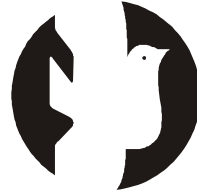


CARLA DE ANDRADE LEITE



UNIVERSIDADE  
SÃO FRANCISCO

ESTUDOS PRELIMINARES DA ESCALA DE DEPRESSÃO  
INFANTO-JUVENIL

ITATIBA  
2011

CARLA DE ANDRADE LEITE

ESTUDOS PRELIMINARES DA ESCALA DE DEPRESSÃO  
INFANTO-JUVENIL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-  
Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da  
Universidade São Francisco para obtenção do  
título de Mestre.

ORIENTADOR: PROF. DR. MAKILIM NUNES BAPTISTA

ITATIBA  
2011

UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUADOS STRICTO SENSU EM PSICOLOGIA  
MESTRADO

ESTUDOS PRELIMINARES DA ESCALA DE DEPRESSÃO  
INFANTO-JUVENIL

Este exemplar corresponde à redação final da dissertação de mestrado defendida por Carla de Andrade Leite sob orientação do Pro. Dr. Makilim Nunes Baptista aprovada pela comissão examinadora em Itatiba no dia 28 de fevereiro de 2011.

**COMISSÃO EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Makilim Nunes Baptista  
Universidade São Francisco (USF)

---

Maycoln Lêoni Teodoro  
Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

---

Prof. Dr<sup>a</sup> Ana Paula Porto Noronha  
Universidade São Francisco (USF)

Itatiba  
2011

## **DEDICATÓRIA**

Dedico esse trabalho ao meu pai, pelos conselhos, empolgação e ajuda! À minha mãe, pelos comentários realistas e práticos dessa aventura. E é claro ao Cris, meu irmão, meu orgulho!

## AGRADECIMENTOS

Antes de iniciar qualquer viagem é preciso escolher um bom destino e para isso nada melhor do que uma boa indicação. Neste caso, contei com a indicação da minha querida Professora Marilourdes. Foi ela quem me apresentou a Universidade São Francisco, *Campus* Itatiba e é a ela que agradeço por essa preciosa informação e por também continuar acompanhando meus passos.

Depois de escolher o destino é preciso arrumar as malas e para essa tarefa contei com meus pais! Como eles já fizeram uma viagem bem parecida, souberam exatamente o que eu precisei levar: colocaram na minha bagagem apoio incondicional, uma educação de alto nível e ao longo de todo trajeto percorrido souberam dizer o que eu precisei ouvir. Também contei com a ajuda do meu irmão, que contribuiu com todo seu companheirismo e uma grande saudade pra sentir! E então de malas prontas fui parar em Itatiba para grande perícia da minha vida, o mestrado!

Bem, para me instalar não poderia ter aparecido pessoa melhor para me ajudar: Fabiano, que fez da sua casa minha casa. Sem você tudo seria diferente. Além da instalação, todo novo lugar para conhecer requer um bom guia, para mostrar o melhor caminho e para isso tive um ótimo: Prof. Dr. Makilim Nunes Baptista, obrigada pelo bom humor em tempo integral, confiança e aprendizado durante todo nosso passeio!

Durante esse passeio conheci algumas pessoas que me acompanharam. A todos meus colegas, muito obrigada pela ótima companhia, principalmente a Lari, com quem passei por alguns percursos difíceis e outros bem divertidos, obrigada! Agradeço também aos colegas do Laboratório, Jú, Dri e Hugo. A todos os estudantes e professores da USF com quem tive contato.

As viagens costumam nos trazer muitas surpresas e uma das melhores que essa me proporcionou foram os amigos que fiz, pois transformaram Itatiba, muitas vezes, no melhor lugar do mundo! Mas, infelizmente, fiquei muito longe das minhas queridas amigas de infância: diante de tantas incertezas da vida, a amizade eterna de vocês é uma certeza, mesmo com a distância geográfica que nos separa. E é claro as amigas da faculdade, que me deram muito apoio para chegar aqui! É a vocês, meus amigos novos e antigos, que deixo meu muito obrigada!!

Cumprir o objetivo dessa aventura não foi fácil e por isso agradeço a todos que tornaram a minha pesquisa possível, a todos os estudantes e pacientes que colaboraram prontamente ao responder aos instrumentos; aos profissionais do Caps-I, principalmente Rodrigo, e às escolas que pararam seu trabalho para contribuir com o meu sem nada receber em troca; à Prefeitura de Itatiba, que possibilitou minha entrada nas escolas e no SUS.

O final desse período resultou um relatório extenso com números e palavras para tentar contribuir um pouco para uma sociedade mais desenvolvida. Para isso contei com a leitura da Professora Ana Paula Porto Noronha e do Professor Maycoln Lêoni Teodoro. Foi um grande prazer tê-los no momento final desse importante momento da minha vida!

Bom, não posso deixar de agradecer a Capes pelo grande apoio financeiro dessa longa caminhada!

A maior e melhor surpresa que tive durante esta viagem foi o Rafael: é por você que essa viagem foi só de ida e as próximas da minha vida é você quem eu quero como companhia. Obrigada por todo amor, cuidado, música e querer Bem.

Terminar o mestrado é a realização de um sonho, é chegar ao final de uma peripécia e o que eu sinto é uma grande satisfação e alegria.

## RESUMO

Leite, C.A. (2011). *Estudos Préliminares da Escala de Depressão Infanto-Juvenil*. Dissertação de Mestrado, Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia, Universidade São Francisco, Itatiba.

Este trabalho teve como objetivo a realização dos estudos preliminares da Escala de Depressão Infanto-Juvenil (EDEP-IJ) por meio de (a) uma análise fatorial exploratória da EDEP-IJ; (b) comparação dos escores do provável grupo depressivo com o grupo provável não depressivo; (c) correlação dos escores da EDEP-I com o Inventário de Depressão Infantil (CDI), com a Escala de Autoconceito Infanto-Juvenil (EAC-IJ) e com o *Young Self Report* (YRS). Objetivou-se, ainda, verificar se dos dados sociodemográficos, sexo, Estado, idade e escolaridade diferenciam os escores das escalas utilizadas. Participaram 697 adolescentes entre 11 e 17 anos. Destes, 22 participaram no estudo piloto, 656 estudantes fizeram parte do grupo provável não depressivo (GPND) e 19 pacientes compuseram o grupo provável depressivo (GPD). Os resultados encontrados na análise fatorial por componentes principais, indicou 4 fatores responsáveis por 36,35% da variância total explicada. Dos 50 itens da EDEP, 10 foram excluídos a partir Análise Fatorial e da comparação dos escores do GC e do GNC. No que se refere às correlações, foram encontradas alta magnitudes entre os instrumentos, sendo 0,80 ( $p < 0,001$ ) para a EDEP-IJ e o CDI; 0,78 ( $p < 0,001$ ) para a EDEP-IJ e o YSR e uma correlação negativa de -0,70 ( $p < 0,001$ ) entre a EDEP-IJ e o EAC-IJ. Nas análises referentes a diferenças de médias, a EDEP-IJ e o CDI foram capazes de diferenciar o sexo, de maneira que meninas relataram maior sintomatologia depressiva do que os meninos. No EAC-IJ a diferença também foi significativa, sendo que os meninos apresentaram maior autoconceito do que as meninas. Os índices psicométricos encontrados para a EDEP-IJ foram satisfatórios. Dentre as limitações do estudo, destaca-se o pequeno número de participantes do grupo provável depressivo para a realização da análise fatorial. Sugere-se que nos próximos estudos incluam amostras clínicas maiores e faz-se necessário um estudo de precisão. Leva-se em consideração a importância desse trabalho por ser uma escala construída e desenvolvida no Brasil.

Palavras Chaves: EDEP-IJ; validade; transtorno de humor; transtorno afetivo

## ABSTRACT

Leite, C. A. (2011). *Preliminary Studies of Escala de Depressão Infanto-Juvenil*; Dissertação de Mestrado, Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia, Universidade São Francisco, Itatiba.

The objective of this research was to conduct preliminary studies of the Depression Scale of Children and Adolescents (EDEP-IJ) through (a) an exploratory factor analysis EDEP-IJ; (b) comparing the scores of the group probably depressing with group probably not depressing one; (c) correlation scores EDEP-I with the Children's Depression Inventory (CDI), whith the Scale for Children and Youth Self (EAC-IJ) and the Young Self-Report (YRS). It was also objective of this study to determine whether the demographic data, gender, state, age and education differentiate the scores of scales. The participants of this research were 697 adolescents with age from 11 to 17 years. From that total, 22 participated in the pilot study, 656 students took part in a group probably not depressing and 19 patients were from the group probably depressing. The results of the principal components factor analysis indicated four factors associated with 36.35% of total explained variance. From 50 EDEP-IJ items, 10 were excluded from factor analysis and comparison of the scores of the GC and GNC. With regard to correlations, it was found high values among the instruments, being 0.80 ( $p < 0.001$ ) for EDEP-IJ and the CDI, 0.78 ( $p < 0.001$ ) for EDEP-IJ and YSR and a negative correlation -0.70 ( $p < 0.001$ ) between the EAC-IJ and EDEP-IJ-IJ. In the analysis concerning the means differences, EDEP-IJ and CDI were able to differentiate sex, so that girls reported more depressive symptoms than boys. In EAC-IJ also, the difference was significant, boys had higher self-concept than girls. The psychometric indices found for EDEP-IJ were satisfactory. Among the study's limitations, it is pointed out the small number of participants in the clinical group to perform factor analysis. It is suggested to include in the future studies larger clinical samples and an accuracy study. The importance of this study is associated with the scale constructed and developed in Brazil.

Keywords: EDEP-IJ; validity; mood disorder, depressive affective disorder



## Sumário

<i>LISTA DE FIGURA</i> .....	<i>xi</i>
<i>LISTA DE TABELAS</i> .....	<i>xii</i>
<i>1. ADOLESCÊNCIA: ASPECTOS GERAIS</i> .....	<i>1</i>
<i>2. CONSIDERAÇÕES SOBRE A DEPRESSÃO</i> .....	<i>6</i>
<i>3. AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA NA DEPRESSÃO</i> .....	<i>17</i>
<i>4. OBJETIVOS</i> .....	<i>28</i>
<i>5. MÉTODO</i> .....	<i>29</i>
<i>5.1. Estudo piloto</i> .....	<i>29</i>
<i>5.1.1. Participantes</i> .....	<i>29</i>
<i>5.1.2. Instrumentos</i> .....	<i>29</i>
<i>5.1.3.Procedimento</i> .....	<i>30</i>
<i>5.2.Etapa 1</i> .....	<i>31</i>
<i>5.2.1.Participantes</i> .....	<i>31</i>
<i>5.2.2.Instrumentos</i> .....	<i>32</i>
<i>5.2.3.Procedimento</i> .....	<i>38</i>
<i>5.3Etapa 2</i> .....	<i>38</i>
<i>5.3.1Participantes</i> .....	<i>38</i>
<i>5.3.2.Procedimento</i> .....	<i>39</i>
<i>6. RESULTADOS</i> .....	<i>41</i>
<i>6.1. Estatística descritiva dos participantes</i> .....	<i>41</i>
<i>6.2 Estatísticas inferenciais</i> .....	<i>48</i>

	x
<i>6.3 Análise Fatorial.....</i>	<i>52</i>
<i>6.4 Correlação dos instrumentos.....</i>	<i>56</i>
<i>6.5 Comparação dos instrumentos com os dados sociodemográficos.....</i>	<i>57</i>
<i>7. DISCUSSÃO.....</i>	<i>60</i>
<i>8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</i>	<i>67</i>
<i>REFERÊNCIAS.....</i>	<i>69</i>

## LISTA DE FIGURA

Figura 1: Gráfico de Sedimentação dos <i>Eingevalues</i> .....	53
--	----

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Instrumentos de rastreamento para depressão em crianças e adolescentes.....	20
Tabela 2 Distribuição da frequência das idades dos participante do estudo .....	29
Tabela 3 Distribuição da frequência das idades dos participantes.....	31
Tabela 4 Distribuição da frequência das séries dos participante.....	32
Tabela 5 Distribuição dos participantes do grupo provável não depressivo e do grupo provável depressivo por sexo.....	41
Tabela 6 Distribuição da frequência dos participantes do grupo provável não depressivo e do grupo provável depressivo por idade.....	42
Tabela 7 Distribuição da frequência por escolaridade.....	43
Tabela 8 Estatísticas descritivas dos instrumentos respondidos pelos participantes do grupo provável não depressivo e grupo provável depressivo.....	45
Tabela 9 Estatísticas dos fatores do EAC-IJ respondidos pelos participantes do grupo provável depressivo e provável não depressivo.....	46
Tabela 10 Estatísticas das subescalas do YSR respondidos pelos participantes do grupo provável não depressivo e grupo provável depressivo.....	47
Tabela 11 Comparação dos escores do GPD e do GPND para a EDEP-IJ.....	49
Tabela 12 Componentes da matriz rotada e seus respectivos itens.....	55
Tabela 13 Correlações entre a EDEP-IJ, CDI, EAC-IJ e os seus fatores.....	56
Tabela 14 Correlações entre a EDEP-IJ, CDI, YSR e suas subescalas.....	57
Tabela 15 Diferenças de médias entre participantes do sexo masculino e feminino, de acordo com os escores obtidos nos instrumentos.....	58
Tabela 16 Diferenças de médias entre participantes dos estados de Minas Gerais e São Paulo, de acordo com os escores obtidos nos instrumentos.....	58

Tabela 17 Diferenças de médias das idades dos participantes, de acordo com os escores obtidos no EAC-II.....	59
--	----

## 1. ADOLESCÊNCIA: ASPECTOS GERAIS

Neste primeiro capítulo serão descritos os aspectos gerais da adolescência, pois a amostra deste trabalho comporta a população adolescente entre 11 e 17 anos. Não há um consenso na literatura em relação ao período que separa a infância da adolescência e da fase adulta. Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil,1990), compreende-se como adolescente quem se encontra entre doze e dezoito anos. Para a World Health Organization (2007), adolescentes são aqueles que estão na segunda década da vida, ou seja, entre 10 e 20 anos. É um processo fundamentalmente biológico, durante o qual se aceleraria o desenvolvimento cognitivo e a estruturação da personalidade. Abrangeria as idades de 10 a 19 anos, divididas nas etapas de pré-adolescência (dos 10 aos14 anos) e de adolescência propriamente dita (de 15 a 20 anos).

Segundo Papalia e Olds (2000), a adolescência é o período entre 12 ou 18 anos, a puberdade vai até os 20 anos. Mussen, Conger, Kagan e Huston (1995) não classificam a adolescência em relação à faixa etária, dizem que a adolescência começa na puberdade e termina quando as responsabilidades adultas são assumidas. Assim, pode ser um período breve ou prolongado.

Desde o início do século XX, a Psicologia do Desenvolvimento, a Psicologia Clínica, a Psiquiatria e a Psicanálise têm se manifestado sobre os problemas da adolescência. O primeiro estudo amplo sobre Psicologia da Adolescência foi escrito por Stanley Hall, em dois volumes clássicos, publicados em 1904. E o segundo grande estudo, depois da obra de Hall, foi feito em 1928, por Hollingworth. Mas, somente após a Segunda Grande Guerra, houve uma expansão do estudo da Psicologia da Adolescência (Campos, 1975). Foram descritas neste trabalho a visão psicanalítica, a visão socio-histórica e a visão da Psicologia Comportamental.

Segundo Aberastury (1986), as mudanças psicológicas que ocorrem no período da adolescência levam a uma nova relação com os pais e com o mundo, e isso só é possível quando se elabora o luto pelo corpo de criança, pela identidade infantil e pela relação com os pais da infância. Estas mudanças, nas quais o adolescente perde a sua identidade de criança, implicam na busca de uma nova identidade, que vai se construindo num plano consciente e inconsciente. É um período de contradições, confuso e ambivalente. Esse longo processo de busca de identidade ocupa grande parte da sua energia.

Segundo Knobel (1986), não há dúvidas de que o elemento sociocultural influi como determinante específico nas manifestações da adolescência; mas, atrás dessa expressão sociocultural, existe um embasamento psicobiológico que lhe dá características universais. Assim, a adolescência, vista como um problema para essa abordagem, pode ser entendida como um processo universal, influenciado por conotações externas peculiares de cada cultura. É muito difícil assinalar o limite entre o normal e o patológico na adolescência, e considera que toda a comoção deste período da vida deve ser considerada normal. Assinala também que seria anormal a presença de um equilíbrio estável durante o processo adolescente, pois é uma fase de desequilíbrios e instabilidades. Knobel (1986) considera que existe uma verdadeira patologia normal do adolescente ou síndrome normal da adolescência, no sentido de que o adolescente exterioriza seus conflitos, segundo sua estrutura e suas experiências. O autor descreve a seguinte sintomatologia que integraria esta síndrome: comportamento contraditório em relação às condutas, maior característica desse período da vida; separação progressiva dos pais; variação constante do estado de humor e do estado de ânimo; busca de si mesmo e da identidade; tendência de estar com grupo de amigos; crises religiosas, que podem perpassar desde o ateísmo mais intransigente até o misticismo fanático; deslocalização temporal do pensamento, com características primárias;

maturação sexual; tendências anti ou associas justificadas por uma atitude social reivindicatória.

Essa visão da adolescência como problema, ou ainda, a visão de problemas específicos da adolescência não são unânimes na literatura. Para Hoffman, Paris e Hall (1996), citados por Ferreira (2001), existem alguns mitos em relação à adolescência. A partir dos estudos, destacam alguns mitos sobre esta etapa do desenvolvimento: um período de instabilidade emocional; os problemas que aparecem são próprios da idade, resolvidos com o amadurecimento do adolescente; a necessidade dos jovens de se separarem dos seus pais, o que resulta em conflitos intensos e hostilidades, e na existência invariável de um abismo entre gerações. Os conflitos familiares, em razão da adolescência são um grande mito neste período, pois, Papalia e Olds (2000) afirmam que os conflitos significativos descritos ocorrem em apenas 15 a 25% das famílias, destacando que muitas dessas famílias já manifestavam problemas quando os filhos ainda eram crianças.

Com base nesses estereótipos, produziu-se uma crença de que a adolescência é por si só uma síndrome cujos sinais e sintomas, considerados patológicos em outras etapas, são considerados normais neste período de desenvolvimento, conhecida por “Síndrome da Adolescência Normal”, conforme descrita por Knobel (1986). Como etapa do processo evolutivo, esses estereótipos e mitos têm dificultado a realização de um diagnóstico diferencial sobre os verdadeiros sinais e sintomas da depressão, que podem se desenvolver na adolescência. Talvez por isso seja mais complexo o diagnóstico nesta faixa etária.

