

VALIDADE E PRECISÃO DA ESCALA DE AVALIAÇÃO DE DEPRESSÃO PARA CRIANÇAS

Dejenane Aparecida Pascoal Pereira¹ - Pontifícia Universidade Católica de Campinas
Vera Lúcia Adami Raposo do Amaral - Pontifícia Universidade Católica de Campinas

Resumo

A pesquisa verificou a validade e precisão da Escala de Avaliação de Depressão para Crianças (Pereira e Amaral, 2004) em amostra de 626 crianças de 6 a 12 anos. A escala foi submetida a um novo estudo de validade de construto e precisão e comparada com estudo de validade realizado anteriormente por Pereira e Amaral (2004). Foi aplicada a análise fatorial exploratória pelo método de componentes principais, com rotação ortogonal pelo método Varimax. O coeficiente alfa (α) de Cronbach foi utilizado para a precisão. A escala permaneceu com 24 itens em 4 fatores: Humor Deprimido; Relacionamento Social; Auto-Estima e Resposta Fisiológico-Autonômica. O coeficiente Alfa de Cronbach mostrou boa precisão ($\alpha=0,82$). Este novo estudo permitiu alterações no agrupamento dos itens nos dois primeiros fatores, além de novas denominações dadas aos três primeiros fatores.

Palavras-Chave: Depressão Infantil, Avaliação Psicológica, Psicometria.

VALIDITY AND PRECISION OF THE CHILDREN DEPRESSION EVALUATION SCALE

Abstract

The survey has verified the validity and precision of the Children Depression Evaluation Scale (Pereira and Amaral, 2004) in a sample of 626 children from 6 to 12 years of age. The scale was submitted to a new study of validity of construct and precision and compared with study of validity previously undertaken by Pereira and Amaral (2004). It has been applied the exploratory factorial analysis by the method of principal components with orthogonal rotation by the Varimax method. The Cronbach's Alfa Coefficient (α) was used for the precision. The scale remained with 24 items in 4 factors, namely: Depressed Mood, Social Relationship, Self-Esteem and Autonomic-Physiologic Response. The Cronbach's Alfa Coefficient (α) has shown good precision ($\alpha=0,82$). This new study allowed alterations in the grouping of the items in the first two factors, as well as new denominations given to the first three factors.

Keywords: Childhood Depression, Psychological Evaluation, Psychometry.

INTRODUÇÃO

Depressão Infantil

As desordens depressivas, na população infantil, já são reconhecidas cientificamente e chamam a atenção de vários autores. Antes de 1970, os psiquiatras americanos não eram preocupados com a depressão infantil, pois acreditavam que embora as crianças apresentassem triste afeto ante a uma situação de perda e frustração, elas raramente sofriam de sintomas de depressão (Cytryn, 2003). Contudo, ainda na década de 60, alguns pesquisadores começaram a aceitar a existência da depressão infantil, e na década de 70, a depressão infantil foi descrita pela primeira vez com critérios específicos (Miller,

1998). Atualmente, não se questiona o fato que crianças podem ser diagnosticadas com transtornos do humor, principalmente desordem de depressão maior e desordem bipolar (Mcclure, Kubiszyn & Kaslow, 2002). O estudo dos transtornos depressivos é presenciado como sendo comum e grave. Modernos estudos epidemiológicos reconhecem o aumento de sua prevalência e de seu início cada vez mais precoce (Bahls, 2002).

Birmaher, Ryan, Williamson, Brent, Kaufman, Dahl, Perel e Nelson (1996 b) enfatizam que a depressão é uma desordem heterogênea e muitos processos operam em sua patogênese. Deste modo, é inevitável que no diagnóstico da depressão em adultos, adolescentes e crianças haja sérias dificuldades. Alguns fatores de dificuldades, para o diagnóstico da depressão infantil, relatados na literatura científica são: as diversas classes de depressão existentes (Birmaher, Ryan, Williamson, Brent & Kaufman, 1996 a), variação do quadro clínico em diversos grupos étnicos (Birmaher, Brent & Benson, 1998), dificuldade na definição, as variáveis funcionais, comorbidade e a sobreposição de sintomas com outras psicopatologias da infância

¹ Contato:

Rua Santos, 404, apto. 61, Barra Funda, Guarujá – SP, CEP 11410-330, Fone/ FAX: (13) 3383-2241. E-mail: pereiradap@uol.com.br. As autoras agradecem a CAPES pelo apoio financeiro.

(Mesquita & Gilliam, 1994), experiência e manifestação individual e diversificada da depressão (muitas crianças não têm idéia e não sabem que estão depressivas), e dificuldade em avaliar a criança em detrimento de características de sua personalidade (Assumpção Jr., 2000), informação limitada sobre as variações de sintoma conforme a faixa de desenvolvimento (Birmaher et al., 1998, Mesquita & Gilliam, 1994), falta de instrumentos de avaliação adequados e relutância no reconhecimento da seriedade da depressão infantil (Pereira & Amaral, 2004, Mesquita & Gilliam, 1994).

Os fatores de dificuldades em torno do diagnóstico da depressão infantil levam a ocorrência de erros na precisão do diagnóstico e na identificação completa do problema (Mesquita & Gilliam, 1994), trazendo sérios prejuízos ao tratamento. Assim, é importante que a problemática em torno do diagnóstico da depressão infantil seja sanada, além disso, o diagnóstico precoce permite que o tratamento possa ser mais eficaz, possibilitando que os comportamentos depressivos possam ser modificados mais rapidamente, antes de criarem resistências a mudanças (Andriola & Cavalcante, 1999).

Para Assumpção Jr. (2000), a variabilidade sintomatológica, assim como a não-especificidade da depressão na criança e no adolescente, reforça ainda mais a necessidade de um diagnóstico fidedigno. Aliado a estes aspectos, a comorbidade é outro fator que causa confusão para realização do diagnóstico. A maioria dos jovens com desordem de depressão maior tem outras desordens psiquiátricas (Waslick & Pizarro, 2003, Birmaher, Brent & Benson, 1998, Birmaher & Brent, 1998, Miller, 1998, Birmaher & cols., 1996 b), sendo as mais frequentes: distímia, desordem de ansiedade, desordem de comportamento disruptivo e desordens de uso de substância (Birmaher, Brent & Benson, 1998, Birmaher & Brent, 1998, Miller, 1998, Birmaher & cols., 1996 b). No transtorno de depressão maior, as comorbidades de abuso de substância, desordem de conduta, fobia social e desordens de ansiedade geral são mais comuns em adolescentes, e a desordem de ansiedade de separação é mais comum em crianças (Birmaher & Brent, 1998, Miller, 1998). As desordens bipolares também são confundidas com desordens de comportamento e esquizofrenia (Gill, Coffey & Park, 2000; McClellan & Werry, 1997; Notelmann & Jensen, 1995). Segundo Mohr (2001), a desordem bipolar tem sido relatada por autores para

ter comorbidade com o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH).

Portanto, é necessário estar alerta para o fenômeno da comorbidade e a especificidade de cada caso ao se diagnosticar as desordens depressivas. Na atualidade, o diagnóstico da depressão frequentemente é realizado por meio de procedimentos diagnósticos padronizados e manuais classificatórios como o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) e a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento (CID-10) (Birmaher, Ryan, Williamson, Brent & Kaufman, 1996 a; Fassler & Dumas, 1997). Tanto o DSM-IV como a CID-10 são frequentemente citados na literatura científica nacional e internacional, isto é, são muito utilizados em pesquisas e, com certeza, os mais aceitos (Pereira & Amaral, 2004).

No Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – Texto Revisado (DSM-IV-TR) da Associação Americana de Psiquiatria (2002) observa-se que o episódio depressivo é um componente chave para o diagnóstico dos transtornos de humor. Nele estão descritos três amplos tipos de transtornos do humor: transtornos depressivos (“depressão unipolar”), transtornos bipolares e outros transtornos do humor. Tais transtornos do humor são diagnosticados com base nos episódios de humor apresentados pelo indivíduo. Os episódios são categorias que descrevem sintomas específicos; os sintomas, por sua vez, são importantes e devem ser considerados para o tratamento. O DSM-IV-TR lista quatro categorias de episódios do humor: episódio depressivo maior, episódio maníaco, episódio misto e episódio hipomaníaco.

