



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROPSIQUIATRIA E CIÊNCIAS DO
COMPORTAMENTO

MARINA ARAÚJO ROSAS

**ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DA DEPRESSION COPING SELF-EFFICACY
SCALE PARA USO NO BRASIL**

Recife

2021

MARINA ARAÚJO ROSAS

**ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DA DEPRESSION COPING SELF-EFFICACY
SCALE PARA USO NO BRASIL**

Tese submetida à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento.

Área de concentração: Neurociências.

Orientador: Prof.^o Dr. Murilo Duarte da Costa Lima

Coorientadora: Prof.^a Dra. Selene Cordeiro Vasconcelos

Recife

2021

Catálogo na Fonte
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

R789a Rosas, Marina Araújo.
Adaptação transcultural da *depression coping self-efficacy scale* para uso no Brasil / Marina Araújo Rosas. – 2021.
121 f.: il.; 30 cm.

Orientador: Murilo Duarte da Costa Lima.
Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS. Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento. Recife, 2021.
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Adaptação transcultural. 2. Autoeficácia. 3. Depressão. 4. Psicometria. I. Lima, Murilo Duarte da Costa (Orientador). II. Título.

615.8 CDD (20.ed.) UFPE (CCS2021-113)

MARINA ARAÚJO ROSAS

**ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DA DEPRESSION COPING SELF-EFFICACY
SCALE PARA USO NO BRASIL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento.

Aprovada em 16/04/2021

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Rosana Christine Cavalcanti Ximenes (Presidente da Banca)
Universidade Federal de Pernambuco – CAV

Prof.^a Dra. Selene Cordeiro Vasconcelos (Examinadora Externa)
Universidade Federal da Paraíba

Prof.^a Dra. Iracema da Silva Frazão (Examinadora Externa)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof.^a Dra. Tatiane Gomes Guedes (Examinadora Externa)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof.^a Dra. Vera Lúcia Dutra Facundes (Examinadora Externa)
Universidade Federal de Pernambuco

Acima de tudo, à Deus. A Ele seja dado todo o louvor.

Aos meus gêmeos (*in memoriam*) Marcelo e “anjinha”, que me ensinaram a ressignificar a dor, transformando-a em força e saudade; à Maria Gabriela, minha filha amada, pela felicidade extrema que me proporciona em vivenciar a maternidade, diariamente, por meio desse amor inexplicável.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por estar à frente de todos os meus passos, enviando respostas, mediante várias maneiras, para que eu não desista dos meus sonhos. *Entrega teu caminho ao Senhor, confia nEle, e o mais, Ele fará.*

Ao meu esposo, Rogério Souza, pelo companheirismo e incentivo em todas as etapas da minha trajetória pessoal e profissional, e à minha filha, Maria Gabriela, pelo amor, alegria e paz que me proporciona, trazendo leveza aos meus dias. Amo vocês!

À minha mãe, Fátima, por sua resiliência, dedicação, orações, torcida e cuidado, agora estendidos à minha filha. Ao meu pai, Marivaldo Rosas, por seu exemplo de pessoa e professor, que acredita na educação como ferramenta libertadora de transformação social e por seu estímulo à busca contínua pelo conhecimento.

Aos meus irmãos, Mário e Manuela, por sempre acreditarem e torcerem por mim, e à Maísa, pelo incentivo, apoio e cuidado tanto comigo quanto com Gabi! Aos meus sobrinhos amados, Miguel, Laura, Mário Júnior e Mariana, pela alegria que me proporcionam e aos meus cunhados, Mônica e Wagner, pelas orações para que tudo transcorresse bem.

Aos meus sogros, Maria José e Edmário, pelo apoio, principalmente nos momentos cruciais, cuidando com muito amor e dedicação do nosso tesouro, Gabi.

Ao meu orientador, Professor Doutor Murilo Lima, por sua receptividade, orientações e, especialmente, sua gentileza, durante toda a minha trajetória no curso de doutorado.

À minha coorientadora Professora Selene Vasconcelos, por seu exemplo de força, fé, perseverança e alegria, mesmo nos momentos mais críticos, me inspirando a continuar, apesar das adversidades e por suas valiosas contribuições, que viabilizaram o desenvolvimento desta pesquisa. Obrigada por tudo e por tanto!

À professora Doutora Suzanne Perraud, pela sua generosidade em autorizar o uso da *Depression Coping Self-Efficacy Scale* e colaborar com as etapas desta pesquisa.

Aos meus auxiliares de pesquisa, Bruno Bezerra, Mayelle Marinho e Nathália Aguiar, pela presteza, disponibilidade e cooperação.

Às instituições que autorizaram a coleta de dados, aos profissionais que me acolheram e a todos os voluntários que, gentilmente, dispuseram do seu tempo e experiência de vida para contribuir com esta pesquisa.

Às integrantes do comitê de especialistas, pela disponibilidade e valiosas contribuições ao desenvolvimento da pesquisa. E às participantes da banca de qualificação, que colaboram, com excelentes reflexões, para o amadurecimento deste estudo.

Às componentes da Banca Examinadora, professoras Doutoradas Iracema da Silva Frazão, Rosana Christine Cavalcanti Ximenes, Tatiane Gomes Guedes, Vera Lúcia Dutra Facundes, por aceitarem o convite para avaliar esta tese e colaborar com o aperfeiçoamento da mesma, por meio de suas contribuições.

Aos membros do Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, pela disponibilidade e apoio acadêmico. E aos colegas de turma de doutorado, especialmente às que estiveram mais perto, pelo apoio e acolhimento, sobretudo nos primeiros anos dessa jornada.

A todos os membros do Departamento de Terapia Ocupacional, meu lugar de formação e atualmente, com muita satisfação, de trabalho. Obrigada pela torcida e incentivo de cada um: professores, técnicos-administrativos, demais funcionários, alunos e ex-alunos, pela realização e conclusão deste curso de doutorado.

À Kátia Magdala, Valéria Moura, Luziana Maranhão e Cinthia Alves, pela confiança e suporte administrativo, essenciais à conclusão dessa etapa. À Aneide Rabelo, pelo apoio em diversos momentos da minha jornada, especialmente, durante este último ano e à Marina Maria, por seus alertas para me manter no foco.

À professora Doutora Jane Palmeira e à Ada Salvetti, por colaborarem, em diferentes momentos, com o resultado desta pesquisa. Amplio a gratidão à todas as pessoas que estavam na torcida, emanando boas vibrações para que o percurso fosse transcorrido com sabedoria. Aos que contribuíram, direta ou indiretamente, para a realização desta pesquisa. Muito obrigada!

“ Porque há esperança para a árvore, pois, mesmo cortada, ainda se renovará, e não cessarão os seus rebentos. Se envelhecer na terra a sua raiz, e no chão morrer o seu tronco, ao cheiro das águas brotará e dará ramos como a planta nova” (BÍBLIA, JÓ, 14. 7-9, p. 364).

RESUMO

A depressão é um transtorno do humor caracterizada por sintomas físicos e emocionais, pode estar associada a diversas comorbidades e provocar incapacidade nos indivíduos, demandando um aumento na assistência profissional para as pessoas deprimidas. Dentre a sintomatologia depressiva estão as alterações na cognição e essa, influencia na autoeficácia, que é um construto referente à expectativa que um indivíduo tem sobre seu próprio desempenho em alcançar algum resultado esperado. A autoeficácia tem relação com a depressão e sua mensuração pode auxiliar na prática clínica, por isso, a *Depression Coping Self-Efficacy Scale*, instrumento que avalia a autoeficácia de pessoas no enfrentamento da depressão, foi selecionado para utilização na presente pesquisa, que tem como objetivo geral a adaptação transcultural da *Depression Coping Self-Efficacy Scale* para o contexto brasileiro. Para tanto, a pesquisa, com característica metodológica, foi composta por cinco etapas: traduções, síntese das traduções, retrotradução, revisão por um comitê de especialistas e pré-teste. As primeiras três etapas foram realizadas por profissionais contratados para tal finalidade e os membros da equipe de pesquisa. O comitê de especialistas, contou com a colaboração de cinco profissionais de áreas de interesse do estudo e o pré-teste, com uma amostra de 40 pessoas cujas características foram representativas do público-alvo da *Depression Coping Self-Efficacy Scale*. Como resultados, tem-se que a *Depression Coping Self-Efficacy Scale* foi traduzida e retraduzida satisfatoriamente, com boa avaliação, por parte do comitê de especialistas, apresentando as seguintes médias dos índices de concordância, em relação as equivalências: semântica (99,26), idiomática (100), experiencial (100) e conceitual (100). A média do Coeficiente de Validade de Conteúdo da clareza de linguagem, pertinência prática e relevância teórica foi de 0,94. A avaliação do comitê de especialistas ainda resultou em algumas mudanças na estrutura do texto dos itens do instrumento e a nova versão foi aplicada numa amostra de pré-teste, caracterizada por um público 90% feminino, com faixa etária dos 25 aos 59 anos (75%), cor parda (55%), grau de escolaridade entre 9 e 11 anos (55%), vínculo empregatício formal ou informal (52,5%) e renda familiar de até um salário mínimo (30%). Os resultados do pré-teste ainda permitiram a obtenção do Alfa de Cronbach (0,82) e da validade concorrente, revelando relação inversa entre os escores da *Depression Coping Self-*

Efficacy Scale e o Inventário de Beck. Além disso, por meio da avaliação semântica da amostra pré-final, o instrumento foi avaliado e recebeu sugestões de mudanças que foram revistas pela equipe de pesquisa, com a mediação da pesquisadora principal. Conclui-se que o instrumento é de fácil aplicação e baixo custo, sendo satisfatório o processo de adaptação transcultural para o contexto brasileiro. A contribuição do estudo corresponde a utilidade clínica da escala, pelo potencial de colaborar com a prática dos profissionais da área da saúde mental, bem como, para finalidade de pesquisas, por ser uma ferramenta útil à investigação de cunho científico.

Palavras-chave: Adaptação Transcultural. Autoeficácia. Depressão. Psicometria.

ABSTRACT

Depression is a mood disorder characterized by physical and emotional symptoms, it can be associated with several comorbidities and cause disability in individuals, requiring an increase in professional assistance for depressed people. Among the depressive symptoms are changes in cognition and this influences self-efficacy, which is a construct referring to the expectation that an individual has about his own performance in achieving some expected result. Self-efficacy is related to depression and its measurement can help in clinical practice, therefore, the Depression Coping Self-Efficacy Scale, an instrument that assesses people's self-efficacy in coping with depression, was selected for use in this research, which has as its general objective the cross-cultural adaptation of the Depression Coping Self-Efficacy Scale for the Brazilian context. For this purpose, the research, with a methodological characteristic, was composed of five stages: translations, synthesis of translations, back-translation, review by a committee of experts and pre-test. The first three stages were performed by professionals hired for this purpose and the members of the research team. The expert committee counted on the collaboration of five professionals from areas of interest in the study and the pre-test, with a sample of 40 people whose characteristics were representative of the target audience of the Depression Coping Self-Efficacy Scale. As a result, it is clear that the Depression Coping Self-Efficacy Scale was translated and back-translated satisfactorily, with good evaluation, by the expert committee, presenting the following averages of the agreement indexes, in relation to the equivalences: semantics (99.26), idiomatic (100), experiential (100) and conceptual (100). The average of the Content Validity Coefficient for language clarity, practical relevance and theoretical relevance was 0.94. The expert committee's evaluation also resulted in some changes in the text structure of the instrument's items and the new version was applied to a pre-test sample, characterized by a 90% female audience, aged 25 to 59 years (75 %), brown color (55%), education level between 9 and 11 years old (55%), formal or informal employment (52.5%) and family income of up to one minimum wage (30%). The results of the pre-test also allowed obtaining Cronbach's alpha (0.82) and concurrent validity, revealing an inverse relationship between the Depression Coping Self-Efficacy Scale scores and the Beck Inventory. In addition, through the semantic evaluation of the pre-final sample, the instrument was evaluated and received suggestions for changes that were reviewed by the research

team, with the mediation of the main researcher. We conclude that the instrument is easy to apply and low cost, and the process of cross-cultural adaptation to the Brazilian context is satisfactory. The contribution of the study corresponds to the clinical utility of the scale, due to the potential to collaborate with the practice of professionals in the mental health area, as well as, for research purposes, because it is a useful tool for scientific investigation.

Keywords: Transcultural adaptation. Self-efficacy. Depression. Psychometrics.

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica em Saúde
Aids	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APA	<i>American Psychiatric Association</i>
ASES-8	<i>Arthritis Self-Efficacy Scale-8</i>
AUDIT	<i>Alcohol Use Disorders Identification Test</i>
BAID-IJ	Bateria de Avaliação de Indicadores de Depressão Infantojuvenil
BDI	Inventário de Beck
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CID-10	Classificação Internacional de Doenças
CL	Clareza de linguagem
CLPe	Clareza de linguagem com cálculo de erro
COVID-19	<i>Corona Virus Disease 2019</i>
CVC	Coeficiente de Validade de Conteúdo
DCSES	<i>Depression Coping Self-Efficacy Scale</i>
DCSES-K	<i>Depression Coping Self-Efficacy Scale -versão coreana</i>
DEGTES	Diretoria Geral de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde
DS	Distrito Sanitário
DSM-IV	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 4ª ed
DSM-5	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ªed
EADA	<i>Escala de Autoeficacia para la Depressión en Adolescentes</i>
eSF	Equipe de Saúde da Família
FDS	<i>Food and Drug Administration</i>
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HCV-TSE	<i>Chronic hepatitis C Viral Infection Treatment Self-Efficacy</i>
HD	<i>Hard Disk</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Índice de Concordância
IRSN	Inibidores de recaptação de dopamina e norepinefrina
ISRS	Inibidores seletivos da recaptação de serotonina
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica

PP	Pertinência prática
PPPe	Pertinência prática com cálculo de erro
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RT	Relevância Teórica
RTPe	Relevância Teórica com cálculo de erro
SEQ-DA	<i>Self-Efficacy Questionnaire for Depression in Adolescents</i>
SM	Salário Mínimo
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SSES-C	<i>Seizure Self-Efficacy Scale for Children</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
T1	Tradução 1
T2	Tradução 2
T-12	Síntese das traduções 1 e 2
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TSC	Teoria Social Cognitiva
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USF	Unidades de Saúde da Família
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	21
2.1	DEPRESSÃO	21
2.2	AUTOEFICÁCIA NA DEPRESSÃO	23
2.3	INSTRUMENTOS PARA MEDIR A AUTOEFICÁCIA NA DEPRESSÃO	26
2.4	<i>DEPRESSION COPING SELF-EFFICACY SCALE</i>	29
3	OBJETIVOS	34
3.1	GERAL	34
3.2	ESPECÍFICOS	34
4	MÉTODO	35
4.1	TIPO DO ESTUDO	35
4.2	DIRETRIZES PARA O PROCESSO DE ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DA <i>DEPRESSION COPING SELF-EFFICACY SCALE</i>	35
4.2.1	Etapa I: tradução inicial	36
4.2.2	Etapa II: síntese das traduções	37
4.2.3	Etapa III: tradução de volta ao idioma original (<i>back-translation</i>)	37
4.2.4	Etapa IV: revisão por um comitê de especialistas	38
4.2.5	Etapa V: pré-teste	40
4.3	CENÁRIO DA PESQUISA	41
4.4	POPULAÇÃO E AMOSTRA DA PESQUISA	42
4.4.1	Participantes do Comitê de Especialistas	42
4.4.2	Participantes do Pré-teste	43
4.5	ANÁLISE DOS DADOS	45
4.6	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	47
5	RESULTADOS	49
5.1	TRADUÇÃO, SÍNTESE E RETROTRADUÇÃO	49
5.2	CARACTERIZAÇÃO DOS ESPECIALISTAS	49
5.3	VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO – COMITÊ DE ESPECIALISTAS	50

5.4	PRÉ-TESTE	62
5.4.1	Caracterização sociodemográfica e condição de saúde da amostra pré-final	62
5.4.2	Autoeficácia da amostra pré-final	64
5.4.3	Validação de face, avaliação semântica e confiabilidade da DCSES obtidas na amostra pré-final	66
6	DISCUSSÃO	71
7	LIMITAÇÕES DO ESTUDO	82
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	83
	REFERÊNCIAS	85
	APÊNDICE A – FORMULÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E CONDIÇÃO DE SAÚDE	102
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOS PARTICIPANTES DO PRÉ-TESTE	104
	APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO COMITÊ DE ESPECIALISTAS	106
	APÊNDICE D – DEPRESSION COPING SELF-EFFICACY SCALE (VERSÃO PÓS PRÉ-TESTE)	108
	APÊNDICE E – ARTIGO PUBLICADO: PRODUTO DA TESE DE DOUTORADO	110
	ANEXO A – DEPRESSION COPING SELF-EFFICACY SCALE (VERSÃO ORIGINAL)	111
	ANEXO B – CONFIRMAÇÃO DOS ESCORES DA DEPRESSION COPING SELF-EFFICACY SCALE POR SUZANNE PERRAUD	113
	ANEXO C – AUTORIZAÇÃO PARA ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DA DEPRESSION COPING SELF-EFFICACY SCALE	114
	ANEXO D – APROVAÇÃO DA BACK-TRANSLATION DA DEPRESSION COPING SELF-EFFICACY SCALE	115
	ANEXO E – INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK (BDI)	116
	ANEXO F – MINI EXAME DO ESTADO MENTAL	118

ANEXO G – ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST	119
ANEXO H – APROVAÇÃO DO PROJETO NO COMITÉ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS	120
ANEXO I – HISTÓRICO ESCOLAR DO CURSO DE DOUTORADO.	121

1 INTRODUÇÃO

A depressão é um transtorno do humor caracterizada por um conjunto de sintomas psicológicos e físicos associados a diversas comorbidades, incapacidades e suicídio, que ocasiona uma perda na qualidade de vida do sujeito, afetando suas relações e causando grande sofrimento psíquico (ALMEIDA; FARO, 2016).

O quadro tem como principais sintomas: humor deprimido na maior parte do tempo, perda de interesse ou prazer nas atividades diárias, apatia, falta de confiança, alterações no peso, apetite, sono e atividade psicomotora (STOPA *et al.*, 2015).

Com aumento do número de casos em países em desenvolvimento, mundialmente, mais de 300 milhões de pessoas convivem com a depressão e, em uma projeção, estipula-se que em 2030 a doença será primeira causa de incapacidade em saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

Situações que envolvem sentimento de insegurança, impotência, desesperança, tristeza, raiva, dentre outros, podem favorecer o aparecimento de sintomas depressivos (DOS SANTOS COSTA; GONÇALVES, 2020).

Após a *World Health Organization* (WHO) declarar uma pandemia, acarretada pelo novo coronavírus, a Covid-19 (acrônimo para *Corona Virus Disease 2019*), no primeiro trimestre de 2020, um aumento substancial de casos confirmados, somados a natureza inesperada da doença e a necessidade de controle para a garantia de assistência adequada em saúde, trouxe a urgência em recomendar mudanças de comportamento da sociedade, incluindo medidas de isolamento e distanciamento social (BROOKS *et al.*, 2020).

As medidas necessárias para tentar conter a pandemia da Covid-19, acrescidas das próprias características da doença, pode ter contribuído, segundo uma metaanálise, para o aumento da prevalência dos casos de depressão, na população mundial, em 33,7% (IC 95%: 27,5–40,6) (SALARI *et al.*, 2020).

No Brasil, um estudo que abarcou todas as macrorregiões do país, revelou que sentimentos frequentes relacionados à tristeza e depressão estavam presentes em 40% da população adulta (BARROS *et al.*, 2020).

Frente a essas estimativas de aumentos de casos de depressão, advindas do impacto da pandemia, acrescidos aos casos já previamente estimados, é necessário o desenvolvimento de ferramentas de intervenção em saúde mental para a população,

considerando as características particulares dos grupos sociais (ZWIELEWSKI *et. al.*,2020).

O tratamento da depressão, no setor público do Brasil, é ofertado por meio da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída em 2011 por meio do Ministério da Saúde, cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de equipamentos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A RAPS, prevê-se a atuação de vários profissionais de saúde e assistência em diversos âmbitos, desde a atenção básica até ao atendimento em aparelhos de saúde de alta complexidade (BRASIL, 2011).

A Atenção Básica em Saúde (ABS), regulamentada pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecida pela Portaria 648 de 28 de março de 2006 (BRASIL, 2006) e considerada como o primeiro nível de contato da população com o sistema de saúde e ordenadora do fluxo dos usuários, nos diferentes serviços de atenção.

A Equipe de Saúde da Família (eSF) realiza as ações preconizadas na ABS e dentre as competências e responsabilidades, destaca-se o cuidado em saúde mental, geralmente realizado por meio de grupos terapêuticos, assistência familiar, redes de apoio social e/ou pessoal, grupos de convivência, grupos de geração de renda, entre outros (BRASIL, 2013).

Em relação ao setor privado, Silva e Costa (2011) apontam as relações entre a assistência em saúde mental e os interesses do mercado, que, por vezes, entram em discordância com os preceitos do SUS. Salienta-se, que para a presente pesquisa, o enfoque ocorreu para os serviços de âmbito público brasileiro, porém, sem exclusão de participantes da esfera particular.

Os profissionais de saúde devem estar aptos a perceber a sintomatologia da depressão para direcionar o indivíduo de tal forma que esse possa retomar sua vida e conduzi-la normalmente dentro de suas capacidades e limitações (MELLO; TEIXEIRA, 2011). Para nortear uma prática baseada em evidências é indicado que os profissionais elenquem um referencial teórico que possibilite também a obtenção de dados objetivos com o intuito de comparar as informações coletadas antes e após as intervenções realizadas (ELY; NUNES; DE FRANCISCO, 2014).

Nessa perspectiva, a autoeficácia, construto desenvolvido por Albert Bandura, foi integrada à Teoria Social Cognitiva e tem sido abordada para a aquisição de comportamentos saudáveis e como estratégia para o enfrentamento de situações estressantes (PAJARES; OLAZ, 2008; SHEERAN *et al.*, 2016).

Para Bandura, Adams e Beyer (1977), autoeficácia é a crença ou a confiança pessoal quanto à própria capacidade para realizar uma ação específica necessária à obtenção de um determinado resultado. A adesão de uma pessoa a uma determinada atividade ou comportamento relaciona-se à sua confiança de que será capaz de desenvolvê-lo com sucesso (BANDURA, 1997).

A cognição exerce influência sobre a capacidade das pessoas de construir a realidade, de autorregular-se, de codificar informações e executar comportamentos (BANDURA; ADAMS; BEYER, 1977), prevendo acontecimentos e planejando comportamentos (FONTAINE, 2005). Já a autoeficácia, entendida como parte dos fatores pessoais, é a expectativa no próprio desempenho para alcançar um resultado esperado (BANDURA, 1989).

Segundo Perraud *et al.* (2006) a autoeficácia pode ser um indicativo de que um indivíduo poderá iniciar e continuar a desempenhar comportamentos benéficos para o controle dos sintomas depressivos. Entretanto, para obter-se a mensuração da autoeficácia e produzir evidências científicas, é necessário utilizar medidas válidas e confiáveis (VASCONCELOS, 2015).

O processo de desenvolvimento de um instrumento válido e confiável, frequentemente, é mais oneroso se comparado à adaptação transcultural de um outro que se propõe a medir o mesmo construto (ARAÚJO *et al.*, 2020), portanto, optou-se por adaptar transculturalmente a *Depression Coping Self-Efficacy Scale* (DCSES) na presente pesquisa, devido ao rigoroso processo metodológico de seu desenvolvimento, realizado por Suzanne Perraud, às suas propriedades psicométricas e por ter sido elaborada com intuito de mensurar a autoeficácia para o enfrentamento dos sintomas depressivos (PERRAUD, 2000).

No entanto, os instrumentos que mensuram um fenômeno de saúde necessitam passar por um sistemático processo de adaptação transcultural, considerando a realidade local ou regional da população alvo para sua utilização em diferentes cenários do cuidar (VICTOR; XIMENES; ALMEIDA, 2008). A escolha de instrumentos validados para mensuração de um determinado fenômeno, para nortear as intervenções nos

cuidados de saúde, pode contribuir para a adoção de estratégias mais adequadas (FORMIGONI; CASTEL, 1999; MATOS *et al.*, 2012).

Tendo em vista a problemática abordada, elaborou-se a pergunta condutora: qual o resultado da adaptação transcultural da *Depression Coping Self-Efficacy Scale* (DCSES) para o contexto brasileiro? Considerando a depressão tem prevalência e incidência significativa na população brasileira e que as estratégias de autoeficácia podem auxiliar no norteamento de ações das eSF e de outros profissionais da rede de atenção à saúde.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Na presente fundamentação teórica, exposta neste capítulo, serão abordados os temas relacionados a depressão, a autoeficácia no enfrentamento da depressão, o uso de instrumentos para medir a autoeficácia na depressão e o instrumento *Depression Coping Self-Efficacy Scale* (DCSES).

2.1 DEPRESSÃO

A depressão é decorrente de uma conexão complexa de fatores diversos, tais como genético (LAFER; VALLADA FILHO, 1999), bioquímico (VISMARI; ALVES; PALERMO-NETO, 2008), psicológicos, familiares e sociais (TEODORO; CARDOSO; FREITAS, 2010). É classificada como um grupo de transtornos que são manifestados com uma certa intensidade, frequência e duração (CARREIRA *et al.*, 2011).

Na Classificação Internacional de Doenças (CID-10), a depressão está inserida nos itens F32-F33, com diferentes graus, a saber: leve, moderado ou grave (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1994).

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 5ª edição (DSM-5), para que seja considerado o diagnóstico de depressão maior é necessário que durante, pelo menos, um período de duas semanas, cinco dos seguintes sintomas estejam presentes: diminuição do prazer em realizar atividades, humor rebaixado durante boa parte do tempo e dias, falta ou excesso de sono, desordens psicomotoras como agitação ou lentidão motora, fadiga frequente, dificuldades na concentração, sentimentos de inutilidade e culpa e pensamentos recorrentes de morte. Desses, o humor deprimido e a volição alterada em exercer atividades precisam estar presentes (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Segundo Del Porto (1999), a depressão pode ser um sintoma, quando aparece em vários quadros clínicos, como o estresse pós-traumático, esquizofrenia, dentre outros e ainda como consequência de vivências relacionadas a fatores socioeconômicos desfavoráveis e/ou situações estressoras, como, por exemplo, a circunstâncias provocadas pela pandemia da Covid-19 (WHO, 2020).

Para o diagnóstico da depressão, deve ser realizada uma avaliação com destaque para o grau de comprometimento funcional e do bem-estar do indivíduo,

considerando: história prévia, uso abusivo de substâncias psicoativas, presença de humor deprimido, alterações no padrão do sono e vigília, perda do prazer em realizar atividades cotidianas, bem como mudanças nas relações sociais (BRASIL, 2013).

O tratamento da depressão é direcionado conforme algumas variáveis, como: os fatores que desencadearam a crise, a sintomatologia apresentada pelo indivíduo, pela gravidade do quadro (incluindo o risco de suicídio) e a abordagem do profissional. Ele pode ser tanto farmacológico quanto não farmacológico e, preferencialmente, associados, visto que essa combinação pode aumentar a eficácia do tratamento e redução do risco de recaídas (NOGUEIRA *et al.*, 2018; ZANETTI *et al.*, 2017).

Quanto ao tratamento farmacológico, destacam-se: os inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS), inibidores de recaptação de serotonina e noradrenalina (IRSN), inibidores de recaptação de dopamina e norepinefrina (ISRN), dentre outros, utilizados, contudo, a escolha do tipo de terapêutica é de critério médico e depende do perfil apresentado pelo indivíduo e os efeitos adversos (WYSKA, 2019). A *Food and Drug Administration* (FDA), aprovou, em 2019, o uso da esketamina intranasal em casos de depressão resistente ao tratamento, em adultos, entretanto, tal fármaco, apesar de sua ação rápida, ainda deve ser utilizado de forma cautelosa e seguindo rígidos protocolos de segurança (CORRIGER; PIKERING, 2019).

Em relação à assistência não farmacológica, pode-se considerar vários tipos de tratamentos, como a psicoterapia e suas diversas modalidades (CIZIL; BELUCO, 2019; TENG; HUMES; DEMETRIO, 2005), práticas de exercícios físicos e hidroterápicos (SANTOS *et al.*, 2019; SILVA; VIEIRA; BRITO, 2019), participação em grupos com terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, enfermeiros (CAMPOS; FEITOSA, 2018) além de diversas práticas integrativas e complementares (CARVALHO; NÓBREGA, 2017; MEDEIROS, 2020).

Quando se considera a ocorrência de depressão, associada a um contexto específico, como exemplo o provocado pela pandemia da Covid-19, é sugerido que o tratamento seja baseado em ações não-farmacológicas, inicialmente, focando na capacitação dos indivíduos em lidar com os fatores estressantes (HUREMOVIĆ, 2019).

Vieira (2012) ressalta que o tratamento mais eficaz na depressão é o realizado por uma equipe multiprofissional, na qual as diferentes atuações tenham direcionamentos voltados para o manejo clínico individual para cada caso, devido aos diferentes estágios da sintomatologia depressiva.

Além de realizar o tratamento, o autogerenciamento dos sintomas da depressão pode ser uma estratégia para prevenção de recaídas e melhoria na qualidade de vida dos indivíduos deprimidos (HOULE *et al.*, 2013) e o desempenho bem-sucedido nas atividades de enfrentamento dos sintomas pode resultar em alívio dos mesmos. Nesse sentido, a confiança na capacidade de execução de tais atividades aumenta a probabilidade de que o indivíduo concretize tais ações, apesar dos obstáculos (PERRAUD *et al.*, 2006).

2.2 AUTOEFICÁCIA NA DEPRESSÃO

A autoeficácia, construto desenvolvido pelo psicólogo canadense Albert Bandura, refere-se a crença que um indivíduo tem de que pode executar tarefas com sucesso, inclusive aquelas necessárias para controlar situações estressantes (BANDURA; 1997).

A teoria da autoeficácia supõe que a confiança em alcançar determinados objetivos motiva os indivíduos a iniciarem comportamentos que os levem a tal escopo (BARROS; BATISTA-DOS-SANTOS, 2010). Essa hipótese tem raízes na Teoria Social Cognitiva (TSC), que explica o comportamento humano segundo um modelo de tríade em que a conduta, os fatores pessoais e o ambiente externo atuam de forma interativa e recíproca (BANDURA, 2008).

Bandura (1986) afirma que a expectativa que uma pessoa tem sobre um dado comportamento, determinará se ele será iniciado e mantido e que a autoeficácia está relacionada com um julgamento pessoal sobre o que se pode fazer com as habilidades que possui. Bandura (1997) ainda afirma que essas crenças de autoeficácia determinam sentimentos, pensamentos, motivação e comportamento dos indivíduos.

Soria e Martínez (2006) completam que a autoeficácia tem alicerce nas crenças pessoais e que o senso de autoeficácia elevado ou diminuído, de um indivíduo, depende do julgamento pessoal a respeito de sua própria capacidade. Dessa forma, essa crença pode afetar suas escolhas e, conseqüentemente, o desempenho em realizar atividades.