A partir dessas fontes, instalou-se uma visão naturalista e universal sobre o adolescente, que passou a ser compartilhada pela Psicologia. De acordo com Ozella (2002), apesar de muitos teóricos mencionarem uma inter-relação entre o biológico e o cultural, eles enfatizam as estruturas internas como propulsionadoras do desenvolvimento, fazendo parecer que os adolescentes nascem e vivem num vácuo social. Dessa forma, segundo



Ozella (2002), os fatores sociais são encarados de forma abstrata e genérica, e a influência do meio torna-se difusa e descaracterizada contextualmente, agindo apenas como pano de fundo no processo de desenvolvimento já previsto no adolescente. A perspectiva socio-histórica considera que a adolescência é criada historicamente pelo homem, enquanto representação e enquanto fato social e psicológico. A adolescência não se encontra em um período natural do desenvolvimento; ela foi social, histórica e culturalmente construída. É uma etapa à qual o homem deu significado e interpretação (Ozella, 2002). Dessa forma, as mudanças corporais e cognitivas são marcas que a sociedade destacou. Assim como a Psicanálise não descarta uma inter-relação entre o biológico e o cultural, a socio-histórica também reconhece que há um corpo se desenvolvendo, mas nenhum elemento biológico ou fisiológico tem expressão direta na subjetividade. Essas características fisiológicas recebem significado dos adultos e da sociedade.

A Psicologia Comportamental reconhece que a adolescência é um período de grandes transformações tanto físicas quanto psicológicas, em um curto período, porém não compartilha de teorias que buscam explicar o porquê dos conflitos. Tais teorias fundamentam-se numa tradição cultural que procura, dentro das pessoas, as causas dos comportamentos, e considera a adolescência como um período de insegurança, conflitos e anseios que passam com a chegada da idade adulta, como se essas características fossem normais da idade (Banaco,1998)

A visão Comportamentalista acredita que as dificuldades vividas pelo adolescente está no ambiente; que as inseguranças são frutos do meio ambiente e da adequação do repertório comportamental. Muitos dos comportamentos problemáticos apresentados por adolescentes devem ser comportamentos de esquiva; que esse tipo de comportamento ocorre quando há um agente punidor no ambiente. Ou seja, o problema está na relação do

adolescente com o mundo em que vive, e as causas desses comportamentos problemáticos, se é que eles realmente existem, encontram-se nessa relação (Banaco, 1998).

Pode-se observar que a adolescência é um período de grandes riscos, oportunidades e grandes mudanças biológicas que acompanham essa fase de transição (Millstein, Nightingale, Petersen, Mortimer & Hamburg, 1993). É frequentemente descrita como um período de sofrimento e de dificuldades para o próprio adolescente e para as pessoas de seu convívio (Arnett, 1999). É nesse período que se desenvolvem concepções mais consistentes a respeito de si e dos outros, além de habilidades para formar e manter relacionamentos significativos (Kristensen, Leon, D’Incao & Dell’Aglia, 2004). Diversos fatores podem tornar o adolescente vulnerável a problemas, como: frequência de eventos estressores, baixa escolaridade, pertença a famílias numerosas ou uniparentais, doença mental e violência familiar, mudanças importantes no estilo de vida (separação dos pais, mudança de escola), condições estressoras crônicas (pobreza, deficiências no desenvolvimento físico e emocional, conflitos familiares constantes) e problemas do dia a dia (provas escolares, disputas com amigos e discussão com os pais) (Kristensen e cols., 2004).

Os adolescentes se deparam com várias situações novas e pressões sociais, favorecendo condições próprias para que apresentem flutuação de humor e mudanças expressivas no comportamento. Alguns, no entanto, podem desenvolver quadros depressivos com notáveis sintomas de descontentamento, confusão, solidão, incompreensão e atitudes de rebeldia – reações típicas dessa fase da vida (Crivelatti, Durman & Hofstatter, 2006). A depressão na adolescência é o tema central do capítulo seguinte.

## 2. CONSIDERAÇÕES SOBRE A DEPRESSÃO

A depressão vem sendo investigada desde 400 a.C. por filósofos como Hipócrates e Platão; porém, era nomeada por esses estudiosos como melancolia. Somente no século XX, após o surgimento da Psiquiatria moderna, com o desenvolvimento dos estudos de Kraepelin, se passou a o termo depressão substituindo o termo melancolia (Monteiro & Lage, 2007; Sadock & Sadock, 2007).

Na década de 70 surgiu o interesse científico pelo estudo dessa patologia em crianças e adolescentes. Até então, acreditava-se que a depressão, nessa faixa etária, era rara ou inexistente. As pesquisas sobre esse transtorno, nessa fase da vida, têm atraído um interesse crescente nessas últimas décadas. Vários autores têm chamado a atenção para este fenômeno que, além de ter seu reconhecimento estabelecido, parece estar ocorrendo com mais frequência (Baptista, Baptista & Dias 2001; Calderano & Carvalho, 2005; Crivellati, Durman & Hofstatter, 2006; Chissman, Egger, Compton, John, & Goldston, 2006; Monteiro & Lage, 2007; Weissman, 1987).

O termo depressão pode significar um estado de tristeza, sintoma, síndrome ou doença. A tristeza representa uma resposta humana universal às situações de perda, derrota, desapontamento e outras adversidades. Enquanto a depressão, como sintoma, pode surgir nos mais variados quadros clínicos, como, por exemplo, resposta a situações estressantes, à esquizofrenia ou ao alcoolismo. No que se refere à síndrome, a depressão inclui não apenas alterações do humor, mas também alterações cognitivas, psicomotoras e vegetativas. E, por fim, a depressão, como doença, tem sido classificada nos manuais de diagnósticos (Del Porto, 1999).

Para Grevet e Knijnik (2001), os sintomas de depressão classificam-se em alterações de humor (triste ou deprimido); alterações psicomotoras (agitação ou retardo);

cognitivas (alterações subjetivas da memória, atenção e velocidade do pensamento e do raciocínio); e alterações neurovegetativas (alterações de peso, sono, interesse sexual e sintomas somáticos – fraqueza muscular, peso na região das costas e cefaleia. Por sua vez, Dalgalarondo (2002) também classifica os sintomas em alterações ideativas (ideação negativa, ideias de arrependimento e de culpa, ruminações com mágoas antigas, visão do mundo marcada pelo tédio, ideias de morte e ideação ou planos suicidas; alterações da autoavaliação (baixa autoestima, sentimento de insuficiência, incapacidade, vergonha e autodepreciação); alteração da volição e da psicomotricidade (tendência de permanecer na cama por todo o dia, aumento da latência por perguntas e respostas, lentificação motora até o estupor, diminuição da fala); sintomas psicóticos (ideias delirantes de conteúdo negativo, delírio de ruína ou miséria, delírio de culpa, delírio hipocondríaco e/ou negação dos órgãos, delírio de existência de si ou do mundo).

Na Classificação Internacional das Doenças CID-10 (OMS, 2000), há uma divisão denominada Transtornos do Humor (afetivos). Esse grupo de doenças é dividido em nove subgrupos; dois deles serão destacados, por não descreverem sintomas relacionados à mania. Nesses subgrupos também há divisões, sendo que um deles é chamado de episódio depressivo. Suas divisões indicam três graus de depressão: leve, moderado ou grave. Nos episódios depressivos, o paciente apresenta um rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição da atividade, alteração da capacidade de experimentar o prazer, perda de interesse, diminuição da capacidade de concentração – sintomas associados, em geral, à fadiga importante, mesmo após um esforço mínimo –, problemas do sono e diminuição do apetite, da autoestima e da autoconfiança e, frequentemente, ideias de culpabilidade ou de indignidade, mesmo nas formas leves. Outro grupo, denominado transtorno depressivo recorrente, é caracterizado pela ocorrência repetida de episódios depressivos,

correspondentes à descrição de um episódio depressivo na ausência de todo antecedente de episódios independentes de exaltação de humor e mania.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-IV-TR (APA, 2002) também estabelece grupos, dos quais o grande grupo, denominado transtorno de humor, é dividido em sete subgrupos que também são divididos. Nesses subgrupos há os episódios de humor e os transtornos depressivos e, dentro desses grupos, respectivamente, encontram-se o episódio depressivo maior e o transtorno depressivo maior.

O DSM-IV-TR (APA, 2002) estabelece critérios para o episódio depressivo maior: é necessária a identificação de cinco ou mais sintomas, incluindo, ao menos, humor depressivo (em crianças e adolescentes, o humor pode ser irritável) e/ou perda de interesse ou prazer, que perdurem, no mínimo, duas semanas, representando uma alteração em relação ao funcionamento anterior. Para a classificação do episódio depressivo maior é preciso que haja também a perda ou ganho significativo de peso, sem estar em dieta, ou frequente diminuição ou aumento do apetite; insônia ou hipersonia; agitação ou retardo psicomotor; frequente fadiga ou perda de energia; sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada (que pode ser delirante – não meramente autorrecriação ou culpa por estar doente); capacidade diminuída de pensar ou de concentrar-se, ou indecisão; pensamentos de morte recorrentes (não apenas medo de morrer); ideação suicida recorrente, sem um plano específico; tentativa de suicídio ou plano específico para cometê-lo. Para ser considerado um transtorno depressivo maior, necessita-se de mais de um episódio depressivo maior sem história de episódio misto, maníaco ou hipomaníaco.

Percebe-se uma diferença na nomenclatura dos manuais: o episódio depressivo da CID-10 corresponde ao episódio depressivo maior do DSM-IV-TR. E o transtorno depressivo recorrente CID-10 corresponde ao transtorno depressivo maior do DSM-IV-RT. Um episódio é caracterizado como tal quando um indivíduo apresenta critérios suficientes

para ser diagnosticado pela primeira vez. E a ocorrência de um episódio pela segunda vez caracteriza um transtorno. (APA, 2002; OMS, 2000). Os manuais psiquiátricos sugerem uma classificação e uma semiologia dos transtornos do humor – DSM-IV (APA, 2002) ou transtornos afetivos (OMS, 2000). As condições clínicas para a identificação dos referidos transtornos são diagnosticadas pela presença de sintomas que se manifestam com certa intensidade, frequência e duração (Assunção & Kuczynski, 2003; Grevet & Knijnik, 2001).

Segundo Andrade e Argimon (2008), a depressão é um dos transtornos psiquiátricos mais comuns na adolescência. Os sintomas de transtorno depressivo maior em adolescentes são: irritabilidade e instabilidade; humor deprimido; perda de energia; desmotivação e desinteresse; retardo psicomotor; sentimentos de desesperança e/ou culpa; alterações do sono; isolamento; dificuldade de concentração; prejuízo no desempenho escolar; baixa autoestima; ideação e comportamento suicida; problemas graves do comportamento.

Os sintomas depressivos podem apresentar-se por meio de um quadro polimórfico, acompanhados também de distúrbios psicossomáticos: alterações do sono (insônia, sonolência e pesadelos); choro fácil e imotivado; atitudes de isolamento e agressividade. Ressalta-se que a depressão maior, ocorrendo na adolescência, só pode ser considerada em seus aspectos clínicos caso se apresente de forma duradoura e frequente, afetando as mais variadas funções e causando danos psicossociais significativos (APA, 2002).

Os critérios diagnósticos do transtorno do humor no DSM-IV-TR são muito parecidos em todas as faixas etárias. A alteração do humor varia na criança de acordo com sua idade. As crianças menores do que cinco anos, com depressão, em geral apresentam sintomas que aparecem com menos frequência à medida que crescem, incluindo alucinações auditivas congruentes com o humor, queixas somáticas, aparência triste, isolamento e baixa autoestima. Na adolescência, os sintomas que aparecem com maior frequência são: anedonia, lentificação psicomotora grave, delírios e desesperança. E os

sintomas que aparecem com a mesma frequência, independente da faixa etária, são: ideação suicida, humor deprimido ou irritado, insônia e redução da capacidade de concentração (Sadock e Sadock 2007).

Ainda que para alguns autores como Assunção e Kuczynski (2003), é difícil a identificação dos sintomas em crianças, em razão da dependência do seu estado cognitivo para identificar seus próprios sentimentos. E, por isso, muitos casos são identificados como maior sensibilidade de choro fácil e irritabilidade; agressividade e violação de regras sociais, anteriormente aceitas.

Em relação aos dados epidemiológicos, para a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2009), os dados em relação à saúde mental são preocupantes e de caráter emergencial. A depressão é classificada como a principal causa de incapacidade mental no planeta e afeta cerca de 340 milhões de pessoas (OMS, 1997). O prejuízo causado por ela será a segunda causa geradora de sobrecarga de doença física e mental no mundo, só perdendo para as doenças cardíacas, em 2020. Estima-se que 8% da população mundial sofrem um transtorno de humor em algum momento da vida (Holmes, 2001).

O transtorno depressivo maior, como um dos tipos de transtorno do humor, apresenta uma prevalência durante a vida de 10% a 25% nas mulheres e de 5% a 12% nos homens. Sua incidência é de 10% entre pacientes em atenção primária e de 15% entre os hospitalizados (DSM- IV-TR, 2000). Metade das pessoas que apresentam um Episódio de Depressão desenvolverá o segundo, e 70% a 80% das que desenvolverem o segundo, desenvolverão um terceiro. E o episódio constituirá fator de risco para o acometimento de novos episódios (Botega, Furlanetto & Fráguas, 2006).

Quanto aos dados em relação a prevalência da depressão em crianças e adolescentes, a *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* (2008) afirma que cerca de 5% dessa população possuem um grau significativo de depressão. Para Sadock e

Sadock (2007), a prevalência da depressão em crianças pré-escolares foi estimada em 0,3% na comunidade e, nas clínicas, de 0,9%. Nas crianças em idade escolar foram encontrados 2% na comunidade, e 20%, em crianças hospitalizadas. Mais comuns em meninos do que em meninas. Mas pode haver um viés, pois os meninos procuram mais atendimento clínico. A prevalência em adolescentes é de 5% na comunidade e de 40% nos adolescentes hospitalizados.

Comparando com a população adulta, a prevalência da depressão na adolescência é mais elevada do que em outros períodos da vida, chegando a 20%. É uma fase em que comportamentos de risco estão fortemente relacionados à depressão (Avanci, Assis & Oliveira, 2008). Segundo Souza e cols. (2008), a prevalência da depressão no Brasil pode variar de 1,48% a 59,9%. É importante lembrar que nem todos os estudos epidemiológicos apresentam aumento nas taxas de depressão.

A partir de agora serão apresentadas pesquisas internacionais e, a seguir, pesquisas nacionais que tratam da prevalência e dos fatores de risco da depressão. Segundo Costello, Erkanli e Angold (2006), há uma crença em relação ao aumento da frequência da depressão entre os adolescentes: essa crença se deve ao aumento das prescrições dos antidepressivos, ao aumento da taxa de suicídio entre os adolescentes e às evidências dos problemas emocionais constatadas em pesquisas coortes com adultos. Os autores verificaram que não houve um aumento da depressão nos últimos anos. Suas conclusões foram baseadas em uma pesquisa de meta-análise com crianças nascidas entre 1965 e 1996, utilizando entrevistas estruturadas para fazer o diagnóstico formal de depressão, em amostras representativas da população, com participantes menores de 18 anos. O efeito do ano de nascimento sobre a prevalência foi estimado, controlado por idade, sexo, tamanho da amostra, taxonomia (DSM x CID), instrumento de mensuração e tempo de entrevista. Os autores obtiveram um resultado de vinte e seis estudos, com 60.000 crianças nascidas entre



1965 e 1996, que tiveram o diagnóstico de depressão por entrevista estruturada. As taxas de depressão não mostraram um efeito diferenciado no ano de nascimento dessas crianças, ou seja, não houve nesses artigos analisados nenhuma evidência no aumento da prevalência da depressão em crianças e adolescentes nos últimos 30 anos.

Kovess-Masfety, Briffault e Sapinho (2009) realizaram pesquisa com o objetivo de verificar a prevalência da depressão em diferentes épocas. Compararam-se os dados de duas pesquisas realizadas em uma região urbanizada da França, com 15 anos de diferença (1991, n = 1192; 2005, n = 5308), utilizando-se comparáveis metodologia e ferramentas. A prevalência de depressão aumentou, ligeiramente, ao longo deste período. Porém, a tendência de pessoas que afirmam se sentirem deprimidas aumentou drasticamente. Populações em situação de risco também mudaram durante este período. A proporção de pessoas que consultaram um psiquiatra em razão da depressão não se alterou, enquanto as consultas com clínico geral diminuíram, e as consultas com o psicólogo triplicaram. Os pesquisadores concluem que a tendência para o aumento dos sintomas depressivos não corresponde a um aumento dos distúrbios depressivos.

Para determinar a prevalência da depressão na Turquia ocidental, Unsal e Unal (2008) utilizaram uma amostra de 846 alunos de 14 a 19 anos, sendo 51,9% do sexo masculino. O instrumento utilizado foi a *Beck Depression Inventory*. No que se refere à prevalência de deprimidos, encontrou-se nessa pesquisa a média de 30,7%, sendo 22,6% para o sexo masculino (N=99) e 39,6% para o sexo feminino (N=161). Para Espeleta, Domenech e Polaino (1988), citados por Barbosa e cols. (1996), a prevalência da depressão em escolares pode variar de 0% a 64%, em função de aspectos regionais, econômicos e pessoais.

Quanto às diferenças de gêneros, segundo Baron e Campbell (1999), sentimentos depressivos são mais comuns entre os meninos, antes da adolescência; e nas meninas, após

a puberdade. Destacam que as meninas relatam sintomas mais subjetivos, como sentimento de tristeza, vazio, tédio, raiva e ansiedade, e costumam ter mais preocupação com a popularidade, menos satisfação com a aparência e menos autoestima. Os meninos relatam mais sentimentos de desprezo, desafio e desdém, apresentam mais problemas de conduta, como falta às aulas, fugas de casa, violência física, roubos e abuso de drogas (Baron & Campbell, 1999)

Quanto aos fatores de risco para a depressão em crianças e adolescentes, um dos principais é a presença da depressão em um dos pais. A existência de história familiar para a depressão aumenta o risco. Seguem os estressores ambientais, como: abuso físico e sexual, baixa autoestima, perda de um dos pais, irmão ou amigo íntimo (Balhs, 2002; Crivelatti & cols., 2007; MacPhee & Andrews, 2006; Wathier, J. L., & Dell’Aglío, D. D. 2007).

MacPhee e Andrews (2006) tiveram como objetivo identificar fatores de risco importantes para a depressão na adolescência precoce, a partir de um grupo de indicadores comuns. Os fatores analisados foram: suporte familiar, percepção de rejeição dos pais, autoestima em relação à imagem corporal, desenvolvimento puberal, estado socioeconômico, problemas de conduta, hiperatividade/desatenção. A amostra foi de 2014 adolescentes de 12 e 13 anos. Também foram divididos por gênero para se poder analisar as diferenças sexuais quanto aos fatores de risco para a depressão, constatando-se que há maior incidência sobre as meninas. A autoestima destacou-se como o mais forte preditor da depressão, sem diferir em gênero. Além disso, o baixo suporte familiar e os problemas de falta de atenção/hiperatividade e de conduta emergiram como preditores significativos, explicando um total de 42% da variância. Os pesquisadores apontam as variáveis tidas como alvos de intervenção para o desenvolvimento de programas de prevenção.