Este sistema diagnóstico tem sido desenvolvido com o intuito de diminuir a variabilidade na interpretação dos sintomas (Birmaher & cols., 1996 a) e, no caso dos transtornos do humor, embora os critérios diagnósticos tenham sido desenvolvidos a partir de pesquisas com adultos deprimidos (Fassler & Dumas, 1997), eles são aplicados em crianças, adolescentes e adultos, pois as manifestações clínicas são essencialmente as mesmas (Bahls, 2002; Mesquita & Gilliam, 1994; Waslick & Pizarro, 2003).

Birmaher, Williamson, Dahl, Kaufman, Dorn e Ryan (2004) investigaram se a depressão maior em crianças e adolescentes representa uma desordem similar. Eles concluíram que, no geral, crianças e adolescentes apresentam similaridade na

sintomatologia de depressão maior, com exceção dos sintomas melancólicos que são maiores nos adolescentes. A semelhança ocorre: na duração e severidade do episódio depressivo; nas taxas de recuperação e recorrência; nas desordens de comorbidade e nas histórias de pais com desordens psiquiátricas. Além disso, o sexo feminino, o aumento de culpa, o episódio passado de depressão e a psicopatologia dos pais foram associados com um pior prognóstico. O aumento de culpa prediz episódios mais longos e o sexo feminino está relacionado também a episódios longos e maior recorrência. A maioria de crianças e adolescentes recupera-se da sua depressão, mas, infelizmente, uma proporção substancial tem relapsos e recorrências.

Embora o quadro clínico do episódio de depressão seja essencialmente o mesmo nas fases de desenvolvimento é importante destacar que há muitas diferenças próprias de cada uma destas fases que moldam as manifestações clínicas da depressão, perfazendo, assim, grupos de sintomas predominantes em cada faixa etária (Waslick & Pizarro, 2003; Bahls, 2002, Fassler & Dumas, 1997, Birmaher & cols., 1996 a, Mesquita & Gilliam, 1994, Digdon & Gotlib, 1985). Digdon e Gotlib (1985) dizem que é importante considerar o processo de desenvolvimento normal, pois certos comportamentos podem não ser sintomáticos da depressão em todas as faixas etárias; neste sentido, os autores ressaltam o uso do termo “desenvolvimental” para descrever os diferentes aspectos que afetam o caminho na qual a depressão é manifestada nos diversos grupos de idade. Massa (2002) também cita a importância do conhecimento clínico sobre a afetividade na infância; mais especificamente, conhecer as reações das crianças frente a determinadas situações que ocorrem em seu processo de desenvolvimento.

Apesar da existência reconhecida dos grupos de sintomas predominantes, McClure, Kubiszyn e Kaslow (2002) acreditam que poucos critérios diagnósticos têm sido adaptados para uso com crianças e muitos estudos ainda serão necessários para estabelecer se as adaptações são válidas e, ainda, se o critério diagnóstico captura a depressão infantil com precisão. Eles relatam que os clínicos usam os mesmos critérios diagnósticos para adultos e crianças na depressão maior, distímia e desordem de ajustamento com humor deprimido.

Para McClure, Kubiszyn e Kaslow (2002), nos últimos 30 anos, a depressão unipolar em escolares tem sido bem estabelecida com

orientações para diagnóstico e tratamento. Entretanto, a depressão unipolar em bebês e em pré-escolares (0 a 5 anos) apresenta poucas evidências científicas para o diagnóstico, além de existirem controvérsias.

No DSM-IV-TR da Associação Americana de Psiquiatria (2002), o quadro clínico da depressão de início precoce e da adolescência é fenomenologicamente o mesmo da fase adulta. Entretanto, há um reconhecimento de que há também muitas diferenças, mas somente algumas delas são descritas no DSM-IV (Fassler & Dumas, 1997). Desta forma, são apresentados no DSM-IV-TR apenas algumas características distintas para crianças e adolescentes no episódio depressivo maior. Em relação ao humor, em crianças e adolescentes, é possível desenvolver um humor irritável e rabugento ao invés de um humor triste ou abatido; outra diferenciação refere-se às alterações do apetite que, em crianças, pode ocorrer fracasso em ganhar o peso esperado. O prejuízo da capacidade de concentração pode ser constatado por queda no rendimento escolar. Além disso, durante um episódio depressivo maior pode ocorrer ansiedade de separação. Enfim, nas crianças, de modo geral, no episódio depressivo maior, são comuns sintomas de queixas somáticas, irritabilidade e retraimento social; já na adolescência e fase adulta, são mais frequentes retardo psicomotor, hipersônia e delírios.

No episódio maníaco do DSM-IV-TR, a única ressalva descrita como uma consideração “especialmente importante” para crianças e adolescentes é a possibilidade de “[...] existência de uma ‘diátese’ bipolar em indivíduos que desenvolvem episódios do tipo maníaco após o tratamento somático para depressão. Esses indivíduos podem ter uma probabilidade aumentada para futuros Episódios Maníacos, Mistos ou Hipomaníacos não relacionados a substâncias ou tratamentos somáticos para depressão” (Associação Americana de Psiquiatria, 2002, p.357). Características específicas nos episódios maníacos são relatadas somente para adolescentes, que tendem a apresentar características psicóticas. Em adolescentes, tanto o episódio maníaco como o episódio hipomaníaco, podem estar associados com gazetas à escola, comportamento anti-social, repetência ou uso de substâncias.

O critério diagnóstico para o transtorno distímico em crianças e adolescentes, ainda no DSM-IV-TR, também é diferenciado no tempo de duração; o humor deprimido pode ser irritável com

duração mínima de um ano ao invés de dois anos. Nestas fases, o transtorno distímico causa queda do desempenho escolar e compromete a interação social, as crianças e adolescentes se mostram irritáveis e ranzinzas, deprimidas, com baixa auto-estima e fracas habilidades sociais.

Verifica-se como ponto essencial no estudo e no diagnóstico das desordens de humor levar em conta as diferenças de idade na cognição, emoção, comportamento e desenvolvimento físico (Abela, 2001, 2002; Chorpita, Plummer & Moffitt, 2000; Chorpita, 2002; Lee, 2002; Digdon & Gotlib, 1985). Portanto, é necessário considerar que o critério do DSM-IV pode ser, às vezes, inadequado para o diagnóstico de desordens de humor em jovens, pois pode faltar sensibilidade desenvolvimental e cultural (McClure, Kubiszyn & Kaslow, 2002). Em relação à sensibilidade cultural, o DSM-IV-TR se preocupa em sugerir que se deve dar atenção ao modo de como se vivencia a depressão nas diferentes etnias e culturas, porém ainda é preciso maiores esclarecimentos acerca deste aspecto.

Em relação às especificidades desenvolvimentais, o estudo realizado por Luby, Heffelfinger, Mrakitsky, Hessler, Brown e Hildebrand (2002) constatou que critérios modificados do DSM-IV para a faixa de desenvolvimento de crianças pré-escolares (3 a 5 anos e 6 meses) são necessários para capturar a depressão em crianças pré-escolares. Além dos sintomas “típicos” para depressão maior em pré-escolares, ocorrem também sinais vegetativos com alterações na atividade e apetite, mudança ou dificuldade para dormir; as crianças também apresentaram altos níveis de relato de morte ou tema de suicídio em brincadeiras. A anedonia foi tida como um sintoma especificamente elevado, podendo ser um indicador poderoso do início precoce da depressão maior. A tristeza e anedonia são importantes no diagnóstico diferencial para esta faixa etária e a duração de um episódio depressivo em crianças pré-escolares ainda não é claro (Luby, Heffelfinger, Mrakitsky, Brown, Hessler, Wallis & Spitznagel, 2003, Luby & cols., 2002). Os critérios do DSM-IV modificados para pré-escolares ainda merecem investigações, tais como: a duração do episódio depressivo, estudos longitudinais para a fase escolar e marcadores biológicos concorrentes (Luby & cols. 2003).

Muitos autores alertam para a investigação da depressão infantil de modo a caracterizar o quadro clínico predominante para esta fase da vida,

visando à descrição e comprovação do funcionamento desta psicopatologia na infância. Turner e Barrett (2003) e Bahls (2002) também mostram que na literatura recente é descrita a necessidade de se considerar as características próprias de cada fase do desenvolvimento infanto-juvenil devido aos grupos sintomatológicos das diferentes faixas etárias.