A autoeficácia é composta por dois elementos, denominados de “expectativas”. Uma refere-se à “expectativa de resultados”, que é uma estimativa sobre a consequência de uma ação, ou seja, que um determinado comportamento vai gerar um resultado esperado. Já a “expectativa de eficácia” é uma convicção de que pode

realizar, com sucesso, um determinado comportamento necessário para produzir um resultado esperado ou para controlar eventos negativos (BANDURA, 1978; BANDURA, ADAMS, BEYER, 1977; SORIA; MARTÍNEZ; 2006).

As crenças de autoeficácia podem facilitar ou atrapalhar as condições de enfrentamento de situações diversas na vida de um indivíduo, tendo as conquistas positivas (alcance de resultados esperados), efeitos benéficos para que uma pessoa persista em um determinado comportamento para transpor obstáculos (BANDURA, 1997). Isto se aplica às situações de enfrentamento para manutenção da saúde, visto que quanto maior a autoeficácia de um indivíduo, maiores chances de realização das atividades direcionadas à prevenção de doenças e/ou adesão aos tratamentos (WU; TANG; KWOK, 2004).

Devido à natureza dos sintomas da depressão, que incluem, redução do prazer em atividades significativas, sentimentos de inutilidade e culpa excessiva, pensamentos recorrentes de morte, atenuação da capacidade de pensamento, concentração e na tomada de decisões (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014), Bandura (1986) afirma que pessoas deprimidas, comumente apresentam baixo senso de autoeficácia, por não confiarem em suas habilidades de seguir as orientações prescritas e isso favorece um prognóstico desfavorável, visto que a autoeficácia é específica para um determinado momento e situação (DOBRÁNSZKY; MACHADO, 2001; KAVANAGH, 1992).

Estudos têm sugerido correlação entre a depressão e autoeficácia, sendo essa última, um importante mediador para lidar com a sintomatologia depressiva (FIORI *et al*, 2006; TONGE *et al.*, 2005; SERRA TAYLOR; IRIZARRY-ROBLES, 2015) e o baixo senso de autoeficácia tem como consequência uma motivação reduzida, diminuição de esforços para atenuar os sintomas e limitação da capacidade do indivíduo em lidar com a depressão (TUCKER; BRUST; RICHARDSON, 2002).

Bandura (1997) afirma que é um desafio, para os profissionais, auxiliar as pessoas com depressão realizar os comportamentos e ações que favorecem a melhora nos sintomas. Perraud (2000) traz que o aumento na autoeficácia no enfrentamento da depressão pode reestabelecer a funcionalidade geral e favorecer a capacidade de lidar com os sintomas da depressão.

Sendo assim, um instrumento que se propõe a medir a autoeficácia no enfrentamento da depressão pode auxiliar as pessoas com depressão e os

profissionais a identificarem as áreas com menor confiança e concentrar os esforços de tratamento nelas (PERRAUD *et al.*, 2006).

Considerando a relevância do construto da autoeficácia para o entendimento e possibilidade de melhor direcionamento, pelos profissionais, de suas condutas com o público-alvo, diversos autores têm conduzido suas pesquisas, na área da saúde, para o desenvolvimento e/ou adaptação transcultural e validação de instrumentos para mensurar a autoeficácia, em situações variadas, tais como:

- Amamentação, o *Breastfeeding Self-Efficacy Scale* (versão completa e reduzida), com possibilidade de aplicação pré e pós-natal (BRANDÃO *et al.*, 2018; DAI; DENNIS, 2003; DENNIS, 2003; ZUBARAN *et al.*, 2010).
- Câncer de mama, o *Breast Cancer Survivor Self-Efficacy Scale* (CHAMPION *et al.*, 2013), utilizando a *General perceived self-efficacy* (MYSTAKIDOU *et al.*, 2008) com pacientes de câncer avançado e a *Self-efficacy for coping* em relação aos cuidados paliativos (SERPENTINI *et al.*, 2019).
- Incontinência urinária, com a *Continence self-efficacy scale* (ZENGIN; PINAR, 2012).
- Diabetes, com as escalas *Diabetes Management Self-Efficacy Scale* (MESSINA *et al.*, 2018) e *Diabetes self-care scale* (VAN DER VEN *et al.*, 2003).
- Desordens intestinais, com a *Self-efficacy Scale*, que é uma escala de uso geral para a autoeficácia (IZAGUIRRE; TAFT; KEEFER, 2017).
- Hepatite C, com o *HCV Treatment Self-Efficacy (HCV-TSE)* (BONNER; ESSERMAN; EVON, 2012).
- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids), com a Escala de Auto-Eficácia para Adesão ao Tratamento Anti-Retroviral (LEITE *et al.*, 2002).
- Esclerose múltipla, em que os autores propuseram o desenvolvimento de uma nova escala para medir a autoeficácia dos pacientes (AIRLIE *et al.*, 2001).
- Lesão medular, com o uso da *Moorong Self-Efficacy Scale*, para medir a autoeficácia nas atividades funcionais da vida diária dos pacientes (BROOKS *et al.*, 2014).
- Doença de Parkinson, usando a *General Self-Efficacy Scale*, uma medida de autoeficácia geral (NILSSON; HAGELL; IWARSSON, 2015).
- Epilepsia, com o desenvolvimento da *Seizure Self-Efficacy Scale for Children (SSES-C)* (CAPLIN *et al.*, 2002).

- Dor de cabeça, utilizando a *Headache Management Self-Efficacy Scale* (GRAEF *et al.*, 2015; HANSEN; BENDTSEN; JENSEN, 2009).
- Dor crônica, com o uso do *Pain self-efficacy questionnaire* (ADACHI *et al.*, 2014; LIM *et al.*, 2007).
- Artrite Reumatoide, utilizando a *Arthritis Self-Efficacy Scale-8 (ASES-8)* (GAO *et al.*, 2017).
- Evitar situações suicidas, por meio da *Self-Efficacy to Avoid Suicidal Action (SEASA)* (CZYZ *et al.*, 2014).
- Abstinência de álcool, com a *Alcohol Abstinence Self-efficacy Scale* (DICLEMENTE *et al.*, 1994).

Diante das possibilidades apresentadas, foi realizado um estudo para o levantamento de instrumentos de autoeficácia direcionados para a depressão, que será abordado no próximo tópico.

2.3 INSTRUMENTOS PARA MEDIR A AUTOEFICÁCIA NA DEPRESSÃO

A escolha de utilizar instrumentos avaliativos pode auxiliar no entendimento sobre os sintomas, embasar os critérios do diagnóstico e nortear as práticas clínicas dos profissionais que fazem a assistência de pessoas deprimidas, bem como, possibilitar as ações para minimizar o risco de novas manifestações da depressão (SANTOR *et al.*, 2006).

Uma revisão sistemática, que seguiu os protocolos indicados pelo *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*, foi elaborada, com a busca realizada por duas pesquisadoras independentes e com mediação de divergência por uma terceira, nas bases de dados PubMed, Web of Science, PsycInfo, Cochrane, SCOPUS e CINAHL, utilizando a combinação dos descritores indexados no *Mesh Terms: depression; self-efficacy; validation studies; assessment tools and psychometric properties*, sem limitações temporal e de idioma, resultou na localização de 484 artigos, desses, 112 foram excluídos por repetição e os demais, seguiram para a etapa de leitura dos títulos e resumos, resultando na seleção de 12 manuscritos para a leitura completa, entretanto, apenas 07 foram selecionados, visto que abordavam o desenvolvimento e/ou a análise das propriedades psicométricas de instrumentos para mensurar a autoeficácia no enfrentamento da depressão.

Após a leitura na íntegra dos artigos selecionados, foi utilizada a estratégia de busca “bola de neve” (GREENHALGH; PEACOCK, 2005) para aumentar o alcance, o que resultou na inclusão de mais 04 artigos. Para compor a amostra final dos estudos selecionados, foi realizada uma ampliação na busca, por meio da literatura cinzenta e do Google Scholar, resultando na inclusão de 02 teses e 01 artigo. Os instrumentos identificados foram:

- a. *Self-Efficacy Questionnaire for Depression in Adolescents (SEQ-DA)* (TONGE *et al.*, 2005) e uma avaliação sobre as propriedades psicométricas do mesmo (GORDON; TONGE; MELGIN, 2012).
- b. *Escala de Autoeficácia para la Depressión en Adolescentes (EADA)* (DÍAZ-SANTOS *et al.*, 2008) e avaliações das propriedades psicométricas (DÍAZ-SANTOS *et al.*, 2011; PAGÁN-TORRES; CUMBA-AVILÉS; MATOS-MELO, 2018).
- c. Bateria de Avaliação de Indicadores de Depressão Infantojuvenil – subescala de autoeficácia (BAID-IJ) (BORGES; BAPTISTA; SERPA, 2015), avaliação das propriedades psicométricas (CARDOSO, 2018; NUNES *et al.*, 2020).
- d. *Depression Coping Self-Efficacy Scale (DCSES)*, em sua versão original (PERRAUD, 2000) e avaliações de suas propriedades psicométricas (TUCKER; BRUST; RICHARDSON, 2002; TUCKER *et al.*, 2004; PERRAUD *et al.*, 2006), além de adaptada transculturalmente e validada para os países Coréia (LIM; PERRAUD, 2016), Turquia (ALBAL; KUTHU; BILGIN, 2010) e China (WANG, 2017).

Dos quatro instrumentos localizados, o abordado no estudo de Tonge *et al.* (2005), o SEQ-DA, contém 12 itens, sendo específico para uso com adolescentes e aborda as habilidades para lidar com o gerenciamento de atividades, manejo do humor e sentimentos como raiva, nutrição, conciliação do sono, manutenção de convivência com pessoas, eventos diversos da vida cotidiana, concentração, cansaço, dificuldades diárias, controle de pensamentos negativos e de impulsos auto prejudiciais. Uma escala tipo Likert é utilizada para as respostas.

A pontuação varia entre 12 e 60, sendo somadas as respostas que o adolescente dá para cada item. As mais altas, correspondem as maiores expectativas de autoeficácia. Os autores concluíram que o instrumento é capaz de estabelecer uma

relação entre a autoeficácia e a recaída no quadro da depressão (TONGE *et al.*, 2005). Gordon, Tonge e Melgin (2012) avaliaram as propriedades psicométricas da SEQ-DA e confirmaram a validade preditiva do instrumento.

Considerando os achados de Tonge *et al.* (2005) e Perraud (2000), Diaz-Santos *et al.* (2008) elaboraram a EADA, direcionada também para o público adolescente. Trata-se de um autorrelato, com 28 itens com respostas do tipo Likert, onde 1 significa “discordo totalmente” e 5 “concordo totalmente”, divididos em quatro subescalas, relativas aos temas: pensamentos, atividades, relações interpessoais e funcionalidade. A pontuação tem mínimo e máximo de 28 e 140, respectivamente. Quanto mais alto o escore, maior a autoeficácia em lidar com a depressão.

Díaz-Santos *et al.* (2011) e Pagán-Torres, Cumba-Avilés e Matos-Melo (2018) realizaram pesquisas com objetivo de avaliar as propriedades psicométricas da EADA. O primeiro, mensurou a consistência interna e as validades concorrente e de construto, revelando que o instrumento mede, de fato, a autoeficácia para o enfrentamento da depressão. Já o segundo estudo, avaliou as propriedades psicométricas com um público específico, o de adolescentes deprimidos e com diabetes do tipo 1, revelando bons índices de confiabilidade (alfa de Cronbach de 0,93) e validade concorrente (negativamente relacionados com escores de depressão).

Destinada ao público de 8 a 18 anos, a BAID-IJ (BORGES; BAPTISTA; SERPA, 2015) foi desenvolvida e validada para o público brasileiro com o intuito de contribuir na investigação sobre a depressão infanto-juvenil e os indicadores relacionados à essa condição. A BAID-IJ é composta por sete escalas, independentes entre si, envolvendo os itens: depressão, desamparo, desesperança, solidão, autoestima, autoconceito e autoeficácia, que é o construto-alvo, para o presente estudo. Cardoso (2018), avaliou as propriedades psicométricas dos itens da bateria, revelando que a mesma possui bons índices que a revelam como um instrumento útil para rastrear sintomas depressivos em crianças e adolescentes.

Nunes *et al.* (2020) avaliaram a validade divergente da escala de autoeficácia da BAID-IJ, concluindo que as análises realizadas indicaram a unidimensionalidade do instrumento e boas propriedades psicométricas, revelando medição adequada do construto a que se propõe.

O estudo de Perraud (2000) abordou o desenvolvimento da DCSES, que se propõe avaliar a autoeficácia para o enfrentamento da depressão de pessoas a partir de 18 anos, cujo processo será descrito posteriormente. O instrumento foi adaptado

para a Turquia (ABAL; KUTHU; BILGIN, 2010), Coréia (LIM; PERRAUD, 2016) e China (WANG, 2017) e os autores constataram que a medida é válida e confiável para a mensuração da autoeficácia no enfrentamento da depressão.

As propriedades psicométricas da DCSES foram testadas por Tucker; Brust e Richardson (2002), Tucker *et al.* (2004) e Perraud *et al.* (2006) e os resultados apontaram que a escala tem bons índices de validades preditiva, de construto, além de apresentar confiabilidade adequada. A DCSES foi selecionada como objeto de estudo da presente pesquisa, devido ao construto que mensura, suas propriedades psicométricas e utilização em outros países.

Vale salientar que as informações apresentadas, exceto a busca de dados na literatura cinzenta e do *Google Scholar*, fazem parte de uma revisão de literatura publicada no artigo de protocolo (ROSAS *et al.*, 2019) (APÊNDICE E) e no estudo de revisão sistemática está em processo de submissão para apreciação em um periódico da área da saúde.

2.4 DEPRESSION COPING SELF-EFFICACY SCALE

Suzanne Perraud (2000), enfermeira e professora universitária estadunidense, desenvolveu a *Depression Coping Self-Efficacy Scale* (DCSES), que é um instrumento utilizado para medir as crenças de autoeficácia relacionadas à capacidade de realização de tarefas e/ou adoção de comportamentos específicos para lidar com os sintomas da depressão (PERRAUD *et al.*, 2006).

A DCSES é embasada na teoria da autoeficácia de Bandura (BANDURA; ADMS; BAYER, 1977; BANDURA, 1986) e considerada como um instrumento de baixo custo, de breve aplicação e destinada ao uso com pessoas deprimidas, podendo auxiliar os profissionais que prestam assistência as mesmas a ter estimativa da capacidade de autogerenciamento dos sintomas depressivos dos indivíduos.

O desenvolvimento da escala teve início com uma extensa revisão de literatura com o intuito de identificar as orientações, ministradas por profissionais da área da saúde mental, direcionadas às pessoas com depressão. Além disso, foram feitas buscas em publicações que utilizavam a terapia cognitivo-comportamental, direcionadas a este público (PERRAUD, 2000).

As orientações, por intermédio de tarefas e/ou técnicas de manejo dos sintomas da depressão versavam sobre: nível de ansiedade, relacionamento interpessoal,

controle de pensamentos negativos, resolução de problemas e conciliação de sono. Para estruturar e organizar os achados, foi utilizado o DSM-IV (APA, 1994), então vigente na época, para definição dos sintomas da depressão.

A lista resultante da revisão foi consultada por enfermeiros, da área da saúde mental, por meio de grupos focais que resultou em conteúdo adicional para controle dos sintomas e enfrentamento da depressão. Além disso, especialistas da saúde mental, reunidos em grupo focal, deram pareceres sobre a relevância dos itens para a prática profissional. O resultado desses grupos originou 10 novas informações resultando numa DCSES com 55 itens (PERRAUD, 2000).

A DCSES com 55 itens foi aplicada com 23 pacientes de um hospital psiquiátrico. Após as respostas, foram realizados grupos focais com essa amostra para avaliar a compreensão e clareza dos itens. A partir dessas impressões, um item foi dividido em dois o que resultou na DCSES com 56 itens (PERRAUD *et al.*, 2006).

Em continuidade ao desenvolvimento da DCSES, a versão com 56 itens foi aplicada com uma amostra de conveniência, com 139 respondentes válidos que tinham diagnóstico primário de depressão, idade a partir de 18 anos e capacidade de participação ativa em grupos de saúde mental (o julgamento para tal, ocorreu conforme as observações dos enfermeiros de cada unidade hospitalar consultada). Além desses, 42 pessoas que não tinham diagnóstico de depressão também responderam (PERRAUD, 2000).

O formato de respostas recomendado por Bandura *et al.* (2006) foi utilizado e os respondentes informaram, a cada item, de “zero” (nenhuma confiança) a “cem” (total confiança). Todas as respostas foram analisadas, com o intuito de reduzir os itens e a estatística revelou: existência de alta correlação, resultando em exclusão de 19 itens colineares; garantia de variabilidade, com exclusão de 3 itens; adequação na correlação total corrigida, resultando em remoção de 10 itens e reescrita de 3. A DCSES final resultou em 24 itens e foi aplicada com 51 pacientes deprimidos, que também responderam ao Inventário de Beck (BDI) (GORENSTEIN *et al.*, 2011) e a estabilidade da escala foi testada em uma amostra de 20 pessoas não deprimidas da comunidade (teste-reteste). Os resultados revelaram boa confiabilidade e validade dessa última versão (PERRAUD, 2000).

Para verificar a confiabilidade da DCSES, foi utilizado o alfa de Cronbach, obtendo um valor de 0,96 na versão com 56 e 0,93 na de 24 itens para a pontuação

total do instrumento, revelando substancial consistência interna (ALBAL; KUTLU; BILGIN, 2010).

Na validade de construto, Perraud (2000) comparou os escores da DCSES com os do BDI. Os coeficientes de correlação indicaram que quanto maior a pontuação da autoeficácia dos respondentes, menor a do BDI, indicando uma associação inversa, o que era esperado para essa questão.

A dimensionalidade e a validade preditiva da DCSES foram testadas por Perraud *et al.* (2006), em um estudo longitudinal e prospectivo, com dados coletados em até 24h de admissão, até 24h após a alta e até 6 semanas pós-alta, em uma unidade hospitalar, com pacientes de faixa etária a partir dos 18 anos e diagnósticos de: depressão, distúrbio distímico, transtorno bipolar I e II (fase deprimida), distúrbios de humor deprimido e ansiedade. A análise fatorial confirmou que a DCSES é unidimensional, ou seja, mede a autoeficácia para lidar com a depressão, resultado que foi encontrado de maneira diferente na versão coreana (LIM; PERRAUD; 2016).

Ainda nesse estudo, a DCSES apresentou correlações negativas com comprometimento funcional, ideação suicida e os sintomas de angústia e depressão. A validade preditiva foi conformada com os resultados de reinternação, visto que os respondentes que tiveram recaídas durante o período do estudo tinham apresentado menores escores da DCSES na alta (PERRAUD *et al.*, 2006).

A DCSES tem 24 itens, que abordam três domínios: sete de cognições negativas, dez de comportamento e sete de problemas somáticos (Quadro 1). Vale salientar que a versão coreana da escala, a DCSES-K, apresentou cinco fatores, diferindo dos achados da escala original, que foi explicado por diferenças nas questões culturais das populações estudadas (LIM; PERRAUD, 2016). As respostas dos itens são divididas em 10 faixas iguais, de 0 a 100%, que vão desde não confiante (0%), moderadamente confiante (faixa mediana) e totalmente confiante (100%). Todos os itens são precedidos da declaração “Eu estou confiante que...”, que está disposto após as instruções iniciais (ANEXO A) (PERRAUD *et al.*, 2006).

A pontuação é realizada somando todas as porcentagens atribuídas a cada um dos itens e dividindo pelo total de itens respondidos. A interpretação do resultado não foi definida no estudo de desenvolvimento da DCSES (PERRAUD, 2000). Um estudo, realizado na Tailândia, propôs que pontuações abaixo de 50% representam baixo senso de autoeficácia. Entre 50 e 75% moderada e acima de 75%, alto senso de autoeficácia para lidar com a depressão (MAHAKITTIKUN *et al.*, 2013).

Quadro 1 - domínios da DCSES e itens correspondentes.

DOMÍNIOS	ITENS
COGNIÇÃO NEGATIVA	<p>2. Be aware of my behavior and how it affects others.</p> <p>10. Recognize when I am blaming myself for my symptoms and try to stop.</p> <p>14. Question whether it is reasonable to think this way each time I think about myself in a negative way or assume that I am no good.</p> <p>18. Be aware of when I am thinking about myself in a negative way or assuming that I am no good.</p> <p>20. Challenge the thought that suicide is the only way I can deal with my problems.</p> <p>21. Attempt to understand why I am anxious when I have anxiety.</p> <p>24. Become aware of those feelings that bother me so I can work on not letting them bother me.</p>
OMPORTAMENTO	<p>1. Tell others how I feel in a socially acceptable manner.</p> <p>3. Refuse requests of others when I do not wish to do something that someone else wants me to do, including authority figures and strangers.</p> <p>5. Plan pleasant things to do for my free time.</p> <p>7. Ask for help when I am having trouble understanding something because I am not concentrating well (like income tax, legal documents, etc.).</p> <p>11. Engage in some sort of creative activity like writing, reading, drawing, playing music, or working on projects.</p> <p>12. Get together with at least one very close person when I am feeling lonely.</p> <p>17. Exercise or do some active thing every day.</p> <p>19. Laugh and try to find humor in my situation, in spite of my problems.</p> <p>22. Keep a journal describing my mood or how I feel emotionally each day.</p> <p>23. Meditate or do relaxation exercises at least once a day.</p>
PROBLEMAS SOMÁTICOS	<p>4. Go to bed and get up at the same time every day.</p> <p>6. Limit naps to 20-30 minutes during the day.</p> <p>9. Drink 6 a 8 glasses of water daily.</p> <p>8. Eat four servings of fruits and vegetables daily.</p> <p>13. Get up and do something relaxing if I cannot sleep, before trying again.</p> <p>15. Take a bath or do some other soothing activity before bedtime.</p> <p>16. Take medication the way my doctor recommends.</p>

Fonte: elaboração própria adaptada de Lim; Perraud, 2016 e Mahakittikun *et al.*, 2013.

Entretanto, para a presente pesquisa, foram utilizados os parâmetros confirmados pela autora da DCSES, via e-mail, onde de 0 a 39% é considerado baixo senso de autoeficácia, de 40 a 69%, moderada confiança e valores iguais ou maiores que 70%, alto senso de autoeficácia (ANEXO B).

Perraud *et al.* (2006) afirmam que ainda são necessários estudos para definir um ponto de corte da DCSES para identificar as pessoas que apresentam maior risco

de recaídas na depressão. Entretanto, ressalta-se que a autora orienta atenção clínica, por meio de práticas preventivas ou de acompanhamento em serviços específicos, a todas as pessoas que obtiverem pontuações menores que 70%. Para compreensão da DCSES é recomendado que seja aplicado somente em pessoas com, no mínimo, sete anos de escolaridade (PERRAUD, 2000).

Os estudos de Tucker; Brust; Richardson (2002) e Perraud *et al.* (2006) confirmaram que a DCSES pode ser utilizada como um guia de autogerenciamento dos sintomas depressivos pelos profissionais da área de saúde mental, bem como prever as recaídas e, conseqüentemente, os riscos de novas entradas em estabelecimentos da rede de atenção à saúde mental, sendo assim, tendo em vista a abrangência dos problemas sociais e na capacidade funcional que a depressão pode trazer aos indivíduos, acredita-se que o uso do instrumento em questão pode ser útil para a prática profissional.

Para além disso, em consonância com a recomendação de Hutz e Bandeira (2015), em considerar os custos para o desenvolvimento de um instrumento avaliativo e a pré-existência de uma escala que se propõe a medir a autoeficácia no enfrentamento da depressão, optou-se por adaptar transculturalmente a DCSES para o Brasil.

O processo de adaptação transcultural é tido como imprescindível, para a análise das diferenças existentes entre as definições, entendimentos e comportamentos relacionados ao construto em que se pretende versar (MORAES; REICHENHEIM, 2002). Além disso, a utilização de medidas avaliativas adaptadas também favorece a comparação entre populações de países diversos, facilitando a divulgação de dados entre pesquisadores (MORAES; REICHENHEIM, 2007).

Acredita-se que a utilização da *Depression Coping Self-Efficacy Scale* contribuirá para mudanças na prática clínica dos profissionais de saúde que realizam assistência a população deprimida, fornecendo evidências científicas norteadoras de suas intervenções. Além desse fato, pode auxiliar os indivíduos em sofrimento psíquico, provocado pelo transtorno depressivo, a identificar sua confiança para gerenciar as situações adversas e, assim, planejar e executar comportamentos saudáveis no enfrentamento de tais situações e, por fim, a DCSES adaptada transculturalmente contribuirá para a pesquisa e para o ensino por disponibilizar esse importante instrumento para utilização no contexto brasileiro.

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL:

Realizar adaptação transcultural da *Depression Coping Self-Efficacy Scale* para uso no Brasil.

3.2 ESPECÍFICOS:

- Traduzir a versão original da *Depression Coping Self-Efficacy Scale* para a língua portuguesa do Brasil.
- Realizar a retrotradução da *Depression Coping Self-Efficacy Scale* para a língua inglesa.
- Validar o conteúdo da *Depression Coping Self-Efficacy Scale* para o contexto brasileiro.
- Obter a validação de face da *Depression Coping Self-Efficacy Scale* para o contexto brasileiro.
- Apresentar a consistência interna e a validade concorrente da versão pré-final da *Depression Coping Self-Efficacy Scale*.

4 MÉTODO

4.1 TIPO DO ESTUDO

Constitui-se de uma pesquisa metodológica, que tem como propósito as investigações de métodos de obtenção, organização e análise dos dados, elaboração, validação e avaliação dos instrumentos e técnicas de pesquisa (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2017). Ademais, utiliza a psicometria, que é uma área que estuda fenômenos psicológicos. O número, nesta ciência, é apenas o modo de representar fenômenos psicológicos, os quais são obtidos por meio da aplicação de instrumentos de medida (PASQUALI, 2009).

A abordagem foi do tipo quantitativa, caracterizada pela estruturação na extração dos dados representativos e objetivos, com análise dos mesmos por meio de procedimentos estatísticos, no intuito de as causas de um fenômeno ou a relação entre variáveis (MARQUES; MELO, 2017; SANTADE, 2020).

Na validação de conteúdo e de face, autores orientam a análise dos dados de forma qualitativa (COLUCI; ALEXANDRE, 2011; KIMBERLIN; WINTERSTEIN, 2008), cujo procedimento tem enfoque na análise e interpretação textual das informações, com o intuito de entender a relação entre os construtos avaliados, através da ótica dos participantes (CRESWELL, 2010), seguida da quantitativa, com a utilização de métodos estatísticos apropriados para a mensuração de dados numéricos (COLUCI; ALEXANDRE, 2011).

4.2 DIRETRIZES PARA O PROCESSO DE ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DA *DEPRESSION COPING SELF-EFFICACY SCALE*

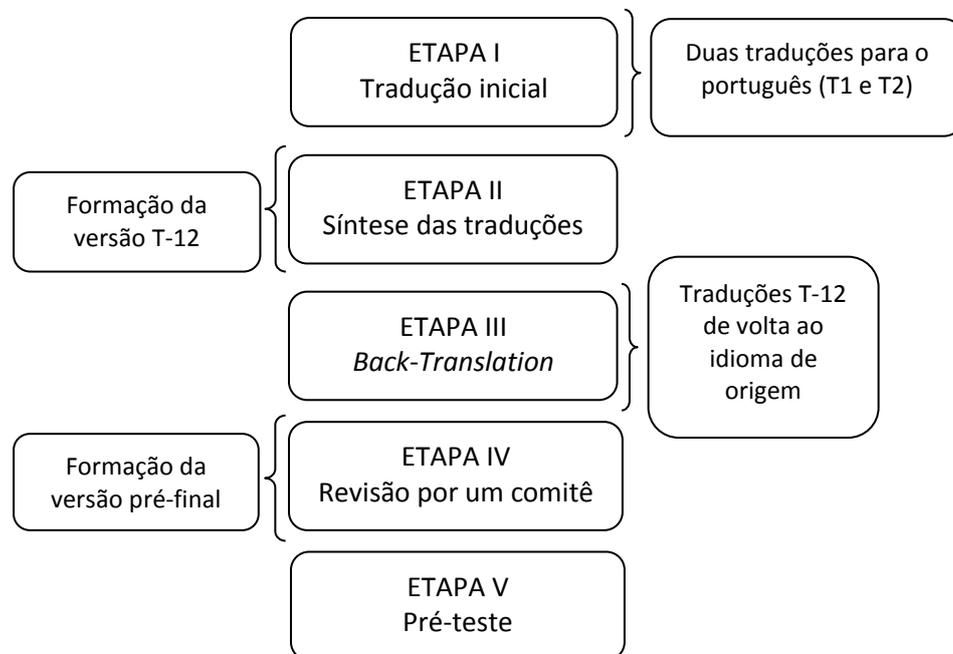
A utilização de instrumentos elaborados em língua estrangeira no contexto brasileiro deve ser precedida de um processo rigoroso de tradução e adaptação transcultural, sendo necessária a adequação devido às diferenças culturais entre os contextos e que não são contempladas por uma simples tradução (ALEXANDRE; GUILLARDERO, 2002).

Beaton *et al.* (2007) descreveram um método que foi utilizado como referencial metodológico na adaptação transcultural do presente estudo. As etapas consistem em: 1. Tradução Inicial; 2. Síntese das traduções; 3. Tradução de volta ao idioma original

(*Back-translation*); 4. Revisão por um comitê de especialistas; 5. Pré-teste; conforme dispostas na Figura 1.

Considerando os procedimentos éticos em relação à adaptação transcultural de instrumentos, Pasquali (2010) orienta que seja feita a solicitação de autorização formal junto ao autor da escala para utilização do instrumento no Brasil. A autorização para tradução e adaptação da escala foi obtida por meio de contato eletrônico com Suzanne Perraud, autora da DCSES. A mesma concordou com a proposta do projeto e permitiu a utilização na presente pesquisa (ANEXO C).

Figura 1: Representação gráfica do processo de tradução e adaptação recomendado por Beaton *et al.* (2007).



Fonte: elaboração própria.

4.2.1 Etapa I: tradução inicial

A tradução inicial constituiu a primeira etapa do processo de adaptação transcultural. Foi realizada por duas pessoas fluentes no idioma original da escala, e nativos no idioma-alvo (BEATON *et al.*, 2000). As versões da DCSES foram elaboradas de forma independente por um tradutor (T1) que não possuía formação na área de saúde – para este não foi informado o objetivo da tradução; e outra por um segundo

tradutor (T2), profissional de saúde – para este foi informado o objetivo da tradução (BEATON *et al.*, 2007).

Ambos preparam relatórios das versões traduzidas (T1 e T2), apontando as dificuldades e/ou dubiedade a respeito de algum vocábulo ou expressão, colaborando para a construção da síntese de T1 e T2. Vale salientar que ambos foram contratados e remunerados para tal finalidade.