Saluja e cols. (2004) realizaram um trabalho para determinar a prevalência, fatores de risco e comportamentos de risco associados aos sintomas depressivos, em uma amostra nacionalmente representativa de 9.863 escolares americanos, entre 11 e 15 anos. A coleta de dados foi realizada por meio de questionários autoaplicáveis. Dezoito por cento dos jovens relataram sintomas da depressão. As mulheres (25%) relataram sintomas depressivos em maior proporção que os homens (10%). A prevalência de sintomas depressivos aumentou com a idade para ambos os sexos. Entre os americanos jovens indianos, 29% relataram sintomas depressivos, em comparação com 22% de hispânicos, 18% de brancos, 17% de asiático-americanos e 15% afro-americanos. Em jovens que eram frequentemente envolvidos em bullying, seja como autores seja como vítimas, o risco para sintomas depressivos aumenta em mais de duas vezes. Mais que o dobro do percentual de jovens que revelaram usar substâncias também relataram sintomas depressivos, em comparação com outros jovens. Da mesma forma, os jovens que relataram ter sintomas somáticos também relataram significativamente maior proporção de sintomas depressivos em relação a outros jovens. Compreender as diferenças na prevalência entre homens e mulheres e entre grupos étnicos/raciais pode ser importante para o reconhecimento e o tratamento da depressão entre os jovens.

Serão citados, a partir de agora, os estudos de prevalência em diferentes regiões do Brasil. Barbosa, Dias, Gaião, e Lorenzo (1996), na cidade de Bananeiras, interior da Paraíba, utilizaram o *Children's Depression Inventory (CDI)* para investigar a prevalência de sintomas de depressão. Participaram 807 escolares com idade de 7 a 17 anos, correspondendo a 90% de toda população do município: 41% do sexo masculino e 49% do sexo feminino. O resultado encontrado foi de 174 (22%) casos de escolares com sintomas depressivos. Esse estudo aponta uma necessidade de estudos epidemiológicos, no Brasil, principalmente na zona rural.

Baptista e Godofredo (2000) realizaram um estudo para detectar a taxa de prevalência de sintomas depressivos em escolares da rede particular de ensino, na cidade de Ribeirão Preto. Os autores encontraram a prevalência de sintomatologia depressiva em 1,48% da amostra. Os sujeitos foram alunos de 7 a 14 anos e utilizou-se como instrumento o CDI. Foi aplicado em sala de aula, na presença de um pesquisador e de uma professora da escola, em um total de 135 crianças: 44% do sexo masculino e 56% do sexo feminino.

Para estimar a prevalência da sintomatologia depressiva em escolares de 7 a 13 anos e para caracterizar essa sintomatologia foi realizado um estudo transversal, que avaliou 519 estudantes de uma escola do interior de Minas Gerais: 266 (51,3%) do sexo masculino e 253 (48,7%) do sexo feminino. Utilizou-se o *Children's Depression Inventory* (CDI). Encontrou-se uma prevalência de 13,7% (71 casos) de sintomatologia depressiva (Fonseca, Ferreira & Fonseca, 2005).

Wathier, Dell'aglio e Bandeira (2007) verificaram a prevalência de sintomas depressivos, a frequência e o impacto de eventos estressores em crianças e adolescentes institucionalizados e não institucionalizados. Participaram 257 escolares de 7 a 16 anos de ambos os sexos, sendo que 130 residiam em abrigos de proteção e 127 moravam com suas famílias na região metropolitana de Porto Alegre. Todos os participantes frequentavam o ensino fundamental (de 1ª à 8ª séries) em escolas públicas localizadas em bairros de baixas condições socioeconômicas. Foram aplicados os instrumentos *Children's Depression Inventory* (CDI) e o Inventário de Eventos Estressores na Infância e Adolescência. Foram encontradas médias mais altas no CDI e no Inventário de Eventos Estressores Infância e Adolescência no grupo institucionalizado. Observou-se que 25 casos da amostra total (9, 72 %) poderiam ter um provável diagnóstico de depressão.

Souza e cols. (2008), em uma pesquisa de base populacional, realizada em Pelotas-RS, verificaram a prevalência de sintomatologia depressiva em 540 (48,3%) adolescentes

do sexo feminino e 577 (51,7%) do sexo masculino, entre 11 e 15 anos. Os jovens responderam ao questionário autoaplicado, que continha perguntas tais como: idade, sexo, vida escolar, religião, atividades físicas, entretenimento, tabaco, consumo de álcool, uso de outras drogas, relacionamentos sexuais e conduta. Além disso, a sintomatologia depressiva dos adolescentes foi avaliada por meio da escala *Children's Depression Inventory* (CDI). O estudo encontrou a prevalência de depressão de 2,1%. Após a análise dos dados verificou-se que baixa condição socioeconômica, histórico de fracasso escolar, ausência de prática religiosa e abuso de álcool, nos últimos 30 dias, estiveram significativamente associados à depressão.

### 3. AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA NA DEPRESSÃO

A Avaliação psicológica surgiu da necessidade de a sociedade avaliar o comportamento das pessoas de forma mais precisa e científica e, assim, possibilitar tomadas de decisões que auxiliem a vida dessas pessoas. Tal avaliação pode ser considerada como um processo integrado, utilizando técnicas apropriadas para diagnósticos de problemas, e visando a alguma intervenção. Para Pasquali (2001), a avaliação psicológica também supõe o uso de variados métodos e técnicas para descrever e classificar os comportamentos das pessoas, com o objetivo de enquadrá-las em alguma tipologia, viabilizando a compreensão do comportamento humano. Para a realização de um processo de avaliação psicológica, é importante o uso de instrumentos válidos, apresentando pesquisas que sustentem a sua aplicabilidade a contextos específicos, bem como suas interpretações.

Para a teoria clássica, quando se diz que um instrumento é validado significa dizer que esse instrumento é capaz de descrever um comportamento, garantindo àquilo a que se propõe (Anastasi & Urbina, 2000). Já para os *Standards for Educational and Psychological Testing* de 1986, validade foi definido como “o grau em que as evidências embasam as inferências feitas a partir dos escores dos testes” (*American Educational Association, American Psychological Association, National Council on Measurement in Education, AERA, APA NCME, 1986 p. 9*).

De acordo com a teoria clássica os testes podem ter suas validades evidenciadas com base em três procedimentos: validade de constructo ou conceito, validade de critério e validade de conteúdo. Sendo a forma considerada mais fundamental de validade dos instrumentos psicológicos é a validade de constructo, pois constitui a maneira direta de verificar as hipóteses de legitimidade de representação do comportamento dos traços

latentes. A validade de constructo de um teste pode ser trabalhada sob vários ângulos, como a análise de representação comportamental do constructo, a análise por hipóteses, a curva de informação da Teoria de Resposta ao Item e a Teoria Clássica dos Testes (Pasquali, 2001). A validade de critério diz respeito ao grau de eficácia de um teste para predizer o desempenho específico de um sujeito, já que o desempenho torna o critério a ser validado, por meio de técnicas que são independentes do próprio teste que se quer validar. Dessa forma Já a validade de conteúdo significa a representatividade que determinado construto mede em determinada amostra (Pasquali, 2001).

Com o tempo a definição dos três tipos de valide foi questionada e aprimorada, o que foi discutido, principalmente, foi em relação à definição de validade de construto, pois tanto a validade de conteúdo quanto a de critério sempre apresentaram informações referentes ao construto. Em razão dessa discussão, foram propostas reformulações do conceito de validade de construto reconhecendo-o como sinônimo de validade. Assim, este passou a ser entendido como um conceito abrangente que inclui sob si todas as outras formas de validade, sendo, portanto, inadequado sustentar a existência de procedimentos específicos para validade de construto (Primi, Muniz, & Nunes; 2009). Assim, a expressão “tipos de validade” foi intencionalmente mudada para “fontes de evidência” de validade, então idéia de um único conceito, que explicita que as diferentes formas de estudá-lo como correlações e a análise fatorial que serão fontes de evidencias usados nesse estudo (Primi & cols., 2009).

Dentre as técnicas usadas na avaliação psicológica estão as entrevistas, as observações, os testes com qualidades psicométricas, os questionários, as escalas de autoavaliação e os inventários (Gouveia, Barbosa, Almeida & Gaião, 1995). Os questionários, as escalas de autoavaliação e os inventários são métodos que apresentam algumas vantagens, como a diminuição da subjetividade do aplicador, das influências dos

mitos e estereótipos, e da opinião pessoal do clínico, além da fácil aplicação e de serem considerados mais econômicos (Calil & Pires, 1998; Cruvinel, Boruchovitch, & Santos, 2008).

No que diz respeito à avaliação psicológica no contexto da saúde, pode-se afirmar que é um recurso importante para sistematizar os vários aspectos de seus usuários. Tem como objetivo promover e proteger a saúde, identificar etiologias e disfunções associadas à doença e propor melhorias e cuidados. Assim, esse tipo de avaliação pode ser considerado uma ferramenta adequada para tomada de decisões em relação a diagnósticos, tratamentos e prognósticos (Capitão, Scortergagna & Baptista, 2005).

Tratando-se, especificamente, do diagnóstico da depressão infanto-juvenil principal foco desse trabalho, pode-se dizer que a maioria das pesquisas realizadas sobre esta patologia utilizou escalas com propriedades psicométricas. Atualmente não há como ignorar as vantagens da utilização destas escalas de rastreamento para diagnóstico desse transtorno que auxilia no diagnóstico (Pereira & Amaral, 2007).

As escalas traduzidas e adaptadas ao Brasil possuem poucos estudos psicométricos, o que limita sua capacidade de rastreamento dos sintomas, conforme o contexto cultural (Cunha, Buzaid & Watanabe, 2005; Pasquali, 2001). Isso mostra a importância da construção de um instrumento brasileiro para o rastreamento de sintomas depressivos na população infanto-juvenil.

Calil e Pires (1998) apresentaram aspectos gerais de várias escalas de avaliação da depressão, e consideraram de fácil reconhecimento a diferença marcante entre elas, refletindo a maneira como foram construídas e a cobertura dada às várias categorias dos sintomas depressivos. Umhas escalas priorizam sintomas vegetativos; outras, aspectos cognitivos; outras, aspectos motores, dentre outros. E algumas delas deixam de representar indicadores importantes, não possuindo itens relativos a estes itens



Shapp e Lipsky (2002) realizaram um estudo que mostrou os principais instrumentos utilizados na avaliação da depressão em ambiente de atendimento primário, em crianças, adolescentes, adultos e idosos. No que se refere a crianças e adolescentes, as autoras levantaram os seguintes instrumentos e suas características, que podem ser observados na Tabela 1.

Tabela 1

*Instrumentos de rastreamento para a depressão em crianças e adolescentes.*

Instrumento	Idade Aproximada	Número de itens	Tempo aproximado da aplicação em minutos
<b><i>Children's Depression Inventory (CDI)</i></b>	7 a 17	27	10 a 15
<b><i>Center for Epidemiological Studies- Depression Scale for Children (CES-DC)</i></b>	12 a 18	20	5 a 10
<b><i>Center for Epidemiological Studies- Depression Scale (CES-D)</i></b>	Acima de 14	20	5 a 10
<b><i>Reynolds Child Depression Scale</i></b>	8 a 12	30	10 a 15
<b><i>Reynolds Adolescent Depression Scale</i></b>	13 a 18	30	10 a 15
<b><i>Beck Depression Inventory (BDI)</i></b>	Acima de 14	21	5 a 10

\*Adaptação de Shapp e Lipsky (2002)

Será descrita uma pesquisa de cada instrumento mencionado na tabela supracitada, que tenha desenvolvido algum tipo de estudo psicométrico. Somente a CES-DC e a BDI serão descritas na mesma pesquisa. Os trabalhos nacionais que utilizaram alguns desses

instrumentos serão citados e, quando não os houver, dar-se-á prioridade às pesquisas internacionais.

Um estudo teve como objetivo analisar os parâmetros psicométricos da versão brasileira reduzida do Inventário de Depressão Infantil - CDI e de sua versão original. O trabalho foi dividido em duas partes: do Estudo 1 participaram 169 escolares da 3ª, 4ª e 5ª séries do ensino fundamental de escola pública. A análise fatorial apontou a presença de cinco fatores, que explicavam 49,6% da variância total e obteve um alfa de Cronbach de 0,73; do Estudo 2 participaram 157 alunos de 3ª e 4ª séries do ensino fundamental de escola pública. A análise fatorial exploratória revelou também cinco fatores que explicavam 43,9% da variância total, com um alfa de Cronbach de 0,80. Todavia, em ambos os estudos, os itens dos fatores ainda não se mostraram ajustados no que se refere à separação dos aspectos da depressão, tais como: cognitivos, afetivos, motivacionais e comportamentais, envolvidos no constructo depressão infantil. Fato que as autoras apontam como um desafio para os estudiosos do tema (Cruvinel & cols., 2008).

Olsson e Knorring (1997) realizaram uma pesquisa com o objetivo de investigar as propriedades psicométricas da CES-DC em adolescentes suecos, e de compará-las com BDI. A amostra foi composta de 2.272 escolares entre 16 e 17 anos, dos quais 1062 eram do sexo masculino. A média do escore total foi de 13,4, com uma grande variedade. A diferença entre meninos ( $M=9,9$ ) e meninas ( $M=16,5$ ) foi altamente significativa ( $t(2,270) = 16,64$   $p < 0,001$ ). Os percentis 75 e 90 foram consideravelmente maiores nas meninas que nos meninos ( $p < 0,001$ ). A correlação da pontuação de cada item com a pontuação total, variando 0,38-0,80. O alfa de Cronbach foi de 0,91. A análise fatorial do CES-DC revelou quatro fatores que explicam 58,9% da variação. O fator dominante foi o que se refere ao humor deprimido. O segundo foi composto pelo cansaço e incapacidade de concentração no trabalho. O terceiro expressou sentimentos de estar só e rejeitado. O quarto foi a

combinação de três itens com afirmações positivas de esperança e felicidade. No que se refere à correlação entre o CES-DC e o BDI, foi encontrado um alto valor de 0,81. Os autores concluem que a CES-DC é um bom instrumento para rastrear sintomas depressivos em adolescentes suecos.

Em um trabalho que teve como objetivo buscar a validade, a confiabilidade e a análise fatorial da versão da escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D) para o português. A CES-D constitui instrumento de rastreamento, elaborado pelo *National Institute of Mental Health*, visando identificar humor depressivo em estudos populacionais. Participaram dessa amostra 253 estudantes de ambos os sexos. No que se refere à validação concorrente da CES-D, observaram que o melhor desempenho da escala foi obtido quando se utilizou ponto de corte 15. Para esse ponto de corte, a escala apresentou excelente sensibilidade em relação aos diagnósticos de transtornos depressivos ( $s=1,0$ ), especificidade de 0,75 e índice de classificação incorreta de 0,24. Aumentando-se o ponto de corte, observou-se uma diminuição expressiva da sensibilidade sem que houvesse incremento de vulto da especificidade, tampouco uma diminuição importante do índice de classificação incorreta (Silveira & Jorge, 1998)

A consistência interna medida pelo alfa de Cronbach foi de 0,85. Para examinar a estrutura da CES-D empregada neste estudo, os autores utilizaram a Análise dos Componentes Principais da matriz de correlação das questões que compõem a escala. Para determinar o número de componentes da escala, utilizaram como critério incluir os componentes correspondentes às raízes características da matriz que fossem maiores que a unidade. Depois de obtida a matriz de cargas fatoriais, utilizaram o método de rotação varimax, que forneceu uma nova matriz de cargas fatoriais rodadas. Para determinar que as questões pertenciam a um dado componente, utilizaram como critério a carga fatorial maior que 0,4.

Observando os dados referentes às correlações e às correlações múltiplas das questões da CES-D, aplicadas nos estudantes, constataram que as questões 2 ("apetite") e 4 ("autovalorização") apresentaram correlações pequenas com as demais questões, tratando-se, portanto, de variáveis de pequena importância no conjunto. Para inclusão de uma questão no modelo a ser submetido à Análise dos Componentes Principais (ACP), utilizaram como critério o valor do Quadrado das Correlações Múltiplas (QCM) maior que 0,15. Conseqüentemente, as questões 2 e 4 foram excluídas da análise. A partir da análise fatorial, com a exclusão dessas duas questões, foram obtidos quatro fatores cuja variância explicada foi maior que a unidade; porém, os autores não classificaram esses fatores que, no entanto, explicam 53,8% da variância total na amostra.

Na pesquisa realizada com 315 participantes (140 meninas) e uma amostra clínica de 62 participantes (25 meninas) entre 10 e 12 anos, tiveram como objetivo analisar a estrutura fatorial da Escala de Depressão Infantil Reynolds, por meio da análise fatorial confirmatória. Foram testados dois modelos da escala com análise fatorial confirmatória: um modelo com único fator e um modelo com cinco fatores. Ambos os modelos mostram um bom ajuste, mas o modelo de um fator teve melhores índices. O método utilizado foi dos mínimos quadrados robustos elípticas. A escala com um fator obteve um alfa de Cronbach de 0,90. Os autores concluem, em seus resultados, que o RCDA indica, inicialmente, ser um teste unidimensional (Masip, Campos & Olms, 2008).

Um estudo realizado por Walker e cols. (2005) examinou os aspectos da confiabilidade e validade da escala *Reynolds Adolescence Depression Scale* (RADS), para medir a depressão em adolescentes da Nova Zelândia. Utilizaram amostra de 9.699 participantes (alunos do ensino secundário) selecionados aleatoriamente. A confiabilidade resultou em escores acima de 0,90 no alfa de Cronbach e uma alta correlação das pontuações dos itens entre a amostra da Nova Zelândia e a amostra normativa do manual.

Sendo a correlação média de 0,62 em 25 dos 30 itens, obtiveram correlações acima de 0,5 com a amostra do manual. Em todos os testes realizados, o RADS foi tido como confiável e válido para os adolescentes da Nova Zelândia, entre os principais grupos étnicos diferentes, indicando que é mesmo um instrumento válido e adequado para uso naquele país.

Realizou-se um estudo com o *Reynolds Adolescent Depression Scale* e o Inventário de Depressão de Beck II, composto por amostra de 56 pacientes psiquiátricos do sexo feminino e 44 do sexo masculino, entre a faixa etária de 12 a 17 anos. O BDI-II é constituído de 21 sintomas, e mede a gravidade da depressão autorreferida em adolescentes e adultos. É marcado somando o maior número de avaliações para cada um dos 21 sintomas, e demora menos de 10 minutos para ser concluído. Cada sintoma é avaliado em uma escala de 4 pontos, variando de 0 a 3, e a pontuação total podendo ter intervalo de 0 a 63.