Miller (1998), baseado no DSM-IV, considera que a depressão infantil é apresentada por meio de uma desordem cíclica, onde períodos de depressão e bem-estar são intercalados. De acordo com o autor, os dois tipos de episódios que uma criança ou adolescente com transtorno de humor pode experimentar são: episódio depressivo e o episódio maníaco. O autor aborda quatro classes principais de distúrbios apresentados por crianças e adolescentes: (a) pensamento (caráter subjetivo e fenomenológico) - pensam a partir de sua própria perspectiva, relaciona-se com problemas de baixa auto-estima, culpa, vergonha e autocrítica, dificuldade de concentração, pensamentos de morte e suicídio; (b) emoções - o humor deprimido quase todo dia e o interesse diminuído por atividades prazerosas; (c) comportamento - agitação ou retardo psicomotor e (d) processo fisiológico - perda significativa ou ganho de peso (em crianças menores ocorre falha em alcançar o peso esperado em seu desenvolvimento), insônia ou hipersonia quase todos os dias, fadiga e falta de energia, dores físicas e desconforto.

Segundo Birmaher e cols. (1996 b), freqüentemente durante o episódio depressivo em crianças e adolescentes, ocorre prejuízo no desempenho escolar e relacionamento social, mas isto não é específico para crianças e adolescentes com depressão, pois estes sintomas também ocorrem em outras psicopatologias. Para o autor, estudos longitudinais são necessários para verificar se este distúrbio psicossocial é seqüela ou precursor da depressão.

Nos sintomas do episódio maníaco, de acordo com Miller (1998), o pensamento é rápido ou ocorre incapacidade de completá-lo, sendo que, em casos mais graves, pode haver mudança rápida de um assunto. Na ocorrência da distrabilidade, a criança pode ter dificuldade em fixar atenção. No distúrbio dos sentimentos, a criança apresenta uma auto-estima inflada ou idéias de grandiosidade. Já nos distúrbios do comportamento ocorrem dificuldades em ficar quieta, parece haver uma pressão para se manter falando e maior atividade para alcançar uma meta, podendo manifestar

agitação psicomotora e envolvimento excessivo numa tarefa. No processo fisiológico acontecem problemas no sono, com reduzida necessidade para dormir. Mohr (2001) ressalta o fato de ser raro que o episódio maníaco ocorra antes do que o episódio depressivo.

A apresentação do episódio maníaco é uma condição necessária para o diagnóstico dos transtornos bipolares. A literatura internacional tem iniciado a acumular evidências para a existência de desordem bipolar em crianças e adolescentes (Waslick & Pizarro, 2003; Mohr, 2001; McClure, Kubiszyn & Kaslow, 2002). Foi somente na década passada que a comunidade psiquiátrica começou a aceitar sua ocorrência na população infantil; entretanto, ainda existem muitas controvérsias (Mohr, 2001; McClure, Kubiszyn & Kaslow, 2002), mas há um consenso geral de que elas são mais comuns do que se havia pensado (Mohr, 2001). Para McClellan e Werry (1997), muitos estudos ainda serão necessários para esclarecer o curso em longo prazo e os tipos das desordens bipolares em crianças, principalmente nas mais novas do que 13 anos. Entretanto, alguns autores já estão realizando uma melhor diferenciação desta desordem na infância. Segundo Mohr (2001), as crianças mais novas do que 9 anos, geralmente apresentam irritabilidade e labilidade emocional; já as crianças mais novas exibem euforia clássica, episódios cíclicos discretos. Segundo Gill, Coffey e Park (2000), a mania em crianças tende a ser crônica e contínua, sendo caracterizado por história de irritabilidade, acessos de raiva e labilidade emocional. A avaliação dos sintomas que são específicos para mania tal como a grandiosidade, euforia e/ou elação e “vôo” de idéias, podem facilitar o diagnóstico diferencial (McClure, Kubiszyn & Kaslow, 2002). Infelizmente, em termos de literatura nacional, faltam investigações sobre a desordem bipolar em crianças.

Considerando-se as dificuldades no diagnóstico da depressão infantil unipolar e bipolar é importante, para o auxílio no diagnóstico, que pessoas que convivem com crianças, geralmente pais e professores, fiquem atentas ao comportamento delas; mesmo as informações obtidas em outras fontes são relevantes. Geralmente, informações recebidas pelos pais são relativas às dificuldades de comportamento de seus filhos (Birmaher & cols., 1996 a), porém estes também podem dizer informações precisas de tempo-relacionado à depressão em seus filhos, tais como: início do episódio, quanto tempo passou,

como os sintomas freqüentemente estão presentes na média semanal e quantos sintomas se passam no curso do dia (Stark, Swearer, Delaune, Knox & Winter, 1995). Por outro lado, McClure, Kubiszyn e Kaslow (2002) revelam algumas dificuldades ao lidar com os pais de crianças com depressão, pois estes podem refutar o diagnóstico da criança, além de obterem informações não científicas sobre o tratamento. Outra dificuldade refere-se às informações obtidas por pais com psicopatologias que pode ser não fidedigna (Birmaher & cols., 1996 a).

Na avaliação da depressão infantil, além de informações obtidas pelos pais, professores entre outros, é aconselhável o uso de medidas de auto-relato nas crianças. Os instrumentos de medida permitem a avaliação da presença e severidade de sintomas depressivos, além de fornecerem informações sobre a experiência subjetiva da criança. Algumas dessas medidas são: o Inventário de Depressão Infantil de Kovács (*Children's Depression Inventory*) e a Escala de Depressão de Crianças de Reynolds (*Reynolds Child Depression Scale*) (Waslick & Pizarro, 2003; McClure, Kubiszyn & Kaslow, 2002; Stark & cols., 1995). As medidas de auto-relato também colaboram para a realização de um diagnóstico precoce, pois quando utilizadas em *settings* não-clínicos, como uma triagem, permitem a identificação de crianças de risco, possibilitando um rápido encaminhamento (Pereira, 2002).

McClure, Kubiszyn e Kaslow (2002) falam em um sistema de avaliação de comportamento para criança, que oferece uma avaliação compreensiva da personalidade e comportamento da criança por meio de múltiplas fontes de avaliação (auto-relato, relato dos pais, relato do professor, observação na classe e histórico psicossocial). Stark e cols. (1995) defendem uma avaliação prototípica para desordens depressivas da infância, incluindo a avaliação da presença e severidade de sintomas depressivos e das variáveis funcionais que apresentam impacto sobre o tratamento.

Para McClure, Kubiszyn e Kaslow (2002), a avaliação para as desordens depressivas pode incluir uma entrevista diagnóstica empiricamente válida aplicada em cuidador e criança. Os autores sugerem ainda, como auxílio na investigação das comorbidades, que a entrevista com cuidador e criança pode incluir questões relacionadas com desordens da infância e entrevistas semi-estruturadas, tal como a *Kiddie-Sads-Present and Lifetime* (K-SADS-PL), na qual inclui sintomas de

uma ampla faixa de diagnósticos. Eles também aconselham a inclusão de medidas de auto-relato com relação a sintomas de ansiedade, tal como a Escala Revisada de Manifestação de Ansiedade, o Inventário para Crianças de Fobia Social e Ansiedade, e o Exame para Ansiedade em Crianças Relacionado a Desordens Emocionais.

Portanto, o processo de avaliação da depressão infantil difere daquele realizado com adultos, pois como já foi descrito, é necessário complementar a entrevista clínica com outras fontes de informações paralelas. Também é preciso um conhecimento sólido sobre o desenvolvimento normativo, distinguindo o comportamento normal dos psicopatológicos (Waslick & Pizarro, 2003).

Instrumentos de Avaliação da Depressão

As escalas de avaliação têm um importante papel nas desordens psiquiátricas, elas têm fornecido suporte para que o diagnóstico de vários transtornos possa ser realizado com maior precisão. Em relação à literatura há um consenso entre os clínicos e/ou pesquisadores sobre o uso de tais instrumentos, além da entrevista clínica diagnóstica. A maioria das pesquisas realizada com a depressão infantil utiliza escalas de avaliação, atualmente, não há como refutar o uso de tais instrumentos, eles apresentam um papel de destaque para o crescimento do conhecimento científico.