4.2.2 Etapa II: síntese das traduções

As versões (T1 e T2) e os relatórios de cada tradutor foram reunidos e sintetizados em um instrumento final (T-12), utilizado na etapa III. Essa etapa foi realizada pela pesquisadora em conjunto com a equipe de pesquisa (orientadores). A síntese das traduções tem o intuito de minimizar as possibilidades de erros típicos de tradução, como omissão ou acréscimos de palavras, que possam mudar o real significado das expressões (BEATON *et al.*, 2007). Informa-se que, devido à impossibilidade dos tradutores, os mesmos não participaram, presencialmente, da síntese das traduções, entretanto, ambos foram consultados e opinaram em relação à eventuais discordâncias da equipe de pesquisa.

4.2.3 Etapa III: tradução de volta ao idioma original (*back-translation*)

Nessa etapa, um tradutor, que desconhecendo a versão original da escala, realizou nova tradução para o idioma de origem da DCSES, a partir da versão T-12 produzida na etapa anterior. Este foi o processo de verificação de validade que permitiu averiguar se a versão obtida refletia o mesmo conteúdo da original, revelando possíveis inconsistências e erros conceituais cometidos durante o processo de tradução inicial e síntese das traduções. O tradutor possuía proficiência nas línguas inglesa e portuguesa, ressaltando que o mesmo é nativo em relação ao idioma original da DCSES (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993). Assim como na etapa da tradução inicial, também foi contratado e remunerados para tal finalidade. Vale salientar que o mesmo não tinha conhecimento dos conceitos abordados na escala como preconizado por Beaton *et al.* (2007).

Beaton *et al.* (2000) recomendam, também, que a *back-translation* seja realizada por dois tradutores, entretanto, no presente estudo, optou-se por fazer esse

procedimento com um único profissional, assim como em outros estudos de adaptação transcultural (ANDRADE *et al.*, 2017; TONIN *et al.*, 2019). Além desse fato, a retrotradução foi enviada para a autora da DCSES, Suzanne Perraud, que avaliou e validou, positivamente, o resultado (ANEXO D).

Salienta-se que o consentimento ético para integrar a pesquisa, bem como os dados sociodemográficos não foram coletados nas etapas I, II e III, por se tratar de participantes específicos e contratados para o processo de adaptação transcultural, esse mesmo procedimento foi adotado por Vasconcelos *et al.* (2016) e Cavalcanti (2019).

4.2.4 Etapa IV: revisão por um comitê de especialistas.

Para a obtenção da plena adaptação transcultural da escala foi realizada uma seleção para compor um comitê de especialistas, cujos critérios de inclusão serão descritos posteriormente, no item 5.4.1. O contato com tais profissionais foi realizado por meio eletrônico, via e-mail e por telefone.

Cada especialista recebeu, inicialmente, uma carta convite, por meio eletrônico. Após o aceite, a pesquisadora fez contato com o profissional para a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, em seguida, realizou a entrega do kit composto por: Fluxograma de tradução e adaptação transcultural; Instrumento de validação; Instrumento do perfil dos especialistas; Sinopse sobre autoeficácia e todas as versões da escala (tradução e retrotradução), bem como a escala original DCSES. Vale salientar que esse kit também foi disponibilizado, por meio eletrônico, aos especialistas, para facilitação da comunicação posterior.

Esta etapa integra a avaliação psicométrica da escala DCSES quanto à validade de conteúdo. Assim, os critérios avaliados pelo comitê de especialistas foram: análise da equivalência semântica, idiomática, funcional e conceitual (BEATON *et al.*, 2007), com os seguintes conceitos:

- **Equivalência semântica:** é a equivalência do significado das palavras, a avaliação gramatical e de vocabulário. Assim, os especialistas atentaram para a capacidade de transferência do significado das palavras da versão original para a versão traduzida, propiciando um efeito semelhante nas duas culturas;

- **Equivalência idiomática:** refere-se aos coloquialismos ou expressões idiomáticas, que, geralmente, são difíceis de traduzir. O comitê pôde formular uma expressão equivalente na versão de destino;
- **Equivalência experiencial ou funcional:** refere-se à utilização de termos coerentes com a experiência de vida da população à qual se destina o estudo. Prima pela adequação das expressões utilizadas pela escala original para determinada tarefa, onde o comitê pode substituir o item original e determinar uma ação ou intenção semelhante na cultura-alvo;
- **Equivalência conceitual:** tem o objetivo de verificar se determinadas palavras ou expressões possuem significado conceitual semelhante, ou ainda se possuem a mesma importância em diferentes culturas, apesar de se equivalerem semanticamente.

Os resultados das equivalências, respondidas pelo comitê de especialistas, foram avaliados qualitativamente (e apresentados em quadros) e quantitativamente, utilizando o percentual do Índice de Concordância.

Além desses aspectos de equivalência, o comitê de especialistas ainda avaliou a escala quanto alguns critérios sugeridos por Pasquali (2010), a saber:

- **Clareza da linguagem:** Considera as características da população-alvo, de forma que a linguagem de cada item seja suficientemente clara, compreensível e adequada para a população a que se destina.
- **Pertinência Prática:** Considera se cada item avalia o conceito de interesse em uma determinada população, possuindo importância para o instrumento.
- **Relevância Teórica:** Considera o grau de associação entre o item e a teoria, de forma que o instrumento esteja relacionado com o constructo.

Os itens supracitados foram analisados por meio do cálculo do Coeficiente de Validade de Conteúdo. O comitê de especialistas respondeu, também, sobre o grau de relevância de cada item do instrumento, e tais respostas foram analisadas com o cálculo do Índice de Concordância, conforme utilizado no estudo de Vasconcelos (2015). O período da coleta foi de abril a setembro de 2018.

4.2.5 Etapa V: pré-teste

A etapa final do processo de adaptação transcultural foi o pré-teste, cujo objetivo foi analisar o instrumento na prática e identificar possíveis falhas existentes: inconsistência ou complexidade das questões; ambiguidade ou linguagem inacessível; perguntas desnecessárias ou que causem embaraço ao informante ou se são muito numerosas. Após a identificação das falhas é recomendado reformular o instrumento, conservando, modificando, ampliando ou eliminando itens; explicitando melhor alguns ou modificando a redação de outros. Assim, o pré-teste aumenta a validade de um instrumento e verifica se o mesmo apresenta fidedignidade e operacionalidade (BEATON *et al.*, 2000).

Para o pré-teste foi usada a versão pré-final da DCSES e para determinação do tamanho da amostra, o instrumento foi aplicado a 40 pessoas (BEATON *et al.*, 2007). Cada participante foi entrevistado individualmente para que o significado dos itens e suas respostas fossem explorados e a versão adaptada mantivesse a sua equivalência em situação de aplicação. O detalhamento acerca dos participantes será descrito, posteriormente, no item 5.4.2 e o período da coleta foi de maio a outubro de 2019.

Nesta etapa, após abordagem inicial para esclarecimentos sobre o estudo, os participantes foram convidados a integrar a pesquisa, e, após o aceite, assinaram o TCLE e responderam os instrumentos necessários para o cumprimento dos critérios de elegibilidade (descritos no item 5.4).

Em seguida, a versão pré-final da DCSES foi aplicada e os participantes foram encorajados a opinar, abertamente, sobre o instrumento. Esta etapa visou facilitar/conduzir o processo de tomada de decisões quanto ao aperfeiçoamento dos itens, possibilitando uma adequação da linguagem da escala com o da população-alvo (BEATON *et al.*, 2007; HERDMAN; FOX-RUSHBY; BADIA, 1998)

A DCSES foi projetada para ser auto aplicada e os participantes tiveram oportunidade de conhecer o instrumento, observando sua aparência geral, escala de respostas, instruções iniciais e, também, para quem desejasse, a leitura completa de todos os itens. Entretanto, para obtenção das respostas, optou-se pela leitura da DCSES pelos entrevistadores, com o intuito de padronizar os encontros e monitorar o tempo de preenchimento das respostas. Esses procedimentos estão em conformidade

com a forma de aplicação sugerida por Perraud (2000) e com outros estudos de adaptação transcultural (VASCONCELOS *et al.*, 2016; GALINDO, 2018).

O tempo médio das entrevistas foi de 75 minutos, considerando desde a apresentação inicial do estudo até a finalização de todas as respostas dos instrumentos aplicados.

Deve-se ressaltar que, embora nesta fase algumas opiniões possam ser consideradas úteis sobre como o participante interpreta os itens do questionário, não se trata da validação da escala (BEATON *et al.*, 2007; PASQUALI, 2010). Apesar desse fato, optou-se verificar algumas propriedades psicométricas da versão pré-final da DCSES, por meio da avaliação da confiabilidade, por meio do alfa de *Cronbach* (CRONBACH, 1951) e a correlação de *Spearman*, e a validade concorrente, considerando os resultados obtidos com a amostra do pré-teste.

4.3 CENÁRIO DA PESQUISA

As informações sobre os locais da pesquisa aplicam-se, especificamente, nas etapas IV e V, visto que as demais possuem características próprias e não necessitaram de enquadramento nas estruturas descritas a seguir.

O comitê de especialistas desenvolveu as ações pertinentes às suas competências em ambientes selecionados por cada um, conforme conveniência, e o material para análise foi entregue pela pesquisadora principal para busca posterior. Foi possibilitado, também, o envio digital dos resultados de cada apreciação.

Em relação ao pré-teste, os participantes foram selecionados por indicação de profissionais de Unidades de Saúde da Família (USF) do Distrito Sanitário (DS) IV, da cidade do Recife, Pernambuco, ou por meio da indicação direta de outros profissionais da área da saúde, assistência social ou educação, que prestavam assistência direta ao público-alvo da pesquisa no setor público ou privado (clínicas e/ou consultórios), com o intuito de garantir a heterogeneidade da amostra, conforme orientam Lobiondo-Wood; Haber (2017).

A escolha das USF, pautou-se na premissa de que a Atenção Básica é considerada porta de entrada e ordenadora das ações de cuidado no âmbito do SUS, englobando demandas de várias ordens, inclusive as de saúde mental (QUINTAS; AMARANTE, 2008). Acrescido a isso, às características territoriais e geográficas das equipes das USF, viabilizam uma aproximação com a população e suas demandas

em saúde, sendo estratégicas para a identificação de questões relacionadas à saúde mental (BRASIL, 2013).

O ambiente das entrevistas, independente da origem da indicação do participante, foi selecionado de acordo com o que fosse mais conveniente para o respondente. Sendo assim, o cenário foram as residências dos entrevistados ou salas das USF, todos situados na cidade do Recife/PE.

4.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA DA PESQUISA

Quando um pesquisador seleciona uma parte de uma população, espera que ela seja representativa do universo que se pretende estudar (KÖCHE, 2016). Sendo assim, em conformidade com as particularidades do processo de adaptação transcultural, os participantes das etapas IV e V possuem características próprias e serão descritos separadamente.

4.4.1 Participantes do Comitê de Especialistas

A etapa IV do processo de adaptação transcultural, segundo as recomendações de Beaton *et al.* (2007), é composta por um comitê de especialistas. Segundo Alexandre e Coluci (2011), não existe um consenso sobre o número exato e qualificação dos participantes dessa etapa, entretanto, Cassepp-Borges, Balbinotti e Teodoro (2010), indicam de três a cinco especialistas para compor esse grupo. Neste estudo, foi considerado o quantitativo de cinco pessoas.

Para compor o comitê de especialistas da presente pesquisa, foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: possuir currículo *Lattes* atualizado em até 12 meses anteriores à participação no estudo e ter, no mínimo, cinco pontos dos critérios (adaptados) propostos por Fehring (1994), descritos a seguir:

- DOIS PONTOS:
 - ✓ Tese ou dissertação na área da Saúde Mental ou de Adaptação Transcultural e Validação de Instrumentos.
 - ✓ Experiência na prática clínica em Saúde Mental.
 - ✓ Experiência na temática de validação de instrumentos.
- UM PONTO:
 - ✓ Titulação de doutorado ou de mestrado.

- ✓ Participação em grupos/projetos de pesquisa que envolvam na área da Saúde Mental e/ou adaptação transcultural e validação de instrumentos.
- ✓ Autoria em trabalhos publicados em periódicos na área da Saúde Mental e/ou adaptação transcultural e validação de instrumentos.

A busca por esses profissionais foi realizada pelo intermédio da Plataforma *Lattes* do portal do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico e mediante indicação de profissionais com experiência na área da saúde mental ou adaptação transcultural. Todos os selecionados foram convidados por meio da rede de telefonia e/ou endereço eletrônico.

Devido às atribuições do comitê de especialistas, ressalta-se que não foi necessário coleta de dados sociodemográficos e que as características próprias dos mesmos foram concentradas em suas expertises e formação acadêmica, que fazem jus à participação nesta etapa da pesquisa. Os estudos de Cavalcanti (2019), Galindo (2018) e Vasconcelos *et al.* (2016) também adotaram os mesmos procedimentos.

4.4.2 Participantes do Pré-teste

A etapa V da adaptação transcultural é caracterizada pelo pré-teste, que tem como objetivo, verificar se o instrumento resultante da avaliação do comitê de especialistas (instruções iniciais, escala de resposta e itens) é compreensível à população-alvo (PASQUALI, 2009; POLIT; BECK, 2011).

Para tamanho da amostra foi considerado o preconizado por Beaton *et al.* (2007), que indica um total de 30 a 40 pessoas. Nesse estudo, optou-se pelo número máximo, ou seja, de 40 indivíduos para compor a amostra pré-final. Os participantes do pré-teste foram recrutados por meio da indicação da equipe das USF ou por outros profissionais da área da saúde, assistência social e/ou educação, que estivessem em atuando com o público-alvo da pesquisa, no âmbito público ou privado.

Os critérios de inclusão foram: adultos, com idade igual ou maior que 18 anos, de ambos os sexos, que possuam diagnóstico de depressão (indicado por profissional médico e/ou autorrelato de diagnóstico prévio), com escolaridade mínima de sete anos (ensino fundamental incompleto), que obtenham escore mínimo de 24 pontos no Mini Exame do Estado Mental e que já realizaram ou estejam em tratamento, medicamentoso ou não, para a depressão. Serão excluídas as pessoas que apresentem condições clínicas (físicas e/ou cognitivas) que dificultem a compreensão

dos instrumentos de pesquisa e àqueles que obtenham pontuação maior ou igual a 16 no *Alcohol Use Disorders Identification Test*.

Vale destacar que, quanto ao critério de diagnóstico, foram considerados as indicações dos profissionais das USF, embasados no conhecimento do histórico médico dos comunitários, registrados em prontuários e validados pelos médicos das equipes; e o autorrelato de diagnóstico prévio, atribuído por médicos anteriormente consultados pelos respondentes, sendo esta última condição, também utilizada em estudos de base populacional, como o de Stopa *et al.* (2015) e considerada como uma abordagem apropriada para fornecimento de informações em saúde (SZWARCWALD *et al.*, 2014).

Em relação ao critério de escolaridade, para a adaptação transcultural, foi considerada a quantidade mínima de anos estudados, indicados pela autora da DCSES (PERRAUD, 2000).

Com o intuito de seguir, com rigor científico, as etapas da pesquisa e a seleção da amostra do pré-teste, os seguintes instrumentos foram apresentados às pessoas com idade igual ou maior que 18 anos e aplicados, após a aceitação e assinatura do TCLE, para a verificação dos critérios de inclusão e exclusão:

- Formulário sociodemográfico e de condições de saúde: com dados gerais sobre a pessoa e um breve histórico de saúde, preenchido conforme dados relatados pelos entrevistados (APÊNDICE A).
- Inventário de Depressão de Beck (BDI): instrumento considerado “padrão-ouro” para o rastreamento da intensidade da sintomatologia depressiva, incluindo as manifestações somáticas e psíquicas, que pode ser usado com adultos e idosos (WANG; GORENSTEIN, 2013). (ANEXO E).
- Mini Exame do Estado Mental (MEEM): instrumento amplamente utilizado para rastreio cognitivo (BRUCKI *et al.*, 2003). Esse teste foi incluído devido à natureza da pesquisa, que exige compreensão mínima dos participantes para a avaliação crítica da DCSES para adaptação transcultural (ANEXO F).
- *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT): em português, Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool, avalia o uso de álcool (SANTOS *et al.*, 2013). Esse teste foi escolhido para ser utilizado no presente estudo por ser direcionado principalmente para uso na atenção primária à saúde e pela relação existente entre o uso de álcool e os sintomas depressivos (GAZALLE *et al.*, 2004) (ANEXO G).

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

O formulário que foi utilizado para compilar os dados sociodemográficos, além dos dados referentes à aplicação da escala foi armazenado e analisado com o auxílio do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0.

Para avaliação estatística da etapa IV, foram realizados os cálculos do Índice de Concordância (IC), para as análises das equivalências: semântica, idiomática, funcional e conceitual; e para o grau de relevância da DCSES. A fórmula utilizada, para as equivalências foi:

$$\%IC = \frac{A + B}{N} \times 100$$

“A” consiste no número de especialistas que responderam “concordo”; “B” o quantitativo de especialistas que assinalaram “concordo em parte” e “N” o total de especialistas.

Para o grau de relevância dos itens da DCSES, respondidos pelos especialistas na etapa IV a fórmula aplicada foi:

$$\%IC = \frac{A}{N} \times 100$$

Onde “A” consiste no número de especialistas que responderam “sim” e “N” o número total de especialistas.

Os membros do comitê ainda responderam sobre o quanto cada item era relevante e, foram realizados dois cálculos do IC, o primeiro, considerando todos os especialistas, cuja fórmula utilizada foi:

$$\%IC \text{ (todos os especialistas)} = \frac{A + B}{N} \times 100$$

Considera-se “A” o número de especialistas que responderam “realmente relevante”; “B” as respostas de “muito relevante” e “N” o número total de especialistas. O segundo cálculo do IC, foi realizado contabilizando apenas os profissionais que responderam positivamente ao primeiro questionamento, cuja fórmula utilizada foi:

$$\%IC \text{ (respostas SIM)} = \frac{A + B}{N} \times 100$$

“A” significa o número de especialistas que responderam “realmente relevante”; “B” as respostas de “muito relevante” e “N” o número total de especialistas que responderam “sim” ao primeiro questionamento.

Ainda na etapa IV da adaptação transcultural, foi realizado o cálculo do Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC), para obtenção dos resultados numéricos da clareza da linguagem, pertinência prática e da relevância teórica do instrumento.

O cálculo do CVC foi norteado pelas fórmulas sugeridas por Hernández-Nieto (2002). A primeira fórmula calculou a média das notas de cada item (M_x) com base nas notas dos especialistas atribuídas em escala Likert de cinco pontos (1 = representa pouquíssima e 5 = representa muitíssima). Assim, $\sum_{i=1}^j 1^{x_i}$ refere-se à soma das notas dos especialistas e J representa o número de especialistas:

$$M_x = \frac{\sum_{i=1}^j 1^{x_i}}{J}$$

Com os valores de M_x , foi calculado o CVC para cada item (CVC_i), onde $V_{máx}$ representa “muitíssima”, ou seja, “5”.

$$CVC_i = \frac{M_x}{V_{máx}}$$

Também foi realizado o cálculo do erro dos itens (Pe_i), para diminuir possíveis vieses dos membros do comitê de especialistas:

$$Pe_i = \left(\frac{1}{J}\right)^j$$

Na continuação, obteve-se o CVC final de cada item (CVC_c):

$$CVC_c = CVC_i - Pe_i$$

O cálculo do CVC total do questionário (CVC_t) com as características avaliadas considerou M_{cvc_i} como representante da média CVC dos itens da escala e M_{pe_i} a média dos erros dos itens (Pe_i):

$$CVC_t = M_{cvc_i} - M_{pe_i}$$

A análise qualitativa foi realizada para fornecer embasamento aos posteriores cálculos do CVC e do IC. Primeiro, os dados foram minuciosamente avaliados e todos

os conteúdos relevantes foram destacados para posterior categorização, através dos padrões das respostas.

As características sociodemográficas do pré-teste foram analisadas através das estatísticas descritivas. Para determinar a consistência interna da DCSES (versão pré-final), foi calculado o Alfa de *Cronbach* e o teste de correlação de *Spearman*.

4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto para a execução da presente pesquisa foi encaminhado, primeiramente, à Diretoria Geral de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (DEGTES) da Prefeitura da Cidade do Recife e a pesquisadora principal recebeu a anuência do setor. Em seguida, foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da UFPE, por meio do documento CAAE: 81639417.7.0000.5208, parecer número: 2.532.294, atendendo ao que determina a Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde, assegurando sigilo e confidencialidade dos dados obtidos com os participantes e especialistas (ANEXO H).

Para os participantes do pré-teste, a pesquisa pôde acarretar riscos, tais como possibilidade de constrangimento, frente à aplicação do questionário sociodemográfico, o Inventário de Beck, o AUDIT e a DCSES. Diante disso, os pesquisadores adotaram medidas como garantia de privacidade (dados foram coletados individualmente e em ambiente apropriado), anonimato e permissão de desistência do estudo em qualquer etapa do mesmo.

Quanto aos benefícios, o uso da DCSES tem o potencial de auxiliar pessoas deprimidas a identificar sua confiança para gerenciar situações adversas e assim, conseguir planejar e executar comportamentos funcionais e saudáveis no enfrentamento de tais circunstâncias. Além disso, este estudo contribuirá para o subsídio da prática clínica dos profissionais de saúde, fornecendo evidências científicas para o norteamto das ações assistenciais.

Aos especialistas os riscos foram relacionados ao possível constrangimento ao avaliar a escala. Por isso, para amenizar esses riscos, foi reforçada a importância de uma avaliação crítica e minuciosa, bem como garantido o sigilo das considerações feitas pelos mesmos. Os benefícios relacionam-se à oportunidade de participar do rigoroso processo de adaptação transcultural de uma escala.

As questões relacionadas à confidencialidade dos dados, garantia de proteção e

sigilo das informações pessoais foram informadas aos participantes, assim como os riscos e benefícios (diretos e indiretos). Foi garantido o direito de desistência, em qualquer etapa da pesquisa e assegurada a divulgação apenas em eventos e publicações de cunho científico. Os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B e C) foram elaborados para cada público, a saber: os participantes do comitê de especialistas e outro para o pré-teste.

Todos os dados foram armazenados pela pesquisadora principal e serão resguardados, por um período de no mínimo 5 anos, contabilizados após a finalização da coleta. Os dados impressos estão em pastas arquivo, no endereço informado nos TCLEs, e os virtuais em *pen-drive* e *Hard Disk* (HD) específicos para este armazenamento.

5 RESULTADOS

5.1 TRADUÇÃO, SÍNTESE E RETROTRADUÇÃO

Conforme previsto no método do estudo (BEATON *et al.*, 2007), após a autorização da autora da DCSES, o processo de adaptação transcultural iniciou com as traduções iniciais da língua inglesa para o português do Brasil (etapa I), seguida pela síntese das traduções, realizada pela equipe de pesquisa (etapa II). Salienta-se que o nome do instrumento não foi traduzido por opção da equipe de pesquisa, com o intuito de garantir a visibilidade e facilitar as buscas pela escala em bases de dados e artigos produzidos. Após a síntese, foi realizada a retrotradução (etapa III). O Quadro 2 traz os resultados das traduções e da síntese das mesmas e o Quadro 3, a comparação da DCSES original e a retrotradução (*back-translation*), que foi devidamente aprovada pela autora, Suzanne Perraud (ANEXO D).

5.2 CARACTERIZAÇÃO DOS ESPECIALISTAS

Segundo os critérios de Fehring (1994), com adaptações, os especialistas obtiveram mais que a pontuação mínima recomendada, de cinco pontos, parâmetro utilizado por Vasconcelos *et al.* (2016) e Galindo (2018), conforme o Quadro 4. A caracterização, considerando a experiência e qualificação (ALEXANDRE; COLUCI, 2011), do comitê foi: todos professores de Instituições Federais de Ensino Superior, doutores e com expertise na área da saúde.

Quadro 4 – Pontuações dos especialistas, conforme critérios de Fehring (1994) adaptados.

Critérios para seleção (adaptados)	Pontuação individual				
	Especialistas				
	1	2	3	4	5
Titulação de Doutor/1	1	1	1	1	1
Tese na área da Saúde Mental ou de Validação de Instrumentos/2	2	0	2	2	2
Titulação de Mestre/1	1	1	1	1	1
Dissertação na área da Saúde Mental ou de Validação de Instrumentos/2	0	0	2	2	2
Participação em grupos e/ou projetos de pesquisa na área da Saúde Mental e/ou Validação de Instrumentos/1	1	1	1	1	1
Autoria de trabalhos publicados na área da Saúde Mental e/ou validação de instrumentos/1	1	1	1	1	1
Experiência na prática clínica em Saúde Mental/2	2	2	0	2	2
Experiência na temática de validação de instrumentos/2	2	2	2	0	0
TOTAL	10	8	10	10	10

Fonte: elaboração própria.

5.3 VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO – COMITÊ DE ESPECIALISTAS

A etapa IV da pesquisa corresponde a revisão do instrumento por um comitê de especialistas. Foi aplicado o coeficiente de validade de conteúdo (CVC) para a avaliação de concordância entre os especialistas sobre a clareza de linguagem, pertinência prática e relevância teórica.

Hernández-Nieto (2002) recomenda que os itens que obtiveram $CVC_c > 0,8$ sejam colocados como satisfatórios. Apenas o item “8”, que versa sobre o consumo de frutas e verduras obteve médias abaixo do valor indicado (Tabela 1), no entanto, Cassepp-Borges, Balbinotti e Teodoro (2010) apontam que é necessário considerar as diferentes visões dos especialistas, por possuírem formações e trajetórias profissionais distintas e, conseqüentemente, com opiniões divergentes. Sendo assim, para a presente pesquisa, considerou-se os valores aceitáveis com média a partir de CVC_c entre 0,7 e 0,8. Salienta-se que a média da DCSES total e com erro foram de 0,94, ou seja, um valor consideravelmente aceito.

Os especialistas responderam a questionamentos sobre as equivalências (semântica, idiomática, experiencial e conceitual) (Tabela 2) e acerca da relevância da DCSES. Para as respostas, foram calculados os percentuais do Índice de Concordância (IC), que é uma medida de concordância comumente usada na fase inicial da adaptação transcultural (HULLEY *et al.*, 2015). Entende-se, como uma taxa aceitável, valores a partir de 90% (TOPF, 1986).

Quanto as equivalências semântica, idiomática, experiencial e conceitual, os especialistas avaliaram todos os itens, inclusive o texto das instruções, a frase inicial da escala e a sentença que finaliza a DCSES e responderam “concordo”, “concordo em parte” ou “discordo”. Os itens 1, de 3 a 10, de 13 a 17, 19 a 23 não tiveram sugestão de modificações na estrutura do texto. Nos demais, inclusive nas instruções, sentenças inicial e final, foram feitas observações que levaram à mudança na escrita das proposições, com conseqüente reformulação das frases dos itens (Quadro 5).

Vale salientar que em relação às equivalências idiomática e conceitual não houveram solicitações de alterações, ou seja, todos os especialistas concordaram que as expressões da língua original do instrumento foram traduzidas de forma adequada e que mantiveram o mesmo aspecto, independente das diferenças culturais. Os valores médios (em percentual) do Índice de Concordância (IC) da avaliação dos

especialistas foram: semântica, 99,26%, idiomática, experiencial e conceitual, 100%. Os IC de cada item estão apresentados na Tabela 2.

Tabela 2 – Índice de concordância, em percentual, das equivalências semântica, idiomática, experiencial e conceitual, conforme especialistas.

ITEM	Equivalência Semântica			Equivalências		
	Ortografia correta	Significado equivalente	Gramática correta	Idiomática	Experiencial	Conceitual
I ¹	100	100	100	100	100	100
II ²	100	100	100	100	100	100
1	100	100	100	100	100	100
2	100	100	100	100	100	100
3	100	100	100	100	100	100
4	100	100	100	100	100	100
5	100	100	100	100	100	100
6	100	100	100	100	100	100
7	100	100	100	100	100	100
8	80	100	100	100	100	100
9	100	100	100	100	100	100
10	100	100	100	100	100	100
11	100	100	100	100	100	100
12	100	100	100	100	100	100
13	100	100	100	100	100	100
14	100	100	100	100	100	100
15	100	100	100	100	100	100
16	100	100	100	100	100	100
17	100	100	100	100	100	100
18	100	100	100	100	100	100
19	100	80	80	100	100	100
20	100	100	100	100	100	100
21	100	100	100	100	100	100
22	100	100	100	100	100	100
23	100	100	100	100	100	100
24	100	100	100	100	100	100
III ³	100	100	100	100	100	100
Média	99,26	99,26	99,26	100	100	100

Fonte: elaboração própria. ¹Instruções da DCSES; ²Sentença inicial da DCSES; ³ Sentença final da DCSES.

O comitê de especialistas ainda respondeu a questionamentos sobre a relevância do instrumento traduzido sendo a primeira pergunta sobre a importância de cada item da DCSES traduzida, com duas opções de respostas, a saber: “sim” e “não”.

Em cinco, dos 27 itens avaliados (considerando a frase inicial, as instruções, os 24 itens e a sentença final da DCSES), um dos especialistas respondeu “não” quanto a presença daquele item específico na DCSES, correspondendo, em termos percentuais, a 18,52% do total de itens.

O item de número 8 da DCSES obteve a classificação de “não relevante” por 40% dos especialistas. Os demais itens, 77,77%, receberam a classificação “sim” por todos do comitê, correspondendo a 100% do IC. A média, para a relevância dos itens da DCSES foi de 94,81% (Tabela 3).

Tabela 3 – Percentual de concordância quanto a relevância da DCSES pelos especialistas.

ITEM	RELEVÂNCIA DO ITEM	GRAU DE RELEVÂNCIA ¹	GRAU DE RELEVÂNCIA ²
I ³	100	100	100
II ⁴	80	80	100
1	100	100	100
2	100	100	100
3	100	100	100
4	100	100	100
5	100	100	100
6	100	80	80
7	100	100	100
8	60	60	100
9	80	80	100
10	100	100	100
11	100	100	100
12	100	100	100
13	80	80	100
14	100	100	100
15	100	100	100
16	100	100	100
17	100	80	80
18	100	100	80
19	100	100	100
20	100	100	100
21	100	100	100
22	80	60	100
23	80	60	100
24	100	100	100
III ⁵	100	80	80
Média	94,81	91,85	97,04

Fonte: elaboração própria. ¹Grau de relevância considerando o somatório de todos os especialistas (n=5); ² Grau de relevância considerando apenas os especialistas que responderam “sim” na primeira questão; ³Instruções da DCSES; ⁴Sentença inicial da DCSES; ⁵ Sentença final da DCSES.

A segunda pergunta versou sobre o grau da relevância dos itens da DCSES, com respostas conforme a sequência: 1 “irrelevante”, 2 “pouco relevante”, 3 “realmente relevante” e 4 “muito relevante”.

Os resultados apresentados pelos especialistas (Tabela 3) foram analisados através da porcentagem do Índice de Concordância (IC) em duas situações. A

primeira, considerando o total de componentes do comitê (IC = 91,05) e a segunda, abrangendo apenas os especialistas que responderam “sim”, em relação a importância do item na DCSES, no primeiro questionamento (IC = 97,04).