O critério amostral foi feito pelo *PRIME-MD Mood Module*. É uma entrevista estruturada, baseada no DSM-IV, composta de perguntas com respostas objetivas – "sim" e "não" – feitas por um clínico. Os primeiros nove itens do *PRIME-MD Mood Module* referem-se a sintomas do transtorno depressivo maior. Um paciente enquadra-se na amostra se ele teve cinco ou mais dos nove sintomas, "quase todos os dias nas últimas 2 semanas". Nesse estudo, o alfa Cronbach do BDI-II e o do RADS foram, respectivamente, 0,92 e 0,91, observando-se elevados níveis de consistência interna. A correlação total dos escores do BDI-II e RADS foi 0,84. Os resultados indicam que o BDI-II e os RADS possuem características psicométricas similares (Steer,, Gulab, & Beck, 2002).

Outras escalas não apresentadas na Tabela 1, que está na página 21, no início deste capítulo, também podem rastrear sintomas depressivos. O *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20) não é específico para avaliar a depressão, mas pode rastrear sintomas depressivos, como um instrumento desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde, com

20 questões que servem para rastrear a presença de algum tipo de transtorno do humor, como a depressão. Esse instrumento foi criado para ser aplicado em países em desenvolvimento e apresenta padrões psicométricos bastante satisfatórios (Iacononi & Mari, 1988). Com especificidade de 77% e sensibilidade de 76%, foi validado para uso no Brasil (Mari & Williams, 1986).

O trabalho realizado por Rocha e cols. (2006) com o SRQ-20, participaram 791 estudantes, que cursavam o Ensino Médio de um colégio particular no interior de Minas Gerais. Do total de questionários, 754 (95,3%) foram respondidos corretamente e 37 (4,7%) foram retirados da análise, em razão da inconsistência nas respostas às questões (respostas duplas ou em branco). A amostra foi composta por 56,1% de estudantes do sexo feminino. Foi adotado para o SRQ-20 o ponto de corte de 7/8, por ser este o ponto que apresenta alta sensibilidade e baixa taxa de falso-positivo (Mari & Williams, 1986). Assim, as respostas que apresentaram escore igual ou superior a oito foram consideradas indicadores de possível transtorno, sendo que o indicativo de depressão ( $SRQ-20 \geq 8$ ) foi estudado entre os sexos. Foram encontrados indicativos de transtorno depressivo em 45,7% do total de estudantes pesquisados, sendo que 59,3% da amostra feminina apresentou escore indicativo de depressão, ou seja, mais que duas vezes o escore da amostra masculina (28,4%). O resultado evidenciou, assim, associação significativa entre o indicativo de depressão e o gênero dos alunos.

Num estudo realizado por Ivarsson, Gillberg, Arvidsson e Broberg (2002), no interior da Suécia, com 208 escolares, utilizando o *Youth Self Report* (YSR) e o *Depression Self Rating Scale* (DSRS), 50% da amostra de adolescentes eram do sexo feminino. O YSR é um questionário dividido em duas escalas, competências e problemas. Neste estudo, somente a escala problema foi utilizada, correspondendo a 112 itens, cada item podendo pontuar 0, 1 ou 2, divididos em 9 subescalas, a saber: retraimento; queixas somáticas;

ansiedade e depressão; problemas com relacionamento social; problemas com o pensamento; problemas com atenção; comportamento delinquente; comportamento agressivo; autodestruição ou problemas de identidade. O DSRS foi desenvolvido, na prática clínica, por Birlson, em 1981, para crianças e adolescentes. Seu autor teve como objetivo desenvolver um instrumento eficiente de triagem. O DSRS é uma escala de 18 itens de autorrelato, pontuando até três pontos em cada item em relação à ocorrência de sintomas depressivos, durante as últimas semanas (2 = mais do tempo, 1 = às vezes e 0 = nunca).

O objetivo do estudo foi investigar a possibilidade de o YSR ser usado como uma ferramenta de diagnóstico para a identificação de sintomatologia depressiva, ideação suicida e comportamentos e sintomas emocionais, correlacionando com o DSRS. Pode-se observar diferenças significativas entre meninos e meninas na pontuação das subescalas do YSR e o DSRS. No que diz respeito à ansiedade e à depressão, a média da resposta dos itens das meninas foi de 6,6 e dos meninos, de 4,2. O DSRS teve uma correlação moderada, com escores do YSR total ( $r=0,56$ ). As correlações entre os DSRS e YSR subescalas com sintomas emocionais, ansiedade/depressão ( $r=0,61$ ) e retraimento ( $r=0,64$ ) foram maiores do que aqueles com sintomas comportamentais de delinquência ( $r=0,36$ ) e agressão ( $r=0,26$ ). Dessa maneira, as subescalas de ansiedade/depressão e retraimento podem ser utilizadas para o rastreamento de sintomas depressivos, segundo os autores.

Um estudo realizado por Romera, Delgado-Cohen, Perez, Caballero, e Gilaberte (2008) analisou as dimensões sintomáticas da depressão amostra de 1049 pacientes com transtorno depressivo maior. Foi realizada uma análise fatorial da escala de depressão de Zung (ZSDS), com base na matriz de correlações policóricas, entre ZSDS itens com rotação oblíqua promax. Obteve-se uma solução de quatro fatores interpretáveis que consiste em um fator de depressão do núcleo (I), um fator cognitivo (II), um fator de ansiedade (III) e um fator somático (IV). Estes fatores responderam por 36,9% da variância

na ZSDS. O primeiro fator (fator I), representando 23,8% da variância, foi composta de oito itens: depressão , crises de choro, diminuição da libido, desesperança, desvalorização pessoal, vazio, ideação suicida e insatisfação . O segundo fator (fator II) foi composto por quatro itens: confusão, psicomotor atraso, indecisão e fadiga. Este fator responsável por 5,8% da variância. O terceiro fator (fator III), que representaram 3,7% da variância, consistiu de três itens: distúrbios do sono, agitação psicomotora e irritabilidade. Finalmente, o fator IV, representando 3,5% da variância, consistiu de três itens: diminuição do apetite, perda de peso e taquicardia. Os pesquisadores concluem que os sintomas depressivos em pacientes com TDM configuram em quatro dimensões: núcleo depressivo, a ansiedade cognitiva e somática, por meio de uma análise fatorial da ZSDS, e afirmam que mais pesquisas são necessárias para identificar possíveis diagnósticos, terapêuticos ou implicações prognósticas dos perfis diferentes sintomas depressivos.

Como se pode perceber, várias das pesquisas supracitadas utilizam a análise fatorial como procedimento psicométrico – técnica desenvolvida como meio de identificar traços psicológicos. Esta técnica estatística refinada para analisar as inter-relações de dados (Anastasi & Urbina 2000) – considerada como um dos procedimentos psicométricos mais frequentemente utilizados na construção, validação de instrumentos psicológicos e também no desenvolvimento de teorias psicológicas (Laros 2001) – será utilizada na presente pesquisa.



#### 4. OBJETIVOS

- Realizar um estudo piloto para verificar a compreensão dos itens da Escala de Depressão Infanto-juvenil (EDEP-IJ) e o tempo gasto na aplicação.
- Comparar escores do grupo provável depressivo com o grupo provável não depressivo na obtenção de evidências de validade com grupo critério para a EDEP-IJ
- Realizar uma análise fatorial exploratória da EDEP-IJ.
- Correlacionar os escores da EDEP-I com o Inventário de Depressão Infantil (CDI), a Escala de Autoconceito Infanto-Juvenil (EAC-IJ) e o *Young Self Report* (YRS), para avaliar evidências de validade baseada na relação com outras variáveis.
- Verificar se os dados sociodemográficos (sexo, estado, idade, escolaridade) diferenciam os escores das escalas utilizadas.

## 5. MÉTODO

A descrição do método será dividida em três partes: a) estudo piloto, para que seja possível verificar a compreensão dos itens (vocabulário, dificuldade nas palavras, termos mais adequados) bem como o tempo gasto com o término dos instrumentos; b) etapa 1, que consiste na coleta do grupo de prováveis não depressivos (GPND); c) etapa 2, que diz respeito à coleta do grupo de prováveis depressivos (GPD). Os instrumentos só serão descritos na etapa 1 para melhor compreensão do trabalho, já que foram usados os mesmos para as duas etapas.

### 5.1. Estudo piloto

#### 5.1.1. Participantes

Deste estudo, participaram 22 escolares residentes no interior de São Paulo, sendo 11 (50%) do sexo feminino, com idades entre 11 e 14 anos ( $M=13,5$ ;  $DP=1,00$ ), como pode ser observado na Tabela 2. Os alunos estavam regularmente matriculados entre o 7º e o 9º ano.

Tabela 2

*Distribuição da frequência das idades dos participante do estudo piloto.*

Idade	<i>f</i>	%
11	2	9,1
12	3	13,6
13	6	27,3
14	11	50,0
Total	22	100,0

#### 5.1.2. Instrumentos

Os instrumentos aplicados foram a Escala de Depressão Infanto-Juvenil (EDEP-IJ), Inventário de Depressão Infantil (CDI), Escala de Autoconceito Infanto-Juvenil (EAC-IJ) e *Young Self Report* (YSR). A Escala de Depressão-Infanto-Juvenil (EDEP-IJ)(Baptista,

2009) é uma escala Likert de rastreamento da sintomatologia depressiva para crianças e adolescentes, composta por 79 itens a que o sujeito deve responder sim, às vezes ou não, de acordo com os sentimentos, comportamentos e cognição das duas últimas semanas. Os outros instrumentos serão descritos na etapa 1.

### *5.1.3.Procedimento*

Iniciou-se após a aprovação desse projeto pelo Comitê de Ética da Universidade São Francisco, em dezembro de 2009. A coleta de dados teve início após as autorizações assinadas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos pais dos alunos e pela escola onde a coleta foi realizada. Os cadernos foram distribuídos para os participantes, em sala de aula, e o tempo médio de preenchimento foi de 75 minutos.

A partir do observado no estudo piloto, optou-se por não se aplicarem as questões discursivas do YSR, pois os alunos gastaram, em média, 15 minutos para responder a essas questões e também tiveram muitas dúvidas em relação a essas perguntas, como, por exemplo, em: A que organizações, clubes e times pertencem?, os alunos questionaram se a pergunta se referia ao time pelo qual eles torciam. Assim, essas perguntas foram excluídas, uma vez que os dados foram descartados, por não ser prioridade analisá-los.

Outra consideração feita, independente ao estudo piloto, foi em relação à EDEP-II, em que o autor realizou antes da aplicação das próximas fases, uma análise semântica, diminuindo de 79 para 50 os itens da EDEP-II, eliminando possíveis frases com mesmo sentido, dúvidas, ou de difícil compreensão, como por exemplo, os itens “sinto-me sem energia” e “sinto-me com muita energia”, o segundo foi retirado após o estudo piloto mesmo não havendo relação com tal. Esta retirada de alguns itens também se deu no sentido de diminuir o tempo de aplicação e possível fadiga dos respondentes.

## 5.2.Etapa 1

### 5.2.1.Participantes

O grupo de prováveis não depressivos (GPND) foi composto por 729 adolescentes escolares, de ambos os sexos. Ressalta-se que desses, 82 (11,2%) deixaram de responder mais de 10% de um dos instrumentos, razão pela qual não entraram na amostra, e 29 (3,9%) não correspondiam à faixa etária de 11 a 17 anos. Os adolescentes que relataram ter diagnóstico de depressão não entraram neste grupo. Segundo esse critério, dois foram excluídos.

Restaram 656 adolescentes para a amostra do grupo provável não depressivo, sendo 367 (55,9%) do sexo feminino e 289 (44,1%), do sexo masculino. A idade média foi de 14,3 (DP= 1,76). A Tabela 3 mostra a distribuição das frequências por idades. Desse grupo, 554 (84,5%) são residentes em cidades do interior de Minas Gerais e 102 (15,5%), do interior de São Paulo.

Tabela 3

*Distribuição da frequência das idades dos participantes.*

Idade	<i>f</i>	%
11	48	7,3
12	113	17,2
13	108	16,5
14	107	16,3
15	127	19,4
16	91	13,9
17	62	9,5
Total	656	100,0

Os alunos estavam matriculados entre o 6º ano do ensino fundamental e o 3º ano do ensino médio. E a grande maioria dos deles estudam no oitavo ano do ensino fundamental 124 (27,1%) e no primeiro ano do ensino médio 159 (34,8%) como pode ser observado na distribuição da frequência das séries na Tabela 4.

Tabela 4

*Distribuição da frequência das séries dos participantes*

Escolaridade	<i>f</i>	%
Sexto ano	15	3,3
Sétimo ano	54	11,8
Oitavo ano	124	27,1
Nono ano	54	11,8
Primeiro ano do Ensino Médio	159	34,8
Segundo ano do Ensino Médio	26	5,7
Terceiro ano do Ensino Médio	24	5,3
Não respondeu	1	,2
Total	457	100,0

### *5.2.2. Instrumentos*

#### *Escala de Depressão-Infanto-Juvenil (EDEP-IJ)*

A Escala de Depressão-Infanto-Juvenil (EDEP-IJ)(Baptista, 2009) é uma escala do tipo Likert, de três pontos, de rastreamento da sintomatologia depressiva para crianças e adolescentes, baseada em 25 descritores, sendo estes: humor deprimido; perda ou diminuição de prazer; choro; desesperança/falta de perspectiva sobre o futuro; desamparo; indecisão; sentimento de incapacidade e inadequação; carência/dependência; negativismo; esquiva de situações sociais; queda de produtividade; inutilidade; autocrítica exacerbada; culpa; diminuição da concentração; pensamento de morte; autoestima rebaixada; falta de perspectiva sobre o presente; hipocondria; alteração de apetite; alteração de peso; alteração de sono (insônia/hipersonia); lentidão/agitação psicomotora; fadiga/perda de energia e irritação, baseando-se no DSM-IV-TR (APA, 2002), CID-10 (OMS, 2000), Terapia Cognitiva da Depressão (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1982) e Princípios do Comportamento (Ferster, Culbertson & Boren, 1977), A escala é composta por 50 itens e o sujeito deve

responder a poucos deles, às vezes, ou muito, de acordo com os sentimentos das duas últimas semanas. Exemplo:

	Pouco (Não)	Às vezes	Muito
Ando triste			
Sinto-me estranho e não sei por quê			
Tenho me interessado pelas atividades escolares			

#### *Inventário de Depressão Infantil (CDI)*

O Inventário de Depressão Infantil (CDI) é um inventário de depressão para crianças e adolescentes entre 7 e 17 anos, que se propõe a mensurar o nível de depressão, sendo autoaplicável. A versão americana original contém 27 itens no formato maior e 10 itens no formato menor, os quais avaliam sintomas afetivos, cognitivos, somáticos e de conduta. Há três alternativas de resposta para cada item, variando de 0 a 2 pontos. As alternativas deverão ter como referência a melhor resposta que descreve os sentimentos durante as duas últimas semanas (Kovacs, 1992).

Na análise fatorial (Maximum Likelihood) com a amostra normativa do manual americano do CDI, com 27 itens, por meio da rotação *oblimin*, o *scree plot*, foi sugerido uma solução de 6 fatores, sendo o primeiro fator correspondendo a 23,3% da variância. Porém, a autora fixou uma extração de cinco fatores, selecionada como melhor do que seis, pois a correlação entre os itens, de quando se extraíram seis fatores, foi maior: humor deprimido, problemas interpessoais, baixa autoestima, ineficiência e anedonia (Kovacs, 1992).

Os procedimentos de adaptação do CDI para o Brasil foram realizados por Gouveia e cols. (1995), na cidade de João Pessoa, com uma amostra de 305 escolares de ambos os sexos, sendo 54,8 % do masculino, de 8 a 15 anos, provenientes de escolas públicas e

particulares. De acordo com esse estudo, o CDI pode ser representado por um fator de 18 itens, com cargas fatoriais acima de 0,35, com um *eigenvalue* de 3,63. Em termos de consistência interna, observou-se um alpha de Cronbach de 0,81. O CDI revelou-se um instrumento unidimensional, sendo formado por um número menor de itens em relação à versão americana, e tendo como ponto de corte o escore bruto 17. Além de ter como objetivo a adaptação do CDI para o Brasil, este estudo também comparou diferenças sociodemográficas (sexo, tipo de escola, nível escolar e idade), não encontrando diferença significativa em nenhuma das variáveis para os escores do CDI.

Wathier e cols., (2008) realizaram um estudo com 951 crianças e adolescentes (56,8% meninas), entre 7 e 17 anos, da região metropolitana de Porto Alegre. A partir da análise fatorial exploratória do CDI, composto por todos os 27 itens da versão original de Kovacs (1992), com o método dos componentes principais e rotação *Varimax*, os autores encontraram uma solução conceitualmente aceitável de três fatores, que explicaram 31,89% da variância das respostas e alfa de Cronbach de 0,85.

Cruvinel e cols., (2008), em um estudo realizado na cidade de Campinas, compararam a versão brasileira reduzida do CDI desenvolvido por Gouveia e cols. (1995) com a versão original de Kovacs (1992). Vale ressaltar que, neste estudo, os autores descreveram o instrumento CDI composto por 20 itens, e retiraram o item 9, pois é o item que avalia a ideação suicida. Assim, o instrumento ficou com 19 itens e não com 18, como proposto por Gouveia e cols. (1995). Nesse estudo de Cruvinel e cols., (2008), a análise fatorial com os 19 itens revelou a presença de cinco fatores, quando analisados não evidenciaram aspectos cognitivos, afetivos, motivacionais e em relação ao comportamento.

Coutinho, Carolino e Medeiros (2008) realizaram um estudo para adaptar e verificar evidências de validade de construto e consistência interna do CDI na cidade de São Luís - MA. Participaram 280 escolares, com idades variando entre 9 e 17 anos, sendo 53,4% do

sexo feminino. Foi realizada análise fatorial (Maximum Likelihood) e os resultados indicaram uma solução unidimensional, representada por 20 itens. Vale lembrar que também foram usados 20 e não 18 itens como propôs Gouveia e cols (1995), com cargas fatoriais variando de 0,40 a 0,72 e valor próprio (*eigenvalue*) de 7,37. A estrutura unidimensional explicou 36,86% da variância total, com índice de consistência interna alfa Cronbach 0,91. Foi constatado que o CDI pode ser um instrumento com condições de realizar o reconhecimento e a triagem de crianças com sintomas depressivos. A versão original do CDI apresentou um índice de consistência interna (alfa de Cronbach 0,80), e a versão reduzida do instrumento (alfa de Cronbach 0,73). O presente estudo utilizará a escala CDI com 20 itens.