Há muitos pré-requisitos para que um instrumento de avaliação seja bem utilizado, ou seja, eles devem apresentar parâmetros psicométricos de análise de itens, validade, precisão e normas, isto é obtido por meio do rigor científico em todo processo de construção, utilização e passos de avaliação (Anastasi & Urbina, 2000; Pasquali, 1999). Todos esses cuidados são fundamentais, pois os instrumentos de avaliação são utilizados para decisões importantes e apresentam influência significativa na vida do sujeito (Oakland, 1999), além da contribuição para o crescimento científico quando usados em pesquisas.

Nas pesquisas científicas são abordadas várias escalas com o propósito de avaliar a depressão. É relevante apontar que a utilidade e função dessas escalas não estão em realizar o diagnóstico da depressão, por si só, pois não são entrevistas diagnósticas; mas, sim, em caracterizar e detectar o grau de gravidade dos sintomas depressivos, procurando assim, auxiliar na elaboração do diagnóstico da depressão juntamente com outros dados clínicos e avaliar o acompanhamento e resultado do tratamento (Calil

& Pires, 2000; Moreno & Moreno, 2000; Myers & Winters, 2002). Outra utilidade dos instrumentos de avaliação de depressão é contribuir com o diagnóstico precoce (Andriola & Cavalcante, 1999).

As escalas de avaliação da depressão incluem escalas de auto-avaliação, escalas de avaliação do observador e escalas mistas que englobam as duas anteriores. Uma das vantagens no uso das escalas de auto-avaliação é a economia de tempo, já suas desvantagens estão na dificuldade em avaliar sua fidedignidade e a sua utilização, que requer indivíduos com certo nível de educação, cooperantes e sem uma psicopatologia grave (Calil & Pires, 2000).

Myers e Winters (2002) revisaram os últimos dez anos de escalas de desordens internalizadas, eles consideraram não somente as escalas mais recentes, mas também as mais velhas, pois, segundo os autores, além destas escalas apresentarem boas propriedades psicométricas, elas também têm tido aplicações recentes. No estudo foram descritas novas escalas que têm apresentado parâmetros psicométricos adequados. Em relação às escalas que avaliam desordens de humor, eles abordam: o Inventário de Depressão de Beck (*Beck Depression Inventory* - BDI); a Escala de Avaliação de Hamilton para Depressão (*Hamilton Rating Scale for Depression* - HRSD); a Escala de Depressão para Adolescentes de Reynold (*Reynolds Adolescent Depression Scale* - RADS); a Escala de Depressão para Crianças de Reynold (*Reynolds Child Depression Scale* - RCD); a Escala de Depressão – Centro de Estudos de Epidemiologia (*Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale* - CES-D); o Inventário de Depressão para Crianças (*Children's Depression Inventory* - CDI); a Escala de Depressão para Crianças (*Children's Depression Scale* - CDS); e a Escala de Avaliação de Mania (*Mania Rating Scale* - MRS). De acordo com Calil e Pires (2000), as escalas de avaliação de depressão diferenciam-se pelas categorias de sintomas que são incluídos nos itens.

Uma proposta para adaptar o Inventário de Depressão para Crianças (CDI) para o contexto brasileiro foi realizada por Gouveia e colaboradores (1995) em uma amostra de 305 crianças de escolas públicas e particulares, com idades variando entre 8 e 15 anos, sendo a maioria do sexo masculino. A amostra foi proveniente da cidade de João Pessoa – PB. Os autores relataram o instrumento como unidimensional com consistência interna aceitável e sugerem uma amostra maior, para elaboração de normas definitivas. Os autores mostram não haver

diferenças significativas para as variáveis: sexo, idade, tipo de escola e escolaridade. Segundo a adaptação e normatização do CDI realizada por Gouveia, outros dois autores, Baptista e Golfeto (2000), verificaram a prevalência de depressão em escolares de 7 a 14 anos na cidade de Ribeirão Preto – SP.

Outro estudo na população brasileira foi o de Andriola e Cavalcante (1999). Eles avaliaram a depressão em crianças da pré-escola utilizando a Escala de Sintomatologia Depressiva para Professores (ESDM-P), na cidade de Fortaleza – CE. A amostra foi de 345 crianças com idade média de 5,6 anos; a maioria era de meninas. O instrumento é composto de 22 itens seguidos de uma escala Likert variando de um a três. Os resultados mostraram que 3,9% das crianças possuem indicativos de prevalência à depressão.

Amaral e Barbosa (1990) desenvolveram um instrumento para avaliar a depressão infantil que foi, inicialmente, avaliado em um estudo piloto e aplicado em uma população de crianças vítimas de queimadura. O instrumento foi elaborado por meio de levantamento da literatura internacional sobre os instrumentos de diagnóstico de comportamento depressivo em crianças frequentemente utilizados nas pesquisas e um instrumento nacional para avaliar depressão em adultos, o de Gongora. A escala final contém 27 itens que se referem a uma auto-avaliação de reações fisiológicas, comportamentais e afetivo-emocionais. As autoras ressaltam a importância de levantar estados depressivos em crianças vítimas de queimaduras como uma medida de prevenção de problemas mais graves de comportamento, visando contribuir com condutas de orientação aos pais e professores.

Pereira e Amaral (2004) submeteram a Escala de Avaliação de Depressão para Crianças a diversas modificações e o estudo de validade de construto, validade de conteúdo, e precisão demonstrou boas propriedades psicométricas, o estudo procurou cumprir os requisitos básicos de um processo de validação de instrumentos

psicométricos, e a escala, então, ficou composta de 24 itens que avaliam a sintomatologia da depressão em quatro fatores: afeto disfórico, afetiva-emocional com conteúdo de ansiedade, fisiológica-autônômica e cognitiva com conteúdo de auto-estima. A Escala de Avaliação de Depressão para Crianças é também uma das tentativas iniciais de auxiliar o preenchimento da lacuna de instrumentos psicométricos que meçam a depressão infantil no contexto cultural brasileiro, contribuindo para a literatura científica nacional e promovendo o conhecimento da depressão infantil, ainda carente de estudo em na população. O presente trabalho procura fornecer uma continuidade dos estudos psicométricos da Escala de Avaliação de Depressão para Crianças, como será apresentado a seguir.

De acordo com os estudos nacionais, observa-se que autores brasileiros têm se esforçado em colaborar para o aprimoramento de instrumentos estrangeiros para uso na população brasileira, assim como para acentuar sobre a importância deles. Eles salientam, ainda, que os fatores regionais, econômicos e culturais são relevantes no estudo da depressão na infância; pois as características psicopatológicas de crianças brasileiras são diferentes daquelas de outros países. Esses dados apontam para uma necessidade urgente de conhecer mais sobre o construto depressão infantil nas crianças brasileiras (Pereira, 2002).

Portanto, o objetivo do presente trabalho é realizar um novo estudo de validade de construto e precisão da Escala de Avaliação de Depressão para Crianças e comparar com os estudos psicométricos realizados anteriormente por Pereira e Amaral (2004).

MÉTODO

Participantes

A presente pesquisa contou com uma amostra representativa de crianças da região do Vale do Paraíba, estado de São Paulo. A Tabela 1 apresenta a caracterização da amostra (n = 626) segundo as variáveis: escola, série escolar, idade cronológica e sexo.

Tabela 1. Análise de frequência das variáveis para Amostra 2.

Variáveis	Nível	Frequência	Porcentagem (%)
Escola	Pública	449	71,70
	Particular	177	28,30
Série	1 ^a	117	18,70
	2 ^a	108	17,30
	3 ^a	97	15,50
	4 ^a	117	18,70
	5 ^a	102	16,30
	6 ^a	85	13,60
Idade	6 anos	31	5,0
	7 anos	112	17,90
	8 anos	97	15,50
	9 anos	98	15,70
	10 anos	119	19,00
	11 anos	109	17,40
	12 anos	60	9,60
Sexo	Masculino	284	45,40
	Feminino	342	54,00

De acordo com os dados da Tabela 1, observa-se a predominância na amostra de crianças da escola pública (n = 449) e uma menor quantidade de crianças de escola particular (n = 177). Uma grande parte das crianças avaliadas foi da primeira série (18,7%) e da quarta série (18,7%), sendo a menor parte de crianças da sexta série (13,6

%). Em relação à idade, a maioria apresentou a idade de dez anos (19%), seguido pela idade de sete anos (17,9%), e a minoria a idade de seis anos (5%), sendo a idade de 12 anos também pouco predominante (9,6%). Na Tabela 2 encontra-se a média e o desvio-padrão para a variável: idade e tipo de escola.