A opção de calcular os dois cenários foi escolhida para ampliar o entendimento a respeito do impacto (em termos numéricos) da avaliação dos especialistas fornecida por cada integrante do comitê. No cenário em que foram considerados todos os especialistas para o cálculo do IC, apenas 33,33% dos itens obtiveram percentuais menores que 100. Na configuração a qual foram considerados apenas os que responderam “sim”, apenas 14,81% dos itens obtiveram IC menores que 100.

Salienta-se que médias do IC apresentadas nessa seção foram satisfatórias, independentemente do impacto que as respostas “irrelevante” ou “pouco relevante” que um determinado item recebeu, reforçando que, para esse questionamento, a DCSES está aceitável.

Quadro 2 – Resultados das traduções

SEÇÃO	VERSÃO ORIGINAL	TRADUÇÃO 01	TRADUÇÃO 02	SÍNTESE DAS TRADUÇÕES
Cabeçalho	Program: Participant Code: Professional: Service: Date:	Programa: Código do participante: Profissional: Serviço: Data:	Programa: Código do participante: Profissional: Serviço: Data:	Programa: Código do participante: Profissional: Serviço: Data:
Instruções	<i>Instructions: The following measure describes coping activities that may be helpful in treating the symptoms of depression. Using a pen or pencil, under the column headed CONFIDENCE, mark how confident you are that you could do each activity using a number from 0 to 100. These numbers mean that you are not any all confident or sure (0%) to completely confident or sure (100%) that you can do each of these things listed. You may use any number from 0-100%.</i>	Instruções: A seguinte tabela descreve atividades de enfrentamento que podem ser de utilidade no tratamento de sintomas de depressão. Usando uma caneta ou lápis, abaixo da coluna CONFIANÇA, marque o quanto confiante você é, de que você poderia realizar cada atividade, usando um número de 0 a 100. Esses números significam que você não tem nenhuma confiança ou certeza (0%) até completamente confiante ou certo (100%) de que você pode realizar cada uma das atividades listadas. Você pode usar qualquer número de 0-100%.	Instruções: A medida a seguir descreve atividades de enfrentamento que possam ser úteis no tratamento dos sintomas da depressão. Usando um lápis ou caneta, sob a coluna CONFIANÇA, marque quão confiante você esteja de que você poderia fazer cada atividade usando um número de 0 a 100. Esses números significam que você não está nada confiante ou seguro (0%) até completamente confiante ou seguro (100%) de que você pode fazer cada uma dessas coisas listadas. Você pode usar qualquer número de 0-100.	Instruções: A escala a seguir descreve comportamentos de enfrentamento que possam ser úteis no tratamento dos sintomas da depressão. Usando um lápis ou caneta, abaixo da coluna CONFIANÇA, escreva um número, de 0 a 100, para indicar o quão confiante você sente que consegue fazer cada atividade. Esses números significam que você não tem nenhuma confiança ou certeza (0%) até completamente confiante ou seguro (100%) de que você consegue fazer cada um desses itens listados. Você pode usar qualquer número de 0-100.
Frase inicial de cada item	<i>I am THIS PERCENT confident that I will be able to do the following things that may relieve or prevent the symptoms of depression</i>	Eu sou ESTA PORCENTAGEM confiante de que serei capaz de realizar as seguintes atividades que podem aliviar ou prevenir os sintomas de depressão	Eu estou ESTA PORCENTAGEM confiante que eu serei capaz de fazer as seguintes coisas que podem aliviar ou prevenir os sintomas da depressão.	Eu estou % confiante que serei capaz de adotar os seguintes comportamentos que podem aliviar ou prevenir os sintomas da depressão.
Item 1	<i>Tell others how I feel in a socially acceptable manner.</i>	Dizer aos outros como eu me sinto de uma maneira socialmente aceitável.	Dizer aos outros como eu me sinto de maneira socialmente aceitável.	Dizer aos outros como eu me sinto de maneira socialmente aceitável.
Item 2	<i>Be aware of my behavior and how it affects others.</i>	Ser consciente do meu comportamento e de como este afeta outras pessoas.	Estar ciente do meu comportamento e de como isso afeta os outros.	Perceber meu comportamento e de como isso afeta os outros.

SEÇÃO	VERSÃO ORIGINAL	TRADUÇÃO 01	TRADUÇÃO 02	SÍNTESE DAS TRADUÇÕES
Item 3	<i>Refuse requests of others when I do not wish to do something that someone else wants me to do, including authority figures and strangers.</i>	Recusar solicitações dos outros quando eu não quero fazer algo que outras pessoas querem que eu faça, inclusive autoridades e estranhos.	Recusar pedidos de outras pessoas quando eu não desejo fazer algo que alguém quer que eu faça, incluindo figuras de autoridade e estranhos.	Recusar pedidos de outros quando eu não desejo fazer algo que alguém quer que eu faça, incluindo autoridades e estranhos.
Item 4	<i>Go to bed and get up at the same time every day.</i>	Ir dormir e acordar no mesmo horário todos os dias.	Ir para a cama e levantar no mesmo horário todos os dias.	Ir dormir e acordar no mesmo horário todos os dias.
Item 5	<i>Plan pleasant things to do for my free time.</i>	Planejar coisas agradáveis para fazer nos horários livres.	Planejar coisas agradáveis para fazer durante meu tempo livre.	Planejar coisas agradáveis para fazer durante meu tempo livre.
Item 6	<i>Limit naps to 20-30 minutes during the day.</i>	Limitar os cochilos para 20 -30 minutos durante o dia.	Limitar cochilos a 20-30 minutos durante o dia.	Limitar cochilos para 20-30 minutos durante o dia.
Item 7	<i>Ask for help when I am having trouble understanding something because I am not concentrating well (like income tax, legal documents, etc.).</i>	Pedir ajuda quando eu tiver dificuldade em entender algo porque eu não estou me concentrado bem (por exemplo, imposto de renda, documentos legais, etc.).	Pedir ajuda quando eu estiver tendo dificuldades para entender algo porque não estou me concentrando bem (como imposto de renda, documentos legais, etc.).	Pedir ajuda quando eu tiver dificuldade para entender algo porque não estou me concentrando bem (por exemplo: imposto de renda, documentos legais, etc.).
Item 8	<i>Eat four servings of fruits and vegetables daily.</i>	Comer quatro porções de frutas e verduras diariamente.	Comer quatro porções de frutas e vegetais diariamente.	Comer quatro porções de frutas e verduras diariamente.
Item 9	<i>Drink 6 to 8 glasses of water daily.</i>	Tomar 6 a 8 copos de água diariamente.	Beber de 6 a 8 copos de água diariamente.	Beber de 6 a 8 copos de água diariamente.
Item 10	<i>Recognize when I am blaming myself for my symptoms and try to stop.</i>	Reconhecer quando eu estiver me culpando pelos meus sintomas e tentar parar.	Reconhecer quando eu estiver me culpando por meus sintomas e tentar parar.	Reconhecer quando eu estiver me culpando por meus sintomas e tentar parar.
Item 11	<i>Engage in some sort of creative activity like writing, reading, drawing, playing music, or working on projects.</i>	Me envolver com algum tipo de atividade criativa como escrever, ler, desenhar, tocar música, ou trabalhar em projetos.	Engajar em algum tipo de atividade criativa, como escrever, ler, desenhar, tocar música, ou trabalhar em projetos.	Me envolver com algum tipo de atividade criativa, como escrever, ler, desenhar, tocar música ou trabalhar em projetos.
Item 12	<i>Get together with at least one very close person when I am feeling lonely.</i>	Encontrar com uma pessoa próxima quando eu estiver me sentindo só.	Ficar junto com pelo menos uma pessoa muito próxima quando estiver me sentindo solitário.	Ficar junto com pelo menos uma pessoa muito próxima quando estiver me sentindo sozinho.
Item 13	<i>Get up and do something relaxing if I cannot sleep, before trying again.</i>	Levantar e fazer algo relaxante, se eu não conseguir dormir, antes de tentar dormir novamente.	Levantar e fazer algo relaxante se não conseguir dormir, antes de tentar novamente.	Levantar e fazer algo relaxante, se não conseguir dormir, antes de tentar dormir novamente.

SEÇÃO	VERSÃO ORIGINAL	TRADUÇÃO 01	TRADUÇÃO 02	SÍNTESE DAS TRADUÇÕES
Item 14	<i>Question whether it is reasonable to think this way each time I think about myself in a negative way or assume that I am no good.</i>	Me perguntar se é razoável pensar desta maneira cada vez que eu pensar sobre mim de uma maneira negativa ou supor que eu não sou bom (boa).	Questionar se é razoável pensar dessa maneira cada vez que eu penso em mim de forma negativa ou presumo que eu não sou bom.	Questionar se é adequado pensar em mim de forma negativa ou supor que eu não sou bom (boa).
Item 15	<i>Take a bath or do some other soothing activity before bedtime.</i>	Tomar um banho ou fazer alguma outra atividade relaxante antes de dormir.	Tomar um banho ou fazer alguma outra atividade que acalme antes da hora de dormir.	Tomar um banho ou fazer alguma outra atividade que acalme antes de dormir.
Item 16	<i>Take medication the way my doctor recommends.</i>	Tomar medicações da maneira que meu médico recomendar.	Tomar a medicação da maneira que o médico recomendou.	Tomar a medicação da maneira que o médico recomendou.
Item 17	<i>Exercise or do some active thing every day.</i>	Me exercitar ou fazer alguma atividade todos os dias.	Fazer exercícios ou alguma coisa ativa todos os dias.	Fazer exercícios ou alguma atividade todos os dias.
Item 18	<i>Be aware of when I am thinking about myself in a negative way or assuming that I am no good.</i>	Perceber quando eu estiver pensando sobre mim de uma maneira negativa ou supondo que eu não sou bom (boa).	Estar ciente quando eu estiver pensando em mim de maneira negativa ou presumindo que eu não sou bom.	Perceber quando eu estiver pensando em mim de maneira negativa ou supondo que eu não sou bom (boa).
Item 19	<i>Laugh and try to find humor in my situation, in spite of my problems.</i>	Rir e tentar encontrar humor na minha situação, apesar dos meus problemas.	Rir e tentar achar graça na minha situação, apesar dos meus problemas.	Rir e tentar achar graça da minha situação, apesar dos meus problemas.
Item 20	<i>Challenge the thought that suicide is the only way I can deal with my problems.</i>	Desafiar o pensamento de que suicídio é a única maneira de lidar com meus problemas.	Desafiar os pensamentos de que o suicídio é a única maneira de lidar com meus problemas.	Enfrentar os pensamentos de que o suicídio é a única maneira de lidar com meus problemas.
Item 21	<i>Attempt to understand why I am anxious when I have anxiety.</i>	Tentar entender porque eu estou ansioso quando eu tiver ansiedade.	Tentar entender por que estou ansioso quando tenho ansiedade.	Tentar entender por que estou ansioso quando tenho ansiedade.
Item 22	<i>Keep a journal describing my mood or how I feel emotionally each day.</i>	Manter um diário descrevendo meu humor ou como eu me sinto emocionalmente cada dia.	Manter um diário descrevendo meu humor ou como me sinto emocionalmente a cada dia	Manter um diário descrevendo meu humor ou como me sinto emocionalmente a cada dia
Item 23	<i>Meditate or do relaxation exercises at least once a day.</i>	Meditar ou fazer exercícios de relaxamento pelo menos uma vez ao dia.	Meditar ou fazer exercícios de relaxamento pelo menos uma vez por dia.	Meditar ou fazer exercícios de relaxamento pelo menos uma vez ao dia.

SEÇÃO	VERSÃO ORIGINAL	TRADUÇÃO 01	TRADUÇÃO 02	SÍNTESE DAS TRADUÇÕES
Item 24	<i>Become aware of those feelings that bother me so I can work on not letting them bother me.</i>	Me tornar consciente dos sentimentos que me incomodam, de maneira que eu possa me empenhar em não deixá-los me incomodar.	Tomar ciência dos sentimentos que me incomodam, para que eu possa trabalhar para não deixá-los me incomodar.	Perceber os sentimentos que me incomodam, para que eu possa trabalhar para não deixá-los me incomodar.
Frase final	<i>Finally, Please circle the numbers next to the activities that you would like to know more about. Thank you! You are finished</i>	Por fim, Por favor, circule os números ao lado das atividades que você gostaria de conhecer melhor. Obrigada! Você terminou.	Finalmente, Por favor, circule os números ao lado das atividades que você gostaria de saber mais sobre. Obrigado! Você terminou.	Finalmente, Por favor, circule os números ao lado dos comportamentos que você gostaria de saber mais sobre. Obrigado! Você terminou.

Fonte: elaboração própria.

Quadro 3 – Comparação do instrumento original e a versão retrotraduzida.

SEÇÃO	VERSÃO ORIGINAL	RETROTRADUÇÃO
Cabeçalho	Program: Participant Code: Professional: Service: Date:	Program: Participant's Code: Professional: Service: Date:
Instruções	<i>Instructions: The following measure describes coping activities that may be helpful in treating the symptoms of depression. Using a pen or pencil, under the column headed CONFIDENCE, mark how confident you are that you could do each activity using a number from 0 to 100. These numbers mean that you are not any all confident or sure (0%) to completely confident or sure (100%) that you can do each of these things listed. You may use any number from 0-100%.</i>	Instructions: The scale below describes coping behaviors that may be helpful in treating the symptoms of depression. Using a pencil or pen, write a number from 0 to 100 in the CONFIDENCE column to indicate how confident you feel that you can do each activity. These numbers mean that your confidence or certainty ranges from having none at all (0%) to being completely confident or sure (100%) that you can do each of these items listed. You can use any number from 0-100.
Frase inicial de cada item	<i>I am THIS PERCENT confidente that I will be able to do the following things that may relieve or prevent the symptoms of depression</i>	I am confident that I will be able to adopt the following forms of behavior which can alleviate or prevent the symptoms of depression
Item 1	<i>Tell others how I feel in a socially acceptable manner.</i>	Tell others how I feel in a socially acceptable way.
Item 2	<i>Be aware of my behavior and how it affects others.</i>	Be aware of my behavior and how it affects others.

SEÇÃO	VERSÃO ORIGINAL	RETROTRADUÇÃO
Item 3	<i>Refuse requests of others when I do not wish to do something that someone else wants me to do, including authority figures and strangers.</i>	Refuse requests from others when I do not wish to do something that someone wants me to do, including authorities and strangers.
Item 4	<i>Go to bed and get up at the same time every day.</i>	Go to sleep and wake up at the same time every day.
Item 5	<i>Plan pleasant things to do for my free time.</i>	Plan to do enjoyable things during my free time.
Item 6	<i>Limit naps to 20-30 minutes during the day.</i>	Limit taking naps to 20-30 minutes during the day.
Item 7	<i>Ask for help when I am having trouble understanding something because I am not concentrating well (like income tax, legal documents, etc.).</i>	Ask for help when I have difficulty understanding something because I am not concentrating well (for example: income tax, legal documents, etc.).
Item 8	<i>Eat four servings of fruits and vegetables daily.</i>	Eat four portions of fruit and vegetables every day.
Item 9	<i>Drink 6 to 8 glasses of water daily.</i>	Drink 6 to 8 glasses of water every day.
Item 10	<i>Recognize when I am blaming myself for my symptoms and try to stop.</i>	Recognize when I am blaming myself for my symptoms and try to stop doing so.
Item 11	<i>Engage in some sort of creative activity like writing, reading, drawing, playing music, or working on projects.</i>	Engage in some kind of creative activity, such as writing, reading, drawing, playing music, or working on projects.
Item 12	<i>Get together with at least one very close person when I am feeling lonely.</i>	Stay together with at least one person that you feel very close to when you are feeling lonely.
Item 13	<i>Get up and do something relaxing if I cannot sleep, before trying again.</i>	Get up and do something relaxing if you are not able to sleep, before trying to fall asleep again.
Item 14	<i>Question whether it is reasonable to think this way each time I think about myself in a negative way or assume that I am no good.</i>	Question whether it is appropriate to think of myself negatively or to assume that I am not a good person.
Item 15	<i>Take a bath or do some other soothing activity before bedtime.</i>	Take a shower or do some other activity that calms me down before going to bed.
Item 16	<i>Take medication the way my doctor recommends.</i>	Take the medication just as the doctor recommended.
Item 17	<i>Exercise or do some active thing every day.</i>	Do exercises or some activity every day.
Item 18	<i>Be aware of when I am thinking about myself in a negative way or assuming that I am no good.</i>	Be aware of when I'm thinking of myself in a negative way or assuming that I'm not a good person.
Item 19	<i>Laugh and try to find humor in my situation, in spite of my problems.</i>	Laugh and try to find something funny in my situation, despite my problems.
Item 20	<i>Challenge the thought that suicide is the only way I can deal with my problems.</i>	Able to overcome the thoughts that suicide is the only way to deal with my problems.
Item 21	<i>Attempt to understand why I am anxious when I have anxiety.</i>	Try to understand why I'm anxious when I feel anxiety.
Item 22	<i>Keep a journal describing my mood or how I feel emotionally each day.</i>	Keep a diary describing my mood or how I feel emotionally every day.
Item 23	<i>Meditate or do relaxation exercises at least once a day.</i>	Meditate or do relaxation exercises at least once a day.

SEÇÃO	VERSÃO ORIGINAL	RETROTRADUÇÃO
Item 24	<i>Become aware of those feelings that bother me so I can work on not letting them bother me.</i>	Recognize the feelings that bother me, so I can work at not letting them bother me.
Frase final	<i>Finally, Please circle the numbers next to the activities that you would like to know more about. Thank you! You are finished</i>	Finally, Please, circle the numbers beside the forms of behavior that you would like to learn more about. Thank you! You have finished.

Fonte: elaboração própria.

Quadro 5 – Seções da DCSES que obtiveram sugestões de modificações, conforme as equivalências semântica e experiencial, por meio do comitê de especialistas.

SEÇÃO	DCSES (VERSÃO T-12)	EQUIVALÊNCIA SEMÂNTICA	EQUIVALÊNCIA EXPERIENCIAL	DCSES (VERSÃO PRÉ-FINAL)
Cabeçalho	Programa: Código do participante: Profissional: Serviço: Data:	Sem solicitação de mudança	Sem solicitação de mudança	Programa: Código do participante: Profissional: Serviço: Data:
Instruções	Instruções: escala a seguir descreve comportamentos de enfrentamento que possam ser úteis no tratamento dos sintomas da depressão. Usando um lápis ou caneta, abaixo da coluna CONFIANÇA, escreva um número, de 0 a 100, para indicar o quão confiante você sente que consegue fazer cada atividade. Esses números significam que você não tem nenhuma confiança ou certeza (0%) até completamente confiante ou seguro (100%) de que você consegue fazer cada um desses itens listados. Você pode usar qualquer número de 0-100.	Sugestão de 1 especialista: uniformizar os termos “comportamento” ou “atividades”.	Sugestão de 1 especialista: observar o termo “enfrentamento”. Pode não ser claro para algum respondente.	Instruções: A escala a seguir descreve comportamentos de enfrentamento que podem ser úteis no tratamento dos sintomas de depressão. Usando um lápis ou uma caneta, abaixo da coluna CONFIANÇA, escreva um número de 0 a 100 para indicar a confiança que você tem em conseguir se comportar como indicado em cada item. O número zero (0%) significa que você não tem nenhuma confiança ou certeza que pode se comportar como indicado em cada item. O número cem (100%) significa que você se sente completamente confiante ou seguro que pode se comportar como indicado em cada item. Você pode usar qualquer número de 0-100.
SEÇÃO	DCSES (VERSÃO T-12)	EQUIVALÊNCIA SEMÂNTICA	EQUIVALÊNCIA EXPERIENCIAL	DCSES (VERSÃO PRÉ-FINAL)
Frase inicial de cada item	Eu estou confiante que serei capaz de adotar os seguintes comportamentos que podem aliviar ou prevenir os sintomas da depressão.	Sugestão de 1 especialista: adicionar o % antes da palavra “confiante”.	Sem solicitação de mudança.	Eu estou confiante que serei capaz de adotar os seguintes comportamentos que podem aliviar ou prevenir os sintomas da depressão
Item 2	Perceber meu comportamento e de como isso afeta os outros.	Sugestão de 2 especialistas: mudar “perceber” por “estar atento” e retirar o “de”.	Sem solicitação de mudança.	Estar atento ao meu comportamento e como isso afeta os outros.

Item 11	Me envolver com algum tipo de atividade criativa, como escrever, ler, desenhar, tocar música ou trabalhar em projetos.	Sem solicitação de mudança.	Sugestão de 1 especialista: trocar "trabalhar em projetos" por "participar de algum projeto"	Me envolver com algum tipo de atividade criativa, como escrever, ler, desenhar, tocar música ou participar de projetos.
Item 12	Ficar junto com pelo menos uma pessoa muito próxima quando estiver me sentindo sozinho.	Sugestão de 1 especialista: trocar "com" por "de".	Sem solicitação de mudança.	Ficar junto de pelo menos uma pessoa muito próxima quando estiver me sentindo sozinho.
Item 18	Perceber quando eu estiver pensando em mim de maneira negativa ou supondo que eu não sou bom (boa).	Sugestão de 1 especialista: trocar "perceber" por "estar atento".	Sem solicitação de mudança.	Estar atento quando eu estiver pensando em mim de maneira negativa ou supondo que eu não sou bom (boa).
Item 24	Perceber os sentimentos que me incomodam, para que eu possa trabalhar para não deixá-los me incomodar.	Sem solicitação de mudança.	Sugestão de 2 especialistas: trocar o "trabalhar" por "Deixá-los".	Perceber os sentimentos que me incomodam, para que eu possa enfrenta-los e não deixá-los me incomodar.
Frase final	Finalmente, Por favor, circule os números ao lado dos comportamentos que você gostaria de saber mais sobre. Obrigado! Você terminou.	Sugestão de 2 especialistas: retirar o "sobre".	Sem solicitação de mudança.	Finalmente, Por favor, circule os números ao lado dos comportamentos que você gostaria de saber mais. Obrigado! Você terminou.

Fonte: elaboração própria.

Tabela 1 – Escores dos coeficientes de validade de conteúdo (CVC)

Nº	ITEM	CVC					
		CL	CLPe	PP	PPPe	RT	RTPe
1	Dizer aos outros como eu me sinto de maneira socialmente aceitável.	0,92	0,92	0,92	0,92	0,92	0,92
2	Estar atento ao meu comportamento e como isso afeta os outros.	0,88	0,88	0,96	0,96	0,96	0,96
3	Recusar pedidos de outros quando eu não desejo fazer algo que alguém quer que eu faça, incluindo autoridades e estranhos.	0,88	0,88	1,00	1,00	1,00	1,00
4	Ir dormir e acordar no mesmo horário todos os dias.	0,96	0,96	0,84	0,84	0,88	0,88
5	Planejar coisas agradáveis para fazer durante meu tempo livre.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
6	Limitar cochilos para 20-30 minutos durante o dia.	1,00	1,00	0,92	0,92	0,96	0,96
7	Pedir ajuda quando eu tiver dificuldade para entender algo porque não estou me concentrando bem (por exemplo: imposto de renda, documentos legais, etc.).	0,80	0,80	0,92	0,92	0,92	0,92
8	Comer quatro porções de frutas e verduras diariamente.	0,96	0,96	0,76	0,76	0,72	0,72
9	Beber de 6 a 8 copos de água diariamente.	1,00	1,00	0,92	0,92	0,88	0,88
10	Reconhecer quando eu estiver me culpando por meus sintomas e tentar parar.	0,92	0,92	1,00	1,00	1,00	1,00
11	Me envolver com algum tipo de atividade criativa, como escrever, ler, desenhar, tocar música ou participar de projetos.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
12	Ficar junto de pelo menos uma pessoa muito próxima quando estiver me sentindo sozinho.	0,92	0,92	1,00	1,00	1,00	1,00
13	Levantar e fazer algo relaxante, se não conseguir dormir, antes de tentar dormir novamente.	0,84	0,84	0,96	0,96	0,92	0,92
14	Questionar se é adequado pensar em mim de forma negativa ou supor que eu não sou bom (boa).	0,84	0,84	0,96	0,96	0,96	0,96
15	Tomar um banho ou fazer alguma outra atividade que acalme antes de dormir.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
16	Tomar a medicação da maneira que o médico recomendou.	0,96	0,96	1,00	1,00	1,00	1,00
17	Fazer exercícios ou alguma atividade todos os dias.	0,96	0,96	1,00	1,00	1,00	1,00
18	Estar atento quando eu estiver pensando em mim de maneira negativa ou supondo que eu não sou bom (boa).	0,84	0,84	0,96	0,96	0,96	0,96
19	Rir e tentar achar graça na minha situação, apesar dos meus problemas.	0,84	0,84	0,92	0,92	0,92	0,92
20	Enfrentar os pensamentos de que o suicídio é a única maneira de lidar com meus problemas.	0,96	0,96	1,00	1,00	1,00	1,00
21	Tentar entender por que estou ansioso.	0,80	0,80	1,00	1,00	1,00	1,00
22	Manter um diário descrevendo meu humor ou como me sinto emocionalmente a cada dia	1,00	1,00	0,84	0,84	0,84	0,84
23	Meditar ou fazer exercícios de relaxamento pelo menos uma vez ao dia.	1,00	1,00	0,92	0,92	0,88	0,88
24	Perceber os sentimentos que me incomodam, para que eu possa enfrentá-los e não deixá-los me incomodar.	0,84	0,84	0,96	0,96	0,96	0,96
	Média por característica	0,92	0,92	0,95	0,95	0,95	0,94
	Média da escala total				0,94		
	Média da escala total com cálculo do erro				0,94		

Fonte: Elaboração própria adaptada de Cassepp-Borges, Balbinotti e Teodoro (2010).

Legenda: Nº: número do item; CVC: coeficiente de validade de conteúdo; CL: clareza de linguagem; CLPe: clareza de linguagem com cálculo do erro; PP: pertinência prática; PPPe: pertinência prática com cálculo do erro; RT: relevância teórica; RTPe: relevância teórica com cálculo do erro.

5.4 PRÉ-TESTE

A etapa V da pesquisa corresponde ao pré-teste, ou seja, uma amostra da população-alvo, composta por 40 pessoas (BEATON *et al.*, 2007), responde à versão pré-final do instrumento para avaliar a validade de face e equivalência semântica (PASQUALI, 2009). As entrevistas demandaram um tempo médio de resposta de 75 minutos por participante, sendo uma média de 45 minutos para os instrumentos utilizados para a definição da elegibilidade e 30 para a resposta da DCSES (versão pré-final) e os instrumentos de validação de face e avaliação semântica.

5.4.1 Caracterização sociodemográfica e condição de saúde da amostra pré-final

Os dados obtidos no pré-teste estão apresentados em forma de tabelas. Beaton *et al.* (2000) recomendam que essa amostra seja representativa, quanto às suas características, da população-alvo do instrumento adaptado transculturalmente.

Os participantes que responderam a versão pré-final da DCSES, foram, em sua maioria do sexo feminino (90%), com maior frequência de faixa etária dos 25 aos 59 anos (75%), cor parda (55%), grau de escolaridade entre 9 e 11 anos de tempo de estudo (55%), vínculo empregatício formal ou informal (52,5%) e renda de até um salário mínimo (30%). O detalhamento dessas características está disposto na Tabela 4.

A tabela 5 revela as condições clínicas de maior frequência foram a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e as desordens reumatológicas (40% cada). Além disso, 40% da amostra relatou ter outras doenças que não estavam elencadas no questionário. Sobre a prática de atividades físicas, apenas 35% afirmou que realiza.

Sobre a condição da depressão, apenas uma pessoa relatou nunca ter realizado tratamento para tal (ainda iria iniciar o medicamentoso, já prescrito). Os locais de maior frequência de tratamento foram o consultório particular (38,48%) e os ambulatórios nas policlínicas (33,33%). 87,5% dos entrevistados estavam realizando tratamento no momento da entrevista e desses, 40% na modalidade de psicoterapia. Sobre o uso de medicação específica para a sintomatologia depressiva, 87,5% estavam fazendo uso e desses, apenas 9,09% usavam mais que dois medicamentos

diários para a depressão. Os resultados do Inventário de Beck revelaram que 70% da amostra estavam, no momento da entrevista, com depressão de leve a moderada.

Sobre o ciclo de vida em que receberam o diagnóstico de depressão, 87,5% revelaram que foi na fase adulta e 12,5%, na adolescência. A respeito dos antecedentes familiares, 72,5% dos respondentes afirmaram ter parentela com histórico depressivo e desses, 37,5% eram os pais biológicos.

Tabela 4 – Características sociodemográficas da amostra pré-final.

FATOR AVALIADO	N	%	p-valor
Sexo			
Masculino	4	10	0,000
Feminino	36	90	
Idade¹			
18 a 24 anos	6	15	0,000
25 a 39 anos	15	37,5	
40 a 59 anos	15	37,5	
60 anos ou mais	4	10	
Cor^{1,2}			
Branca	15	37,5	0,001
Preta	3	7,5	
Parda	22	55	
Estado Civil²			
Solteiro(a)	21	52,5	0,000
Casado(a) / União estável	15	37,5	
Divorciado(a)	4	10	
FATOR AVALIADO	N	%	p-valor
Escolaridade			
7 a 8 anos	6	15	0,000
9 a 11 anos	22	55	
12 ou mais	12	30	
Ocupação			
Trabalhador(a) (formal)	15	37,5	0,000
Trabalhador(a) (informal)	6	15	
Aposentado(a)	3	7,5	
Desempregado(a)	7	17,5	
Doméstico(a)/do lar	1	2,5	
Estudante	5	12,50	
Outros	3	7,5	
Renda			
Até 1 Salário Mínimo (SM)	12	30	0,002
Entre 1 SM e 2 SM	8	20	
Entre 2 SM e 3 SM	4	10	
Entre 4 SM e 5 SM	5	12,50	
Maior que 5	5	12,50	
Sem Renda	3	7,5	
Não Declarado	3	7,5	

Fonte: elaboração própria. N, amostra; %, valor percentual; p-valor, distribuição; ¹Estratificação, segundo critérios do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); ²Apresentadas somente as opções em que houveram respondentes.

Tabela 5 – Condição de saúde da amostra pré-final (n=40).

FATOR AVALIADO	N	%
Dentre elas:*		
Diabetes	1	5
Hipertensão	8	40
Outras doenças cardíacas	0	0
Doenças reumatológicas	8	40
Outras doenças	8	40
Atividade Física		
Sim	14	35
Não	26	65
Diagnóstico – ciclo de vida		
Adolescência	5	12,5
Adulto	35	87,5
Tratamento prévio para depressão		
Sim	39	97,5
Não	1	2,50
Onde realizou o tratamento¹		
Centro de Atenção Psicossocial	5	12,82
UPA	3	7,69
Ambulatório Policlínica	13	33,33
Consultório Particular	15	38,46
USF	2	5,12
Outros tipos de tratamento	6	15,38
Em tratamento para depressão		
Sim	35	87,5
Não	5	12,5
Onde/Qual tratamento realiza¹		
Centro de Atenção Psicossocial	3	8,57
Psicoterapia	15	42,86
Terapia Ocupacional	2	5,71
Práticas Integrativas	3	8,57
Psiquiatra	7	20
Outros tipos de tratamento	7	20
Medicação específica para depressão		
Sim	35	87,5
Não	5	12,5
Quantas medicações¹		
1 ou 2	33	90,90
3 ou 4	2	9,09
Inventário de Beck²		
Depressão mínima	5	12,5
Depressão leve	11	27,5
Depressão moderada	17	42,5
Depressão grave	7	17,5

Fonte: elaboração própria. N, amostra; %, valor percentual; ¹Valor percentual relativo; ² Classificação segundo Gorenstein *et al.* (2011).