*Escala de Autoconceito Infanto-Juvenil (EAC-IJ)*

A Escala de Autoconceito Infanto-Juvenil (EAC-IJ) (Sisto & Martinelli, 2004), para ser aplicada em crianças e adolescentes de 8 a 16, é formada por 20 perguntas referentes aos fatores: social (1, 2, 3, 4 e 5), escolar (6, 7, 8, 9, 10 e 11), familiar (12, 13, 14 e 15) e fator pessoal (16, 17, 17, 17, 19 e 20). Os participantes respondem “sempre”, “às vezes” ou “nunca”, sendo uma escala do tipo Likert com 3 pontos. A pontuação varia de acordo com os fatores avaliados, sendo o fator pessoal e social (0 sempre – 1 às vezes – 2 nunca), e os fatores familiar e escolar (2 sempre – 1 às vezes – 0 nunca). A soma desses quatro fatores é a medida de autoconceito geral. Para se chegar à forma definitiva da escala, foi realizado um estudo em duas etapas diferentes. Na primeira etapa, foram analisadas as respostas de 555 estudantes, entre 8 e 16 anos, com uma média de 12,12 (mediana e moda 12) e o desvio-padrão de 2,25, utilizando um instrumento piloto com 128 itens, sendo 32 itens para cada fator. A medida de adequação Kaiser-Meyer-Olkin foi de 0,763 e, analisando-se o *scree-plot*, observou-se a possibilidade de quatro ou cinco fatores. Os dados foram



estudados pela análise de componentes principais, rotação *varimax*, com *eigenvalue* igual ou superior a 1,0. Essa análise forneceu 34 fatores, explicando 64,5% da variância. Após as análises nos índices de autovalores, *scree-plot* e variância, a escala ficou com 20 itens, distribuídos em quatro fatores, (41% de variância). Essa escala de 20 itens foi utilizada no segundo estudo, com 2.586 estudantes, de 8 a 16 anos (média, moda e mediana de 10 anos). A medida de adequação da amostra de Kaiser-Meyer-Olkin foi de 0,808, e os dados foram estudados pela análise de componentes principais, rotação *varimax*, com *eigenvalue* igual ou superior a 1,0. Essa análise forneceu novamente os quatro fatores, explicando 24,19% da variância, mantendo a estrutura do primeiro estudo. Somando os dados de ambos os estudos, encontrou-se o valor de alfa de Cronbach de 0,86 (Sisto & Martinelle, 2004).

A amostra normativa apresentada no manual é dividida em idade, sexo e fator, sendo a pontuação dos meninos mais alta do que a das meninas. A pontuação geral dos meninos varia de 21 a 30 pontos, sendo a média 25,2 e das meninas, de 24,1, variando de 19 a 29.

#### *Young Self Report- (YSR)*

Young Self Report (YSR) é um inventário de comportamentos, autoaplicável, para jovens dos 11 aos 18 anos, derivado do Child Behavior Check List – CBCL. O YSR foi estruturado para se obterem respostas do adolescente a respeito de suas próprias competências e problemas, é um inventário baseado no DSM-IV (Achenback & Rescorla, 2001).

As respostas do sujeito devem referir-se somente aos últimos seis meses, contados a partir da data do preenchimento. O YSR é estruturado para que o adolescente gaste em torno de 15 minutos para responder ao instrumento.

É composto por duas partes: a primeira são sete questões a respeito de comportamentos sociais, formando a escala de competência. E a segunda, 112 itens que avaliam problemas de comportamento e comportamentos socialmente desejáveis, formando as escalas de distúrbio. Os 112 itens são afirmações que descrevem os adolescentes, e cada afirmação deve ser respondida tal como ele é agora ou nos últimos meses. Se a afirmação é muito verdadeira ou frequentemente verdadeira, deve-se circular o número 2; se a afirmação é algumas vezes verdadeira, deve-se circular o número 1. Se a afirmação não é verdadeira, deve-se circular o 0.

A soma dos pontos obtidos na segunda parte, de 112 itens, permite ao avaliador traçar um perfil comportamental do adolescente, derivado da análise de nove agrupamentos de itens ou síndromes; ansiedade e depressão (YSR-I); retraimento (YSR-II); queixas somáticas (YSR-III); problemas com relacionamento social (YSR-IV); problemas com o pensamento (YSR-V); problemas com atenção (YSR-VI); comportamento delinvente (YSR- VII); comportamento agressivo (YSR-VIII); autodestruição ou problemas de identidade (YSR-IX).

Os sujeitos podem ser considerados clínicos quando a pontuação for maior que 70; para a categoria não clínicos, a pontuação deve ser inferior a 56; e categoria limítrofe, entre 67 e 69. O resultado é ajustado ao sexo e à idade do adolescente, sendo a média da amostra normativa 33,4(DP= 19,2) para os meninos e 37,9(DP=21,9) para as meninas. No estudo realizado por Ferreira (2001), em uma amostra de 25 estudantes de uma escola particular de São Paulo, sendo que 11 foram considerados clínicos e 14 não clínicos, e a amostra teve variação de 34 (menor pontuação) e 68 (maior), com uma média de 56,6 e um desvio padrão de 9,08. Este instrumento foi traduzido para a língua portuguesa por meio do Laboratório de Terapia Comportamental do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (2006).

### *5.2.3.Procedimento*

A coleta do GPND foi realizada após as autorizações colhidas nas escolas e o consentimento dos pais ou responsáveis pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), encaminhado a esses pais, mediados pelos próprios alunos. Foi realizada entre os meses de abril e junho de 2010, em seis diferentes escolas, sendo três do interior de São Paulo e três do interior de Minas Gerais. A duração média do tempo de aplicação foi de 40 minutos, feita de forma coletiva, em salas de aula, com o máximo de 32 alunos.

A aplicação dos quatro instrumentos descritos teve a ordem alternada para se evitar o efeito fadiga; porém, o primeiro instrumento sempre foi a EDEP-IJ. Houveram três sequências diferentes: EDEP-IJ, CDI, YSR e EAC-IJ; EDEP-IJ, YSR, EAC-IJ, CDI; EDEP-IJ, EAC-IJ, CDI e YSR. Após as coletas de dados nas escolas, a pesquisadora propôs um encontro para os pais ou responsáveis, professores e diretores, para fornecer informações e esclarecer dúvidas sobre a pesquisa, caso isto fosse requisitado, porém nenhuma escola requisitou. A pesquisadora também se comprometeu a doar um exemplar da pesquisa às bibliotecas das escolas.

## **5.3.Etapa 2**

### *5.3.1Participantes*

O grupo de prováveis depressivos (GPD) foi composto de 48 adolescentes de ambos os sexos, porém, foram excluídos 29 cadernos desse grupo pois esses adolescentes obtiveram uma pontuação menor de 17 no CDI, sendo este o critério para pertencer ao PGC. Assim o PGC apresentou 19 adolescentes entre idades entre 11 e 16 anos (M= 13,94), com os sintomas da depressão, de acordo o CID-10 e DSM-IV, segundo os profissionais que fizeram os encaminhamentos. Os pacientes foram encaminhados à pesquisadora pelos

profissionais de saúde dos Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (Caps-I) e do atendimento ambulatorial do Sistema Único de Saúde, com diagnósticos de depressão.

### *5.3.2.Procedimento*

Ao todo, foram aplicados 48 cadernos. Inicialmente, os pacientes respondiam a EDEP-IJ e, em seguida, o CDI. Aqueles que pontuaram de 17 pontos para mais continuaram a responder o YSR e o EAC-IJ. Metade dos cadernos os YSR foi o terceiro instrumento a ser respondido e na outra metade o EAC-IJ foi o terceiro instrumento respondido pelos pacientes para evitar o efeito fadiga. A aplicação foi interrompida para aqueles que não tiveram a pontuação mínima de 17 pontos.

A coleta do GPD, em Minas Gerais, foi realizada em Serviços Municipais especializados em atendimento a adolescentes. O contato com as instituições iniciou-se em abril de 2009. Foram contatadas seis instituições, em seis cidades diferentes, cinco em MG e uma em SP. Duas instituições recusaram o acesso da pesquisadora aos pacientes. Uma alegou que já havia uma pesquisa sendo realizada com a população desejada e a outra afirmou não aceitar pesquisas com instrumentos.

A pesquisa em MG foi realizada em três diferentes Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (Caps-I), sendo que uma das instituições, durante o período em que a pesquisadora esteve disponível, não houve presença de nenhum paciente com o perfil desejado. Assim nove (47,4%) pacientes foram de uma dessas instituições e oito (42,1%) de outra. Os profissionais destas instituições, psicólogos e psiquiatras, indicaram os pacientes com os diagnósticos de Depressão e os encaminharam à pesquisadora, após a assinatura no TCLE pelos pais ou responsáveis. Todas as aplicações foram feitas individualmente, em salas de consultório, e duraram em média 40 minutos. Para quatro aplicações, a pesquisadora precisou ler para os pacientes, por apresentarem dificuldade na leitura ou por serem analfabetos.

Em São Paulo, a coleta foi realizada no atendimento ambulatorial do Sistema Único de Saúde, com adolescentes que eram acompanhados por um único psicólogo responsável pelos atendimentos a adolescentes sendo 2 (10,1%) corresponderam ao GPD. Após assinatura no TCLE pelos pais ou responsáveis, a aplicação nesses adolescentes foi feita individualmente ou em pequenos grupos de 2 ou 3 pacientes, em salas de consultório, com a duração média de 40 minutos.

Como critério para os sujeitos do grupo provável depressivo, fez-se necessária uma pontuação mínima de 17 pontos no CDI, como já foi mencionado, considerando que pesquisas brasileiras informaram possuir esse instrumento condições de realizar a triagem de crianças com sintomas depressivos.

## 6. RESULTADOS

### 6.1. Estatística descritiva dos participantes

Os resultados obtidos nas aplicações foram organizados em um *Softwer Package for the Social Sciences* (SPSS), para a realização das análises. Inicialmente completaram-se os itens que apresentaram *missing* com a média dos itens respondidos por cada participante do instrumento em específico. O número total da amostra foi de 675 adolescentes, sendo que o grupo de prováveis depressivos (GPD) foi composto por 19 sujeitos e o grupo dos prováveis não depressivos (GPND) foi constituído por 656 sujeitos. No total, 56,1% da amostra foram compostos por mulheres e 42,9%, por homens. O valor do teste Qui-quadrado foi de 0,390 ( $p=0,553$ ), indicando que a distribuição por sexo foi equitativa. A Tabela 5 mostra essa distribuição por sexo separada por grupos.

Tabela 5

*Distribuição dos participantes do grupo provável não depressivo do grupo provável por sexo.*

	Grupo de prováveis			
	Não depressivos		Depressivos	
Sexo	f	%	f	%
Masculino	289	44,1%	7	36,8
Feminino	367	59,9%	12	63,2
Total	656	100%	19	100%

De acordo com a idade dos participantes, as encontradas com maior frequência foram entre as idades de 12 e 15 anos, correspondendo a 69,4% da amostra do grupo provável não depressivo. No grupo provável depressivo, como se pode observar, não houveram adolescentes com 12 e 17 anos, como na Tabela 6. A idade média do GPND correspondeu a 14,03 (DP= 1,77) e do GPD 13,95 (DP=1,76). A moda de ambos os grupos

foi de 14 e, assim como a idade mínima foi de 11 para ambos os grupos, a máxima para o GPND foi de 17 e do GPD foi de 16.

Tabela 6

*Distribuição da frequência dos participantes do grupo de provável não depressivo e do grupo provável depressivo por idade.*

	Grupo de prováveis			
	Não depressivos		Depressivos	
	f	%	f	%
11	48	7,3	3	15,8
12	113	17,2	0	0
13	108	16,5	4	21,1
14	107	16,3	5	26,3
15	127	19,4	2	10,5
16	91	13,9	5	26,3
17	62	9,5	0	0
Total	656	100	19	100

No que diz respeito à escolaridade, a maior frequência foi encontrada nos estudantes do Primeiro ano, 207 correspondendo a 31,6% da amostra do GPND. As séries com o menor número de participantes corresponderam ao sexto ano e ao terceiro ano (6,7% e 4,6% respectivamente). No GPD houveram participantes não matriculados em escolas, já que tiveram de abandoná-las devido à depressão o que foi visto pelo prontuário. Os outros dados relativos à escolaridade podem ser observados na Tabela 7.

Tabela 7

*Distribuição da frequência por escolaridade*

	Grupo de prováveis			
	<i>Não depressivos</i>		Depressivos	
	f	%	f	%
Sexto ano do Ensino Fundamental	44	6,7	2	10,5
Sétimo ano do Ensino Fundamental	94	14,3	2	10,5
Oitavo ano do Ensino Fundamental	134	20,4	3	15,8
Nono ano do Ensino Fundamental	77	11,7	3	15,8
Primeiro ano do Ensino Médio	207	31,6	7	36,8
Segundo ano do Ensino Médio	68	10,4	0	0
Terceiro ano do Ensino Médio	30	4,6	0	0
Não estudam	0	0	2	10,5
Não responderam	2	2	0	0
Total	656	100	19	100

Em relação ao Estado onde os participantes residem, tanto no GPND como no GPD, a maioria é do interior do Estado de Minas Gerais, correspondendo a 84,5% e 89,4% respectivamente. Do interior do Estado de São Paulo, 15,5 % dos participantes pertenceram ao grupo de prováveis não depressivos e somente 10,5% (n=2) pertenceram ao grupo de prováveis depressivos.

Nos dados que se referem somente à amostra do grupo provável depressivo, foi verificado que 13 (68,4%) não usavam medicação psiquiátrica e 6 (31,6%) a usam. Quanto ao tempo de tratamento desses pacientes, pode-se verificar um grande intervalo, pois um estava em tratamento há dez anos. Havia cinco de primeira consulta e nove entre 1 semana e seis meses de tratamento; dois com 1 ano e dois com 2 anos de tratamento.

Os pacientes foram encaminhados para as instituições, na maioria das vezes, por outras instituições, tais como: 4 provenientes de escolas (21%); 3, do conselho tutelar (15,8%); 1, do abrigo para menores (5,3%); 1, do Ministério Público (5,3%); e 1, do hospital (5,3%). Também houve encaminhamentos de outros profissionais como:



neurologista (1, 5,3%), e assistente social (1, 5,3%). Os outros sete pacientes não foram encaminhados; chegaram à instituição por demanda da família ou dos próprios adolescentes.

A seguir, serão apresentadas as estatísticas dos instrumentos respondidos pelos participantes. A Tabela 8 ilustra as estatísticas encontradas para cada instrumento. No que se refere à EDEP-IJ, sua pontuação máxima não foi atingida (100), mas chegou a 75 no GPND e 83 no GPD, e a média no GPD foi de 54,4 (DP= 13,87) e no GPND, foi de 31,12 (DP= 12,32). Em relação à pontuação mínima do CDI para o GPD, esta foi estabelecida a partir de 17 pontos. Porém, no GPND, a pontuação mínima chegou a zero. Para o EAC-IJ observa-se uma média de 23,98 (DP= 4,46) no GPND e 17,63 (DP= 5,63) no GPD, pode-se observar uma diferença nas médias dos dois grupos mesmo com a pontuação mínima (8) igual para os dois grupos. Do YSR pode-se dizer que a pontuação máxima foi de 60 pontos para os dois grupos, mas a pontuação mínima foi de 14 no GPND e 71 no GPD, levando em consideração principalmente que a média do GPND foi de 62,10 e no GPD foi de 109,98.

Tabela 8

*Estatísticas descritivas dos instrumentos respondidos pelos participantes do grupo de provável depressivos e do grupo de provável não depressivo.*

Grupo de Prováveis		EDEP-IJ	CDI	EAC-IJ	YSR
Não depressivo	N	656	656	656	656
	Média	31,12	6,04	23,98	62,10
	Mediana	30,00	5,0000	24,00	59,07
	Moda	32,00	4,00	23,00	54,00
	Desvio Padrão	12,32	4,94	4,46	24,14
	Mínimo	6,00	,00	8,00	14,00
	Máximo	75,00	28,00	36,00	160,00
Depressivo	N	19	19	19	19
	Média	54,4	20,00	17,63	109,98
	Mediana	51,00	18,00	19,00	102,05
	Moda	51,00	17,00	21,00	134,00
	Desvio Padrão	13,87	5,32	5,63	24,13
	Mínimo	35,00	17,00	8,00	71,00
	Máximo	83,00	36,00	27,00	160,00

Nos dados referentes aos fatores da EAC-IJ pode-se dizer que todos da amostra do GPD foram inferiores à amostra do GPND. Em ambos os grupos, a amostra do GPD atingiu a pontuação mínima possível no fator referente à escola e a pontuação máxima foi atingida nos dois grupos do EAC-IJ Social. As outras estatísticas podem ser vistas na Tabela 9.

Tabela 9

*Estatísticas dos fatores do EAC-IJ respondidos pelos participantes do grupo de prováveis depressivos e não depressivos.*

Grupo de prováveis		EAC Pessoal	EAC Familiar	EAC Escolar	EAC Social
Não depressivo	N	656	656	656	656
	Média	5,17	5,50	3,47	9,85
	Mediana	5,00	5,00	3,00	10,00
	Moda	5,00	5,00	3,00	11,00
	Desvio Padrão	1,88	1,53	1,87	1,96
	Mínimo	1,00	1,00	,00	2,00
	Máximo	10,00	8,00	9,00	12,00
Depressivo	N	19	19	19	19
	Média	2,84	4,84	3,05	6,89
	Mediana	3,00	5,00	3,00	6,00
	Moda	3,00	6,00	3,00	5,00
	Desvio Padrão	1,60	1,83	2,01	2,64
	Mínimo	,00	2,00	,00	2,00
	Máximo	6,00	8,00	7,00	12,00

Observa-se, em relação ao YRS, que, na amostra do GPND, todas as subescalas: ansiedade e depressão (YSR-I); retraimento (YSR-II); queixas somáticas (YSR-III); problemas com relacionamento social (YSR-IV); problemas com o pensamento (YSR-V); problemas com atenção (YSR- VI); comportamento delinquente (YSR- VII) comportamento agressivo (YSR-VIII); outros problemas (YSR- IX) tiveram a pontuação mínima de zero e, na amostra do GPD, nenhuma teve essa pontuação. Em todas as dimensões o GPD foi superior ao GPND, o que pode ser observado na Tabela 10, juntamente com as outras análises descritivas.

Tabela 10

*Estatísticas das subescalas do YSR respondidas pelos participantes do grupo de provável depressivos e do grupo de provável não depressivo.*

Grupo de prováveis	YSR- Total	YSR- -I*	YSR- II*	YSR- III*	YSR- IV*	YSR- V*	YSR- VI*	YSR- VII*	YSR- VIII*	YSR- IX*	
Não depressivo	N	656	656	656	656	656	656	656	656	656	
	Média	62,10	7,63	4,15	4,64	4,15	4,42	5,60	4,87	8,91	5,34
	Mediana	59,07	7,0	4,00	4,0	3,0	4,0	6,0	4,0	8,0	5,0
	Moda	54,00	8,0	2,0	4,0	1,0	2,0	5,0	3,0	6,0	5,0
	DP	24,14	4,31	2,83	3,27	3,31	3,70	3,39	3,58	5,34	2,80
	Mínimo	14,00	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Máximo	160,00	24,0	16,0	20,00	16,0	20,20	16,0	22,0	32,0	14,3
Depressivo	N	19	19	19	19	19	19	19	19	19	
	Média	110	14,79	8,87	10,00	7,53	11,70	10,45	8,23	17,09	8,21
	Mediana	102,05	14,0	8,0	9,0	7,0	10,0	10,0	8,0	17,0	8,0
	Moda	134,00	11,0	8,0	8,0	1,0	8,0	8,0	10,0	19,0	8,0
	DP	24,13	4,58	2,43	2,87	4,59	4,80	3,60	4,38	6,65	1,95
	Mínimo	71,00	9,0	6,0	6,0	1,0	3,0	5,0	1,0	4,0	5,0
	Máximo	160,00	24,0	16,0	16,0	16,0	19,0	17,0	16,0	32,0	13,0

\* YSR-I ansiedade e depressão; YSR-II retraimento; YSR-III; queixas somáticas YSR-IV problemas com relacionamento social; YSR-V problemas com o pensamento; YSR-VI problemas com atenção; YSR- VII comportamento delinquent; YSR-VIII comportamento agressivo; YSR-IX autodestruição ou problemas de identidade.