Tabela 2. Análise descritiva da variável idade para Amostra 2.

Variáveis	N	Média	Desvio-padrão	Mín.	Mediana	Máximo
Idade	626	9,16	1,74	6,00	9,00	12,00
Escola Pública	449	9,11	1,73	6,00	9,00	12,00
Escola Particular	177	9,31	1,78	6,00	10,00	12,00

Instrumento

A primeira versão da Escala de Avaliação de Depressão para Crianças foi inicialmente proposta por Amaral e Barbosa (1990) e era denominada Escala de Auto-Avaliação de Depressão para Crianças. A intenção dessa primeira proposta de elaboração da escala foi de avaliar a depressão em crianças vítimas de queimaduras. Assim, para a criação desta escala inicial, as autoras realizaram um levantamento na literatura dos instrumentos internacionais de avaliação do comportamento depressivo utilizados na época. A Escala de Avaliação de Depressão para Crianças passou por diversas modificações (Pereira e Amaral, 2004). O presente estudo utilizou a quinta versão da Escala de Avaliação de Depressão para Crianças. Esta versão foi obtida após os estudos de

validade de construto e precisão, no qual foram realizadas a análise fatorial exploratória, análise estatística do poder discriminativo dos itens e o Coeficiente Alfa de Cronbach (Pereira e Amaral, 2004). Segundo as autoras, na análise fatorial exploratória observou-se que as quatro primeiras dimensões explicaram 33,36% da variabilidade total dos dados, com autovalores acima de 1,4. Quatro itens foram descartados por apresentarem a carga-fatorial menor do que 0,40; estes itens foram: Item 13 “Eu prefiro brincar sozinho”, Item 15 “Eu desisto quando erro”, Item 23 “Eu gosto das pessoas”, Item 25 “Eu demoro para dormir quando já estou deitado” e Item 26 “Eu não tenho fome”. Na análise do poder discriminativo dos itens eliminaram-se seis itens com correlações item-total próximas de zero; estes itens foram: Item 13 “Eu

prefiro brincar sozinho”; Item 19 “Eu acho que os outros gostam de mim”; Item 23 “Eu gosto das pessoas”; Item 24 “Eu me sinto amado”; Item 25 “Eu demoro para dormir quando já estou deitado”; Item 26 “Eu não tenho fome”. A escala ficou composta de 24 itens distribuídos segundo quatro fatores: 1) resposta afeto-disfórico ($\alpha=0,70$), itens: 1; 10; 11; 13-15; 17; 20 e 21; 2) resposta afetiva-emocional com conteúdo de ansiedade ($\alpha=0,65$), itens: 3; 4; 6; 9; 12 e 18; 3) resposta fisiológica-autônômica ($\alpha=0,56$), itens: 2, 3, 5 e 7-9; 4) resposta cognitiva com conteúdo de auto-estima ($\alpha=0,50$), itens: 16; 19 e 22-24.

Na Escala de Avaliação de Depressão para Crianças as respostas aos itens foram dadas com base em três intervalos da escala *Likert*: sim, às vezes e não. A forma de pontuação da escala foi estabelecida do seguinte modo: sim corresponde a três pontos; às vezes corresponde a dois pontos e não corresponde a um ponto.

Procedimento

As aplicações da quinta versão da Escala de Avaliação de Depressão para Crianças foram realizadas em crianças de duas escolas públicas e três escolas particulares da Região do Vale do Paraíba, Estado de São Paulo. A escala foi aplicada em crianças de ambos os sexos, com idade variando de 6 a 12 anos. Obtido o consentimento destas escolas, a pesquisa foi iniciada com a entrada das auxiliares de pesquisa nas salas de aulas de primeira à sexta série e distribuíram o consentimento livre e esclarecido para os alunos e explicaram sobre a pesquisa. Todas as aplicações ocorreram durante o período autorizado pelas escolas. As crianças tiveram tempo livre para responderem à escala. As aplicações, para crianças de seis anos ou que não sabiam ler foram individuais. As aplicações da escala em crianças de 7 a 12 anos foram coletivas, e sempre ocorreram em pequenos grupos. No início de todas as aplicações, individuais ou coletivas, foi realizado um breve *rapport* informal com as crianças a fim de garantir maior tranquilidade, em seguida o *rapport* formal, onde foi explicado o objetivo deste estudo e o respeito aos princípios éticos da pesquisa científica. Logo após, foi pedido

às crianças que preenchessem seus dados pessoais no cabeçalho, no qual constava: data de nascimento, sexo, série cursada e nome da escola. Após o preenchimento do cabeçalho, a instrução foi realizada verbalmente, de modo claro e objetivo. Além disso, as auxiliares de pesquisa enfatizaram que não havia respostas certas ou erradas.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

O objetivo de aplicar a análise fatorial exploratória foi verificar a validade de construto do instrumento por meio de provas estatísticas. A realização do coeficiente alfa (α) de Cronbach possibilitou verificar a precisão do instrumento, ou seja, a calibração interna da escala. Ambas as análises auxiliaram no refinamento empírico da Escala de Avaliação de Depressão para Crianças.

Para estudar a composição interna da Escala de Avaliação de Depressão para Crianças foi utilizada a análise fatorial exploratória pelo método de componentes principais, com rotação ortogonal pelo método Varimax. O primeiro passo para a aplicação da análise fatorial exploratória foi realizar a medição do *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO). O KMO é uma medida de adequação dos dados para a análise fatorial. O KMO encontrado foi de 0,87, indicando que a amostra tem alta consistência para ser utilizada na análise fatorial.

Aplicando o método dos componentes principais aos itens da Escala de Avaliação de Depressão para Crianças foi possível verificar os autovalores e suas respectivas porcentagens de explicação. De acordo com a Tabela 3, utilizando-se o critério de seleção de fatores com autovalores acima de um, foram obtidos seis fatores, resultando em uma explicação de 49,4% da variabilidade total dos dados. Entretanto, a pesquisadora optou por manter quatro fatores na escala, obtendo-se uma explicação de 40,4% da variabilidade total dos dados. O Fator 1 é responsável por 21,4% da variância total; o Fator 2 explica 8,54% da variância total; o Fator 3 é responsável por 5,45% da variância total; e o Fator 4 explica 5,04% da variância total.

Tabela 3. Explicação de seis fatores da análise fatorial a partir da análise de componentes principais.

Fator	Autovalor	Explicação (%)	Explicação acumulada (%)
1	5,13	21,40	21,40
2	2,05	8,54	29,94
3	1,31	5,45	35,40
4	1,21	5,04	40,44
5	1,11	4,64	45,08

A interpretação dos fatores na análise fatorial é realizada por meio das cargas fatoriais. A Tabela 4 apresenta as comunalidades. Já a Tabela 5

mostra os resultados com os valores das cargas fatoriais de cada um dos itens em cada fator, conforme a rotação Varimax.

Tabela 4. Comunalidades referentes a uma solução com quatro fatores.

Item	Comunalidades	Item	Comunalidades	Item	Comunalidades
1	0,29	9	0,45	17	0,41
2	0,50	10	0,39	18	0,46
3	0,38	11	0,37	19	0,33
4	0,45	12	0,50	20	0,47
5	0,26	13	0,30	21	0,42
6	0,20	14	0,57	22	0,55
7	0,47	15	0,28	23	0,46
8	0,23	16	0,36	24	0,48

Na Tabela 4 encontram-se as comunalidades da solução com quatro fatores. As comunalidades são índices que expressam o quanto o item é explicado pelos fatores, avaliando a contribuição do item ao modelo da análise fatorial. Uma comunalidade baixa mostra pouca contribuição do item. O ajuste da análise fatorial

será cada vez melhor quanto mais próximo de um estiverem as comunalidades. Os dados sugerem um ajuste regular, já que apenas 40,4% da variabilidade total dos dados é explicada. De acordo com as comunalidades, o item mais bem explicado pelos fatores é o Item 14, com 57%, e o pior é o Item 6, com 20%.

Tabela 5. Cargas fatoriais para solução com quatro fatores com rotação Varimax.

Item	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Item	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4
1	0,52	0,10	0,10	-0,01	13	0,40	0,27	0,19	0,15
2	0,15	-0,00	0,04	0,69	14	0,14	0,73	0,09	0,08
3	0,02	-0,03	0,07	0,61	15	0,44	0,18	0,20	-0,08
4	0,62	0,14	0,09	0,18	16	0,52	-0,05	-0,28	0,01
5	0,23	0,17	-0,06	0,42	17	0,15	-0,01	0,62	-0,00
6	0,29	-0,00	-0,28	0,19	18	0,63	0,19	0,12	0,07
7	0,33	0,28	-0,05	0,52	19	0,54	0,09	0,11	0,13
8	0,00	0,26	0,02	0,39	20	0,11	0,11	0,66	0,00
9	0,57	0,01	-0,10	0,33	21	0,07	0,12	0,63	-0,04
10	0,53	0,25	-0,03	0,19	22	0,29	0,64	0,13	0,17
11	0,32	0,47	0,21	-0,01	23	-0,05	-0,01	0,66	0,15
12	0,68	0,09	0,02	0,15	24	0,05	0,68	-0,07	0,10

Conforme a Tabela 5, verifica-se a maioria dos itens da Escala de Avaliação de Depressão para Crianças encontra-se no Fator 1, totalizando onze itens; o Fator 2 e o Fator 3 possuem quatro itens cada um; e o Fator 4 tem

cinco itens. A Tabela 6 mostra a composição dos fatores resultantes após a rotação ortogonal (Varimax), fixando a extração em quatro fatores; e apresenta também a precisão da escala conforme o coeficiente alfa (α) de Cronbach.

Tabela 6. Composição dos fatores.

Fatores	Cargas dos itens	Itens	Coefficiente α
Fator 1	0,68	12	0,78
	0,63	18	
	0,62	4	
	0,57	9	
	0,54	19	
	0,53	10	
	0,52	16	
	0,52	1	
	0,44	15	
	0,40	13	
Fator 2	0,29	6	0,66
	0,73	14	
	0,68	24	
	0,65	22	
Fator 3	0,47	11	0,62
	0,66	20	
	0,66	23	
	0,63	21	
Fator 4	0,62	17	0,53
	0,69	2	
	0,61	3	
	0,52	7	
	0,42	5	
$\alpha = 0,82$			

Como um dos objetivos da pesquisa foi o de renomear de forma mais precisa os fatores medidos pela escala, foi necessário proceder a uma análise a partir da Tabela 6. Deste modo, primeiramente, observou-se o que cada um destes itens tem em comum para se agruparem nos respectivos fatores. Pode-se verificar:

1) Os itens que compõe o Fator 1 referem-se às características do episódio depressivo maior em dois critérios:

a) O primeiro critério diz respeito à característica essencial do episódio depressivo maior – o humor deprimido. Deste modo, os itens: Item 12 – Eu sinto vontade de chorar (0,68); Item 18 – Eu me sinto aborrecido (0,63); Item 4 – Eu me sinto triste (0,62); Item 9 – Eu sinto medo (0,57); e Item 1 – Eu me sinto irritado (0,52); avaliam o humor deprimido da depressão infantil.

b) O segundo critério mostra outra característica do episódio depressivo maior: o sentimento de desvalia e culpa, onde prevalece a autocrítica e autodepreciação, podendo haver uma auto-recriminação. Assim, os itens: Item 19 – Eu sinto que estou fazendo coisas erradas (0,54); Item 10 – Eu sinto que vou ser castigado (0,53); Item 16

– Eu me preocupo muito (0,52); Item 15 – Eu faço tudo errado (0,44); Item 13 – Eu sinto que sou mau (0,40); Item 6 – Eu estou preocupado com minha saúde (0,29); avaliam um forte sentimento de inutilidade ou culpa excessiva da depressão infantil. O Item 16 – Eu me preocupo muito, pode também estar relacionado a uma auto-recriminação por estar doente e o item 6 – Eu estou preocupado com minha saúde, indica a culpa por estar doente.

O Fator 1 foi então denominado de Humor Deprimido, pois avalia a depressão infantil nos atributos: humor deprimido e culpabilidade. Tais atributos estão relacionados ao episódio depressivo maior.

2) Os itens que compõe o Fator 2 referem-se ao sentimento de sofrimento social causado pelos sintomas da depressão, caracterizando um isolamento familiar ou social. Tal sofrimento pode ser tão intenso que o indivíduo tem desejo de morte, mostrando uma ideação suicida. Os itens: Item 14 – Eu sinto que meus pais não gostam de mim (0,73); Item 24 – Eu sinto que ninguém se preocupa comigo (0,68); e o Item 22 – Eu me sinto abandonado (0,65) avaliam o isolamento familiar e social na depressão infantil, e o Item 11 – Eu tenho

vontade de morrer (0,47), avalia a ideação suicida e o desejo de morte da depressão infantil.

O Fator 2 foi então denominado de Relacionamento Social, pois avalia a depressão infantil nas características: sofrimento na relação familiar/ social e ideação suicida. Tais características estão relacionadas ao episódio depressivo maior.

3) Os itens que compõe o Fator 3 referem-se a sentimentos de auto-estima, estes itens são pontuados inversamente na escala, pois são escritos na afirmativa, ou seja, demonstrando um autovalor positivo. Então eles avaliam os sentimentos de baixa auto-estima e de desvalorização de si mesmo característicos da depressão infantil. Os itens são: Item 20 – Eu gosto de mim (0,66); Item 23 – Eu me sinto importante; Item 21 – Eu me sinto amado (0,63); e Item 17 – Eu acho que os outros gostam de mim (0,62). O Fator 3 foi denominado de Auto-Estima.

4) Os itens do Fator 4 referem-se à fadiga, perda de energia e desconforto, sintomas característicos do episódio depressivo maior. Os itens: Item 2 – Eu me sinto cansado (0,69); Item 3 – Eu tenho vontade de ficar deitado (0,61); Item 7 – Eu sinto fraqueza no meu corpo (0,52); Item 5 – Eu tenho sentido dor de cabeça (0,42); e Item 8 – Eu tenho desmaiado (0,39). O fator 4 foi denominado de Resposta Fisiológico-Autonômica e envolvem uma reação interna do organismo controlada pelo sistema nervoso autônomo.

Por meio da análise do coeficiente alfa (α) de Cronbach verificou-se a suposta medida real do construto estudado. Trabalhou-se com a relação entre as covariâncias e variâncias internas das medidas. O valor obtido para o alfa sempre varia de um a zero, e quanto mais próximo de um, maior a confiabilidade da escala. O valor total do coeficiente alfa (α) de Cronbach na Escala de Avaliação de Depressão para Crianças foi de 0,82, já apresentado na Tabela 6. O item, com menor consistência, foi o Item 23 – Eu me sinto importante. Caso o item fosse retirado da escala o valor do alfa seria de 0,824, ou seja, a alteração seria mínima para o valor da consistência. Assim, o Item 23 foi mantido na escala. O valor de alfa encontrado na escala total ($\alpha=0,82$) demonstra uma boa consistência interna, já que a escala estaria medindo 82% do impacto real. Portanto, o alfa encontrado mostra que o universo dos impactos está sendo satisfatoriamente coberto. Na Tabela 6 encontra-se os valores do coeficiente alfa (α) em cada um dos fatores. O Fator 1 apresentou

consistência interna de 0,78; no Fator 2 tem uma consistência interna de 0,66; o Fator 3 possui uma consistência interna de 0,62; e o Fator 4 tem uma consistência interna de 0,53.

É interessante proceder à comparação destes resultados da análise fatorial, que consolidaram a evidência da validade de construto da Escala de Avaliação de Depressão para Crianças, com estudo realizado anteriormente por Pereira e Amaral (2004). Percebe-se que algumas mudanças ocorreram: a denominação fornecida aos fatores ficou mais sucinta, permitindo uma melhor análise posterior. Isto se deu devido a um melhor agrupamento dos itens aos fatores. A exceção foi do Fator 4, no estudo anterior era o Fator 3 que permaneceu com a mesma denominação – Resposta Fisiológico-Autonômica. Constata-se somente uma alteração no agrupamento de item deste fator, que foi a não inclusão do Item 24 (“Eu sinto que ninguém se preocupa comigo”) como dado no estudo anterior. Tal alteração foi pertinente, uma vez que este item já tinha apresentado baixa carga fatorial para permanecer neste fator. Pode-se afirmar, então que este fator ficou mais bem caracterizado.

Em relação ao Fator 1 - Humor Deprimido, observou-se que ele ficou dividido a partir de dois critérios (humor deprimido e sentimento de desvalia-culpa). Já no estudo anterior, o Fator 1 foi denominado de Resposta Afeto-Disfórico. Muitos dos itens que se agruparam no Fator 1 não são compatíveis com os itens que se agruparam no Fator 1 do estudo anterior. As mudanças ocorridas no estudo atual foram: 1) Inclusão de cinco itens (Item 4 – Eu me sinto triste; Item 6 – Eu estou preocupado com minha saúde; Item 9 – Eu sinto medo; Item 12 – Eu sinto vontade de chorar; Item 16 – Eu me preocupo muito); 2) Exclusão de dois itens (Item 11 – Eu tenho vontade de morrer; Item 22 – Eu me sinto abandonado). Os itens que permaneceram neste fator foram: Item 1 – Eu me sinto irritado; Item 10 – Eu sinto que vou ser castigado; Item 13 – Eu sinto que sou mau; Item 15 – Eu faço tudo errado; Item 18 – Eu me sinto aborrecido; e Item 19 – Eu sinto que estou fazendo coisas erradas.

Os itens excluídos do Fator 1, no presente estudo, foram alocados no Fator 2 (Relacionamento Social), anteriormente denominado como Resposta Afetiva-Emocional com Conteúdo de Ansiedade. Todos os itens que foram incluídos no Fator 1 (Humor Deprimido), citados acima, faziam parte deste Fator 2 do estudo anterior.

Os itens pertencentes ao Fator 4 (Resposta Cognitiva com Conteúdo de Auto-Estima) do primeiro estudo passaram a fazer parte do Fator 3 (Auto-Estima) do estudo atual. Mostrando que não houve alteração no agrupamento destes itens. A alteração aqui se refere somente à ordem e a denominação fornecida a este fator.

Portanto, as principais alterações do primeiro para o segundo estudo, da Escala de Avaliação de Depressão para Crianças, foram em relação aos itens agrupados nos dois primeiros fatores e as novas denominações dadas aos fatores. Tais alterações foram pertinentes, pois com elas, a escala acaba por fornecer de forma mais clara e objetiva o que está sendo avaliado; além disso, provavelmente estas mudanças ocorreram devido à ampliação da amostra, inclusive esta sendo representativa da população estudada. Outra mudança constatada referiu-se à precisão, assim, os valores do coeficiente alfa (α) de Cronbach do estudo anterior são: Fator 1 (0,70); Fator 2 (0,65); Fator 3 (0,56); Fator 4 (0,49) na comparação destes valores com os atuais observa-se que houve um aumento na precisão em todos os fatores, e logicamente da escala total.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como foi abordado, ainda existem muitas dificuldades na compreensão da depressão infantil; caracteristicamente heterogênea e que, portanto, pode se expressar de diversas formas. As dificuldades teóricas acerca da manifestação da depressão na infância se refletem na atuação profissional, desembocando em obstáculos na avaliação e conseqüentemente no diagnóstico propriamente dito. As dificuldades em torno do diagnóstico também advêm da ausência de instrumentos psicométricos que meçam o construto depressão infantil de modo válido para a população brasileira. Atualmente, não há como negar o importante papel dos instrumentos de medida para a área científica da saúde mental, como a ciência Psiquiátrica e Psicológica. Os instrumentos de medida, tais como: as escalas, inventários, entre outros, têm exercido um papel fundamental para a ciência.

No Brasil, um único estudo de adaptação do *Children Depression Inventory* (CDI), de Kóvacs, foi realizado por Gouveia, Barbosa, Almeida e Gaião (1995) na cidade de João Pessoa – PB. Outra contribuição nacional que visa suprir essa lacuna é a Escala de Avaliação de Depressão para Crianças

que foi inicialmente proposta, no Brasil, por Amaral e Barbosa (1990) para avaliar crianças vítimas de queimadura. Esta escala passou por diversas versões em estudo realizado por Pereira e Amaral (2004) onde foram cumpridos outros parâmetros psicométricos: validade de conteúdo (análise semântica dos itens e análise de juizes) e poder de discriminação dos itens. Além da validade de construto (análise fatorial) e precisão (coeficiente alfa de Cronbach) que acabaram sendo refeitos no presente trabalho.

Com o presente estudo a Escala de Avaliação de Depressão para Crianças estabeleceu-se com 24 itens e permite a avaliação da depressão infantil em quatro fatores: 1 - Humor Deprimido; 2 - Relacionamento Social; 3 - Auto-Estima; e 4 - Resposta Fisiológico-Autonômica. Trata-se de um instrumento rápido, econômico e objetivo que cumpre os requisitos para publicação de acordo com as exigências atuais do Conselho Federal de Psicologia (2003). O estudo contribui para a compreensão teórica do construto depressão infantil, pois a Escala de Avaliação de Depressão para Crianças mostra ser válida e fidedigna para uso na população brasileira, principalmente da região do Vale do Paraíba, Estado de São Paulo. O instrumento constitui-se com sendo de grande valor para pesquisa, prevenção e tratamento da saúde mental.

Conforme Kaplan e Sadock (1993, p.143), “A epidemiologia é o estudo da distribuição, incidência, prevalência e duração da doença”, considerando a citação dos autores, os estudos sobre epidemiologia da depressão tornam-se fundamentais na área da saúde mental, pois auxiliam nos planos de tratamento e na prevenção da doença, procuram ainda contribuir no desenvolvimento de pesquisas, principalmente quando se associa esse transtorno com variáveis sócio-demográficas, tais como: idade, sexo e nível sócio-econômico (Pereira, 2002). Os estudos sobre a epidemiologia da depressão no Brasil são muito escassos, devido à falta de avanço científico na área (Pereira, 2000; Bandim, Sougey & Carvalho, 1995). Para a depressão infantil, também existem poucos dados epidemiológicos em crianças brasileiras, além da baixa comunicação entre os centros especializados (Bandim & cols., 1995).

Então, nas pesquisas epidemiológicas, a escala contribui para conhecer as características da depressão infantil no nosso contexto econômico e cultural; promovendo o estudo da depressão infantil e viabilizando propostas e estratégias de tratamento

para a população de crianças brasileiras. Neste sentido, a escala é recomendada para a realização de um *screening* na população brasileira. Já no contexto clínico, a Escala de Avaliação de Depressão para Crianças é de grande auxílio para a avaliação, diagnóstico e na conduta do tratamento da depressão infantil; facilitando o acesso ao mundo interno da criança para a avaliação das especificidades deste transtorno e possibilitando uma intervenção mais rápida e focada. A escala também é útil para o acompanhamento do tratamento, pois auxilia o profissional na verificação da modificação dos sintomas da depressão infantil.

Portanto, o presente estudo visa contribuir em pesquisas científicas e na identificação diagnóstica de crianças vítimas de depressão, promovendo o conhecimento da depressão infantil, ainda muito pouco estudada em na população brasileira.

REFERÊNCIAS

- Abela, J. R. Z. (2001). The Hopelessness Theory of Depression: A Test of the Diathesis-Stress and Causal Mediation Components in Third and Seventh Grade Children. *Journal of Abnormal Child Psychology*. <http://www.fidarticles.com>. 11/03.
- Abela, J. R. Z. (2002). An Examination of the Response Styles Theory of Depression in Third and Seventh Grade Children: A Short-Term Longitudinal Study. *Journal of Abnormal Child Psychology*. <http://www.fidarticles.com>. 11/03.
- Amaral, V. L. A. R., & Barbosa, M. K. (1990). Crianças Vítimas de Queimaduras: Um Estudo Sobre Depressão. *Estudos de Psicologia*, 7 (1), 31-59.
- Anastasi, A., & Urbina, S. (2000). *Testagem Psicológica* (7ª ed.). (M. A. V. Veronese, trad.). Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Andriola, W. B., & Cavalcante, L. R. (1999). Avaliação da Depressão Infantil em Alunos da Pré-Escola. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 12 (2), 419- 428.
- Associação Americana de Psiquiatria (2002). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (4ª ed. ver.). (C. Dornelles, trad.). Porto Alegre: Artes Médicas Sul. (original de 1994).
- Assumpção Jr., F. B. (2000). Diagnóstico e Quadro Clínico da Depressão na Infância e na Adolescência. In Lafer, B., Almeida, O. P., Fráguas, R., & Miguel, E. C., *Depressão no Ciclo da Vida* (pp.37-44). Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Bahls, S. (2002). Aspectos Clínicos da Depressão em Crianças e Adolescentes. *Jornal de Pediatria*, 78 (5), 359- 366.
- Bandim, J. M., Sougey, E. B., & Carvalho, T. F. R. (1995). Depressão em Crianças: Características Demográficas e Sintomatologia. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 44 (1), 27-32.
- Baptista, C. A., & Golfeto, J. H. (2000). Prevalência de Depressão em Escolares de Sete a 14 anos. [http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/27\(5\)/artigos/art 253. htm](http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/27(5)/artigos/art%20253.htm). 27/05/2000.
- Birmaher, B., & Brent, D. A. (1998). Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Depressive Disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37 (10), 63S-83S.
- Birmaher, B., Brent, D. A., & Benson, R. S. (1998). Summary of the Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Depressive Disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37 (11), 1234-1238.
- Birmaher, B., Ryan, N. D., Williamson, D. E., Brent, D. A., & Kaufman, J. (1996 a). Childhood and Adolescent Depression: A Review of the Past 10 Years. Part II. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35 (12), 1575- 1583.
- Birmaher, B., Ryan, N. D., Williamson, D. E., Brent, D. A., Kaufman, J., Dahl, R. E., Perel, J., & Nelson, B. (1996 b). Childhood and Adolescent Depression: A Review of the Past 10 Years. Part I. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35 (11), 1427- 1439.
- Birmaher, B., Williamson, D. E., Dahl, R. E., Kaufman, J., Dorn, L. D., & Ryan, N. D. (2004). Clinical Presentation and Course of Depression in Youth: Does Onset in Childhood Differ from Onset in Adolescence?. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43 (1), 63-70.
- Calil, M. H., & Pires, M. L. N. (2000). Aspectos Gerais das escalas de Avaliação de Depressão. In Gorestein, C., Andrade, L.H.S.G., & Zuardi, A. W. (eds.). *Escala de Avaliação Clínica em Psicologia e Psicofarmacologia* (pp. 65-69). São Paulo: Lemos- Editorial.

- Chorpita, B. F. (2002). The Tripartite Model and Dimensions of Anxiety and Depression: An Examination of Structure in a Large School. *Journal of Abnormal Child Psychology*. <http://www.fidarticles.com>. 11/03.
- Chorpita, B. F., Plummer, C. M., & Moffitt, C. E. (2000). Relations of Tripartite Dimensions of Emotion to Childhood Anxiety and Mood Disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28(3), 299-310.
- Conselho Federal de Psicologia (2003). Define e regulamenta o uso, a elaboração e a comercialização de testes psicológicos e revoga a Resolução CFP nº. 025/2001. *Resolução CFP 007/2003*. Brasília, DF.
- Cytryn, L. (2003). Recognition of Childhood Depression Personal Reminiscences. *Journal of Affective Disorders*, 77, 1- 9.
- Digdon, N., & Gotlib, I. H. (1985). Developmental Considerations in the Study of Childhood Depression. *Developmental Review*, 5, 162-199.
- Fassler, D. G., & Dumas, L. S. (1997). *“Help Me, I’m Sad”: Recognizing, Treating, and Preventing Childhood and Adolescent Depression*. New York, N.Y.: A Penguin Book.
- Gill, K. S., Coffey, B. J. & Park, K. S. (2000). Transtorno Bipolar na Infância e na Adolescência. Em Lafer, B., Almeida, O. P., Fráguas, R., & Miguel, E. C., *Depressão no Ciclo da Vida* (pp.110-114). Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Gouveia, V. V., Barbosa, G. A., Almeida, H. J. F., & Gaião, A. A. (1995). Inventário de Depressão Infantil - CDI: Estudo de Adaptação com Escolares de João Pessoa. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 44 (7), 345- 349.
- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (1993). *Compêndio de Psiquiatria: Ciências Comportamentais, Psiquiatria Clínica*. (D. Batista, trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (original de 1991).
- Lee, L. (2002). Anxiety and Depression in Children: A Test of the Positive-Negative Affect Model. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. <http://www.fidarticles.com>. 11/03.
- Luby, J. L., Heffelfinger, A. K., Mrakotsky, C., Hessler, M. J., Brown, K. M., & Hildebrand, T. (2002). Preschool Major Depressive Disorder: Preliminary Validation for Developmentally Modified DSM-IV Criteria. *Journal American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 41 (8), 928-937.
- Luby, J. L., Heffelfinger, A. K., Mrakotsky, C., Brown, K., Hessler, M. J., Wallis, J. M., & Spitznagel, E. L. (2003). The Clinical Picture of Depression in Preschool Children. *Journal American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 42 (3), 340-348.
- Mesquita, P. B., & Gilliam, W. S. (1994). Differential Diagnosis of Childhood Depression: Using Comorbidity and Symptom Overlap to Generate Multiple Hypotheses. *Child Psychiatry and Human Development*, 24 (3), 157- 172.
- McClellan, J., & Werry, J. S. (1997). Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Bipolar Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36_(10), 157S-176S.
- McClure, E. B., Kubiszyn, T., & Kaslow, N. (2002). Advances in the Diagnosis and Treatment of Childhood Mood Disorders. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33_(2), 125-134.
- Myers K. & Winters N. C. (2002) Ten-Year Review of Rating Scales.II: Scales for Internalizing Disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41 (6), 634–659.
- Miller, J. A. (1998). *The Childhood Depression Sourcebook*. Los Angeles: NTC/ Contemporary Publishing Group.
- Mohr, W. K. (2001). Bipolar Disorder in Children. *Journal of Psychosocial Nursing*, 39 (3), 12-23.
- Moreno, A. R. & Moreno, D. H (2000). Escalas de Avaliação para Depressão de Hamilton (HAM-D) e Montgomery- Åsberg (MADRS). Em Gorenstein, C., Andrade, L.H.S.G. & Zuardi, A. W. (eds.). *Escalas de Avaliação Clínica em Psicologia e Psicofarmacologia* (pp. 71-87). São Paulo: Lemos-Editorial.
- Nottelmann, E. D., & Jensen, P. S. (1995). Bipolar Affective Disorder in Children and Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34_(6), 705-708.
- Oakland, T. (1999). Developing Standardized Tests. Em Wechsler, S. M., & Guzzo, R. S. L. (org.), *Avaliação Psicológica: Perspectiva Internacional* (pp.101-118). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Pasquali, L. (1999). Testes Referentes a Construto: Teoria e Modelo de Construção. *Instrumentos Psicológicos: Manual Prático de Elaboração*

- (pp.37-71). Brasília: LabPAM/ IBAP.
- Pereira, D. A. P. (2002). *Escala de Avaliação de Depressão para Crianças: Um Estudo de Validação*. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, p.143.
- Pereira, D. A. P., & Amaral, V. L. A. R. (2004). Escala de Avaliação de Depressão para Crianças: Um Estudo de Validação. *Revista Estudos de Psicologia, PUC-Campinas*, 21_(1), 5-23.
- Stark, K. D., Swearer, S., Delaune, M., Knox, L., & Winter, J. (1995). Depressive Disorders. In Ammerman, R. T., & Hersen, Michel, *Handbook of Child Behavior Therapy In the Psychiatric Setting* (pp. 269- 300). New York: A Wiley- Interscience Publication.
- Turner, C. M., & Barrett, P. M. (2003). Does Age Play a Role in the Structure of Anxiety and Depression in Children and Youths? An Investigation of the Tripartite Model in Three Age Cohorts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71 (4), 826-833.
- Waslick, B., & Pizarro, D. S. R. (2003). Diagnosis and Treatment of Chronic Depression in Children and Adolescents. *Journal of Psychiatric Practice*, 9 (5), 354-366.

Recebido em Janeiro de 2007
Reformulado em Setembro de 2007
Aceito em Outubro de 2007

SOBRE OS AUTORES:

Dejenane Aparecida Pascoal Pereira: Doutora em Psicologia Ciência e Profissão pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Mestre em Psicologia Escolar pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Professora do Centro de Atividades Desenvolvimento e Estudos - CADE - São José dos Campos.

Vera Lúcia Adami Raposo do Amaral: Doutora em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano pela Universidade de São Paulo. Psicóloga. Mestre em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano pela Universidade de São Paulo. Chefe do Setor de Psicologia da Sociedade de Pesquisa e Assistência Para Reabilitação Crâniofacial e professor titular da Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