5.4.2 Autoeficácia da amostra pré-final

O resultado da autoeficácia das pessoas que compuseram a amostra pré-final está elencado na tabela 6. Esses dados referem-se à pontuação total da escala, na qual é realizado o somatório de todos os itens seguido de uma divisão por 24. As

informações quanto a média e desvio padrão de cada item específico da DCSES pré-final estão dispostas no quadro 6.

A média da autoeficácia foi de 55,56 que, segundo o escore utilizado na presente pesquisa, corresponde a moderada confiança. Por se tratar de uma pontuação mediana, essa classificação também se equipara a sugerida por Mahakittikun *et al.*, 2013. Quanto a classificação, 60% dos participantes pontuaram “moderadamente confiante”, 22,5% “não confiante” e 17,5%, “confiante”.

Os escores médios dos itens, em separado, revelaram que as maiores médias foram para os de números 15, 7 e 16, que versam sobre fazer alguma atividade relaxante antes de dormir; pedir ajuda quando necessário; e seguir corretamente a prescrição médica, respectivamente.

As menores médias foram observadas nos itens 22, 23 e 17, que abordam questões sobre manutenção de um diário a respeito do humor; práticas meditativas e realização de exercícios ou atividades diariamente.

Tabela 6 – Autoeficácia da amostra pré-final (n=40), considerando o escore total dos instrumentos respondidos.

FATOR AVALIADO	Mínimo	Máximo	Media	Desvio Padrão	p-valor ¹
Pontuação DCSES	32,08	78,75	55,56	14,12	0,796

Fonte: elaboração própria. N, amostra; ¹p-valor relativo ao teste de *Kolmogorov-Smirnov* para avaliação da normalidade da distribuição.

O Inventário de Beck foi o instrumento selecionado pela autora da DCSES (PERRAUD, 2000) para medir a validade concorrente. Na presente pesquisa, essa medida foi aplicada e comparada com os resultados da autoeficácia da DCSES pré-final (Tabela 7). Assim como na escala original, os escores do BDI foram correlacionados negativamente (-0,48) com os da DCSES pré-final, revelando que, quanto maior o grau da confiança de um indivíduo, menor a intensidade da depressão.

O grupo com maior confiança (80%) apresentou escore “depressão mínima” e o com menor confiança (57,14%), com “depressão grave”, segundo classificação do BDI. Observou-se que o resultado “moderadamente confiante” foi encontrado, em maiores percentuais, nos grupos com categorias “depressão leve e moderada”.

Tabela 7 – Relação entre os escores do Inventário de Beck e da autoeficácia, segundo a DCSES pré-final.

Inventário de Beck ¹	DCSES ²						Grupo Total	p-valor ³	r ⁴
	Não Confiante		Moderadamente Confiante		Confiante				
	N	%	N	%	N	%			
Depressão mínima	1	20	-	-	4	80	5	12,5	
Depressão leve	-	-	9	81,82	2	18,18	11	27,5	0,002
Depressão moderada	4	23,52	12	70,59	1	5,9	17	42,5	
Depressão grave	4	57,14	3	42,86	-	-	7	17,5	

Fonte: elaboração própria. N, amostra; ¹ Classificação segundo Gorenstein *et al.* (2011); ² Valores de referência da DCSES, segundo proposta da autora; ³ p-valor relativo a Correlação de Pearson; ⁴ r, correlação.

5.4.3 Validação de face, avaliação semântica e confiabilidade da DCSES obtidas na amostra pré-final

Os respondentes da amostra pré-final opinaram sobre o instrumento, conforme recomendado por Beaton *et al.*, (2007), na etapa V da adaptação transcultural. Com os resultados, pôde-se obter a validade de face, a avaliação semântica e foram calculadas, também, a confiabilidade e validade concorrente da DCSES pré-final.

Para a validade de face, os respondentes foram questionados sobre a compreensão do que estava sendo medido e se o instrumento apresentado estava medindo o que se propõe. Para ambos os casos, 90% responderam que entenderam o que a DCSES pré-final estava medindo. Quanto a escala de respostas, 80% afirmaram que era de fácil compreensão, 15% regular e 5% difícil.

A avaliação semântica de cada item foi avaliada pela amostra pré-final e os resultados estão apresentados no quadro 7. Apenas os itens: 5, 11, 16 e 21 não receberam sugestão de mudança e os itens 1, 8 e 9 tiveram uma frequência de solicitação para alterações acima de 20%, com a sentença referente ao consumo de frutas e verduras alcançando o maior número de sugestões para mudanças. Considerando esses percentuais, a DCSES, em termos gerais, está satisfatória.

Foi observado que em 5, dos 24 itens da DCSES, houveram opiniões para a “reformulação”, entretanto, apesar de expressarem necessidade de mudanças, os respondentes não souberam apresentar uma proposta de escrita. Salienta-se que apenas uma pessoa sugeriu redução do texto das instruções iniciais e todos concordaram com a frase final.

A confiabilidade da DCSES foi obtida com o cálculo do Alfa de Cronbach, que resultou em 0,82 para o instrumento em geral, refletindo que a versão pré-final da DCSES possui boa consistência interna.

Quando se considerou a exclusão de cada item, o alfa de Cronbach variou entre 0,79 e 0,82, revelando a manutenção da boa confiabilidade da DCSES pré-final (DA HORA; MONTEIRO; ARICA, 2010; STREINER, 2003).

A correlação de *Spearman* revelou que 58,33% dos itens apresentaram moderada magnitude, indicando boa relação entre eles. Para essa interpretação da intensidade, considerou-se: < 0,3 (fraca); $\geq 0,3$ a < 0,59 (moderada) e $\geq 0,6$ a 0,99 (forte) e 1 (perfeita) (LEVIN; FOX, 2004).

Os dados da avaliação semântica, obtidos no pré-teste, foram ajustados pela pesquisadora e orientadores do estudo para a formação da DCSES adaptada transculturalmente (APÊNDICE D). Não houve exclusão de nenhum item, visto que cada sentença do instrumento foi disposta, em uma ordem específica, após um rigoroso processo de desenvolvimento do mesmo (PERRAUD, 2000) e, o percentual de pessoas que sugeriram retiradas, em itens específicos, foi, no máximo de 15%, como ocorreu no de número 22, que versa sobre manter um diário sobre as percepções de humor. Os itens 8 e 9 foram reescritos, segundo sugestões de todos os participantes que avaliaram a DCSES.

Quadro 6 – Resultados do pré-teste em relação aos itens da DCSES

ITENS	DCSES (VERSÃO PRÉ-FINAL)	OBSERVAÇÕES DO PRÉ-TESTE	% ¹	MÉDIA ²	DESVIO PADRÃO ³	ITEM-TOTAL CORRELAÇÃO ⁴	ALFA COM ITEM DELETADO ⁵
1	Dizer aos outros como eu me sinto de maneira socialmente aceitável.	<ul style="list-style-type: none"> Reformular Retirar o “de maneira socialmente aceitável”. “Informar aos outros como me sinto para que eu possa me sentir aceito socialmente”. “Dizer aos outros como me sinto diante das situações”. 	25	63	31.6	.34	.81
2	Estar atento ao meu comportamento e como isso afeta os outros.	<ul style="list-style-type: none"> Reformular “Estar atendo a como meu problema afeta os outros” “Como meu comportamento ajuda ou atrapalha os outros” 	15	70.72	29.8	.27	.82
3	Recusar pedidos de outros quando eu não desejo fazer algo que alguém quer que eu faça, incluindo autoridades e estranhos.	<ul style="list-style-type: none"> Reformular 	10	57.05	36.3	.59	.80
4	Ir dormir e acordar no mesmo horário todos os dias.	<ul style="list-style-type: none"> Retirar o item Reformular Dormir e acordar em horários apropriados para a minha realidade. Manter um sono regular todos os dias 	20	44.27	37	.14	.82
5	Planejar coisas agradáveis para fazer durante meu tempo livre.	Sem sugestão de alteração.	-	61.4	35.8	.54	.80
6	Limitar cochilos para 20-30 minutos durante o dia.	<ul style="list-style-type: none"> Limitar cochilos durante o dia. Retirar o item 	17,5	44.3	40.3	.17	.82
7	Pedir ajuda quando eu tiver dificuldade para entender algo porque não estou me concentrando bem (por exemplo: imposto de renda, documentos legais, etc.).	<ul style="list-style-type: none"> Reformular Incluir atividades da vida diária. “Pedir ajuda quando não consigo fazer algo”. 	10	78.75	25,4	.30	.81
8	Comer quatro porções de frutas e verduras diariamente.	<ul style="list-style-type: none"> Diminuir a quantidade para “duas” porções. Fazer uma dieta balanceada. Retirar o número “quatro”. Manter uma rotina de alimentação e ingestão de água adequada (junção com a 9). 	27,5	45,02	38,8	.40	.81

ITENS	DCSES (VERSÃO PRÉ-FINAL)	OBSERVAÇÕES DO PRÉ-TESTE	% ¹	MÉDIA ²	DESVIO PADRÃO ³	ITEM-TOTAL CORRELAÇÃO ⁴	ALFA COM ITEM DELETADO ⁵
9	Beber de 6 a 8 copos de água diariamente.	<ul style="list-style-type: none"> Retirar o item Beber água em quantidade suficiente diariamente Juntar com a "8". 	22,5	72.13	35.4	.07	.82
10	Reconhecer quando eu estiver me culpando por meus sintomas e tentar parar.	<ul style="list-style-type: none"> Reformular 	10	64,38	31,3	.50	.81
11	Me envolver com algum tipo de atividade criativa, como escrever, ler, desenhar, tocar música ou participar de projetos.	Sem sugestão de alteração.	-	68,63	34.2	.48	.81
12	Ficar junto de pelo menos uma pessoa muito próxima quando estiver me sentindo sozinho.	<ul style="list-style-type: none"> Reformular 	5	74.28	29.4	.23	.82
13	Levantar e fazer algo relaxante, se não conseguir dormir, antes de tentar dormir novamente.	<ul style="list-style-type: none"> Reformular 	7,5	60.5	37.6	.28	.82
14	Questionar se é adequado pensar em mim de forma negativa ou supor que eu não sou bom (boa).	<ul style="list-style-type: none"> Retirar e deixar a 18 Reformular "Questionar se é adequado pensar em mim de forma negativa quando os pensamentos negativos chegam" 	20	52.88	30.8	.56	.80
15	Tomar um banho ou fazer alguma outra atividade que acalme antes de dormir.	<ul style="list-style-type: none"> Retirar o item Retirar e deixar somente a 13. 	5	84.63	21.1	.27	.82
16	Tomar a medicação da maneira que o médico recomendou.	Sem sugestão de alteração.	-	75.5	35.5	.26	.82
17	Fazer exercícios ou alguma atividade todos os dias.	<ul style="list-style-type: none"> Retirar o "todos os dias". Trocar "exercícios" por "atividades físicas". 	5	32.3	33.5	.35	.81
18	Estar atento quando eu estiver pensando em mim de maneira negativa ou supondo que eu não sou bom (boa).	<ul style="list-style-type: none"> Retirar e deixar a 14 Reformular 	17,5	57.25	33.5	.77	.79
19	Rir e tentar achar graça na minha situação, apesar dos meus problemas.	<ul style="list-style-type: none"> Manter um bom humor, apesar dos meus problemas. 	5	57.1	40.3	.44	.81
ITENS	DCSES (VERSÃO PRÉ-FINAL)	OBSERVAÇÕES DO PRÉ-TESTE	% ¹	MÉDIA ²	DESVIO PADRÃO ³	ITEM-TOTAL CORRELAÇÃO ⁴	ALFA COM ITEM DELETADO ⁵

20	Enfrentar os pensamentos de que o suicídio é a única maneira de lidar com meus problemas.	<ul style="list-style-type: none"> • “Tentar entender os pensamentos de que o suicídio é a única maneira de lidar com os meus problemas para enfrenta-lo”. • Reformular 	5	54.25	39.5	.45	.81
21	Tentar entender por que estou ansioso.	Sem sugestão de alteração.	-	62	32.5	.20	.82
22	Manter um diário descrevendo meu humor ou como me sinto emocionalmente a cada dia	<ul style="list-style-type: none"> • “Fazer um diário. • Retirar o item • Adicionar “quando tiver vontade” 	20	23.27	32	.32	.81
23	Meditar ou fazer exercícios de relaxamento pelo menos uma vez ao dia.	<ul style="list-style-type: none"> • Retirar o item • Retirar e deixar a 17. • Retirar “pelo menos uma vez ao dia”. 	10	32	35.8	.35	.81
24	Perceber os sentimentos que me incomodam, para que eu possa enfrentá-los e não deixá-los me incomodar.	<ul style="list-style-type: none"> • Reformular 	2,5	61	32.3	.44	.81

Fonte: elaboração própria. ¹valor percentual das pessoas que sugeriram alguma modificação no item. ²Média das pontuações da DCSES em cada item.

³Desvio padrão. ⁴Correlação de *Spearman*. ⁵Alfa de Cronbach se o item for deletado.

Nota: Alfa de Cronbach para o instrumento completo foi de 0.82

6 DISCUSSÃO

A adaptação transcultural de um instrumento precisa seguir uma metodologia que garanta a obtenção de uma equivalência entre o original e o idioma de destinação, além de apresentar coeficientes compatíveis de confiabilidade e validade (BEATON *et al.*, 2007; PASQUALI, 2010).

O processo de tradução, etapa I do presente estudo, seguiu os critérios propostos por Beaton *et al.* (2000; 2007) e está, também em conformidade com outros autores, no tocante à recomendação de que a versão do idioma original para a cultura-alvo fosse realizada, por pelo menos, dois tradutores, sendo um deles, ao menos, residente no país da cultura-alvo (EREMENCO; CELLA; ARNOLD, 2005). Foram seguidas, ainda, as recomendações de que as traduções fossem realizadas de modo independente, registradas por escrito e que um dos profissionais tivesse conhecimento técnico sobre o assunto e o outro, sem contato prévio com a temática (BEATON *et al.*, 2000; BEATON *et al.*, 2007; EREMENCO; CELLA; ARNOLD, 2005; GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

Fortes e Araújo (2019) ressaltam que o seguimento das orientações na etapa de tradução, do processo de adaptação transcultural, tem relevância para que o estabelecimento da relação entre os vocábulos do idioma original e do idioma-alvo seja objetivado.

Na etapa da síntese das traduções, optou-se pela estratégia de consenso, pela equipe de pesquisa (pesquisadora principal e dois orientadores), considerando os relatórios elaborados pelos tradutores das versões T1 e T2 da DCSES. O mesmo método foi utilizado por Vasconcelos *et al.* (2016) e Galindo (2018). O principal objetivo desta etapa foi produzir uma versão, a T-12, que refletisse o resultado das traduções T1 e T2, com foco no escopo da DCSES original e não somente as opiniões pessoais de um tradutor ou participantes da equipe de pesquisa, conforme orientam Beaton *et al.* (2007).

É importante salientar que, conforme relatado nos resultados da presente pesquisa, o nome do instrumento não foi alvo de tradução, com o objetivo de manter a referência internacional, viabilizar as buscas em bases de dados e unificação de terminologia, em estudos futuros, com comparação de dados de diferentes países. Essa opção também foi utilizada por outros autores, em seus trabalhos, como Schumacher e

Alexandre (2017), Vasconcelos *et al.* (2016), Ronzani *et al.* (2017) e Zumpano *et al.* (2017).

A etapa III da adaptação transcultural resultou na tradução da versão T-12 da DCSES para a língua inglesa. O objetivo de comparar as duas versões (original e retrotraduzida) e verificar se a equivalência semântica foi mantida, bem como se o instrumento ainda mede o que se propõe foi alcançado e validado por Suzanne Perraud. Esse acesso da autora da escala à essa versão, bem como o conhecimento sobre as etapas realizadas possibilitou um maior rigor metodológico, visto que o autor original do instrumento pode afirmar se os itens estão mantendo a linha conceitual idealizada (BORSA; DAMASIO; BANDEIRA, 2012).

Fortes e Araújo (2019) ainda ressaltam que a consulta à autora do instrumento que está no processo de adaptação transcultural é recomendada, visto que garante a permanência e compreensão do significado da medida.

Após a realização das traduções, síntese e retrotradução, seguiu-se com a etapa IV, e, em relação a caracterização dos especialistas, os critérios sugeridos por Fehring (1994) que foram adaptados, como nos estudos de Vasconcelos *et al.* (2016) e Galindo (2018), viabilizaram a seleção acurada dos profissionais.

Ao adotar regras na seleção do comitê de especialistas, o pesquisador garante que o construto será avaliado de forma adequada, conforme recomendam Beaton *et al.* (2007). Cassepp-Borges, Balbinotti e Teodoro (2010) evidenciam que os integrantes do comitê de especialistas não tenham participado das etapas anteriores da adaptação transcultural.

Na validação de conteúdo realizada pelo comitê de especialistas, os itens de clareza da linguagem, pertinência prática e relevância teórica obtiveram um CVC médio de 0,94, representando uma boa aceitabilidade. A escolha pelo cálculo do CVC foi baseada na recomendação de Hernández-Nieto (2002) e Cassepp-Borges, Balbinotti e Teodoro (2010). Essa análise também foi utilizada no estudo de Cavalcanti (2019).

O item que obteve CVC menor que 0,8 (recomendado), em relação à pertinência prática e relevância teórica, traz questões sobre consumo de frutas e verduras, indicando quantidade. Esse mesmo item, de número 8 da DCSES pré-final também obteve o maior percentual de sugestão de mudanças, por parte do público do pré-teste.

Compreende-se que, para essa questão, o CVC limítrofe encontrado e as impressões do público do pré-teste, pode ter relação com o aspecto econômico do Brasil, especialmente em regiões economicamente menos favorecidas, uma vez que a utilização desses alimentos está relacionada ao custo que eles representam no orçamento doméstico e ao hábito em consumir outros tipos de mantimentos (CANUTO; FANTON; LIRA, 2019; SANTOS *et al.*, 2019).

Ressalta-se que o item 8, traz a indicação da quantidade de frutas e verduras que deveriam ser consumidas diariamente e esse fato foi alvo recorrente da crítica dos participantes do pré-teste, onde 45,45% dos 11 respondentes que sugeriram alterações no item, solicitaram a retirada do número “quatro” da proposição. Dohle e Hofmann (2018) afirmam, em seu estudo de revisão da literatura, que os hábitos alimentares têm influência nas funções cognitivas e estas, por sua vez, têm associação com a depressão (AHER; SEMKOVSKA, 2017).

A OMS recomenda o consumo diário de 400g/dia de frutas, legumes e verduras, que corresponde à cinco porções (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007), já o Guia Alimentar para a população Brasileira do MS recomenda o mínimo de 3 porções de frutas e 3 de legumes e verduras diariamente (BRASIL, 2014), entretanto, apesar dessas recomendações, Castanho *et al.*, (2013) relatam que há evidências de desconhecimento, por parte da maioria da população, acerca dessas recomendações. Santos *et al.*, (2019) completam afirmando a prevalência de 90% de consumo abaixo das orientações, por parte da população brasileira.

As equivalências idiomática, conceitual, experiencial e semântica foram avaliadas pelo comitê de especialistas, em todos os itens da DCSES, incluindo as instruções, opções de respostas, frases inicial e final, conforme orientação de Beaton *et al.* (2007), com o intuito de contribuir com a formação da versão pré-final da DCSES, para posterior aplicação com o público do pré-teste Guillemin, Bombardier e Beaton (1993). Assim como no estudo de Schumacher e Alexandre (2017), os participantes dessa etapa realizaram o preenchimento de forma individual e independente.

A porcentagem de especialistas que afirmaram estar em concordância com os itens, instruções, opções de respostas e frases inicial e final da DCSES foi calculada com o IC, consoante Alexandre e Coluci (2011). As equivalências idiomática e conceitual foram consideradas totalmente satisfatórias pelo comitê de especialistas, sem sugestões de mudanças, alcançando 100% do IC.

Quanto à equivalência experiencial, apesar de obter um IC máximo, nas instruções e nos itens 11 e 24 da DCSES, houve recomendação de mudança na escrita, por parte dos especialistas. Essa equivalência prima pela adequação das expressões utilizadas pela versão original do instrumento para determinada tarefa, e o comitê pode sugerir substituição de algum item original e determinar uma ação ou intenção semelhante na cultura-alvo (Beaton *et al.*, 2007)

Em relação à equivalência semântica, o IC foi de 99,26, com indicação de alterações nas instruções, itens 2, 12 e 18, frases inicial e final. Para essa avaliação, o significado das palavras foi avaliado para propiciar um ajuste semelhante entre as duas culturas, original e alvo da adaptação transcultural (Beaton *et al.*, 2000).

Considerando todas as equivalências avaliadas, o percentual do IC foi satisfatório, propiciando um produto (versão pré-final da DCSES) de melhor qualidade (BEATON *et al.*, 2007).

Ainda foi feita a opção de questionar, ao comitê de especialistas, a relevância do instrumento e a maioria dos itens recebeu avaliações adequadas tanto considerando apenas os profissionais que atribuíram “sim” a importância de um determinado item, quando a todos, revelando um percentual de IC satisfatório, similar ao obtido por Vasconcelos *et al.* (2016) e Galindo (2018). Conhecer a opinião dos profissionais, a respeito do valor de cada item da DCSES favoreceu a decisão pela manutenção de todas as sentenças, com adaptações, do instrumento original na versão pré-final.

Em geral, as alterações solicitadas pelo comitê de especialistas foram relacionadas à substituição de termos por sinônimos ou conexão gramatical e o parecer completo propiciou a formação de uma versão do instrumento mais clara, pertinente e equivalente com o contexto brasileiro, portanto, o julgamento do comitê de especialistas foi considerado adequado, sugerindo que a DCSES está coerente e bem adaptada, até o momento (HERNÁNDEZ-NIETO, 2002).

A etapa do pré-teste possibilita a verificação da compreensão dos itens, instruções, opções de respostas e estrutura geral por parte da população-alvo, em relação ao instrumento que está sendo adaptado transculturalmente (BEATON *et al.*, 2000; 2007), sendo de fundamental importância para a avaliação semântica, validação de face e possíveis necessidades de ajustes na DCSES pré-final (PASQUALI, 2009).

A seleção dos participantes da etapa do pré-teste seguiu a recomendações dos autores que norteiam o método do presente estudo (BEATON *et al.*, 2000; 2007),

considerando que o grupo selecionado tivesse os atributos necessários para representar a população-alvo da DCSES.

As características sociodemográficas dos respondentes do pré-teste revelaram um público maior de mulheres e esse dado está em conformidade com os estudos de de Zavaschi *et al.* (2002), cujos resultados apontaram que a depressão tem maior incidência em mulheres, com variação de 10 a 25%, comparado com os homens, com percentuais de 5 a 12% e Lopes *et al.* (2016), que revelaram maior prevalência de depressão em mulheres que vivem em áreas urbanas, com baixa escolaridade e com comorbidades crônicas, como a HAS e diabetes.

O estudo de Kuehner (2017) também apontou diferenças na prevalência, incidência e prognóstico da depressão entre mulheres e homens, revelando que o grupo feminino, tem maiores chances de desenvolver tal transtorno. A autora indica os aspectos fisiológicos, de regulação hormonal, genéticos e de personalidade como influenciadores dessa maior probabilidade.

Fatores ambientais, socioculturais e de relações interpessoais também são apontados como facilitadores da maior prevalência de depressão em mulheres (KIM, 2019). Ambientes violentos, situações de abuso e discriminação propiciam alterações no estado emocional do público feminino, contribuindo com as chances de ocorrência dos sintomas depressivos (ZANCAN; HABIGZANG, 2018).

É importante ressaltar, no presente estudo, o maior número de participantes do sexo feminino, que pode ser explicado pelo tipo de seleção da amostra e, em conformidade com essa situação, os dados de outra pesquisa revelaram uma proporção 1,9 vezes maior das mulheres buscarem e utilizarem os serviços de saúde do que os homens (LEVORATO *et al.*, 2014).

O estado civil da maioria dos componentes da amostra do pré-teste foi solteiro (52,5%). A solidão é apontada como um dos fatores associados à depressão, devendo ser entendida, nesse contexto, como uma diferença entre os relacionamentos interpessoais que a pessoa possui e os que ela, realmente, desejaria ter (VAN WINKEL *et al.*, 2017). Monteiro (2010) afirmou, em seu estudo, que o fato de estar sozinho pode aumentar em até oito vezes a probabilidade de desenvolvimento de sintomas depressivos, entretanto, vale ressaltar que deve ser levada em consideração as variadas formas de relações interpessoais e não somente, o estado civil, para a interpretação deste dado.

Quanto a idade, um estudo sobre depressão e comportamentos em saúde revelou que a maior prevalência foi encontrada em idosos, entre 60 a 64 anos (11%) (STOPA *et al.*, 2015). Entretanto, o perfil dos participantes do pré-teste apontou que 75% estavam na faixa etária entre 25 a 59 anos. Barros *et al.* (2017), afirmam, em seu estudo, que 34,6% dos adultos brasileiros apresentavam transtorno ou humor depressivo, denotando que esse ciclo de vida também precisa ser alvo de atenção em relação ao sofrimento psíquico.

Sobre a questão étnica, a autodeclaração revelou maioria dos indivíduos de pele parda (55%). Estudos que investigaram a associação entre a depressão e a cor de pele verificaram que indivíduos de pele pardo-preta apresentam maior prevalência de depressão se comparados às pessoas de pele branca (ANDREWS; HENDERSON; HALL, 2001; GABILONDO *et al.*, 2010).

O racismo, em suas mais variadas formas, o desenvolvimento de uma identidade étnica-racial desvalorizada e a exposição a fatores estressantes, tem associação com o favorecimento do transtorno depressivo na população negra (GONÇALVES *et al.*, 2020). Para além desse fato, a raça/cor pode influenciar nas esferas educacionais, financeiras, refletindo na posição socioeconômica e acesso aos serviços de saúde, por parte da população não branca (WARNER; BROWN, 2011).

A escolaridade, no presente estudo, tem um ponto de corte a partir dos 7 anos, recomendado por Perraud (2000). A maior porcentagem nessa questão foi no grau educacional entre 9 e 11 anos, o que corresponde ao ensino médio brasileiro (não necessariamente completo), entretanto, outros graus de instrução também compuseram a amostra, seguindo as recomendações da literatura, para que os itens alcancem a compreensão adequada à população alvo da DCSES (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015). Cunha, Bastos e Duca (2012) apontaram evidências de associação direta entre a baixa escolaridade e a depressão, sendo necessário atentar a essas características das populações quando se planeja o tratamento.

As diferenças no nível social e educacional da população que compôs a amostra do pré-teste está em conformidade do que recomenda Pasquali (2010), visto que esse grupo precisa ser representativo e abranger tanto graus de entendimentos mais baixos quanto os mais elevados.

Quanto à renda, boa parte da amostra possui receita de até um salário mínimo. Sendo assim, vale ressaltar a maior incidência da depressão em países subdesenvolvidos e em regiões de baixa renda, sendo necessária maior atenção

quanto às políticas públicas de prevenção e tratamento (ANDRADE; ZEFERINO; FIALHO, 2016). Os fatores sociais, econômicos e educacionais têm relação direta com a probabilidade de desenvolvimento dos sintomas depressivos (MOLINA *et al.*, 2012).

Em geral, o acesso a melhores condições de estudo, possibilita o engajamento em ocupações que exigem maiores qualificações no âmbito cognitivo e melhor rentabilidade financeira (OSHIRO, 2019). Considerando os dados encontrados no pré-teste, 52,5% tem algum tipo de trabalho (formal ou informal), que pode ser considerado um fator positivo, uma vez que existe a relação entre o desemprego e a incidência de depressão e/ou outros transtornos mentais (DE OLIVEIRA; DE BARROS, 2009).

Vale ressaltar que não foi realizado, por não fazer parte do escopo do presente estudo, a relação direta entre escolaridade, renda e ocupações, entretanto é importante evidenciar que alguns autores defendem a associação entre ocupações que exigem pouca qualificação e alto esforço físico com a susceptibilidade de desenvolver depressão (CAVALHEIRO; TOLFO, 2011), enquanto uma outra perspectiva aponta que empregos que demandam grau elevado de qualificação, demandam maiores responsabilidades e pressões organizacionais, podendo também, serem preditores de transtornos depressivos (SUN; BUYS; WANG, 2013).

Quanto as condições de saúde dos participantes do pré-teste, metade dos entrevistados revelaram ter alguma doença crônica. Estudos apontam a associação entre a depressão e outras comorbidades clínicas (ANDRADE *et al.*, 2009; GABILONDO *et al.*, 2010), sendo as mais comuns as doenças associadas ao aparelho circulatório, como a hipertensão arterial sistêmica (HAS).

Esse dado corrobora com o achado do presente estudo, visto que, a HAS foi uma das comorbidades mais relatadas pelos participantes do pré-teste, assim como as desordens reumatológicas. Jaoude (2015) aponta, a forte relação entre esta última e os quadros de depressão. O estudo de Boing *et al.* (2012) também apontou a associação entre as doenças crônicas e a depressão, em diferentes faixas etárias, incluindo adultos e idosos.

A associação entre as comorbidades crônicas e a depressão pode interferir no diagnóstico desta última, uma vez que, os sintomas de ordem emocional podem ser considerados como consequências da doença clínica e, dessa maneira, subnotificados (LUCENA *et al.*, 2019).

Ainda sobre a questão do diagnóstico, os respondentes do pré-teste afirmaram, em sua maioria, ter recebido o mesmo no ciclo de vida adulta e ainda e possuir familiares com histórico de depressão esse dado corrobora com o estudo de De Matos *et al.* (2019), que apontam, antecedentes parentais em 52% da amostra.

Praticamente todos os respondentes estavam realizando ou já tinham passado pela experiência de seguir um tratamento para a depressão (97,5%), seja com o uso de medicações específicas ou de assistência não medicamentosa. Entretanto, numa pesquisa sobre o acesso ao tratamento dos transtornos depressivos, foi evidenciado que 78,8% dos brasileiros, com sintomas clínicos ativos, não estavam recebendo assistência, revelando uma iniquidade no acesso aos cuidados em saúde (LOPES *et al.*, 2016; NOGUEIRA *et al.*, 2018). Stopa *et al.* (2015) enfatizam a necessidade de ampliação do acesso aos serviços de saúde, especialmente os que prestam atenção psicossocial.