Em relação ao YSR, 53 (18,0%) da amostra masculina e 66 (17,7%) da feminina do grupo provável não depressivo encontraram-se na categoria limítrofe. Na categoria clínica foram encontrados os valores de 120 (41,2%) dos participantes do sexo masculino e 145 (38,4%) do sexo feminino. Esses valores estão de acordo com a tabela do manual. No que diz a respeito do CDI em relação à avaliação da amostra do grupo provável não depressivo, pode-se dizer que 31 (4,4%) sujeitos apresentaram pontuação maior que 17 pontos, o que indica presença de sintomas depressivos.

## 6.2 Estatísticas inferenciais

Quanto às análises que correspondem aos objetivos do trabalho, os resultados foram divididos: ora as análises contemplaram 675 participantes, sendo este o número total, ora foram divididos por grupo, o provável depressivo e o provável não depressivo, sempre de acordo com a conveniência de cada análise.

Na busca das diferenças entre os grupos de participantes que responderam a EDEP-IJ, foi feita uma análise do escore total e outra dos escores de cada item. Para tal, foi realizada uma análise de diferença de média, o teste *t*, utilizado para comparar os dois grupos. Os resultados para os escores totais da EDEP-IJ foram altamente significativos ( $F=1,245$ ;  $p=0,000$ ), o que revela que a escala em questão foi capaz de diferenciar os grupos GPD e GPND.

Dos 50 itens, 37 obtiveram diferenças estatisticamente significativas, ou seja, conseguiram captar as diferenças entre os grupos provável depressivo e não provável depressivo. Os itens que não diferenciaram estão destacados em negrito na Tabela 11. Estes itens não foram sensíveis às diferenças na manifestação de sintomas depressivos dos grupos provável depressivo e não depressivo. Esses itens foram analisados a fim de se verificar a permanência ou a retirada dos mesmos antes de rotar a análise fatorial, como será descrito adiante.

Tabela 11

*Comparação dos escores do GPD e do GPND com a EDEP-IJ*

Item	Grupo Provável	Média	Desvio Padrão	F (Levene's teste)	Sig.	T	Sig. (2-tailed)	Diferença de Média
<b>EDEP1</b>	Não Depressivo	,76	,67	1,468	,226	-2,883	,004	-,45
	Depressivo	1,21	,78			-2,467	,023	-,45
<b>EDEP2</b>	<b>Não Depressivo</b>	<b>,49</b>	<b>,61</b>	<b>,084</b>	<b>,772</b>	<b>-1,358</b>	<b>,175</b>	<b>-,19</b>
	<b>Depressivo</b>	<b>,68</b>	<b>,67</b>			<b>-1,241</b>	<b>,230</b>	<b>-,19</b>
<b>EDEP3</b>	Não Depressivo	,80	,68	1,237	,267	-2,542	,011	-,40
	Depressivo	1,21	,79			-2,228	,038	-,40
<b>EDEP4</b>	Não Depressivo	,96	,677	1,437	,231	-2,896	,004	-,46
	Depressivo	1,42	,69			-2,833	,011	-,46
<b>EDEP5</b>	<b>Não Depressivo</b>	<b>,22</b>	<b>,48</b>	<b>23,793</b>	<b>,000</b>	<b>-2,699</b>	<b>,007</b>	<b>-,30</b>
	<b>Depressivo</b>	<b>,53</b>	<b>,84</b>			<b>-1,590</b>	<b>,129</b>	<b>-,30</b>
<b>EDEP6</b>	<b>Não Depressivo</b>	<b>,27</b>	<b>,62</b>	<b>2,261</b>	<b>,133</b>	<b>-1,379</b>	<b>,168</b>	<b>-,20</b>
	<b>Depressivo</b>	<b>,47</b>	<b>,70</b>			<b>-1,240</b>	<b>,230</b>	<b>-,20</b>
<b>EDEP7</b>	Não Depressivo	,80	,61	1,837	,176	-4,681	,000	-,68
	Depressivo	1,47	,69			-4,164	,001	-,68
<b>EDEP8</b>	Não Depressivo	,67	,66	,834	,362	-2,756	,006	-,43
	Depressivo	1,10	,81			-2,304	,033	-,43
<b>EDEP9</b>	Não Depressivo	,61	,68	,762	,383	-4,784	,000	-,75
	Depressivo	1,36	,77			-4,259	,000	-,75
<b>EDEP10</b>	Não Depressivo	,83	,80	,138	,710	-3,954	,000	-,74
	Depressivo	1,57	,83			-3,805	,001	-,74
<b>EDEP11</b>	Não Depressivo	,48	,64	,355	,551	-4,421	,000	-,67
	Depressivo	1,15	,76			-3,770	,001	-,67
<b>EDEP12</b>	Não Depressivo	,23	,45	14,967	,000	-5,593	,000	-,61
	Depressivo	,84	,76			-3,470	,003	-,61
<b>EDEP13</b>	Não Depressivo	,63	,68	,788	,375	-3,629	,000	-,57
	Depressivo	1,21	,79			-3,131	,006	-,57
<b>EDEP14</b>	Não Depressivo	,37	,60	7,055	,008	-6,386	,000	-,89
	Depressivo	1,26	,80			-4,786	,000	-,89
<b>EDEP15</b>	Não	,48	,64	1,126	,289	-5,530	,000	-,83

	Depressivo							
	Depressivo	1,31	,74			-4,791	,000	-,83
<b>EDEP16</b>	Não							
	Depressivo	,38	,61	,871	,351	-4,604	,000	-,66
	Depressivo	1,05	,78			-3,688	,002	-,66
<b>EDEP17</b>	Não							
	Depressivo	,76	,71	,475	,491	-3,918	,000	-,65
	Depressivo	1,42	,77			-3,659	,002	-,65
<b>EDEP18</b>	Não							
	Depressivo	,72	,70	1,250	,264	-3,329	,001	-,54
	Depressivo	1,26	,80			-2,910	,009	-,54
<b>EDEP19</b>	Não							
	Depressivo	,67	,64	,067	,796	-5,346	,000	-,80
	Depressivo	1,47	,61			-5,620	,000	-,80
<b>EDEP20</b>	Não							
	<b>Depressivo</b>	<b>,97</b>	<b>,66</b>	<b>3,510</b>	<b>,061</b>	<b>-,887</b>	<b>,376</b>	<b>-,13</b>
	<b>Depressivo</b>	<b>1,10</b>	<b>,81</b>			<b>-,730</b>	<b>,475</b>	<b>-,13</b>
<b>EDEP21</b>	Não							
	<b>Depressivo</b>	<b>1,08</b>	<b>,73</b>	<b>,107</b>	<b>,744</b>	<b>-,432</b>	<b>,666</b>	<b>-,07</b>
	<b>Depressivo</b>	<b>1,16</b>	<b>,69</b>			<b>-,455</b>	<b>,654</b>	<b>-,07</b>
<b>EDEP22</b>	Não							
	Depressivo	,57	,71	,016	,898	-2,569	,010	-,43
	Depressivo	1,00	,81			-2,277	,035	-,43
<b>EDEP23</b>	Não							
	Depressivo	,74	,62	1,571	,211	-2,869	,004	-,41
	Depressivo	1,16	,76			-2,349	,030	-,41
<b>EDEP24</b>	Não							
	<b>Depressivo</b>	<b>1,23</b>	<b>,70</b>	<b>3,131</b>	<b>,077</b>	<b>,778</b>	<b>,437</b>	<b>,128</b>
	<b>Depressivo</b>	<b>1,10</b>	<b>,88</b>			<b>,635</b>	<b>,533</b>	<b>,128</b>
<b>EDEP25</b>	Não							
	Depressivo	,66	,75	,004	,948	-2,635	,009	-,46
	Depressivo	1,12	,80			-2,447	,024	-,46
<b>EDEP26</b>	Não							
	<b>Depressivo</b>	<b>,27</b>	<b>,55</b>	<b>8,911</b>	<b>,003</b>	<b>-2,762</b>	<b>,006</b>	<b>-,35</b>
	<b>Depressivo</b>	<b>,63</b>	<b>,77</b>			<b>-2,027</b>	<b>,057</b>	<b>-,35</b>
<b>EDEP27</b>	Não							
	Depressivo	,59	,66	3,852	,050	-6,859	,000	-1,03
	Depressivo	1,63	,50			-8,866	,000	-1,03
<b>EDEP28</b>	Não							
	Depressivo	,52	,65	2,757	,097	-3,459	,001	-,52
	Depressivo	1,05	,85			-2,694	,015	-,52
<b>EDEP29</b>	Não							
	<b>Depressivo</b>	<b>,22</b>	<b>,49</b>	<b>15,745</b>	<b>,000</b>	<b>-3,064</b>	<b>,002</b>	<b>-,35</b>
	<b>Depressivo</b>	<b>,57</b>	<b>,77</b>			<b>-2,018</b>	<b>,058</b>	<b>-,35</b>
<b>EDEP30</b>	Não							
	Depressivo	,56	,63	,071	,790	-3,233	,001	-,49
	Depressivo	1,05	,78			-2,675	,015	-,49
<b>EDEP31</b>	Não							
	<b>Depressivo</b>	<b>,29</b>	<b>,59</b>	<b>6,048</b>	<b>,014</b>	<b>-1,719</b>	<b>,086</b>	<b>-,23</b>
	<b>Depressivo</b>	<b>,52</b>	<b>,78</b>			<b>-1,325</b>	<b>,201</b>	<b>-,23</b>
<b>EDEP32</b>	Não							
	Depressivo	,49	,66	5,137	,024	-3,901	,000	-,60

	Depressivo	1,10	,88			-3,012	,007	-,60
<b>EDEP33</b>	Não	,34	,57	9,182	,003	-4,464	,000	-,60
	Depressivo	,94	,85			-3,068	,006	-,60
<b>EDEP34</b>	Não	,42	,65	2,487	,115	-4,879	,000	-,73
	Depressivo	1,15	,60			-5,238	,000	-,73
<b>EDEP35</b>	Não	<b>,79</b>	<b>,61</b>	<b>,004</b>	<b>,953</b>	<b>-1,843</b>	<b>,066</b>	<b>-,26</b>
	Depressivo	<b>1,05</b>	<b>,70</b>			<b>-1,627</b>	<b>,120</b>	<b>-,26</b>
<b>EDEP36</b>	Não	<b>,94</b>	<b>,71</b>	<b>,222</b>	<b>,638</b>	<b>-1,592</b>	<b>,112</b>	<b>-,26</b>
	Depressivo	<b>1,21</b>	<b>,71</b>			<b>-1,586</b>	<b>,129</b>	<b>-,26</b>
<b>EDEP37</b>	Não	,49	,65	1,610	,205	-3,677	,000	-,55
	Depressivo	1,05	,70			-3,399	,003	-,55
<b>EDEP38</b>	Não	,50	,66	,083	,773	-4,002	,000	-,60
	Depressivo	1,10	,74			-3,555	,002	-,60
<b>EDEP39</b>	Não	,23	,51	39,962	,000	-4,962	,000	-,61
	Depressivo	,84	,96			-2,768	,013	-,61
<b>EDEP40</b>	Não	,51	,69	,637	,425	-4,352	,000	-,69
	Depressivo	1,21	,79			-3,783	,001	-,69
<b>EDEP41</b>	Não	,78	,70	,001	,977	-2,661	,008	-,43
	Depressivo	1,21	,72			-2,594	,018	-,43
<b>EDEP42</b>	Não	<b>1,26</b>	<b>,76</b>	<b>,024</b>	<b>,876</b>	<b>,929</b>	<b>,353</b>	<b>,16</b>
	Depressivo	<b>1,10</b>	<b>,80</b>			<b>,876</b>	<b>,392</b>	<b>,16</b>
<b>EDEP43</b>	Não	,39	,63	2,142	,144	-4,189	,000	-,61
	Depressivo	1,01	,82			-3,262	,004	-,61
<b>EDEP44</b>	Não	1,36	,63	,607	,436	3,568	,000	,52
	Depressivo	,84	,76			2,979	,008	,52
<b>EDEP45</b>	Não	,46	,63	1,069	,302	-3,945	,000	-,58
	Depressivo	1,05	,70			-3,587	,002	-,58
<b>EDEP46</b>	Não	,69	,58	1,735	,188	-2,594	,010	-,35
	Depressivo	1,05	,78			-1,970	,064	-,35
<b>EDEP47</b>	Não	,55	,61	,321	,571	-2,720	,007	-,39
	Depressivo	,95	,78			-2,173	,043	-,39
<b>EDEP48</b>	Não	<b>,84</b>	<b>,68</b>	<b>1,635</b>	<b>,201</b>	<b>-1,642</b>	<b>,101</b>	<b>-,25</b>
	Depressivo	<b>1,10</b>	<b>,81</b>			<b>-1,385</b>	<b>,182</b>	<b>-,25</b>
<b>EDEP49</b>	Não	,58	,67	,795	,373	-3,392	,001	-,52
	Depressivo	1,10	,81			-2,809	,011	-,52



<b>EDEP50</b>	Não							
	Depressivo	,47	,62	,249	,618	-4,715	,000	-,68
	Depressivo	1,15	,69			-4,284	,000	-,68

### 6.3 Análise Fatorial

Primeiramente se optaria por retirar os itens (2, 5, 6, 20, 21, 24, 26, 29, 31, 35, 36, 42, 48) que não apresentaram diferença significativa na média do cálculo do teste *t*. Porém, antes foi feita uma análise semântica para se verificar quais descritores desses itens representavam na escala, e para se saber se eram ou não necessários do ponto de vista clínico, já que trata-se de uma análise preliminar. Os itens 20 (indecisão), 26 (anedonia/perda ou diminuição do prazer), 29 (desesperança/falta de perspectiva sobre o futuro) e 36 (lentidão/agitação psicomotora) correspondiam aos únicos representantes dos descritores ou àqueles que eram importantes na escala da depressão. Por isso, esses itens não foram retirados antes de se realizar a análise fatorial exploratória. Já os itens 2 (dúvida), 5 (esquivas de situações sociais), 6 (dúvida), 21 (queda de produtividade), 24 (solidão), 31 (desesperança/falta de perspectiva sobre o futuro), 35 (concentração), 42 (fadiga/perda de energia), e 48 (negativismo) foram retirados. Nas próximas pesquisas com grupos provável depressivo, esses itens ficarão em observação, no sentido de se averiguar se continuarão não discriminando os grupos.

A análise fatorial exploratória com 41 itens, da EDEP-IJ, obteve-se pelo método de adequação de Kaiser-Meyer-Olkin ( $KMO = 0,926$ ) e o teste de esfericidade de Bartlett ( $\chi^2 = 7153,010$ ;  $gl = 741$ ;  $sig = ,000$ ). A extração dos fatores foi por meio de componentes principais, utilizando rotação *Oblimin*. Estabeleceu-se a inclusão de itens com carga fatorial igual ou superior a 0,30, com extração de fatores com valores próprios (*eigenvalues*) maiores que 1. A solução fatorial encontrada apontou 10 fatores, capazes de explicar 54,06% da variância total. O *scree plot* demonstrou que a solução mais adequada seria a

extração de quatro fatores, segundo Dancey &Reidy (2006), em que na sua obra ele expõe diferentes maneiras de interpretar a Figura 1., sendo a extração com três ou quatro fatores, por isso tentou-se com três, que será explicada logo adiante.

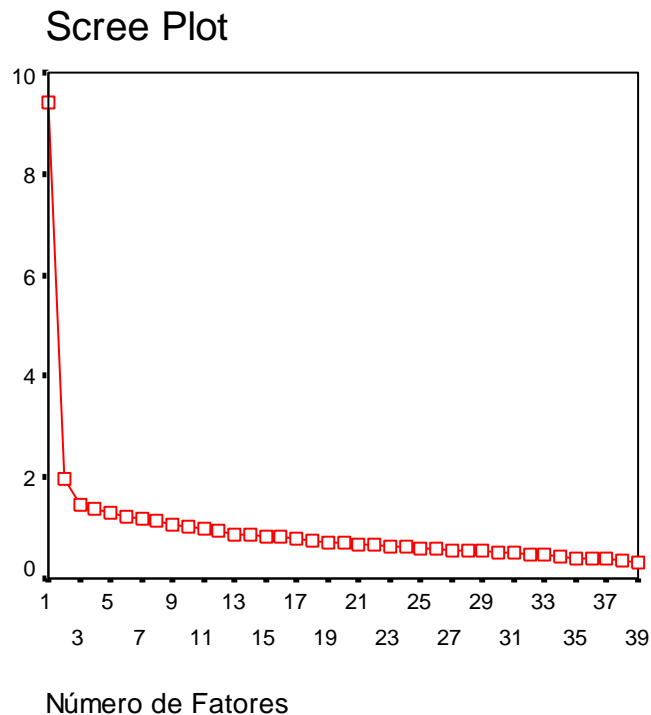


Figura 1. Gráfico de Sedimentação dos *Eigenvalues*.

Assim se realizou uma segunda análise fatorial exploratória, com os mesmos itens da anterior, que não foram retirados da EDEP-IJ, utilizando-se o método de adequação de KMO (0,923) e o teste de esfericidade de *Bartlett* igual a  $\chi^2= 7392,051$ ;  $gl=820$   $sig=,000$ . Tentou-se uma extração dos fatores fixada em três fatores e a inclusão de itens com carga fatorial igual ou superior a 0,30, por meio de componentes principais, utilizando-se rotação *varimax* e *eigenvalues* maiores que 1. Optou-se pela rotação *varimax*, pois *oblimin* assumiu uma correlação baixa dos fatores ( $M=0,128$ ). A variância explicada foi de 31,66%. Dessa análise, os itens 22 e 26 deram carga menor que 0,30.

A partir desses dados e pela análise semântica das dimensões, rotou-se a resolução final, na qual se obteve o KMO=0,924 e o teste de esfericidade de Bartlett, ( $\chi^2= 7147,889$ ;  $gl=741$  sig=,000). Utilizou-se também a rotação *varimax*, a extração dos fatores fixada em 4 fatores, diferente da anterior, que fixou em 3, e a inclusão de itens com carga fatorial igual ou superior a 0,30, excluindo o item 22. Os 4 fatores foram responsáveis por 36,35% da variância total explicada, melhor do que a análise fixada com três fatores, sendo 23,86% no primeiro fator, 5,14% no segundo fator, 3,71% no terceiro e 3,63% no quarto. Somente o item 26 deu carga menor que 0,30. Optou-se, porém, por não rotar uma nova análise sem ele, pois, pela interpretabilidade, esse item é o único que pertence ao descritor correspondente à anedonia.

O item 22 foi o único excluído, a partir da análise fatorial. Os itens dispuseram-se entre os 4 fatores, de forma que o primeiro fator, Fato I ficou com 13 itens, sendo os descritores: choro (2), humor deprimido (1), hipocondria (2), irritabilidade (1), inadequação (1), carência/dependência (1), indecisão (1), fadiga/perda de energia (1), solidão (1), culpa (1) e agitação (1). O segundo, Fator II teve 12 itens correspondendo a descritores como: ideação suicida (2), negativismo (2), solidão (3), sociabilidade (1), desesperança (1), irritabilidade/agressividade (1), autoestima (1) e alteração de sono (1). O terceiro, Fator III, com 11 itens, sendo: autoestima (7), humor deprimido (1), alteração do apetite (1) e dificuldade de resolução de problemas (2) os descritores desse fator. Por fim, o quarto, Fator IV, com três itens, sendo os descritores: lentidão/agitação psicomotora (1), queda da produtividade (1) e concentração (1). Somando assim 39 itens, pois, o 26 apresentou carga inferior a 0,30. A Tabela 12 mostra as componentes e a distribuição dos itens em cada fator, na matriz rotada, após 4 interações.

Tabela 12

*Componentes da matriz rotada e seus respectivos itens.*

		Componentes			
	Descritor	1	2	3	4
EDEP17	Choro	,750			
EDEP18	Choro	,699			
EDEP19	Humor deprimido	,567	,301		
EDEP38	Hipocondria	,519	,352		
EDEP9	Hipocondria	,512			
EDEP4	Irritabilidade	,495			
EDEP8	Inadequação	,492	,316		
EDEP10	Carência/dependencia	,411			
EDEP15	Culpa	,397	,377		
EDEP20	Indecisão	,396			
EDEP45	Fadiga/perda de energia	,369			
EDEP28	Solidão	,388			
EDEP36	Agitação	,344			
EDEP26	Anedonia				
EDEP40	Ideação suicida		,635		
EDEP39	Ideação suicida		,595		
EDEP16	Negativismo	,336	,554		
EDEP7	Negativismo		,521		
EDEP29	Desperança		,497		
EDEP11	Solidão		,461		
EDEP27	Solidão	,410	,437		
EDEP30	Autoestima		,420	,398	
EDEP14	Irritabilidade/agressividade		,388		
EDEP50	Sociabilidade		,382	,366	
EDEP12	Solidão		,357		
EDEP32	Alteração do sono		,324		
EDEP41	Autoestima			,634	
EDEP46	Autoestima			,579	
EDEP37	Autoestima		,333	,560	
EDEP47	Autoestima			,524	,327
EDEP33	Dificuldade de resolução de problemas			,523	
EDEP49	Autoestima		,333	,494	
EDEP44	Autoestima		-,322	-,454	
EDEP34	Humor deprimido		,436	,446	
EDEP43	Alteração do apetite			,430	
EDEP23	Dificuldade de resolução de problemas			,411	
EDEP1	Autoestima		,305	,332	
EDEP13	Concentração				,697
EDEP3	Lentidão agitação psicomotora				,582
EDEP25	Queda de produtividade				,510

#### 6.4 Correlação dos instrumentos

Para a correlação dos escores da EDEP-IJ com os da Escala de Autoconceito Infanto-Juvenil (EAC-IJ) e seus fatores, do *Young Self Report* (YRS) e suas subescalas e do Inventário de Depressão Infantil (CDI), utilizou-se o método paramétrico de *Pearson*, sendo a EDEP-IJ com 40 itens. A seguir, na Tabela 14 encontram-se os resultados encontrados dessas correlações.

O resultado da correlação encontrada entre EDEP-IJ e o CDI foi de 0,80 ( $p < 0,001$ ). Entre a EDEP-IJ com a EAC-IJ e seus fatores foram todos negativos, sendo a magnitude da correlação entre os EAC-IJ total foi de - 0,71 ( $p < 0,001$ ). Em relação aos fatores da EAC-IJ, a maior magnitude encontrada foi entre a EDEP-IJ e a EAC-IJ Social.

As correlações entre o CDI e o EAC-IJ e seus fatores foram negativas, sendo a correlação com menor magnitude a do fator referente ao autoconceito Escolar, o mesmo que aconteceu no resultado da correlação entre a EDEP-IJ e a EAC-IJ Escolar. As outras magnitudes podem ser vistas na Tabela 13.

Tabela 13

*Correlações entre a EDEP-IJ, CDI, EAC-IJ e os seus fatores.*

		EAC-IJ	EAC-IJ Social	EAC-IJ Pessoal	EAC-IJ Familiar	EAC-IJ Escolar
EDEP-IJ	<i>r</i>	-0,71	-0,61	-0,58	-0,37	-0,16
	<i>p</i>	,000	,000	,000	,000	,000
CDI	<i>r</i>	-,65	-,56	-,33	-,18	-,50
	<i>p</i>	,000	,000	,000	,000	,000

O *Young Self Report* apresenta nove subescalas. Essas estão correlacionadas na Tabela 14 com a EDEP-IJ e o CDI. Todas as correlações foram positivas, sendo a correlação de menor magnitude com a subescala do YSR, que avalia o comportamento

delincente. A maior magnitude foi entre a EDEP-IJ e a subescala que avalia ansiedade e depressão. As magnitudes das correlações foram próximas, principalmente entre a EDEP-IJ e YSR e o CDI, já que o CDI avalia o mesmo constructo da EDEP-IJ e o YSR, que avalia comportamentos problemas. Não só as correlações que envolveram a EDEP-IJ, mas os outros instrumentos também, como o YSR e suas subescalas e o CDI, foram correlacionados.. Foi observado que a correlação de menor magnitude foi entre o CDI e a subescala do YSR, que avalia comportamento delincente, e a maior com a dimensão que avalia ansiedade e depressão, assim como ocorrido na EDEP-IJ.

Tabela 14

*Correlações entre a EDEP-IJ, CDI, YSR e suas subescalas.*

		YSR- Total	YSR- -I*	YSR- II*	YSR- III*	YSR- IV*	YSR- V*	YSR- VI*	YSR- VII*	YSR- VIII*	YSR- IX*
EDEP-IJ	<i>R</i>	,78	,73	,64	,54	,66	,63	,66	,36	,59	,41
	<i>P</i>	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
CDI	<i>R</i>	,71	,66	,62	,67	,45	,59	,58	,38	,53	,35
	<i>P</i>	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000

\* YSR-I ansiedade e depressão; YSR-II retraimento; YSR-III; queixas somáticas YSR-IV problemas com relacionamento social; YSR-V problemas com o pensamento; YSR-VI problemas com atenção; YSR- VII comportamento delincente; YSR-VIII comportamento agressivo; YSR-IX autodestruição ou problemas de identidade.

### *6.5 Comparação dos instrumentos com os dados sociodemográficos.*

Em seguida, foram feitas análises de diferenças de médias entre os sexos, estados, idades e escolaridades, de acordo com todos os instrumentos respondidos. Para comparar o sexo masculino com o feminino e os Estados de São Paulo e Minas Gerais, foi utilizado o teste *t* de Student, que busca diferenças entre dois grupos. E na comparação das escolaridades e idades, usou-se a análise de diferença de média ANOVA (Análise de Variância), método estatístico para comparar 3 ou mais grupos.

Nos dados referentes às diferenças de média entre o sexo, percebe-se que somente no YSR não houve diferença significativa, como se pode observar da Tabela 15.

Tabela 15

*Diferenças de médias entre participantes do sexo masculino e feminino, de acordo com os escores obtidos nos instrumentos*

	Sexo	N	Média	Desvio Padrão	<i>T</i>	<i>p</i>
<b>EDEP-IJ</b>	<b>Masculino</b>	<b>296</b>	<b>29,36</b>	<b>11,15</b>	<b>-5,608</b>	<b>,000</b>
	<b>Feminino</b>	<b>379</b>	<b>34,46</b>	<b>12,94</b>		
<b>CDI</b>	<b>Masculino</b>	<b>296</b>	<b>5,84</b>	<b>5,10</b>	<b>-2,633</b>	<b>,009</b>
	<b>Feminino</b>	<b>379</b>	<b>6,97</b>	<b>5,85</b>		
YSR	Masculino	296	60,95	26,51	-2,267	0,24
	Feminino	379	65,40	24,36		
<b>EAC-IJ</b>	<b>Masculino</b>	<b>296</b>	<b>24,80</b>	<b>4,61</b>	<b>5,015</b>	<b>,000</b>
	<b>Feminino</b>	<b>379</b>	<b>23,04</b>	<b>4,47</b>		

A diferença de média em relação aos Estados (Tabela 16), não apresentou nenhuma significância.

Tabela 16

*Diferenças de médias entre participantes dos Estados de Minas Gerais e São Paulo, de acordo com os escores obtidos nos instrumentos.*

	Estado	N	Média	Desvio Padrão	<i>t</i>	<i>P</i>
EDEP-IJ	Minas Gerais	571	32,12	12,32	-,167	,867
	São Paulo	104	32,34	13,13		
CDI	Minas Gerais	571	6,41	5,55	-,723	,470
	São Paulo	104	6,84	5,64		
YSR	Minas Gerais	571	63,13	24,94	-,778	,437
	São Paulo	104	65,24	27,82		
EAC	Minas Gerais	571	23,81	4,68	,053	,958
	São Paulo	104	23,79	4,25		

Para a realização das análises de variância envolvendo a idade, foram formados quatro grupos, de acordo com os quartis, sendo o primeiro formado pelos participantes com idade de 11 e 12; o segundo, com os de 13 anos; o terceiro, composto com os de 14 anos; e

o quarto, com os de 15, 16 e 17. Para os instrumentos EDEP-IJ [F (3;674) = 1,82; p = 0,41], CDI [F (3;674) = 0,97 ; p = 0,42], YSR [F (3;674) = 1,24; p = 0,30] não houveram diferenças significativas em relação às idades. Porém, para a EAC-IJ, foi encontrada diferença [F (2;674) = 3,30; p = 0,02], na análise do Post Hoc. O primeiro grupo diferenciou-se do terceiro grupo, como pode ser observado na Tabela 17.

Tabela 17

*Diferenças de médias das idades dos participantes, de acordo com os escores no*

*EAC-IJ*

Idade	N	Subgrupo para alfa = 0,05	
		1	2
14	112	23,16	
15 a 17	287	23,44	23,44
13	112	24,23	24,23
11 e 12	164		24,61
P		0,198	0,134

Na análise de variância referente às séries dos participantes, pode-se observar que não foram encontradas diferenças significativas entre as médias, para a EDEP-IJ [F (6;674) = 1,18; p = 0,316], CDI [F (6;674) = 1,53; p = 0,164], YSR [F (6;674) = 1,88; p = 0,82], EAC-IJ [F (6;674) = 2,06; p = 0,56].



## 7. DISCUSSÃO

Esse trabalho trata dos primeiros estudos da Escala de Depressão Infanto-Juvenil, desenvolvida para avaliar depressão nessa população, com a intenção de rastrear, informações a respeito de possíveis episódios ou transtorno de humor. Para isso, são necessários estudos que avaliem tal escala para permitir seu uso de forma confiável. A partir do público-alvo da pesquisa, apresentaram-se concepções da adolescência de acordo com algumas abordagens teóricas: a Psicanálise – que afirma serem normais as conturbações desse período (Knobel, 1981); a Socio-histórica – que diz ser esse período historicamente criado pelo homem (Aguiar Bock e Ozella, 2001); e a Comportamental – que considera os conflitos vividos nessa fase como produto do meio ambiente (Banaco, 1998). Assim, pode-se perceber que os instrumentos utilizados na presente pesquisa corroboraram com os estudos de Arnett (1999), Crivalatti e colaboradores (2006) Kristensen e colaboradores (2004) e Millsteins e colaboradores (1993), pois esses autores ressaltam que a adolescência é um período de grande vulnerabilidade, acarretando riscos, oportunidades e grandes mudanças biopsicossociais.

Com relação às estatísticas descritivas, pode-se dizer que houve uma grande diferença no número de participantes do grupo provável não depressivo (GPND) e do grupo provável depressivo (GPD). No que se refere à média, o grupo provável não depressivo apresentou, no CDI, valores semelhantes com a encontrada no estudo de Cruvinel e cols., (2008). O EAC-IJ também apresentou uma média do GPND parecido com a do Manual (Sisto & Martinelli, 2004). Também para o YSR, para o grupo provável não depressivo, esse resultado vai ao encontro dos dados do manual, em se tratando da média das meninas e dos meninos. Isso significa que a amostra corrobora com a população avaliada nos estudos supracitados.

Relacionado à compreensão da distribuição aos itens da EDEP-IJ, um dos meios utilizados para a concretização desse objetivo foi a análise fatorial. Para isso, primeiramente se compararam os escores de cada item da EDEP-IJ, a fim de verificar as diferenças de médias entre o grupo provável depressivo e o não depressivo. A partir desse resultado, uma parte significativa dos itens discriminou os dois grupos, de acordo com os descritores nos manuais (DSM-IV-TR, APA, 2002 & CID-10, OMS, 2003). Ressalta-se que a depressão tem muitos sintomas bastante comuns, podendo ser encontrados em quaisquer grupos. Em particular, os sintomas afetivos, por si, não caracterizam depressivos, mas apenas em conjunto com outros sintomas e, por conseguinte, de qualquer forma, agregam para a formulação ou não de um diagnóstico. Sendo assim, a análise para exclusão de itens em instrumentos de autoavaliação da depressão requer um cuidado maior. Pode ser que um item que descreve um sintoma não tenha muita importância por si só, mas em conjunto com outros sintomas é indispensável na avaliação diagnóstica da depressão. A importância desses sintomas para o diagnóstico não se restringe apenas ao seu caráter qualitativo, mas também ao seu caráter quantitativo, uma vez que os critérios previstos nos manuais psiquiátricos (DSM-TR e CID-10) são alcançados também pela quantidade de sintomas expressados (APA, 2002; OMS, 2000).

Em seguida, foi realizada a Análise Fatorial propriamente, como se pode perceber em algumas pesquisas. Cruvinel e cols., (2008), Olsson e Knorring (1997) , Masip e cols., (2008) utilizam a análise fatorial como procedimento psicométrico. Esta técnica foi desenvolvida como meio de identificar traços psicológicos, e pode ser considerada como uma técnica estatística refinada para analisar as inter-relações de dados (Anastasi & Urbina 2001). Tal técnica é considerada como um dos procedimentos psicométricos mais frequentemente utilizados na construção, validação de instrumentos psicológicos e também no desenvolvimento de teorias psicológicas (Laros 2001).

Neste trabalho, a Análise Fatorial exploratória teve o processo parecido com o do manual do CDI (Kovacs, 1992), em que se optou por rotar primeiramente com a rotação *oblimin*, partindo do pressuposto de que esta é a mais adequada, já que a depressão é um construto em que os fatores são correlacionados (Kovacs, 1992). Porém, neste trabalho, as correlações foram baixas e optou-se pela rotação *varimax*. Outra semelhança ocorreu em relação à fixação dos fatores. No trabalho de Kovacs (1992), o *scree plot* mostrou 6 fatores e fixou-se em 5; já em relação a EDEP-IJ, mostrou-se inicialmente com dez fatores, fixando-se em três e, finalmente, optando por fixar em 4. E a variância do primeiro fator foi bastante semelhante nos dois trabalhos: 23,86% para EDEP-IJ e 23,3% para o CDI.

Comparando-se parâmetros psicométricos da EDEP-IJ com o estudo de Cruvinel e cols., (2008), utilizando o CDI na versão brasileira com 20 itens, podem-se notar diferenças nas quais a análise fatorial do CDI mostrou cinco fatores em um primeiro estudo, que explicavam 49,6% da variância e, em um segundo estudo, com uma amostra diferente do primeiro, pois a variância explicou 43,9%, mas também apresentou 5 fatores. A EDEP-IJ mostrou 10 fatores em um primeiro momento, que explicaram 54,06%; e, ao longo do processo de análise, foi demonstrando que a solução mais adequada seria a extração de quatro fatores, como demonstrou o *scree plot*. E, ao final, a variância explicada foi de 36,08%.

Esse estudo de Cruvinel e cols., (2008), apontou cinco fatores após a rotação da análise fatorial e seus fatores não foram bem definidos de acordo com a sintomatologia da depressão, assim como os fatores Geral I e Geral II da EDEP-IJ apresentaram variados descritores. Esse resultado pode apontar uma direção para as próximas pesquisas que a EDEP-IJ pode ser uma escala unifatorial com menor quantidades de itens.

O estudo de Romero e colaboradores (2008) realizou-se uma análise fatorial com escala de depressão de ZSDS que obteve-se quatro fatores com uma variância total

explicada de 36,9% bastante parecida com este de estudo de encontrou-se a variância de 36,35%, não só da variância total como também da variância dos fatores responderam de forma bastante parecida. Apesar da variância ter sido parecido com a análise fatorial da EDEP-IJ o conteúdo foi diferente. O primeiro fator denominados pelos autores de depressão do núcleo foi composto de oito itens, esses itens foram de descritores variados, porém no segundo fator denominado de fator cognitivo foi composto por quatro itens correspondendo a descritores ligado a sintomas cognitivos da depressão como confusão, indecisão e fadiga. E o terceiro, chamado de fator ansiedade com três itens, sendo os descritores distúrbio do sono, agitação psicomotora e irritabilidade e já o quarto fator com três itens com os descritores diminuição do apetite, perda de peso e taquicardia. Percebe-se que o resultado da análise do estudo de Romero e colaboradores (2008) foi ao encontro com o estudo da EDEP-IJ no sentido que ambas tiveram vários itens concentrados do primeiro fator de diferentes descritores e um número menor de itens no último. Porém há uma diferença entre as escalas, que é a questão da população destinada que a EDEP-IJ tem itens destinados a amostra adolescente, dessa forma o fator 4 foi o Fator ambiente escolar e também em relação ao conteúdo como já foi dito.

Após a Análise Fatorial, os itens dispuseram-se entre 4 fatores: o primeiro, Fator I, no qual apresentou itens de vários descritores, com 13 itens sendo os descritores choro (2), humor deprimido (1), hipocondria (2), irritabilidade (1), inadequação (1), separação (1), indecisão (1), fadiga/perda de energia (1) e agitação (1). O segundo, Fator II, que também apresentou fatores gerais apresentou 12 itens: ideação suicida (2), negativismo (2), solidão (2), sociabilidade (2), desesperança (1), irritabilidade/agressividade (1), autoestima (1) e alteração de sono (1). O Fator III, que apresenta ou a maioria dos fatores relacionados com a autoestima com 11 itens: autoestima (7), humor deprimido (1), alteração do apetite (1) e dificuldade de resolução de problemas (2) como os descritores desse fator. E o quarto, Fator

IV, que apresentou a maioria dos itens relacionados ao ambiente escolar com três itens: lentidão/agitação (1) psicomotora (1), queda da produtividade (1) e concentração. Em relação a esses fatores, pode-se destacar que o terceiro concentrou-se em sete itens relacionados à autoestima; nos outros fatores não houve nenhuma concentração tão expressiva de itens, embora a maioria dos itens da escala pertence ao descritor da autoestima. Pode-se perceber também que o segundo fator teve em sua maioria sintomas afetivos o quarto apresentou-se todos os itens relacionados ao ambiente escolar.

Porém, muitos estudos de análise fatorial não discriminam os itens agrupados em cada fator, e assim fica difícil saber se o item realmente se encaixa em determinada categoria. Somado a isso, esses dados podem ser explicados pelo fato de que depressão não é uma doença que tem a sintomatologia homogênea para todos os sujeitos. De quaisquer forma, a análise fatorial deste estudo foi de cunho exploratório, já que os depressivos foram apenas 19.

Em um estudo brasileiro com a CES-D, Silveira e Jorge (1998) utilizaram-se da Análise fatorial para a exclusão dos itens, por meio do método do Quadrado das Correlações Múltiplas (QCM) maior que 0,15. Para a exclusão de itens da EDEP-IJ, foi adotado o critério de carga fatorial menor que 0,30, juntamente com uma análise semântica do autor da escala e da autora deste trabalho. Ao final do estudo, a CES-D apresentou quatro fatores. Porém, os autores não classificaram esses fatores para comparar com a EDEP-IJ. Mesmo com esses resultados paramétricos mais aceitos, estatisticamente, para uma escala, vale ressaltar que a EDEP-IJ necessita mais estudos psicométricos.

Comparando os dados da EDEP-IJ com os outros estudos de escalas de rastreamento de sintoma depressivo (Cruvinel & cols., 2008; Masip & cols., 2008; Rocha & cols., 2006; Silveira & Jorge, 1998), quando se trata do número de itens, a EDEP-IJ, até o momento, está com 40 itens; e as outras escalas têm, em média, 25. A diferença de

variância explicada entre o primeiro fator e os demais também sugere uma escala unidimensional, nesse caso, outros estudos podem ser realizados a partir da Teoria de Resposta ao Item, já que a condição de unifatoriedade é a condição adequada para essa teoria estatística moderna.

Há diferentes formatos, tamanhos e tipos de resposta para escalas, por isso torne-se inviável a comparação do tempo aplicação. Quanto à idade dos sujeitos que podem responder à escala, ainda não foi definida pelo autor, pois ele ainda necessita de outros estudos para verificar tal caracterização da escala.

Na discussão dos dados sociodemográficos, pode-se dizer que ambos os instrumentos que avaliam a depressão (EDEP-IJ e CDI) apresentaram diferença significativa, na média, entre os sexos. As meninas possuem a média maior, comparadas aos meninos, dados que concordam com a literatura (MacPhee e Andrews; 2006; Saluja & cols.; 2004; Olsson & Knorrning, 1997; Rocha & cols., 2006). O EAC-IJ também apresenta diferença significativa. Porém, os meninos apresentam uma pontuação mais alta que a pontuação das meninas, o que está em consonância com os dados encontrados por Sisto e Martinelli (2004). Nos dados do YSR não foi encontrada diferença significativa, embora na amostra normativa do manual apresenta uma diferença significativa (Achenback & Rescorla, 2001).

No estudo de Gouveia e colaboradores (1995) não ocorreu variação entre as idades no CDI; o que também ocorreu no presente estudo, diferente do que é observado por Saluja e colaboradores (2004) de que a prevalência da depressão aumenta com a idade. Já em relação à escolaridade, a diferença no presente estudo foi significativa ao contrário encontrado por Gouveia e colaboradores (1995).

As correlações encontradas entre a EDEP-IJ e os outros instrumentos foram altas, segundo o critério de Dancey e Reidy (2006). Na correlação entre EDEP-IJ e o CDI, foi a

maior magnitude encontrada dos instrumentos. Isso pode ser explicado, pois ambos avaliam o mesmo constructo, valores que corroboram com a literatura (Olssoan & Knorrning, 1997; Steer & cols., 2002).

Tratando-se das correlação entre a EDEP-IJ e o EAC-IJ, pode-se afirmar que, para Andrade e Argimon (2008), os sintomas da depressão, em adolescentes, geralmente são: irritabilidade e instabilidade; humor deprimido; perda de energia; desmotivação e desinteresse; retardo psicomotor; sentimentos de desesperança e/ou culpa; alterações do sono; isolamento; dificuldade de concentração; prejuízo no desempenho escolar; baixa autoestima; ideação e comportamento suicida; problemas graves do comportamento. Tais características podem ser comprovadas no presente estudo, tendo em vista o resultado da correlação negativa entre a EDEP-IJ e o EAC-IJ, pois esse último avalia prejuízo no desempenho escolar, baixa autoestima, dificuldade de concentração, sendo muito dos sintomas rastreados pela EDEP-IJ.

Os resultados que se referem às correlações da EDEP-IJ e o YSR e suas subescalas foram consoantes com estudo de Ivarsson e colaboradores (2002) que correlacionaram o YSR com o *Depression Self Rating Scale* (DSRS), em que as subescalas que tratam de ansiedade e depressão e retraimento tiveram as maiores magnitudes de correlações, e as subescalas relacionadas a comportamento delincente e comportamento agressivo apresentaram as menores magnitudes. Porém, a correlação encontrada do YSR total, neste trabalho, foi alta; e a do trabalho de Ivarsson e colaboradores (2002) foi moderada. A conclusão dos autores é que as subescalas do YSR, que aborda aspectos da ansiedade e da depressão e retraimento também podem ser utilizada para o rastreamento de sintomas depressivos.

## 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

De maneira geral, os objetivos desta pesquisa foram cumpridos, encontrando respaldo na literatura específica, de forma a confirmar o que se esperava em relação à avaliação da depressão. As análises realizadas conferiram à EDEP bons resultados psicométricos, o que a torna um instrumento promissor para auxiliar no rastreamento depressivo da população infanto-juvenil.

É de suma importância enfatizar a dificuldade em obter amostra de depressivos: primeiro, conseguir instituições disponíveis e, após encontrá-las, obter as devidas autorizações. Observou-se a relutância no que se refere à cooperação dos profissionais para a realização da pesquisa, principalmente no que concerne às diferentes abordagens da Psicologia; segundo, constatou-se dificuldade na coleta, em razão da própria população, pois os depressivos em tratamento medicamentoso têm seus sintomas mais contidos, o que justificou grande exclusão de participantes na amostra do grupo provável depressivo. Porém, a despeito dessa dificuldade na coleta, é importante investigar esse grupo, principalmente no Brasil, onde o número de pesquisas com a análise diferencial é limitada, se comparada com o de outros países. Espera-se que outros estudos possam incluir um número maior de depressivos, contribuindo para os estudos de validade de instrumentos que pretendem investigar a depressão.

É importante destacar que a pesquisa contou com análises de cunho exploratório e investigativo a primeira com a EDEP-IJ. São necessárias outras pesquisas, já que esta contribui dentro da sua limitação e espera-se que estas limitações sejam superadas.

Vale ressaltar a importância deste trabalho como sendo o primeiro a buscar evidências de validade da EDEP-IJ, um instrumento de rastreamento para sintomatologia depressiva construído e desenvolvido no Brasil para uma população específica que é a



infanto-juvenil. Visto que muitas das escalas utilizadas passam somente por um processo de tradução, o que não leva em consideração a cultura brasileira.

É de grande valia um instrumento que busca rastrear sintomas depressivos em instituições e consultórios, para auxiliar os psicólogos a identificarem possíveis casos de patologias dos pacientes e a buscarem o melhor tratamento para seus pacientes. A avaliação psicológica no contexto da saúde precisa de expandir seu campo de atuação visto que alguns profissionais da área não têm conhecimento do que seja um processo de avaliação e as vantagens que tais técnicas podem contribuir para os usuários e profissionais.

## REFERÊNCIAS

- Aberastury, A. (1986). O adolescente e a liberdade. Em A. Aberastury & M. Knobel, (Orgs.), *Adolescência normal* (pp. 13-23). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Achenbach, T.M., & Rescorla, L.A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families
- Aguiar, A. W. M. J., Bock, A. M. B. & Ozella, S. (2001). Orientação profissional com adolescentes: um exemplo de prática na abordagem sócio-histórica. Em A. M. B. Bock, M. G. M. Gonçalves & O. Furtado (Orgs.), *Psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica em psicologia* (pp. 163-178). São Paulo: Cortez.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AAMCA) (2008). *The Depression Child*. Recuperado em 29 de outubro de 2009: [http://www.aacap.org/cs/root/facts\\_for\\_families/the\\_depressed\\_child](http://www.aacap.org/cs/root/facts_for_families/the_depressed_child)
- American Educational Research Association, American Psychological Association, National Council on Measurement in Education (1986). *Standards for Educational and Psychological Testing*. Washington, DC: American Psychological Association.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR, Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Anastasi, A. & Urbina, S. (2000). *Fundamentos da testagem psicológica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Andrade, M. T. & Argimon, L. I. (2008). Sintomas Depressivos e uso de *cannabis* em adolescentes. *Psicologia em Estudo, Maringá*, (13)3, 567-573.
- Arnett, J.J. (1999). Adolescent Storm and Stress, Reconsidered. *American Psychological Association*, 54(5), 317-326.
- Assunção, F. B. & Kuczynski, E. (2003). Transtorno de humor. Em: F. B. Assunção & E. Kuczynski, *Tratado de Psiquiatria da Infância e Adolescência* (pp. 307-320). São Paulo: Atheneu.
- Avanci, Q. U., Assis, G. S. & Oliveira, V. C. R. (2008). Sintomas depressivos na Adolescência: estudo sobre fatores psicossociais em amostra de escolares de um município do Rio de Janeiro, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 24(10), 2334-2346.
- Bahls, S. C. (2002). Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. *Jornal de Pediatria*, 78(5), 359-66.
- Banaco, R. (1998). Adolescentes e terapia comportamental. Em B. Rangé (Org.). *Psicoterapia Comportamental e Cognitiva, pesquisa, prática, aplicação e problemas*. (PP 143-148). São Paulo: Editorial Psy

- Baptista, C. A. & Golfeto, J. H. (2000). Prevalência de depressão em escolares de 7 a 14 anos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 27(5), 253-255.
- Baptista, M. N., Baptista, A. S. D. & Dias, R. R. (2001). Estrutura e suporte familiar como fatores e risco na depressão de adolescentes. *Psicologia: ciência e profissão*, 21(2), 52-61.
- Barbosa, G. A., Dias, M. R., Gaião, A. A. & Lorenzo, W. C. G. (1996). Depressão infantil: um estudo de prevalência com CDI. *Revista de Neuropsiquiatria da Infância e Adolescência*, 4(3), 36-40.
- Baron, P. & Campbell, T.L. (1993). Gender differences in the expression of depressive symptoms in middle adolescents: An extension of early findings. *Adolescence*, 28, 903-911.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1982). Uma visão geral. Em: A. T. Beck, A. J. Rush, B. F. Shaw, & G. Emery, *Terapia cognitiva da depressão* (pp. 15-45). Rio de Janeiro: Zahar.
- Brasil. (1990) Ministério da Saúde. *Estatuto da criança e do adolescente*. Brasília: Ministério da Saúde, 1991. 110p.
- Botega, N. J., Furlanetto, L. & Fráguas Jr., R. (2006). Depressão. Em N. J. Botega (Org.), *Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: Interconsulta e Emergência* (pp. 225-246). Porto Alegre: Artmed.
- Calderano, R. S. S. & Carvalho, C. V. (2005). Depressão da Infância um estudo exploratório. *Psicologia em Estudo*, 10(2), 181-189.
- Calil, H. M. & Pires, M. L. (1998). Aspectos gerais das escalas de avaliação de depressão. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25(5), 240-244.
- Campos, D. M. S. (1975). *Psicologia da Adolescência* (3ª ed.). Petrópolis: Vozes.
- Capitão, C. G., Scortegagna, S. A. & Baptista, M. N. (2005). A importância da avaliação psicológica na saúde. *Avaliação Psicológica*, 4(1), 45-82.
- Chrissman, A., Egger, H., Compton, S. N., John, C. & Goldston, B. D. (2006). Assessment of Childhood Depression. *Child and Adolescent Mental health*, 11(2), 111-116.
- Coutinho, M. P. L., Carolino, Z. C. G. & Medeiros, E. D. (2008). Inventário de Depressão Infantil (CDI): Evidências de Validade de Constructo e Consistência Interna. *Avaliação Psicológica*, 7(3), 291-300.
- Costello, E. J., Erkanli, A. & Angold, A. (2006). Is there an epidemic of child or adolescent depression? *Journal of Child Psychiatry*, 47(12), 1263-1271.

- Crivelatti, M. M. B., Durman, S. & Hofstatter, L. M. (2006). Sofrimento Psíquico na Adolescência. *Texto Contexto Enfermagem*, 15(Esp), 64-70.
- Cruvinel, M., Boruchovitch, E. & Santos, A. A. A. (2008). Inventário de Depressão Infantil (CDI): análise dos parâmetros psicométricos. *Revista de Psicologia*, 20(2), 473-489.
- Cunha, B. F. V. da, Buzaid, A., & Watanabe, C. E. (2005). Depressão na infância e adolescência: revisão bibliográfica. *Revista Virtual da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*, 15(3), 8-16.
- Dancey, C.P., & Reidy, J. (2006). Estatística sem matemática para psicologia usando SPSS para Windows. Porto Alegre: Artes Médicas
- Dalgalarondo, P. (2002). *Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Dell'Aglio, D. D. e Hutz, C. (2002). Estratégias de coping de crianças e adolescentes em eventos estressantes com pares e adultos. *Psicologia USP*, 13 (2), 203-225.
- Del Porto, J. A. (1999). Depressão: Conceito e Diagnóstico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21(supl. 1), 6-11.
- Ferster, C. B., Culbertson, S., & Boren, M. C. (1977). Depressão clínica. Em: C. B. Ferster, S. Culbertson, & M. C. Boren, Princípios do comportamento (M. I. Silva, M. A. Rodrigues, & M. B. Pardo, Trans., pp. 699-725). São Paulo: Editora Hucitec.
- Ferreira, T. H. S. (2001). *A formação da identidade em adolescentes: Um estudo exploratório com estudantes do Ensino Médio*. Dissertação de Mestrado, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.
- Fonseca, M. H., Ferreira, R. A. & Fonseca S.G. (2005). Prevalência de sintomas depressivos em escolares. *Pediatria*.27(4), 223-232.
- 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.
- Grevet, E. H. & Knijnik, L. (2001). Diagnóstico de depressão maior e distímia. *Revista AMRIGS*, 45(3,4), 108-110.
- Hoffman L, Paris S, Hall E. *Psicología del desarrollo hoy* (vol. 2). Madrid: Mcgraw-Hill; 1996. [edição espanhola]
- Holmes, D. (2001). *Psicologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed.
- Iacoponi, E. & Mari, J. J. (1988). Reliability and factor structure of the Portuguese of self-reporting questionnaire. *The International Journal of Social Psychiatry*, 35(3), 213-222.

- Ivarsson, T., Gillberg, C., Arvidsson, T. & Broberg, A. (2002). The Youth Self-Report (YSR) and the Depression Self-Rating Scale (DSRS) as measures of depression and suicidality among adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 11(1), 31-37.
- Kovess-Masfety, V., Briffault, X. & Sapinho, D. (2009). Prevalence, Risk Factors, and Use of Health Care in Depression: a Survey in a Large Region of France Between 1991 and 2005. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54(10), 701-709.
- Kovacs, M. (1992). *Children Depression Inventory - CDI: Manual*. New York: Multi-Health Systems.
- Knobel, M. (1986). Síndrome da adolescência normal. Em A. Aberastury & M. Knobel (Orgs.), *Adolescência normal* (pp. 24- 26). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kristensen, C. H., Leon, J. S., D’Incao, D. B. & Dell’Aglia, D. D. (2004). Análise da frequência e do impacto de eventos estressores em uma amostra de adolescentes. *Interação em Psicologia*, 8(1), 45-55.
- Laboratório de Terapia Comportamental do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. (Trad.). (2006). *Guia para profissionais da saúde mental sobre o Sistema de Avaliação Baseado em evidências do Achenbach (ASEBA)*. São Paulo. Tradução da obra: Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA)(4<sup>th</sup> ed.) Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families, Burlington. VT. Triagem de circulação interna.
- Laros, J. A. (2001). O uso da análise fatorial: algumas diretrizes para pesquisadores. Em L. Pasquali (Org.), *Análise fatorial para pesquisadores* (pp.177-203). Brasília: Laboratório de Pesquisa em Avaliação Psicológica.
- MacPhee, A. R. & Andrews J. J. W. (2006). Risk Factors for depression in early adolescence. *Adolescence*, 41(163), 435-466.
- Mari, J. J. & Williams, P. (1986). A validity study of psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo, Brasil. *Journal Psychiatric*, 148, 23-26.
- Masip, A. F., Campos, J. A. A. & Olmos, J. G. (2008). Psychometric Properties of the Reynolds Child Depression Scale in Community and Clinical Samples. *The Spanish Journal of Psychology*, (11)2, 641-649.
- Monteiro, K. C. C. & Lage, A. M. V. (2007). A depressão na adolescência. *Psicologia em estudo*, 12(2), 257-265.
- Millstein, S., Nightingale, E. O., Petersen, A. C., Mortimer, A. M. & Hamburg, D. A. (1993). Promoting the healthy development of adolescents. *Journal of the American Medical Association*, 269(11), 1413-1415.
- Monteiro, K. C. C. & Lage, A. M. V. (2007). A depressão na adolescência. *Psicologia em estudo*, 12(2), 257-265.

- Mussen, P. H., Conger, J. J., Kagan, J. & Huston, A. C. (1995). *Desenvolvimento e Personalidade da Criança*. São Paulo: Harbra.
- Olsson G., & Knorrning L. (1997). Beck's Depression Inventory as a screening instrument for adolescent depression in Sweden: gender differences. *Acta Psychiatrica Scandinava.*, 95(4) 277-287.
- Organização Mundial de Saúde (OMS) (1997). *Executive summary: Mental and neurological disorders*. Recuperado em 20 de janeiro de 2011: [http://www.who.int/whr/1997/media\\_centre/executive\\_summary1/en/index14.html](http://www.who.int/whr/1997/media_centre/executive_summary1/en/index14.html)
- Organização Mundial de Saúde (OMS) (2000). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10*. Recuperado em 10 de outubro 2009: <http://www.datasus.gov.br/cid10>.
- Organização Mundial de Saúde (OMS) (2009). *Data and statistics: Mental health*. