing Depressive Symptoms in Five Psychiatric Populations: A Validation Study. *American Journal of Epidemiology* , 106,3:203-214.

Weissman,M.M.;Fendrich,M.;Warner,V.;Wickramaratne,P.(1992).Incidence of psychiatric disorder in offspring at high and low risk for depression. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31:640-648.

Weissman,M.M.; Myers,J.K.; Leaf,P.J.; Tischler,G.L.; Holzer,C.E.(1986). The Affective Disorders; results from the Epidemiological Catchment Area. Em: *New Results in Depression Research* (eds.Hippius,Klerman & Matussek). Berlin/Heidelberg: Springer.

Wells, V.E.; Klerman, G.L.; Deykin, E.Y. (1987). The prevalence of depressive symptoms in college students. *Social Psychiatry*,22:20-28.

Wong,J.L.; Whitaker,D.J.(1994).The Stability and Prediction of Depressive Mood States in College Students. *Journal of Clinical Psychology*,50,5:715-722.

Yamaguchi,N.; Motoyoshi,S.; Masashi,H.; Hiroyasu,S.(1994). Early intervention and treatment of depressive and manic states among university students. *Nippon Rinsho*, 52(5):1383-7.

Zung, W.W.K. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*, 12:63-68.

ANEXO 1

Escala para rastreamento populacional para depressão CES-D (Center for Epidemiologic Studies - Depression)

Instruções:

Segue abaixo uma lista de tipos de sentimentos e comportamentos .

Solicitamos que você assinale a frequência com que tenha se sentido desta maneira durante a semana passada.

DURANTE A ÚLTIMA SEMANA:

- 01.Senti-me incomodado com coisas que habitualmente não me incomodam.
- 02.Não tive vontade de comer; tive pouco apetite.
- 03.Senti não conseguir melhorar meu estado de ânimo mesmo com a ajuda de familiares e amigos.
- 04.Senti-me,comparando-me às outras pessoas, tendo tanto valor quanto a maioria delas.
- 05.Senti dificuldade em me concentrar no que estava fazendo.
- 06.Senti-me deprimido.
- 07.Senti que tive que fazer esforço para dar conta das minhas tarefas habituais.
- 08.Senti-me otimista com relação ao futuro.
- 09.Considerei que minha vida tinha sido um fracasso.
- 10.Senti-me amedrontado.
- 11.Meu sono não foi repousante.
- 12.Estive feliz.
- 13.Falei menos que o habitual.
- 14.Senti-me sozinho.
- 15.As pessoas não foram amistosas comigo.
- 16.Aproveitei minha vida.
- 17.Tive crises de choro.
- 18.Senti-me triste.
- 19.Senti que as pessoas não gostavam de mim.
- 20.Não consegui levar adiante minhas coisas.

Pontuação:

- 0 - raramente ou nunca (menos que 1 dia).
- 1 - durante pouco ou algum tempo(1 ou 2 dias).
- 2 - ocasionalmente ou durante um tempo moderado (3 a 4 dias).

3 - durante a maior parte do tempo ou todo o tempo(5 a 7 dias).

ANEXO 2

Procedimentos de cálculo de sensibilidade, especificidade, valores preditivos positivo e negativo e índice de classificação incorreta para diversos pontos de corte da escala utilizando os diagnósticos psiquiátricos tendo o RDC como padrão-ouro.

		DIAGNÓSTICO		
		PRESENTE	AUSENTE	
CES-D	maior ou igual ao ponto de corte	a	b	a+b
CES-D	menor que o ponto de corte	c	d	c+d
		a+c	b+d	a+b+c+d

onde,

a são os verdadeiro-positivos

c são os falso-negativos

e,

sensibilidade = $a / a+c$

valor preditivo positivo = $a / a+b$

índice de classificação incorreta = $c+b / a+b+c+d$.

b são os falso-positivos,

d são os verdadeiro-negativos

especificidade = $d / b+d$

valor preditivo negativo = $d / c+d$