Apesar do tratamento medicamentoso da depressão ter a característica da necessidade de continuidade, em tempo variável, mesmo após a melhora dos sintomas, boa parte dos entrevistados (87,5%) afirmaram estar fazendo uso, indicando um seguimento adequado e, com isso, reduzindo os riscos de recaídas (SANSONE; SANSONE, 2012), além desse fato, a média da autoeficácia, por meio da DCSES pré-final, no item de seguir recomendações da prescrição médica, foi uma das maiores. Entretanto, embora seja reconhecido o efeito dos fármacos, pesquisas apontam que a associação entre as intervenções com antidepressivos e as terapias não medicamentosas aumenta a eficácia da assistência e reduz o risco de recaídas (NOGUEIRA *et al.*, 2018).

A literatura científica aponta, que a prática regular de exercícios físicos, sob orientação profissional, influencia na melhora dos sintomas depressivos, e, conseqüentemente, a qualidade de vida, além disso foi observado que as pessoas mais ativas tinham riscos menores de apresentar sintomas depressivos (BARROS *et al.*, 2017; ROCHA *et al.*, 2019). Entretanto, na amostra do pré-teste do presente estudo, foi observada a baixa adesão à essa prática, mais da metade dos respondentes afirmando que não realizava nenhum tipo de atividade dessa natureza. Vale ressaltar que o item que versa sobre tal prática, na DCSES pré-final, figurou entre os que obteve a menor média de autoeficácia.

Considerando os escores obtidos com o BDI, 87,5% dos entrevistados apresentaram algum grau de depressão (de leve a grave), sendo a moderada com

maior percentual. O BDI tem, em sua composição, um agrupamento de itens que medem a intensidade da sintomatologia depressiva, segundo as subescalas cognitiva-afetiva (itens 1 a 13) e física-somática (itens 14 a 21); e esse dado tem importância visto que se pode estimar o estágio em que o indivíduo está, em relação ao seu tratamento, uma vez que quando mais acentuado for a manifestação do sintoma, maior a gravidade da depressão (CASTRO; TRENTINI; RIBOLDI, 2010).

As médias isoladas dos itens da DCSES pré-final, além das já mencionadas (em relação a prescrição médica e práticas de exercícios físicos), revelaram maiores índices nas sentenças que versam sobre pedir ajuda para resolver algum problema e manter hábitos tranquilizantes antes de dormir. Hábitos de higiene do sono, como o envolvimento em atividades relaxantes anteriores ao adormecer são benéficos e influenciam na qualidade de vida (MCWHIRTER; BAE; BUDUR, 2007), assim como o apoio social, que influencia no bem estar físico e psíquico dos indivíduos (AZEVEDO *et al.*, 2017).

As menores médias de autoeficácia obtida no pré-teste, figuram os itens que trazem questões sobre a manutenção de um diário sobre o humor e prática de atividades meditativas. Embora, esses dois hábitos sejam apontados, em estudos, como benéficos para o tratamento da depressão, conforme apontam Araújo *et al.* (2019), em uma revisão da literatura, os quais concluíram que pessoas com depressão obtiveram melhora expressiva dos sintomas após a adoção da prática de meditação e Wiles *et al.* (2014) que ressaltam o reconhecimento de sintomas depressivos como preventivo à recaídas.

A correlação entre dados obtidos com o BDI e a DCSES pré-final, foi moderada e inversa (DANCEY; REIDY, 2018), resultado similar ao apresentado por Perraud (2000). Essa resposta pode ressaltar a validade concorrente da DCSES pré-final, uma vez que a os escores da autoeficácia tendem a ser inversamente proporcionais ao grau da depressão, em outros termos, quanto mais confiante for o indivíduo, menor a chance de apresentar sintomatologia depressiva grave (BANDURA, 2010). Entretanto, outros estudos sobre validade são necessários para endossar o resultado apresentado.

Vale salientar que, devido ao número da amostra dos participantes do pré-teste e as características do presente estudo, onde a ênfase é no processo de adaptação transcultural da DCSES para o contexto brasileiro, as reflexões acerca dos fatores encontrados e as relações com a depressão não se limitam aos achados supracitados.

O objetivo principal do pré-teste foi avaliar a versão pré-final da DCSES e, para esse escopo, os participantes foram sondados, por meio da entrevista, sobre o entendimento de cada seção do instrumento, sua aparência e o construto avaliado (BEATON *et al.*, 2000).

Na validação de face, os resultados apontaram avaliação satisfatória, indicando que o percurso metodológico seguido está em conformidade com o proposto por Beaton *et al.*, (2007).

Na avaliação semântica, todas as sugestões foram avaliadas e, apenas 3 itens (1, 8 e 9) obtiveram porcentagem de solicitação de alterações acima de 20%. Com a sentença 8 alcançando um percentual de 27,5% de participantes que manifestaram ser conveniente uma renovação na escrita.

Para modificação nos itens da DCSES, considerou-se as sugestões de modificação acima de 20% (RUPERTO *et al.*, 2001), pressupondo a impressão dos participantes do pré-teste em compreender as sentenças. No entanto, ressalta-se que dos três itens com maiores percentuais, dois, trazem, em seu conteúdo, indicação de quantidade, o que pode ter causado conflito com a singularidade de cada entrevistado.

O item 8 já foi discutido, no presente estudo, e, a respeito da ingestão de água, a literatura aponta a complexidade na padronização das recomendações (MARTIN *et al.*, 2016), contribuindo, dessa forma, para o aumento da solicitação de mudanças no presente estudo. Apenas o item 1, que aborda a forma de expressão dos sentimentos, não sofreu alterações, uma vez que consiste numa temática subjetiva e mudanças substanciais poderiam inferir diretamente no sentido do texto e, conseqüentemente, no construto que a DCSES se propõe a medir.

Quanto as requisições de “reformulação”, porém, sem propostas textuais, por parte de 20,83% dos respondentes do pré-teste, podem estar relacionadas a forma de condução das entrevistas, visto que foi oportunizado, aos participantes, falar amplamente sobre cada um dos itens da DCSES pré-final (HERDMAN; FOX-RUSHBY; BADIA, 1998).

As principais medidas psicométricas são a confiabilidade e a validade. A primeira refere-se à constância dos resultados, em outros termos, é capacidade que o instrumento tem de produzir resultados consistentes, no tempo e espaço, já a segunda, diz respeito a especificidade que o instrumento tem de medir aquilo que se propõe (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017).

A confiabilidade de um instrumento pode ser medida por meio da estabilidade (teste-reteste), equivalência (interobservadores) e consistência interna. Essa última, avaliada através do alfa de Cronbach (CRONBACH, 1951; FIELD, 2009), foi a utilizada na presente pesquisa.

O alfa de Cronbach avalia a correlação entre as respostas de um instrumento por meio do perfil de retorno dados pelos respondentes e no pré-teste, o alfa foi de 0,82 para a DCSES pré-final, correspondendo a um valor aceitável, indicando boa fidedignidade. Da Hora, Monteiro e Arica (2010) ressaltaram que a literatura científica aponta o valor de 0,70 como o mínimo aceitável para o alfa de Cronbach ser considerado bom. Streiner (2003) evidencia que valores acima de 0,90 podem indicar redundância entre itens, possibilitando a exclusão dos mesmos.

A intensidade da correlação entre os itens da DCSES pré-final foi apresentada por meio do alfa, considerando a exclusão de cada item. Todas as sentenças evidenciaram manutenção do valor do alfa ou discreta diminuição, revelando que as proposições do instrumento são correlacionadas com os demais itens (SALOMI; MIGUEL; ABACKERLI, 2005).

O grau de confiabilidade de um instrumento não indica, necessariamente, que o mesmo já se apresente como válido. Porém, para a obtenção da validade de uma medida é essencial que ela já seja considerada confiável (DA HORA; MONTEIRO; ARICA, 2010). Apesar de não ser imprescindível auferir a validade durante o processo de adaptação transcultural, a presente pesquisa demonstrou, em termos preliminares, a validade concorrente, já supracitada, da DCSES pré-final.

Ainda que a adaptação transcultural reflita uma equivalência satisfatória, é necessário a continuidade das testagens do instrumento com testagem de outras propriedades psicométricas, por isso o processo de validação é necessário para garantir o uso adequado do instrumento na população-alvo (PASQUALI, 2009).

O processo de adaptação transcultural da DCSES permitiu a verificação da compreensão do instrumento, como um todo, e possibilitou a revisão e aprimoramento da DCSES, para o contexto brasileiro.

7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Segundo Souza, Alexandre e Guirardello (2017), o processo de validação de um instrumento é essencial para que a medida seja considerada apta para o uso em uma determinada população. A presente pesquisa, em seu escopo inicial, previa a execução tanto do processo de adaptação transcultural, que foi realizada com êxito, quanto a validação das propriedades psicométricas da DCSES.

Entretanto, a pandemia da COVID 19, ocasionou uma série de medidas restritivas que atingiu toda a população brasileira, impactando, também na execução das coletas necessárias para que a validação fosse realizada. Esse fato, somado aos prazos temporais do processo de doutoramento, inviabilizou a mensuração das propriedades psicométricas, porém, tal continuidade da pesquisa será realizada, em momento oportuno, visto que a DCSES, devido à sua natureza de ser um instrumento de fácil aplicação e baixo custo, pode auxiliar os profissionais que lidam com o público-alvo (pessoas com depressão) a nortear suas ações, bem como, acompanhar a sintomatologia dos indivíduos, considerando suas particularidades.

Vale salientar, que a pesquisadora principal do presente estudo irá realizar ajustes metodológicos para que o processo de validação da DCSES seja executado com celeridade, considerando tanto a possibilidade de obter parte da coleta de dados na modalidade *on-line* (síncrona e/ou assíncrona), quanto de forma presencial, desde que asseguradas as medidas de biossegurança para as partes envolvidas.

8 CONCLUSÕES

A escolha da DCSES, para adaptar transculturalmente, foi pautada nas características do instrumento, no construto que ele se propõe a medir e na originalidade, visto que, segundo os resultados das buscas realizadas e apresentadas no presente estudo, até o presente momento, não foi localizada uma medida ajustada à realidade brasileira, que faça a mensuração da autoeficácia no enfrentamento da depressão de pessoas na faixa etária igual ou maior que 18 anos.

O seguimento de uma metodologia já utilizada por outros autores e de referencial na área da psicometria possibilitou um rigor nas etapas cumpridas e pôde oportunizar que o presente estudo seja utilizado como referência em outras pesquisas da mesma natureza.

O contato com a autora principal durante a realização das etapas da adaptação transcultural foi de extrema relevância para a confirmação de que os termos da língua original foram traduzidos adequadamente, sem perda do sentido primário.

A participação do comitê de especialistas, que avaliou vários aspectos da DCSES, viabilizou a padronização das assertivas sem distorções e com sentido lógico para o contexto brasileiro, bem como, para tornar os itens compreensíveis ao público-alvo.

Os coeficientes de validade de conteúdo, com valores de 0,92 para clareza da linguagem, 0,95 para pertinência prática e 0,94 para a relevância teórica, em conjunto com as porcentagens acima de 90% das equivalências semântica, idiomática, conceitual e experiencial, revelaram uma boa adequação das etapas da adaptação transcultural, evidenciando a manutenção do propósito de medida da DCSES.

A etapa do pré-teste foi de fundamental importância tanto para dirimir questões de natureza prática-operacional da pesquisa, bem como, na avaliação do sentido dos itens apresentados pela DCSES.

Os participantes do pré-teste apresentaram características representativas do público-alvo da DCSES, com média de autoeficácia de 55,56%. As observações dos mesmos, quanto a estrutura do instrumento revelou que 90% compreenderam o objetivo da escala e acharam fácil responde-la, bem como, sugeriram alterações em algumas sentenças, especialmente as que traziam dados de quantidade de alimentos e/ou ingestão de água no sentido textual.

O resultado dos escores do Inventário de Beck e da DCSES revelaram uma correlação inversa entre os mesmos, indicando que quanto maior a autoeficácia, menor os níveis de depressão de uma pessoa, mostrando a validade concorrente entre os dois instrumentos de medida.

O alfa de Cronbach de 0,82, para a DCSES pré-final, revela uma boa consistência interna, aumentando as evidências de que a escala está adaptada transculturalmente de forma adequada.

Existe, ainda, a necessidade de realizar a validação da DCSES, conforme orientação dos protocolos de padronização de medidas avaliativas, entretanto, vale salientar que tal mensuração, apesar de prevista para ser executada, não ocorreu devido ao contexto pandêmico da Covid 19, que inviabilizou o prosseguimento das coletas necessárias, na modalidade em que foi planejada, porém, ressalta-se que a etapa de adaptação transcultural, já apresentada, é essencial nesse processo, para garantir que o instrumento ajustado mantenha as características adequadas para a utilização em um contexto diferente do original.

Sugere-se, portanto, a continuidade da pesquisa, com mensuração das propriedades psicométricas da DCSES resultante do presente estudo, para que tal medida seja utilizada pelos profissionais e possa nortear ações com o público-alvo, além de fomentar evidências científicas sobre o construto da autoeficácia e sua relação com a depressão.

REFERÊNCIAS

- ADACHI, Tomonori et al. **Validation of the Japanese version of the pain self-efficacy questionnaire in Japanese patients with chronic pain.** Pain Medicine, v. 15, n. 8, p. 1405-1417, 2014.
- AHERN, Elayne; SEMKOVSKA, Maria. **Cognitive functioning in the first-episode of major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis.** Neuropsychology, v. 31, n. 1, p. 52, 2017.
- AIRLIE, J. et al. **Measuring the impact of multiple sclerosis on psychosocial functioning: the development of a new self-efficacy scale.** Clinical rehabilitation, v. 15, n. 3, p. 259-265, 2001.
- ALBAL, Esra; KUTLU, Yasemin; BILGIN, Hulya. **Psychometric properties of the Turkish version of the Depression Coping Self-efficacy Scale.** Nursing & health sciences, v. 12, n. 4, p. 415-420, 2010.
- ALEXANDRE, Neusa Maria Costa; GUIRARDELLO, Edinêis de Brito. **Adaptación cultural de instrumentos utilizados en salud ocupacional.** Revista Panamericana de Salud Pública, v. 11, p. 109-111, 2002.
- ALEXANDRE, Neusa Maria Costa; COLUCI, Marina Zambon Orpinelli. **Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas.** Ciência e Saúde Coletiva, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, 2011.
- ALMEIDA, Laís Gabriela Rocha; FARO, André. **Levantamento e principais achados de estudos nacionais sobre a depressão.** Revista Interdisciplinar de Pesquisa e Inovação, v. 2, n. 1, 2016.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al. **DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais.** Artmed Editora, 2014.
- ANDRADE, Taís de. **Antecedentes contextuais dos comportamentos de cidadania organizacional.** 2017. Tese (Doutorado) – Curso de Pós-Graduação em Administração. Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufsm.br/handle/1/14142>. Acesso em: 15 fev. 2021.
- ANDRADE, Karoline; ZEFERINO, Maria Terezinha; FIALHO, Marcelo Brandt. **Articulação da rede de atenção psicossocial para o cuidado às crises.** Psicologia em Estudo, v. 21, n. 2, p. 223-233, 2016.
- ANDRADE, Fábila Barbosa de et al. **Salud mental en la atención básica: un estudio epidemiológico basado en el enfoque de riesgo.** Revista Brasileira de enfermagem, v. 62, n. 5, p. 675-680, 2009.
- ANDREWS, Gavin; HENDERSON, Scott; HALL, Wayne. **Prevalence, comorbidity, disability and service utilisation: Overview of the Australian National Mental Health Survey.** The British Journal of Psychiatry, v. 178, n. 2, p. 145-153, 2001.

ARAÚJO, Bruna Carolina de *et al.* **Meditação/mindfulness para o tratamento de ansiedade e depressão em adultos e idosos: Qual a eficácia/efetividade e segurança da meditação/mindfulness para o tratamento de ansiedade ou depressão em população adulta ou idosa?.** 2019.

ARAÚJO, Ellen Thallita Hill *et al.* **Adaptação cultural do instrumento Facebook Intensity Scale (FIS) para avaliar o impacto da rede social à saúde.** Revista Enfermagem Atual In Derme, v. 91, n. 29, 2020.

AZEVEDO, Cissa *et al.* **Interface entre apoio social, qualidade de vida e depressão em usuários elegíveis para cuidados paliativos.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 51, 2017.

BANDURA, Albert. **A evolução da teoria social cognitiva.** Teoria social cognitiva: conceitos básicos. Porto Alegre: Artmed, p. 15-41, 2008.

BANDURA, Albert; ADAMS, Nancy E.; BEYER, Janice. **Cognitive processes mediating behavioral change.** Journal of personality and social psychology, v. 35, n. 3, p. 125, 1977.

BANDURA, Albert *et al.* **Guide for constructing self-efficacy scales.** Self-efficacy beliefs of adolescents, v. 5, n. 1, p. 307-337, 2006.

BANDURA, Albert. **Fearful expectations and avoidant actions as coefficients of perceived self-inefficacy.** American Psychologist, v.41, n. 12, p. 1389–1391, 1986.

BANDURA, Albert. **Self-efficacy.** The Corsini encyclopedia of psychology, p. 1-3, 2010.

BANDURA, Albert. **Social learning theory of aggression.** Journal of communication, v. 28, n. 3, p. 12-29, 1978.

BANDURA, Albert. **Human agency in social cognitive theory.** American psychologist, v. 44, n. 9, p. 1175, 1989.

BANDURA, Albert. **Self-efficacy: The exercise of control.** W H Freeman/Times Books/ Henry Holt & Co.1997.

BARROS, Marilisa Berti de Azevedo *et al.* **Depressão e comportamentos de saúde em adultos brasileiros–PNS 2013.** Revista de Saúde Pública, v. 51, 2017.

BARROS, Marilisa Berti de Azevedo *et al.* **Relato de tristeza/depressão, nervosismo/ansiedade e problemas de sono na população adulta brasileira durante a pandemia de COVID-19.** Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 29, p. e2020427, 2020.

BARROS, Marizeth; BATISTA-DOS-SANTOS, Ana Cristina. **Por dentro da autoeficácia: um estudo sobre seus fundamentos teóricos, suas fontes e conceitos correlatos.** Revista Espaço Acadêmico, v. 10, n. 112, p. 1-9, 2010.

BEATON, Dorcas et al. **Recommendations for the cross-cultural adaptation of the DASH & QuickDASH outcome measures**. Institute for Work & Health, v. 1, n. 1, p. 1-45, 2007.

BEATON, Dorcas E. et al. **Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures**. Spine, v. 25, n. 24, p. 3186-3191, 2000.

BECK, Aaron T.; STEER, Robert A.; CARBIN, Margery G. **Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation**. Clinical psychology review, v. 8, n. 1, p. 77-100, 1988.

BÍBLIA, A.T. Jó. In BÍBLIA. Português. Bíblia Sagrada. Tradução de João Ferreira de Almeida. Barueri: Sociedade Bíblica do Brasil, 1993. p. 364.

BOING, Antonio Fernando *et al.* **Associação entre depressão e doenças crônicas: um estudo populacional**. Revista de Saúde Pública, v. 46, p. 617-623, 2012.

BONNER, Jason E.; ESSERMAN, Denise; EVON, Donna M. **Reliability and validity of a self-efficacy instrument for hepatitis C antiviral treatment regimens**. Journal of viral hepatitis, v. 19, n. 5, p. 316-326, 2012.

BORGES, Lisandra. **propriedades Psicométrica da Bateria de Avaliação de Indicadores de Depressão Infantojuvenil (BAID-IJ)**. 2018. Tese (Doutorado) – Curso de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade de São Francisco, Campinas, 2018. Disponível em: <https://www.usf.edu.br/galeria/getImage/427/14117630280977079.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2019.

BORSA, Juliane Callegaro; DAMASIO, Bruno Figueiredo; BANDEIRA, Denise Ruschel. **Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: algumas considerações**. Paidéia (Ribeirão Preto), Ribeirão Preto, v. 22, n. 53, p. 423-432, Dec. 2012.

BRANDÃO, Sónia et al. **The breastfeeding self-efficacy scale-short form: Psychometric characteristics in Portuguese pregnant women**. Midwifery, v. 66, p. 49-55, 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Depressão: causas, sintomas, tratamentos, diagnósticos e prevenção**. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2 ed. Brasília: 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, 2011.

BRASIL. **Portaria nº 648**, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental**. Cadernos de Atenção Básica, n. 34. 2013.

BROOKS, Jessica et al. **Psychometric validation of the Moorong Self-Efficacy Scale in people with spinal cord injury: a brief report**. Rehabilitation Counseling Bulletin, v. 58, n. 1, p. 54-57, 2014.

BROOKS, Samantha K. et al. **The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence**. The lancet, v. 395, n. 10227, p. 912-920, 2020.

BRUCKI, Sonia et al. **Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil**. Arquivos de Neuro-psiquiatria, v. 61, n. 3B, p. 777-781, 2003.

CAMPOS, Fagner Alfredo Ardisson Cirino; FEITOSA, Fabio Biasotto. **Protocolo de Diagnóstico da Depressão em Adulto (PDDA)**. Appris Editora e Livraria Eireli-ME, 2018.

CANUTO, Raquel; FANTON, Marcos; LIRA, Pedro Israel Cabral de. **Iniquidades sociais no consumo alimentar no Brasil: uma revisão crítica dos inquéritos nacionais**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 24, p. 3193-3212, 2019.

CAPLIN, Deirdre et al. **Development of a self-efficacy scale for children and adolescents with epilepsy**. Children's Health Care, v. 31, n. 4, p. 295-309, 2002.

CARDOSO, Cassandra. **Propriedades psicométricas da bateria de avaliação de indicadores da depressão infantojuvenil (BAID-IJ)**. 2018. Tese (Doutorado) – Curso de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade São Francisco, Campinas, 2018. Disponível em <https://www.usf.edu.br/galeria/getImage/427/14117630280977079.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2019.

CARREIRA, Lígia et al. **Prevalência de depressão em idosos institucionalizados**. Rev. enferm. UERJ, p. 268-273, 2011.

CARVALHO; Jessica Liz da Silva; NOBREGA, Maria do Perpétuo Socorro de Sousa. **Práticas integrativas e complementares como recurso de saúde mental na Atenção Básica**. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 38, n. 4, 2017.

CASSEPP-BORGES, Vicente; BALBINOTTI, Marcus AA; TEODORO, Maycoln LM. **Tradução e validação de conteúdo: uma proposta para a adaptação de instrumentos**. Instrumentação psicológica: Fundamentos e práticas, Porto Alegre: Artmed, 2010. cap. 24, p. 506-520, 2010.

CASTANHO, Gabriela Kaiser Fullin et al. **Consumo de frutas, verduras e legumes associado à Síndrome Metabólica e seus componentes em amostra populacional adulta.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, p. 385-392, 2013.

CASTRO, Stela Maris de Jesus; TRENTINI, Clarissa; RIBOLDI, João. **Teoria da resposta ao item aplicada ao Inventário de Depressão Beck.** *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 13, n. 3, p. 487-501, 2010.

CAVALCANTI, Jane Palmeira Nóbrega. **Percepções da infidelidade e ciúme romântico: correlatos e as diferenças entre os sexos.** 2019. Tese (Doutorado) – Curso de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento. Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/35127>. Acesso em: 15 fev. 2021.

CAVALHEIRO, Gabriela; TOLFO, Suzana da Rosa. **Trabalho e depressão: um estudo com profissionais afastados do ambiente laboral.** *Psico-USF*, v. 16, n. 2, p. 241-249, 2011.

CHAMPION, Victoria L. et al. **Development and psychometric testing of a breast cancer survivor self-efficacy scale.** In: *Oncology nursing forum*. NIH Public Access, 2013. p. E403.

CIZIL, Marlene Jaqueline; BELUCO, Adriana Cristina Rocha. **As contribuições da terapia cognitivo comportamental no tratamento da depressão.** *Revista Uningá*, v. 56, n. S1, p. 33-42, 2019.

COLUCI, Marina Zambon Orpinelli; ALEXANDRE, Neusa Maria Costa; MILANI, Daniela. **Construção de instrumentos de medida na área da saúde.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, p. 925-936, 2015.

CORRIGER, Alexandrine; PICKERING, Gisèle. **Ketamine and depression: a narrative review.** *Drug design, development and therapy*, v. 13, p. 3051, 2019.

CRESWELL, John W. **Projeto de pesquisa métodos qualitativo, quantitativo e misto.** In: *Projeto de pesquisa métodos qualitativo, quantitativo e misto*. 2010. p. 296-296.

CRONBACH, Lee J. **Coefficient alpha and the internal structure of tests.** *psychometrika*, New York, v. 16, n. 3, p. 297-334, 1951.

CUNHA, Ricardo Vivian da; BASTOS, Gisele Alsina Nader; DUCA, Giovâni Firpo Del. **Prevalência de depressão e fatores associados em comunidade de baixa renda de Porto Alegre, Rio Grande do Sul.** *Rev. bras. epidemiol.*, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 346-354, June 2012 .

CZYZ, Ewa K. et al. **Self-efficacy to avoid suicidal action: Factor structure and convergent validity among adults in substance use disorder treatment.** *Suicide and Life-Threatening Behavior*, v. 44, n. 6, p. 698-709, 2014.

- DA HORA, Henrique Rego Monteiro; MONTEIRO, Gina Torres Rego; ARICA, Jose. **Confiabilidade em questionários para qualidade: um estudo com o Coeficiente Alfa de Cronbach**. Produto & Produção, v. 11, n. 2, 2010.
- DAI, Xiaona; DENNIS, Cindy-Lee. **Translation and validation of the breastfeeding self-efficacy scale into Chinese**. The Journal of Midwifery & Women's Health, v. 48, n. 5, p. 350-356, 2003.
- DANCEY, Christine; REIDY, John. **Estatística Sem Matemática para Psicologia-7**. Penso Editora, 2018.
- DEL PORTO, José Alberto. **Conceito e diagnóstico**. Brazilian Journal of Psychiatry, v. 21, p. 06-11, 1999.
- DE MATOS, Widson Davi Vaz *et al.* **Perfil sociodemográfico e clínico de usuários em tratamento de depressão em um Centro de Atenção Psicossocial, em um município no interior do Pará**. Revista Eletrônica Acervo Saúde, n. 36, p. e1720-e1720, 2019.
- DENNIS, Cindy-Lee. **Escala de autoeficácia em amamentação: avaliação psicométrica da forma curta**. Jornal de Enfermagem Obstétrica, Ginecológica e Neonatal, v. 32, n. 6, p. 734-744, 2003.
- DE OLIVEIRA, Tatiane Lacerda; DE BARROS, Celso Aleixo. **Saúde mental de trabalhadores desempregados**. Revista Psicologia: organizações e trabalho, v. 9, n. 1, p. 86-101, 2009.
- DÍAZ-SANTOS, Mirella *et al.* **Factor Structure of the Escala de Autoeficacia para la Depresión en Adolescentes (EADA)**. Hispanic journal of behavioral sciences, v. 33, n. 4, p. 447-468, 2011.
- DÍAZ-SANTOS, Mirella *et al.* **Desarrollo y propiedades psicométricas de la escala de autoeficacia para la depresión en adolescentes (EADA)**. Revista interamericana de psicología= Interamerican journal of psychology, v. 42, n. 2, p. 218, 2008.
- DICLEMENTE, Carlo C. *et al.* **The alcohol abstinence self-efficacy scale**. Journal of studies on alcohol, v. 55, n. 2, p. 141-148, 1994.
- DOBRÁNSZKY, István de Abreu; MACHADO, Afonso Antônio. **Auto-eficácia: um estudo da sua contribuição para a avaliação de desempenho de atletas**. Psico USF, p. 67-74, 2001.
- DOHLE, Simone; DIEL, Katharina; HOFMANN, Wilhelm. **Executive functions and the self-regulation of eating behavior: A review**. Appetite, v. 124, p. 4-9, 2018.
- DOS SANTOS COSTA, Victor Hugo; GONÇALVES, Jonas Rodrigo. **Análise dos fatores que levam enfermeiros à depressão**. Revista JRG de Estudos Acadêmicos, v. 3, n. 6, p. 69-81, 2020.

ELY, Paula; NUNES, Maiana Farias Oliveira; DE FRANCISCO, Lucas Carvalho. **Avaliação psicológica da depressão: levantamento de testes expressivos e autorrelato no Brasil.** Avaliação Psicológica, v. 13, n. 3, p. 419-426, 2014.

EREMENCO, Sonya L.; CELLA, David; ARNOLD, Benjamin J. **A comprehensive method for the translation and cross-cultural validation of health status questionnaires.** Evaluation & the health professions, v. 28, n. 2, p. 212-232, 2005.

FEHRING, Richard.J. **The Fehring model.** In: CARROLOL-JOHNSON, R.M.; PAQUETE, M. (Ed.). Classification of nursing diagnoses: proceeding at the Tenth Conference of North American Nursing Diagnosis Association. Philadelphia: JB Lippincott, p. 55-62, 1994.

FIELD, Andy. **Discovering statistics using SPSS:** Book plus code for E version of text. SAGE Publications Limited, 2009.

FIORI, Katherine L. et al. **Social relations and depressive symptomatology: Self-efficacy as a mediator.** Aging and mental health, v. 10, n. 3, p. 227-239, 2006.

FLECK, Marcelo P. et al. **Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (Versão integral).** Brazilian journal of psychiatry, v. 31, p. S7-S17, 2009.

FONTAINE, Anne Marrie. **Motivação em contexto escolar.** Lisboa: Universidade Aberta, 2005.

FORMIGONI, Maria Lucia O. Souza; CASTEL, Saulo. **Escalas de avaliação de dependência de drogas: aspectos gerais.** Rev. psiquiatr. clín.(São Paulo), p. 5-31, 1999.

FORTES, Clarisse Pereira Dias Drumond; ARAÚJO, Alexandra Pruber de Queiroz Campos. **Check list para tradução e Adaptação Transcultural de questionários em saúde.** Cadernos Saúde Coletiva, v. 27, n. 2, p. 202-209, 2019.

GABILONDO, Andrea *et al.* **Epidemiology of major depressive episode in a southern European country:** results from the ESEMeD-Spain project. Journal of affective disorders, v. 120, n. 1-3, p. 76-85, 2010.

GALINDO, Sheila Raposo. **Validação do pain medication questionnaire para uso no Brasil.** 2018. Tese (Doutorado) – Curso de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento. Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/32744>. Acesso em: 12 jan. 2021.

GAO, Lei et al. **Psychometric properties of the Chinese version of Arthritis Self-Efficacy Scale-8 (ASES-8) in a rheumatoid arthritis population.** Rheumatology international, v. 37, n. 5, p. 751-756, 2017.

GAZALLE, Fernando Kratz et al. **Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no Sul do Brasil**. Revista de Saúde Pública, v. 38, p. 365-371, 2004.

GONÇALVES, Wendy et al. **Danos causados pelo racismo por meio de termos linguísticos na saúde mental da população negra e a importância da psicologia preta para esse público: uma educação para as escolas**. Revista de Casos e Consultoria, v. 11, n. 1, p. e11125-e11125, 2020.

GORDON, Michael S.; TONGE, Bruce; MELVIN, Glenn A. **The Self-Efficacy Questionnaire for Depressed Adolescents: A measure to predict the course of depression in depressed youth**. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, v. 46, n. 1, p. 47-54, 2012.

GORENSTEIN, C. et al. **Inventário Beck de Depressão-II**. Manual. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

GUILLEMIN, Francis; BOMBARDIER, Claire; BEATON, Dorcas. **Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines**. Journal of clinical epidemiology, v. 46, n. 12, p. 1417-1432, 1993.

GRAEF, Julia E. et al. **German Language Adaptation of the Headache Management Self-Efficacy Scale (HMSE-G) and Development of a New Short Form (HMSE-G-SF)**. Headache: The Journal of Head and Face Pain, v. 55, n. 7, p. 958-972, 2015.

GREENHALGH, Trisha; PEACOCK, Richard. **Effectiveness and efficiency of search methods in systematic reviews of complex evidence: audit of primary sources**. Bmj, v. 331, n. 7524, p. 1064-1065, 2005.

HANSEN, Jacob Sander; BENDTSEN, Lars; JENSEN, Rigmor. **Psychometric properties of the Danish versions of headache-specific locus of control scale and headache management self-efficacy scale**. The journal of headache and pain, v. 10, n. 5, p. 341, 2009.

HERDMAN, Michael; FOX-RUSHBY, Julia; BADIA, Xavier. **A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach**. Quality of life Research, v. 7, n. 4, p. 323-335, 1998.

HERNÁNDEZ-NIETO, Rafael Alberto. **Contribuciones al análisis estadístico**. Mérida, Venezuela: Universidad de Los Andes/IESINFO, 2002.

HOULE, Janie et al. **Depression self-management support: a systematic review. Patient education and counseling**, v. 91, n. 3, p. 271-279, 2013.

HULLEY, Stephen B. *et al.* **Delineando a pesquisa clínica-4**. Artmed Editora, 2015.

HUREMOVIĆ, Damir. **Social distancing, quarantine, and isolation**. In: Psychiatry of Pandemics. Springer, Cham, 2019. p. 85-94.

HUTZ, Claudio Simon; BANDEIRA, Denise Ruschel; TRENTINI, Clarissa Marcelli. **Psicometria**. Artmed Editora, 2015.

IZAGUIRRE, Marisa Rodriguez; TAFT, Tiffany; KEEFER, Laurie. **Validation of a self-efficacy scale for adolescents and young adults with inflammatory bowel disease**. Journal of pediatric gastroenterology and nutrition, v. 65, n. 5, p. 546-550, 2017.

JAOUDE, Thaísa de Carvalho. **Depressão e ansiedade em população com quadros reumatológicos**. 2015. Dissertação (Mestrado) – Curso de Pós-Graduação em Ciências Humanas. Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2015. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/6066>. Acesso em: 10 dez. 2018.

KAVANAGH, David J. **Self-efficacy and depression**. Self-efficacy: Thought control of action, p. 177-193, 1992.

KIMBERLIN, Carole L.; WINTERSTEIN, Almut G. **Validity and reliability of measurement instruments used in research**. American journal of health-system pharmacy, v. 65, n. 23, p. 2276-2284, 2008.

KIM, Chunrye. **Social isolation, acculturative stress and intimate partner violence (IPV) victimization among Korean immigrant women**. International Journal of Intercultural Relations, v. 72, p. 87-95, 2019.

KÖCHE, José Carlos. **Fundamentos de metodologia científica**. Editora Vozes, 2016.

KUEHNER, Christine. **Why is depression more common among women than among men?**. The Lancet Psychiatry, v. 4, n. 2, p. 146-158, 2017.

LAFER, Beny; VALLADA FILHO, Homero Pinto. **Genética e fisiopatologia dos transtornos depressivos**. Brazilian Journal of Psychiatry, v. 21, p. 12-17, 1999.

LEITE, José Carlos de Carvalho et al. **Desenvolvimento de uma escala de auto-eficácia para adesão ao tratamento anti-retroviral**. Psicologia: Reflexão e Crítica, v. 15, n. 1, p. 121-133, 2002.

LEVIN, Jack; FOX, James Alan. **Estatística para ciências humanas**. In: Estatística para ciências humanas. 2004. p. xv, 497-xv, 497.

LEVORATO, Cleice Daiana et al. **Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero**. Ciência & saúde coletiva, v. 19, p. 1263-1274, 2014.

LIM, Huey S. et al. **Validation of the Chinese version of pain self-efficacy questionnaire**. Anesthesia & Analgesia, v. 104, n. 4, p. 918-923, 2007.

LOPES, Claudia Souza *et al.* **Inequities in access to depression treatment: results of the Brazilian National Health Survey–PNS.** International journal for equity in health, v. 15, n. 1, p. 1-8, 2016.

LUCENA, Carlos Yuri Ferreira. **Depressão compreendida como distúrbio e doença do século.** 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado) – Curso de Graduação em Medicina. Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras, 2019. Disponível em: <http://dspace.sti.ufcg.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/riufcg/11605>. Acesso em: 12 jan. 2021.

LIM, Young Mi; PERRAUD, Suzanne. **Validation of the Korean Version of the Depression Coping Self-Efficacy Scale (DCSES-K).** Archives of psychiatric nursing, v. 30, n. 4, p. 463-469, 2016.

LOBIONDO-WOOD, Geri; HABER, Judith. **Nursing research-e-book: methods and critical appraisal for evidence-based practice.** Elsevier Health Sciences, 2017

MAHAKITTIKUN, Khwanjit *et al.* **Predicting factors of relapse among persons with a major depressive disorder.** Pacific Rim International Journal of Nursing Research, v. 17, n. 1, p. 68-82, 2013.

MARQUES, Keila Aparecida; MELO, AFF de. **Abordagens metodológicas no campo da pesquisa científica.** Blucher Education Proceedings, v. 2, n. 1, p. 11-21, 2017.

MARTÍN, Ismael San Mauro *et al.* **Bad results obtained from the current public health policies and recommendations of hydration.** Nutricion hospitalaria, v. 33, n. 4, p. 962-968, 2016.

MATOS, Maria Teresa Soares *et al.* **The use of evaluation scales as therapeutic tools in patients seen at a service for drug rehabilitation in Fortaleza-CE.** Northeast Network Nursing Journal, v. 7, n. 2, 2012.

MEDEIROS, Silvana Possani *et al.* **Práticas integrativas e complementares: estratégia de cuidado por meio do Reiki em pessoas com depressão.** Research, Society and Development, v. 9, n. 2, p. e127922149-e127922149, 2020.

MELLO, Elisio; TEIXEIRA, Marina Borges. **Depressão em idosos.** Revista Saúde-UNG-Ser, v. 5, n. 1, p. 42-53, 2011.

MESSINA, Rossella *et al.* **Assessing self-efficacy in type 2 diabetes management: validation of the Italian version of the Diabetes Management Self-Efficacy Scale (IT-DMSES).** Health and quality of life outcomes, v. 16, n. 1, p. 71, 2018.

MCWHIRTER, Dewey; BAE, Charles; BUDUR, Kumaraswamy. **The assessment, diagnosis, and treatment of excessive sleepiness:** practical considerations for the psychiatrist. Psychiatry (Edgmont), v. 4, n. 9, p. 26, 2007.

MOLINA, Mariane Ricardo Acosta Lopez et al. **Prevalência de depressão em usuários de unidades de atenção primária.** Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo), v. 39, n. 6, p. 194-197, 2012.

MORAES, Claudia Leite; REICHENHEIM, Michael Eduardo. **Cross-cultural measurement equivalence of the Revised Conflict Tactics Scales (CTS2) Portuguese version used to identify violence within couples.** Cadernos de Saúde Pública, v. 18, p. 783-796, 2002.

MONTEIRO, Ivandro Manuel Soares. **O Contributo das Experiências Familiares, Vinculação e Apoio Social para a Depressão no Adulto.** 2010. Tese (Doutorado) – Curso de Pós-Graduação em Psicologia Clínica. Universidade de Minho – Instituto de Educação e Psicologia, Portugal, 2009. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Ivandro-Monteiro/publication/277162849_O_contributo_das_experiencias_familiares_vinculacao_e_apoio_social_para_a_depressao_no_adulto/links/5c83c82892851c6950661e87/O-contributo-das-experiencias-familiares-vinculacao-e-apoio-social-para-a-depressao-no-adulto.pdf. Acesso em: 12 jan. 2021.

MYSTAKIDOU, Kyriaki *et al.* **General perceived self-efficacy: validation analysis in Greek cancer patients.** Supportive care in cancer, v. 16, n. 12, p. 1317-1322, 2008.

NOGUEIRA, Nickolas Ferreira Nunes *et al.* **Doenças Negligenciadas: depressão.** Revista Interdisciplinar Pensamento Científico, v. 4, n. 3, 2018.

NILSSON, Maria H.; HAGELL, Peter; IWARSSON, Susanne. **Psychometric properties of the General Self-Efficacy Scale in Parkinson's disease.** Acta Neurologica Scandinavica, v. 132, n. 2, p. 89-96, 2015.

NUNES, Daiane *et al.* **Evidências de Validade da Escala de Autoeficácia da Bateria de Avaliação de Indicadores da Depressão Infantojuvenil.** Estudos e Pesquisas em Psicologia, v. 20, n. 3, p. 878-898, 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. CID-10: **Classificação Estatística Internacional de Doenças.** Vol. 1. Edusp, 1994.

OSHIRO, Claudia Hiromi. **O efeito do ensino tecnológico superior na renda, empregabilidade e alocação no mercado de trabalho em São Paulo.** 2019. Tese (Doutorado) – Curso de Pós-Graduação em Administração Pública e Governo. Fundação Getúlio Vargas, Escola de Administração de Empresas de São Paulo, São Paulo, 2019. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/27443>. Acesso em: 15 jan. de 2021

PAGÁN-TORRES, Orlando M.; CUMBA-AVILÉS, Eduardo; MATOS-MELO, Anthony L. **Psychometric properties of the Escala de Autoeficacia para la Depresión en Adolescentes (EADA) among Latino youth with type 1 diabetes.** Diabetology international, v. 10, n. 2, p. 126-137, 2019.

- PAJARES, Frank; OLAZ, Fabián. **Teoria social cognitiva e auto-eficácia: uma visão geral**. Teoria social cognitiva: conceitos básicos. Porto Alegre: Artmed, v. 97, p. 114, 2008.
- PASQUALI, Luiz. **Psicometria**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 43, n. SPE, p. 992-999, 2009.
- PASQUALI, Luiz. **Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas**. Artmed Editora, 2010.
- PERRAUD, Suzanne. **Development of the depression coping self-efficacy scale (DCSES)**. Archives of Psychiatric Nursing, v. 14, n. 6, p. 276-284, 2000.
- PERRAUD, Suzanne et al. **Predictive validity of the Depression Coping Self-Efficacy Scale (DCSES)**. Research in nursing & health, v. 29, n. 2, p. 147-160, 2006.
- POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. Artmed Editora, 2011.
- QUINTAS, Renata Martins; AMARANTE, Paulo. **A ação territorial do Centro de Atenção Psicossocial em sua natureza substitutiva**. Saúde em debate, v. 32, n. 78-79-80, p. 99-107, 2008.
- REICHENHEIM, Michael Eduardo; MORAES, Claudia Leite. **Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia**. Revista de Saúde Pública, v. 41, n. 4, p. 665-673, 2007.
- ROCHA, Inês de Jesus *et al.* **Exercício físico na pessoa com depressão: revisão sistemática da literatura**. Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação, v. 2, n. 1, p. 35-42, 2019.
- RONZANI, Telmo Mota et al. **Adaptação transcultural brasileira da escala de estigma internalizado de transtorno mental-ISMI-BR**. Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia, v. 10, n. 1, p. 25-34, 2017.
- ROSAS, Marina Araújo et al. **Self-efficacy assessment tools for individuals with depression: protocol for a systematic review of the literature**. BMJ open, v. 9, n. 6, p. e021895, 2019.
- RUPERTO, N. *et al.* **Cross-cultural adaptation and psychometric evaluation of the Childhood Health Assessment Questionnaire (CHAQ) and the Child Health Questionnaire (CHQ) in 32 countries**. Review of the general methodology. Clinical and experimental rheumatology, v. 19, n. 4 Suppl 23, p. S1-9, 2001.
- SALARI, Nader et al. **Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis**. Globalization and health, v. 16, n. 1, p. 1-11, 2020.

SALOMI, Gilberto Gabriel Eid; MIGUEL, Paulo Augusto Cauchick; ABACKERLI, Alvaro José. **SERVQUAL x SERVPERF: comparação entre instrumentos para avaliação da qualidade de serviços internos**. *Gestão & Produção*, v. 12, n. 2, p. 279-293, 2005.

SANSONE, Randy A.; SANSONE, Lori A. **Antidepressant adherence: are patients taking their medications?** *Innovations in clinical neuroscience*, v. 9, n. 5-6, p. 41, 2012.

SANTADE, Maria Suzett Biembengut. **A metodologia de pesquisa: instrumentais e modos de abordagem**. *Interciência & Sociedade*, v. 5, n. 2, p. 3-17, 2020.

SANTOS, Graziela Maria Gorla Campiolo dos et al. **Barreiras percebidas para o consumo de frutas e de verduras ou legumes em adultos brasileiros**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, p. 2461-2470, 2019.

SANTOS, Rosenilda Alves Ferreira et al. **Relações Entre Exercício Físico, Obesidade e Sintomatologia Depressiva**. *UNILUS Ensino e Pesquisa*, v. 16, n. 43, p. 152-158, 2019.

SANTOS, Walberto Silva dos et al. **Medindo consumo de álcool: análise fatorial confirmatória do Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT)**. *Psico-USF*, v. 18, n. 1, p. 121-130, 2013.

SANTOR, Darcy A. **REJOINER: New Coke, Rosetta Stones, and Functional Data Analysis: Recommendations for Developing and Validating New Measures of Depression. Measurement: Interdisciplinary Research and Perspectives**, v. 4, n. 3, p. 188-197, 2006.

SCHUMAHER, Mayara Larissa Nilsen; ALEXANDRE, Neusa Maria Costa. **Tradução e adaptação transcultural do psychological empowerment instrument para o contexto brasileiro**. *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 21, 2017.

SERPENTINI, Samantha et al. **Self-efficacy for coping: utility of the Cancer behavior inventory (Italian) for use in palliative care**. *BMC palliative care*, v. 18, n. 1, p. 34, 2019.

SERRA TAYLOR, José A.; IRIZARRY-ROBLES, Carol Y. **Protective Factors For Depression In An Elderly Sample Of Puerto Rico: Self-efficacy, Educational Level And Other Socio-demographic Variables**. *Acta Colombiana de Psicología*, v. 18, n. 1, p. 125-134, 2015.

SHEERAN, Paschal *et al.* **The impact of changing attitudes, norms, and self-efficacy on health-related intentions and behavior: A meta-analysis**. *Health Psychology*, v. 35, n. 11, p. 1178, 2016.

SILVA, Paulo Fagundes da; COSTA, Nilson do Rosário. **Saúde mental e os planos de saúde no Brasil**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 12, p. 4653-4664, 2011.

SILVA, Renata Fonseca; VIEIRA, Ana Paula Oliveira; BRITO, Alyni Pinheiro. **Efeitos positivos da fisioterapia na depressão através do exercício físico e hidroterapia.** Scire Salutis, v. 9, n. 1, p. 1-8, 2019.

SORIA, Marisa Salanova; MARTÍNEZ, Isabel María Martínez. **Autoeficacia en el trabajo: el poder de creer que tú puedes.** Estudios financieros. Revista de trabajo y seguridad social: Comentarios, casos prácticos: recursos humanos, n. 279, p. 175-202, 2006.

SOUZA, Ana Cláudia de; ALEXANDRE, Neusa Maria Costa; GUIRARDELLO, Edinêis de Brito. **Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade.** Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 26, p. 649-659, 2017.

STOPA, Sheila Rizzato *et al.* **Prevalência do autorrelato de depressão no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013.** Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 18, p. 170-180, 2015.

STREINER, David L. Being inconsistent about consistency: **When coefficient alpha does and doesn't matter.** Journal of personality assessment, v. 80, n. 3, p. 217-222, 2003.

SUN, Jing; BUYS, Nicholas; WANG, Xinchao. **Depression in employees in privately owned enterprises in China: is it related to work environment and work ability?.** International journal of environmental research and public health, v. 10, n. 4, p. 1152-1167, 2013.

SZWARCWALD, Celia Landmann *et al.* **Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil: concepção e metodologia de aplicação.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 19, p. 333-342, 2014.

TENG, Chei Tung; HUMES, Eduardo de Castro; DEMETRIO, Frederico Navas. **Depressão e comorbidades clínicas.** Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo), v. 32, n. 3, p. 149-159, 2005.

TEODORO, Maycoln LM; CARDOSO, Bruna Moraes; FREITAS, Ana Carolina Huff. **Afetividade e conflito familiar e sua relação com a depressão em crianças e adolescentes.** Psicologia: Reflexão e Crítica, v. 23, n. 2, p. 324-333, 2010.

TOPF, Margaret. Three estimates of interrater reliability for nominal data. Nursing research, 35(4):253-245, 1986.

TONIN, Stefania *et al.* **Adaptação e Validação Transcultural da Escala de Incivildade no Trabalho para o contexto brasileiro.** CIAIQ2019, v. 3, p. 405-410, 2019.

TONGE, Bruce *et al.* **The self-efficacy questionnaire for depression in adolescents (SEQ-DA).** European child & adolescent psychiatry, v. 14, n. 7, p. 357-363, 2005.

- TUCKER, Sharon; BRUST, Susan; RICHARDSON, Beverly. **Validity of the depression coping self-efficacy scale**. Archives of Psychiatric Nursing, v. 16, n. 3, p. 125-133, 2002.
- TUCKER, Sharon et al. **Depression coping self-efficacy as a predictor of relapse 1 and 2 years following psychiatric hospital-based treatment**. Research and theory for nursing practice, v. 18, n. 2/3, p. 261, 2004.
- VAN DER VEN, Nicole CW et al. **The confidence in diabetes self-care scale: psychometric properties of a new measure of diabetes-specific self-efficacy in Dutch and US patients with type 1 diabetes**. Diabetes care, v. 26, n. 3, p. 713-718, 2003.
- VAN WINKEL, Mark et al. **Unraveling the role of loneliness in depression: the relationship between daily life experience and behavior**. Psychiatry, v. 80, n. 2, p. 104-117, 2017.
- VASCONCELOS, Selene Cordeiro et al. **Cross-cultural adaptation of the drug-taking confidence questionnaire drug version for use in Brazil**. BMC medical research methodology, v. 16, n. 1, p. 55, 2016.
- VASCONCELOS, Selene Cordeiro. **Validação do Drug-Taking Confidence Questionnaire para uso no Brasil**. 2015. Tese (Doutorado) – Curso de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento. Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2015. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/15445>. Acesso em: 10 de dez. 2018.
- VIEIRA, Jaiciana Ramos. **Assistência da equipe multi profissional em pacientes com depressão atendidos no pronto socorro**. 2012. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Curso de Pós Graduação em Assistência de Enfermagem em Urgência e Emergência. Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma, 2012. Disponível em: <http://repositorio.unesc.net/bitstream/1/1092/1>. Acesso em: 12 de março de 2020.
- VICTOR, Janaina Fonseca; XIMENES, Lorena Barbosa; ALMEIDA, Paulo Cesar de. **Cross-cultural adaptation of the Exercise Benefits/Barriers Scale (EBBS) for application in elderly Brazilians: preliminary version**. Cadernos de saude publica, v. 24, n. 12, p. 2852-2860, 2008.
- VISMARI, Luciana; ALVES, Glaucie Jussilane; PALERMO-NETO, João. **Depressão, antidepressivos e sistema imune: um novo olhar sobre um velho problema**. Archives of Clinical Psychiatry, v. 35, n. 5, p. 196-204, 2008.
- WANG, Yuan-Pang; GORENSTEIN, Clarice. **Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II: a comprehensive review**. Brazilian Journal of Psychiatry, v. 35, n. 4, p. 416-431, 2013.

WANG, Zhaojie. **Reliability and validity of Chinese version of the Depression Coping Self-Efficacy Scale.** Chinese Journal of Practical Nursing, v. 33, n. 13, p. 1016-1019, 2017.

WARNER, David F.; BROWN, Tyson H. **Understanding how race/ethnicity and gender define age-trajectories of disability: An intersectionality approach.** Social science & medicine, v. 72, n. 8, p. 1236-1248, 2011.

WILES, Nicola *et al.* **Clinical effectiveness and cost-effectiveness of cognitive behavioural therapy as an adjunct to pharmacotherapy for treatment-resistant depression in primary care: the CoBaT randomised controlled trial.** Health Technology Assessment (Winchester, England), v. 18, n. 31, p. 1, 2014.

WYSKA, Elżbieta. **Pharmacokinetic considerations for current state-of-the-art antidepressants.** Expert opinion on drug metabolism & toxicology, v. 15, n. 10, p. 831-847, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION *et al.* **A guide for population-based approaches to increasing levels of physical activity: implementation of the WHO global strategy on diet, physical activity and health.** 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION *et al.* **Depression and other common mental disorders: global health estimates.** World Health Organization, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION *et al.* **Mental health and older adults (Fact sheet N 381).** 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION *et al.* **WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19-11 March 2020.** 2020.

WU, A. M. S.; TANG, Catherine So-kum K.; KWOK, T. C. Y. **Self-efficacy, health locus of control, and psychological distress in elderly Chinese women with chronic illnesses.** Aging & mental health, v. 8, n. 1, p. 21-28, 2004.

ZANCAN, Natália; HABIGZANG, Luísa Fernanda. **Regulação emocional, sintomas de ansiedade e depressão em mulheres com histórico de violência conjugal.** Psico-USF, v. 23, n. 2, p. 253-265, 2018.

ZANETTI, Laura Lorenzini *et al.* **Tratamento medicamentoso e não medicamentoso de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial.** Scientia Medica, v. 27, n. 4, p. 5, 2017.

ZAVASCHI, Maria Lucrecia Scherer *et al.* **Associação entre trauma por perda na infância e depressão na vida adulta.** Brazilian Journal of Psychiatry, v. 24, n. 4, p. 189-195, 2002.

ZENGIN, Neriman; PINAR, Rukiye. **Reliability and validity of the continence self-efficacy scale in Turkish women with urinary incontinence.** Nursing & health sciences, v. 14, n. 3, p. 277-284, 2012.

ZUBARAN, Carlos et al. **A versão em português da escala de autoeficácia em amamentação - forma abreviada.** Journal of Human Lactation , v. 26, n. 3, p. 297-303, 2010.

ZUMPANO, Camila Eugênia et al. **Adaptação transcultural e validação da escala de Saúde Global do PROMIS para a língua portuguesa.** Cadernos de Saúde Pública, v. 33, p. e00107616, 2017.

ZWIELEWSKI, Grazielle et al. **Protocolos para tratamento psicológico em pandemias: as demandas em saúde mental produzidas pela COVID-19.** Artigo de revisão. Rev debates in psychiatry-Ahead of print, 2020.

APÊNDICE A – FORMULÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E CONDIÇÃO DE SAÚDE

FORMULÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E CONDIÇÃO DE SAÚDE

Número: _____ Entrevistador: _____
 Recife, _____ de _____ de _____

PARTE A: SOCIODEMOGRÁFICO		
1.	Nome completo:	
2.	Data de nascimento:	
3.	Idade:	
4.	Telefone(s):	
5.	USF:	
6.	ACS:	
7.	Sexo:	(1) Masculino (2) Feminino (3) Não declarado
8.	Cor:	(1) Branca (2) Preta (3) Parda (4) Amarela (5) Indígena (6) Outros (7) Não declarada
9.	Estado civil:	(1) Solteiro(a) (2) Casado(a) (3) União estável (4) Divorciado(a) Separado(a) (5) Viúvo(a) (6) Outros (7) Não declarado
10.	Tem filhos?	(1) Sim (2) Não (3) Não declarado
11.	Se sim, quantos?	(1) Um (2) Dois (3) Três (4) Quatro ou mais (5) Não declarado
12.	Escolaridade:	(1) Não alfabetizado(a) (2) Fundamental incompleto (3) Fundamental completo (4) Ensino médio incompleto (5) Ensino médio completo (6) Superior Incompleto (7) Superior Completo (8) Pós-graduação 9. Não declarada
13.	Endereço:	
14.	Quanto tempo reside nesse endereço?	Anos _____ Meses _____
15.	Onde reside:	(1) Casa própria (2) Alugada (3) Instituição (4) Outro (5) Não declarado
16.	Quem reside com o(a) senhor(a)?	(1) Sozinho(a) (2) Companheiro(a) (3) Companheiro(s) e filho(s) (4) Companheiro(a) e neto(s) (5) Companheiro(a), filho(s) e neto(s) (6) Filho(s) (7) Filho(s) e neto(s) (8) Neto(s) (9) Pais (10) Não familiares (11) Outras configurações
17.	Religião:	(1) Católico (2) Evangélico (3) Espirita (4) Outros (5) Sem religião (6) Não declarada
18.	Qual a sua frequência em relação a religião?	(1) Semanal (1x/semana) (2) Mensal (1-2 x/mês) (3) Outros
19.	Ocupação:	(1) Trabalhador formal (carteira assinada e/ou contrato) (2) Trabalhador informal (3) Aposentado (4) Desempregado (5) Doméstico(a)/do lar (6) Estudante (7) Outros (8) Não declarado
20.	Recebe algum benefício do governo?	(1) Sim (2) Não (3) Não declarado.
21.	Se sim, qual:	
22.	Renda:	(1) Até 1SM (2) 1SM até ≤2SM (3) >2SM até 3SM (4) >3SM até 5SM (5) >5SM (6) Sem renda (7) Outros (8) Não declarado Valor: _____
23.	Alguém depende da sua renda?	(1) Ninguém (2) Companheiro(a) (3) Companheiro(s) e filho(s) (4) Companheiro(a) e neto(s) (5) Companheiro(a), filho(s) e neto(s) (6) Filho(s) (7) Filho(s) e neto(s) (8) Neto(s) (9) Pais (10) Não familiares (11) Outros. (12) Não declarado.

PARTE B: CONDIÇÃO DE SAÚDE		
24.	Você tem alguma doença?	(1) Sim (2) Não (3) Não declarado
25.	Se sim, qual?	(1) Diabete (2) HAS (3) Doença Cardíaca (4) Doença reumatológica (5) Outras.
26.	Em qual etapa de sua vida o você recebeu o diagnóstico de depressão?	(1) Infância (2) Adolescência (3) Adulto (4) Idoso (5) Não sabe (6) Não declarado
27.	Alguém de sua família tem diagnóstico de depressão?	(1) Sim (2) Não (3) Não sabe (4) Não declarado.
28.	Se sim, qual o grau do parentesco?	
29.	Algum familiar sabe do seu diagnóstico de depressão?	(1) Sim (2) Não (3) Não sabe (4) Não declarado.
30.	Se sim, qual o grau do parentesco?	
31.	Quem encaminhou você ao primeiro tratamento em relação a depressão?	(1) Familiares (2) Amigos (3) Profissionais de saúde (4) Espontâneo (5) Justiça (6) Não sabe (7). Não declarado.
32.	Já fez algum tratamento para a depressão?	(1) Sim (2) Não (3) Não sabe (4) Não declarado.
33.	Se sim, onde?	(1) CAPS (2) Hospital -internamento (3) Emergencia Psiquiátrica-SEP (4) UPA () Ambulatório/Policlínica () Consultório (5) Outros (6) Não declarado
34.	Está fazendo algum tratamento para a depressão?	(1) Sim (2) Não (3) Não sabe (4) Não declarado..
35.	Se sim, qual?	(1) CAPS (2) Psicoterapia (3) Terapia Ocupacional (4) Práticas integrativas e complementares () Psiquiatra (5) Outros (6) Não declarado
36.	Se sim, quem encaminhou você ao tratamento atual em relação a depressão?	(1) Familiares (2) Amigos (3) Profissionais de saúde (4) Espontâneo (5) Justiça (6) Não sabe (7). Não declarado.
37.	Se sim, algum familiar o acompanha para realizar o tratamento?	(1) Sim (2) Não (3) Não sabe (4) Não declarado.
38.	Se sim, qual o grau do parentesco?	
39.	Pratica alguma atividade física:	(1) Sim sabe (2) Não (3) Não (4) Não declarado.
40.	Se sim, qual?	(1) Caminhada (2) Corrida (3) Natação (4) Hidroginástica (5) Danças (6) Musculação (7) Não declarado.
41.	Está fazendo uso de medicação?	(1) Sim (2) Não (3) Não sabe (4) Não declarado.
42.	Se sim, quantos?	(1) Até 2 (2) >2 até 4 (3) 5 ou mais (4) Não declarado.
43.	Se sim, qual(is)?	
44.	Alguma(s) dessa(s) medicação(ões) é específica para a depressão?	(1) Sim (2) Não (3) Não sabe (4) Não declarado.
45.	Se sim, quantos?	(1) Até 2 (2) >2 até 4 (3) 5 ou mais (4) Não declarado.
46.	Se sim, qual(is)?	

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOS PARTICIPANTES DO PRÉ-TESTE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS - Resolução 466/12)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROPSIQUIATRIA E CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO – DOUTORADO

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa: ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DA DEPRESSION COPING SELF-EFFICACY SCALE PARA USO NO BRASIL, que está sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) Prof^a Marina Araújo Rosas, com endereço: Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Pernambuco localizado na Av. Jornalista Aníbal Fernandes, s/n, Cidade Universitária, Recife - PE, 50740-560, Telefones: (81) 98819.7611 (disponível, inclusive para ligações a cobrar) e 2126.7598 e e-mail: marinaarosas@gmail.com e está sob a orientação de: Prof Dr. Murilo Duarte da Costa Lima, (081-999774861), e-mail costalima.murilo@hotmail.com e Profa Dra Selene Cordeiro Vasconcelos, (081-996344249), e-mail selumares@yahoo.com.br. Este Termo de Consentimento pode conter informações que o/a senhor/a não entenda. Caso haja alguma dúvida, pergunte à pessoa que está lhe entrevistando para que o/a senhor/a esteja bem esclarecido (a) sobre sua participação na pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, caso aceite em fazer parte do estudo, rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa o (a) Sr. (a) não será penalizado (a) de forma alguma. Também garantimos que o (a) Senhor (a) tem o direito de retirar o consentimento da sua participação em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Objetivo Geral: Realizar adaptação transcultural e validação da Depression Coping Self-Efficacy Scale para uso no Brasil. A coleta de dados será realizada por meio do preenchimento dos instrumentos de pesquisa.

- A sua participação na pesquisa ocorrerá em apenas um encontro para realização da entrevista para o preenchimento dos instrumentos de pesquisa, em seu domicílio ou em outra localidade de sua preferência.
- RISCOS diretos para o voluntário estarão relacionados à possível constrangimento que o sr(a) poderá sentir ao responder as perguntas e compartilhar suas informações pessoais. Por isso, me proponho a amenizar esses riscos realizando a entrevista individualmente, em local reservado e agradável para o(a) sr(a).
- BENEFÍCIOS diretos e indiretos para o(a) sr(a) relacionam-se à oportunidade de ter mais um instrumento, que poderá ser utilizado pelos profissionais que participam de sua assistência à saúde, para guiar ações da melhor forma possível.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos participantes, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa serão por meio de preenchimento a caneta de instrumentos de pesquisa, os dados (instrumentos de pesquisa) ficarão armazenados em pastas de arquivo sob a responsabilidade do pesquisador principal, no endereço acima informado, pelo período de mínimo 5 anos.

O (a) senhor (a) não pagará nada para participar desta pesquisa. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidos pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação). Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: Avenida da Engenharia s/n – Prédio do CCS - 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br.

(assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO PARTICIPANTE

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DA DEPRESSION COPING SELF-EFFICACY SCALE PARA USO NO BRASIL, como participante.

Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento).

Local e data _____

Assinatura do participante: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO COMITÊ DE ESPECIALISTAS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS - Resolução 466/12)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROPSIQUIATRIA E CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO - DOUTORADO

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa: ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DA DEPRESSION COPING SELF-EFFICACY

SCALE PARA USO NO BRASIL, que está sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) Prof^a Marina Araújo Rosas, com endereço: Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Pernambuco localizado na Av. Jornalista Aníbal Fernandes, s/n, Cidade Universitária, Recife - PE, 50740-560, Telefones: (81) 98819.7611 (disponível, inclusive para ligações a cobrar) e 2126.7598 e e-mail: marinaarosas@gmail.com e está sob a orientação de: Prof Dr. Murilo Duarte da Costa Lima, (081-999774861), e-mail costalima.murilo@hotmail.com e Prof^a Dr^a Selene Cordeiro Vasconcelos, (081-996344249), e-mail selumares@yahoo.com.br. Para isso, a escala precisa ser submetida a um rigoroso protocolo de avaliação das propriedades psicométricas em termos de validade e confiabilidade do instrumento. Logo, venho por meio deste convidá-lo (a) a participar do meu estudo na qualidade de consultor (especialista). Como tal, o (a) senhor (a) receberá a escala e as instruções de como proceder a análise da validade do instrumento, mediante normas constantes na literatura científica e no protocolo deste estudo. Convido-o a participar do presente estudo, sua participação é livre. Dou-lhe a garantia de que as informações que estou obtendo, serão usadas apenas para a realização do meu trabalho e, também, lhe asseguro que a qualquer momento terá acesso às informações sobre os procedimentos e benefícios relacionados ao estudo, inclusive para resolver dúvidas que possam ocorrer. O Sr. (a) tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e não participar do estudo, sem que isto lhe traga nenhuma penalidade ou prejuízo. E, finalmente, informo-lhe que, quando apresentar o meu trabalho, não usarei o seu nome e nem darei nenhuma informação que possa identificá-lo (a).

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Objetivo Geral: Realizar adaptação transcultural e validação da *Depression Coping Self- Efficacy Scale* para uso no Brasil. A coleta de dados será realizada por meio do preenchimento dos instrumentos de pesquisa.

A sua participação na pesquisa ocorrerá por contato eletrônico, por telefone ou presencialmente, de acordo com sua preferência.

Os riscos diretos e indiretos ao voluntário estarão relacionados à possível constrangimento ao avaliar a escala. Por isso, me proponho a amenizar esses

riscos reforçando a importância de sua avaliação crítica e criteriosa, bem como garantindo o sigilo das considerações feitas pelos juízes.

- BENEFÍCIOS diretos e indiretos relacionam-se à oportunidade de participar do rigoroso processo de validação de uma escala.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos participantes, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Esta etapa de coleta de dados será realizada a partir do recebimento via e-mail do “kit para especialistas” e posterior avaliação da escala pelos especialistas. O material encaminhado pelos especialistas será impresso e armazenado em pastas de arquivo sob a responsabilidade do pesquisador principal, no endereço acima informado, pelo período de mínimo 5 anos

O (a) senhor (a) não pagará nada para participar desta pesquisa. Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: Avenida da Engenharia s/n – Prédio do CCS - 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br.

(assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO PARTICIPANTE (ESPECIALISTA)

Eu, _____, CPF _____, abaixoassinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DA DEPRESSION COPING SELF-EFFICACY SCALE PARA USO NO BRASIL, como participante (especialista).

Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu

consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento).

Local e data _____

Assinatura do participante: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

APÊNDICE D – DEPRESSION COPING SELF-EFFICACY SCALE (VERSÃO PÓS PRÉ-TESTE)

DEPRESSION COPING SELF-EFFICACY SCALE (DCSES)

Programa: _____
 Código do participante: _____
 Profissional: _____
 Serviço: _____ Data: _____

Instruções: A escala a seguir descreve comportamentos de enfrentamento que podem ser úteis no tratamento dos sintomas de depressão. Usando um lápis ou uma caneta, abaixo da coluna CONFIANÇA, escreva um número de 0 a 100 para indicar a confiança que você tem em conseguir se comportar como indicado em cada item. O número zero (0%) significa que você não tem nenhuma confiança ou certeza que pode se comportar como indicado em cada item. O número cem (100%) significa que você se sente completamente confiante ou seguro que pode se comportar como indicado em cada item. Você pode usar qualquer número de 0-100.

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Não confiante			Moderadamente confiante				Confiante			

COLUNA DA AUTOEFICÁCIA	CONFIANÇA MARQUE 0-100%
Eu estou confiante que serei capaz de adotar os seguintes comportamentos que podem aliviar ou prevenir os sintomas da depressão. →→→→→→→→→→	↓ ↓
1. Dizer aos outros como eu me sinto de maneira socialmente aceitável.	
2. Estar atento ao meu comportamento e como isso afeta os outros.	
3. Recusar pedidos de outros quando eu não desejo fazer algo que alguém quer que eu faça, incluindo autoridades e estranhos.	
4. Ir dormir e acordar no mesmo horário todos os dias.	
5. Planejar coisas agradáveis para fazer durante meu tempo livre.	
6. Limitar cochilos para 20-30 minutos durante o dia.	
7. Pedir ajuda quando eu tiver dificuldade para entender algo porque não estou me concentrando bem (por exemplo: imposto de renda, documentos legais, etc.).	
8. Comer frutas e verduras diariamente.	
9. Beber de 1 a 2 litros de água diariamente.	
10. Reconhecer quando eu estiver me culpando por meus sintomas e tentar parar.	
11. Me envolver com algum tipo de atividade criativa, como escrever, ler, desenhar, tocar música ou participar de projetos.	

12.	Ficar junto de pelo menos uma pessoa muito próxima quando estiver me sentindo sozinho.	
13.	Levantar e fazer algo relaxante, se não conseguir dormir, antes de tentar dormir novamente.	
14.	Questionar se é adequado pensar em mim de forma negativa ou supor que eu não sou bom (boa).	
15.	Tomar um banho ou fazer alguma outra atividade que acalme antes de dormir.	
16.	Tomar a medicação da maneira que o médico recomendou.	
17.	Fazer exercícios ou alguma atividade todos os dias.	
18.	Estar atento quando eu estiver pensando em mim de maneira negativa ou supondo que eu não sou bom (boa).	
19.	Rir e tentar achar graça na minha situação, apesar dos meus problemas.	
20.	Enfrentar os pensamentos de que o suicídio é a única maneira de lidar com meus problemas.	
21.	Tentar entender por que estou ansioso.	
22.	Manter um diário descrevendo meu humor ou como me sinto emocionalmente a cada dia	
23.	Meditar ou fazer exercícios de relaxamento pelo menos uma vez ao dia.	
24.	Perceber os sentimentos que me incomodam, para que eu possa enfrentá-los e não deixá-los me incomodar.	

Finalmente,

Por favor, circule os números ao lado dos comportamentos que você gostaria de saber mais.

Obrigado! Você terminou.

APÊNDICE E – ARTIGO PUBLICADO: PRODUTO DA TESE DE DOUTORADO

Open access

Protocol

BMJ Open Self-efficacy assessment tools for individuals with depression: protocol for a systematic review of the literature

Marina Araújo Rosas,¹ Tattiana Dias de Carvalho Cordeiro,² Tatiana de Paula Santana da Silva,³ Ada Salvetti Cavalcanti Caldas,³ Carlos Eduardo de Souza Leão Ribeiro,⁴ Manoel Henrique da Nóbrega Marinho,⁵ Murilo Duarte da Costa Lima,³ Selene Cordeiro Vasconcelos²

To cite: Rosas MA, Cordeiro TDC, Silva TPS, et al. Self-efficacy assessment tools for individuals with depression: protocol for a systematic review of the literature. *BMJ Open* 2019;0:e021895. doi:10.1136/bmjopen-2018-021895

► Prepublication history and additional material for this paper are available online. To view these files, please visit the journal online (<http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-021895>).

MAR, TDCC, TPSS, ASCC, CESLR, MHNMM, MDCL and SCV contributed equally.

Received 25 January 2018
Revised 9 March 2019
Accepted 7 May 2019



© Author(s) (or their employer(s)) 2019. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use. See rights and permissions. Published by BMJ.

For numbered affiliations see end of article.

Correspondence to Prof Marina Araújo Rosas; marinaarosas@gmail.com

ABSTRACT

Introduction Depression is a common debilitating disease that affects individuals in all age groups. The impact of the diagnosis extends beyond the individual, with negative effects on mental health, physical health and social well-being. Self-efficacy has been referenced as an important aspect to the prognosis of mood disorders by conferring co-responsibility to the affected individual to face his/her health problems. Several assessment tools are found in the literature for measuring self-efficacy, but it is not yet clear which of these measures are more applicable to individuals with mood disorders, particularly depression. Thus, the aim of present study is to propose a systematic review to examine the psychometric properties and applicability of assessment tools designed to measure self-efficacy in individuals with symptoms and/or a diagnosis of depression.

Methods and analysis This protocol is reported in accordance with the Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis Protocols statement and the review will be reported in accordance with the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses statement. The evaluation of the psychometric properties of the health outcome measures will be conducted according to COSMIN guidelines. Two independent reviewers will perform the electronic searches in the PubMed, Web of Science, PsycInfo, SCOPUS and CINAHL databases, followed by the use of the 'snowball' strategy. The inclusion criteria will be (1) instrument validation studies, (2) developed with individuals of any age (3) with symptoms or a diagnosis of depression. Two independent reviewers will analyse the titles and abstracts of the articles retrieved during the search for pre-selection, followed by full-text analyses to determine inclusion in the review based on the eligibility criteria. Cases of a divergence of opinion will be resolved by a third reviewer. Descriptive analysis of the articles will be performed (data on participants, characteristics, psychometric properties and clinical usefulness of the assessment tools).

Ethics and dissemination The proposed systematic review will provide information on assessment tools employed to measure self-efficacy with regard to coping with depression, offering data on the psychometric properties, strong and weak points, and clinical applicability. As a secondary analysis of the literature, the approval of an ethics committee is not required.

Strengths and limitations of this study

- No previous systematic reviews addressing to analyse assessment tools designed to measure self-efficacy for coping with depression this issue was found in the literature.
- Instruments will be presented with details of their applicability according to population and age group.
- The proposed review strategy it will include six important health databases, with no restrictions imposed regarding language or year of publication.
- The intention is to present the best instruments to enable decision-making and the development of therapeutic guidelines for coping with depression.
- The limitations may be related to the different composition of the samples in the articles selected for the review.

PROSPERO registration number CRD42017078707

BACKGROUND

Depression is a mood disorder¹ and one of the main causes of disability, affecting more than 300 million individuals throughout the world.² It is estimated that more than 9% of the population is affected in some countries.³ Socioeconomic factors are related to depression, as this disorder compromises social functioning and generates high costs to both the individual and society in terms of expenditure on clinical care and the loss of productivity.⁴⁻⁵

The psychopathology of depression involves a complex set of factors that compromise physical function and mechanisms of self-regulation, with a significant impact on the behavioural dynamics of the affected individual.⁶ One of the mechanisms of self-regulation is denominated self-efficacy, which is conceived as a belief or trust in one's own capacity to organise and execute a specific behaviour necessary to the attainment of a

BMJ

Rosas MA, et al. *BMJ Open* 2019;0:e021895. doi:10.1136/bmjopen-2018-021895

f

Qualis:

B1 em Medicina II (Plataforma Sucupira, quadriênio 2013-2016)

A1 (Qualis Referência)

ANEXO A –DEPRESSION COPING SELF-EFFICACY SCALE (VERSÃO ORIGINAL)

Depression Coping Self-Efficacy Scale (versão original)

Depression Coping Self-Efficacy Scale - DCSES

Programa: _____
 Código participante: _____
 Profissional: _____
 Serviço: _____ Data: _____

DCSES

Instructions:

The following measure describes coping activities that may be helpful in treating the symptoms of depression. Using a pen or pencil, under the column headed CONFIDENCE, mark how confident you are that you could do each activity using a number from 0 to 100. These numbers mean that you are not any all confident or sure (0%) to completely confident or sure (100%) that you can do each of these things listed. You may use any number from 0-100%.

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Not confident			Moderately confident				Confident			

SELF-EFFICACY STEM	CONFIDENCE MARK 0-100%
I am THIS PERCENT confidente that I will be able to do the following things that may relieve or prevent the symptoms of depression ⇔ ⇔ ⇔ ⇔ ⇔	↓
1. Tell others how I feel in a socially acceptable manner.	
2. Be aware of my behavior and how it affects others.	
3. Refuse requests of others when I do not wish to do something that someone else wants me to do, including authority figures and strangers.	
4. Go to bed and get up at the same time every day.	
5. Plan pleasant things to do for my free time.	
6. Limit naps to 20-30 minutes during the day.	
7. Ask for help when I am having trouble understanding something because I am not concentrating well (like income tax, legal documents, etc.).	
8. Eat four servings of fruits and vegetables daily.	
9. Drink 6 a 8 glasses of water daily.	
10. Recognize when I am blaming myself for my symptoms and try to stop.	
11. Engage in some sort of creative activity like writing, reading, drawing, playing music, or working on projects.	
12. Get together with at least one very close person when I am feeling lonely.	
13. Get up and do something relaxing if I cannot sleep, before trying again.	
14. Question whether it is reasonable to think this way each time I think about myself in a negative way or assume that I am no good.	
15. Take a bath or do some other soothing activity before bedtime.	

16. Take medication the way my doctor recommends.	
17. Exercise or do some active thing every day.	
18. Be aware of when I am thinking about myself in a negative way or assuming that I am no good.	
19. Laugh and try to find humor in my situation, in spite of my problems.	
20. Challenge the thought that suicide is the only way I can deal with my problems.	
21. Attempt to understand why I am anxious when I have anxiety.	
22. Keep a journal describing my mood or how I feel emotionally each day.	
23. Meditate or do relaxation exercises at least once a day.	
24. Become aware of those feelings that bother me so I can work on not letting them bother me.	

Finally,

Please circle the numbers next to the activities that you would like to know more about.
--

Thank you! You are finished

ANEXO B – CONFIRMAÇÃO DOS ESCORES DA DEPRESSION COPING SELF-EFFICACY SCALE POR SUZANNE PERRAUD



Marina Rosas <marinaarosas@gmail.com>
para Suzanne ▾

16 de abr. de 2018 17:00 ☆ ↶ ⋮

Dear PhD Suzanne

Thanks for your quick response to our back translation.

We would like to ask, as it is our question, about the DCSSES score.

We know from their publications that the total score is calculated by summing up the percentage of all items that the individual responds and dividing by 24, which is the total items of the scale.

However, if possible, we would like your clarification on the ranking, in numerical terms on variation to fit the total responses into "not confident", "moderately confident" and "confident." In the table, before the questionnaire we assume that "not confident" would be from 0 to 39%, "moderately confident" from 40 to 69% and "confident" from 70 to 100%. Does it?

We await your esteemed return.

Thank you for your attention,



Perraud, Suzanne (perrause) <perrause@uc...> 17 de abr. de 2018 12:01
para mim ▾

☆ ↶ ⋮

Yes, for statistical purposes that is correct. Clinically, we felt that if a patient/client scored less than 70% that extra work would be needed to assure compliance. I am pleased that you will be testing these assumptions further.

Suzanne



ANEXO C – AUTORIZAÇÃO PARA ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DA DEPRESSION COPING SELF-EFFICACY SCALE

←
📧
⚠️
🗑️
Mover para a Caixa de Entrada
📌
Mais

<
>
Pt
⚙️

Perraud, Suzanne (perrause) <perrause@ucmail.uc.edu>
para mim

5 de mar

↩

2 pessoas

🌐
inglês
>
português
Traduzir mensagem

Desativar para: inglês

Dear Selene,

Thanks for your interest in the DCSES.

You have my permission to use the DCSES (I, Suzanne Perraud, authorize Dr. Selene Cordeiro Vasconcelos to carry out the process of transculturally adapting and validating the Depression Coping Self-Efficacy Scale for use in Brazil).

I have no doubt that you will do so but I ask that you use best scientific practices in the translation and cross translation of the scale as it has not yet been translated into Portuguese. I am happy to be of assistance if necessary. I also ask that you stay in touch about your findings and subsequent publications.

I wish you well in your endeavors. Do not hesitate to reach out again as you see fit.

Sincerely,

Suzanne

Suzanne Perraud PhD, PMHCNS-BC
Senior Associate Dean for Academic Affairs and Professor Clinical Nursing
University of Cincinnati College of Nursing

Perraud, Suzanne (perrau...
perrause@ucmail.uc.edu

✉

[Mostrar detalhes](#)

ANEXO D – APROVAÇÃO DA BACK-TRANSLATION DA DEPRESSION COPING SELF-EFFICACY SCALE



Perraud, Suzanne (perrause) <perrause@ucmail.uc.edu>

para eu ▾

ter, 10 de abr de 2018 13:58

Hi Marina,

The back translation is well done and represents the original scale. I have nothing to add.

I also appreciate getting the flow chart. Please give my best to Drs. Lima and Vasconcelos.

Sincerely,

Suzanne Perraud, RN PhD
Retired Senior Associate Dean and Professor, Clinical
Emeritus

ANEXO E – INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK (BDI)

Nome: _____ Idade: _____ Data: ____/____/____

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve **melhor** a maneira que você tem se sentido na **última semana, incluindo hoje**. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. **Tome cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer sua escolha.**

1	0 Não me sinto triste 1 Eu me sinto triste 2 Estou sempre triste e não consigo sair disto 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar	7	0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo 1 Estou decepcionado comigo mesmo 2 Estou enojado de mim 3 Eu me odeio
2	0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro 2 Acho que nada tenho a esperar 3 Acho o futuro sem esperanças e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar	8	0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros 1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece
3	0 Não me sinto um fracasso 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum 2 Quando olho pra trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso	9	0 Não tenho quaisquer idéias de me matar 1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria 2 Gostaria de me matar 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade
4	0 Tenho tanto prazer em tudo como antes 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes 2 Não encontro um prazer real em mais nada 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo	10	0 Não choro mais que o habitual 1 Choro mais agora do que costumava 2 Agora, choro o tempo todo 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queria
5	0 Não me sinto especialmente culpado 1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo 3 Eu me sinto sempre culpado	11	0 Não sou mais irritado agora do que já fui 1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava 2 Agora, eu me sinto irritado o tempo todo 3 Não me irrito mais com coisas que costumavam me irritar
6	0 Não acho que esteja sendo punido 1 Acho que posso ser punido 2 Creio que vou ser punido 3 Acho que estou sendo punido	12	0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas 1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar 2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas 3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas

13	<p>0 Tomo decisões tão bem quanto antes</p> <p>1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava</p> <p>2 Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes</p> <p>3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões</p>	18	<p>0 O meu apetite não está pior do que o habitual</p> <p>1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser</p> <p>2 Meu apetite é muito pior agora</p> <p>3 Absolutamente não tenho mais apetite</p>
14	<p>0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes</p> <p>1 Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo</p> <p>2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo</p> <p>3 Acredito que pareço feio</p>	19	<p>0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente</p> <p>1 Perdi mais do que 2 quilos e meio</p> <p>2 Perdi mais do que 5 quilos</p> <p>3 Perdi mais do que 7 quilos</p> <p>Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim _____ Não _____</p>
15	<p>0 Posso trabalhar tão bem quanto antes</p> <p>1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa</p> <p>2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa</p> <p>3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho</p>	20	<p>0 Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual</p> <p>1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação</p> <p>2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa</p> <p>3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa</p>
16	<p>0 Consigo dormir tão bem como o habitual</p> <p>1 Não durmo tão bem como costumava</p> <p>2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir</p> <p>3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir</p>	21	<p>0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo</p> <p>1 Estou menos interessado por sexo do que costumava</p> <p>2 Estou muito menos interessado por sexo agora</p> <p>3 Perdi completamente o interesse por sexo</p>
17	<p>0 Não fico mais cansado do que o habitual</p> <p>1 Fico cansado mais facilmente do que costumava</p> <p>2 Fico cansado em fazer qualquer coisa</p> <p>3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa</p>		<ul style="list-style-type: none"> ▶ Pontuação de 0 a 13: depressão mínima; ▶ Pontuação de 14 a 19: depressão leve; ▶ Pontuação de 20 a 28: depressão moderada; ▶ Pontuação de 29 a 63: depressão grave.

ANEXO F – MINI EXAME DO ESTADO MENTAL

Orientação temporal (5 pontos)	Qual a hora aproximada?
	Em que dia da semana estamos?
	Que dia do mês é hoje?
	Em que mês estamos?
	Em que ano estamos?
Orientação espacial (5 pontos)	Em que local estamos?
	Que local é este aqui?
	Em que bairro nós estamos ou qual é o endereço daqui?
	Em que cidade nós estamos?
Registro (3 pontos)	Repetir: CARRO, VASO, TIJOLO
Atenção e cálculo (5 pontos)	Subtrair: $100-7 = 93-7 = 86-7 = 79-7 = 72-7 = 65$
Memória de evocação (3 pontos)	Quais os três objetos perguntados anteriormente?
Nomear 2 objetos (2 pontos)	Relógio e caneta
REPETIR (1 ponto)	“Nem aqui, nem ali, nem lá”
Comando de estágios (3 pontos)	Apanhe esta folha de papel com a mão direita, dobre-a ao meio e coloque-a no chão
Escrever uma frase completa (1 ponto)	Escrever uma frase que tenha sentido
Ler e executar (1 ponto)	Feche seus olhos
Copiar diagrama (1 ponto)	<p>Copiar dois pentágonos com intersecção</p> 

ANEXO G – ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST

AUDIT

Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool

Nome _____ Sexo () F () M Idade _____ Registro _____
 Entrevistador _____ Data _____

Leia as perguntas abaixo e anote as respostas com cuidado. Inicie a entrevista dizendo:

“Agora vou fazer algumas perguntas sobre seu consumo de álcool ao longo dos últimos 12 meses”. Explique o que você quer dizer com **“consumo de álcool”**, usando exemplos locais de cerveja, vinho, destilados, etc. Marque as respostas relativas à quantidade em termos de **“doses padrão”**. Veja o quadro abaixo. **Marque a pontuação de cada resposta no quadradinho correspondente e some ao final.**

<p>1. Com que frequência você toma bebidas alcoólicas? (0) Nunca [vá para as questões 9-10] (1) Mensalmente ou menos (2) De 2 a 4 vezes por mês (3) De 2 a 3 vezes por semana (4) 4 ou mais vezes por semana</p> <div style="text-align: right;"><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></div>	<p>6. Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você precisou beber pela manhã para se sentir bem ao longo do dia, após ter bebido no dia anterior? (0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p> <div style="text-align: right;"><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></div>
<p>2. Nas ocasiões em que bebe, quantas doses você consome tipicamente ao beber? (0) 1 ou 2 (1) 3 ou 4 (2) 5 ou 6 (3) 7, 8 ou 9 (4) 10 ou mais</p> <div style="text-align: right;"><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></div>	<p>7. Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você se sentiu culpado ou com remorso depois de ter bebido? (0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p> <div style="text-align: right;"><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></div>
<p>3. Com que frequência você toma “seis ou mais doses” de uma vez? (0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p> <div style="text-align: right;"><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></div> <p><i>Se a soma das questões 2 e 3 for 0, avance para as questões 9 e 10</i></p>	<p>8. Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida? (0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p> <div style="text-align: right;"><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></div>
<p>4. Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você achou que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado? (0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p> <div style="text-align: right;"><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></div>	<p>9. Alguma vez na vida você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido? (0) Não (2) Sim, mas não nos últimos 12 meses (4) Sim, nos últimos 12 meses</p> <div style="text-align: right;"><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></div>
<p>5. Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, por causa do álcool, não conseguiu fazer o que era esperado de você? (0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p> <div style="text-align: right;"><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></div>	<p>10. Alguma vez na vida algum parente, amigo, médico ou outro profissional da saúde já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse? (0) Não (2) Sim, mas não nos últimos 12 meses (4) Sim, nos últimos 12 meses</p> <div style="text-align: right;"><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></div>
<p>Anote aqui o resultado: $\frac{\quad}{Q1} + \frac{\quad}{Q2} + \frac{\quad}{Q3} + \frac{\quad}{Q4} + \frac{\quad}{Q5} + \frac{\quad}{Q6} + \frac{\quad}{Q7} + \frac{\quad}{Q8} + \frac{\quad}{Q9} + \frac{\quad}{Q10} =$ <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p>	

EQUIVALÊNCIAS DE DOSES DE DIVERSAS BEBIDAS PARA DOSES PADRÃO

1 “DOSE” (contém 14g de álcool puro)

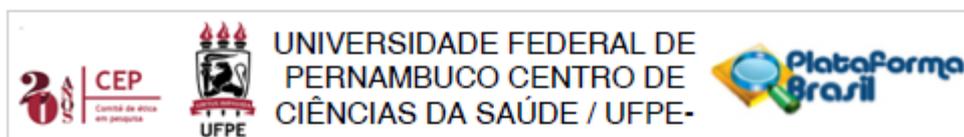
CERVEJA: 1 lata ou 1 copo de chope (350 ml) = 1 “DOSE”; 1 garrafa (600 ml) = 2 “DOSES”; 1 garrafa (1 litro) = 3 “DOSES”

VINHO: 1 taça (140 ml) = 1 “DOSE”; 1 garrafa (750 ml) = 5 “DOSES”

CACHAÇA, VODCA, UÍSQUE ou CONHAQUE: “meio copo americano” (60 ml) = 1,5 “DOSES”; 1 garrafa (1 litro) = 25 “DOSES”

UÍSQUE, RUM, LICOR etc.: 1 “dose de dosador”(40 ml) = 1 “DOSE”

ANEXO H – APROVAÇÃO DO PROJETO NO COMITÉ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DA DEPRESSION COPING SELF-EFFICACY SCALE PARA USO NO BRASIL

Pesquisador: MARINA ARAUJO ROSAS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 81639417.7.0000.5208

Instituição Proponente: Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.532.294

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 08 de Março de 2018

Assinado por:
LUCIANO TAVARES MONTENEGRO
(Coordenador)

ANEXO I – HISTÓRICO ESCOLAR DO CURSO DE DOUTORADO



SIGAA - Sistema Integrado de Gestão de Atividades Acadêmicas
UFPE - UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PROPG

Av. Prof. Moraes Rego, 1236 - Cidade Universitária, Recife - PE

Histórico Escolar - Emitido em: 15/03/2021 às 09:03

Dados Pessoais

Nome: **MARINA ARAUJO ROSAS** Matrícula: **20173028097**
Data de Nascimento: 27/03/1983 Local de Nascimento: RECIFE/PE
Nome do Pai: **MARIVALDO RODRIGUES ROSAS**
Nome da Mãe: **MARIA DE FATIMA DE ARAUJO ROSAS**

Dados do Vínculo do Discente

Programa: **COORDENACAO DA POS-GRADUACAO EM NEUROPSIQUIATRIA E CIENCIAS DO COMPORTAMENTO - CCS** Índices Acadêmicos
Nível: **DOUTORADO** CR: 3.75
Curso: **NEUROPSIQUIATRIA E CIENCIAS DO COMPORTAMENTO -** (Índice de Coeficiente de Pendimento: 0.0 - 4.0)
Currículo: **NEPD11** Status: **ATIVO**
Área de Concentração: **NEUROCIURGIA**
Linha de Pesquisa:
Orientador: **336175 - MURILO DUARTE DA COSTA LIMA**
Forma de Ingresso: **SELEÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO**
Mês/Ano Inicial: **ABR/2017** Mês Atual: **48º**
Trancamentos: **0 meses** Prazo para Conclusão **MAR/2021**
Prorrogações: **0 meses**
Tipo Saída:
Mês/Ano de Saída: Data da Defesa:

Disciplinas e Atividades Cursadas/Cursando

Início	Fim	Componente Curricular		Turma	CH	CR	Freq %	Conceito	Situação
02/2017	07/2017	DNP902	METODOLOGIA DA PESQUISA CIENTIFICA <i>Dr. EVERTON BOTELHO SOUGEY (80h)</i>	DM	60	4	100,0	A	APROVADO
02/2017	07/2017	DNP924	COGNIÇÃO E DEMENCIA <i>Dr. SANDRA LOPES DE SOUZA (45h)</i>	CD	45	3	100,0	A	APROVADO
02/2017	07/2017	DNP933	TEORIA DA MENTE <i>Dr. MARCELO CAIRRAO ARAUJO RODRIGUES (45h)</i>	TM	45	3	100,0	A	APROVADO
02/2017	07/2017	DNP936	INTRODUÇÃO A NEUROIMAGEM <i>Dr. PAULA REJANE BESERRA DINIZ (45h)</i>	DM	45	3	95,6	A	APROVADO
02/2017	07/2017	DNP941	TEORIAS EPISTEMOLOGICAS	TE	60	4	100,0	A	APROVADO
07/2017	02/2018	DNP937	ATUALIDADES EM DEPENDÊNCIAS QUÍMICAS <i>Dr. MURILO DUARTE DA COSTA LIMA (45h)</i>	DN	45	3	100,0	A	APROVADO
07/2017	02/2018	DNP939	SEMINÁRIOS AVANÇADOS EM NEUROTRANSMISSÃO <i>Dr. MARCELO CAIRRAO ARAUJO RODRIGUES (80h)</i>	DN	60	4	100,0	A	APROVADO
07/2017	02/2018	DNP940	SEMINÁRIOS EM NEUROCIÊNCIAS <i>Dr. RHOWENA JANE BARBOSA DE MATOS (20h), Dr. DAYANE APARECIDA GOMES (20h), Dr. BELMIRA LARA DA SILVEIRA ANDRADE DA COSTA (20h)</i>	DN	60	4	100,0	C	APROVADO
08/2018	02/2019	DNP942	NEUROCIENCIA E COMPORTAMENTO <i>Dr. AMAURY CANTILINO DA SILVA JUNIOR (80h)</i>	DN	60	4	100,0	A	APROVADO
03/2020	--	DNP895	ATIVIDADE DE ORIENTAÇÃO INDIVIDUAL	--	0	0	--	--	MATRICULADO
10/2020	--	DNP895	ATIVIDADE DE ORIENTAÇÃO INDIVIDUAL	--	0	0	--	--	MATRICULADO

Carga Horária Integralizada/Pendente

	Obrigatórias	Optativos	Total
Exigido	300 h	180 h	480 h
Integralizado	300 h	180 h	480 h
Pendente*	0 h	0 h	0 h

*Contabilizado com base no valor estabelecido no mínimo exigido da estrutura curricular.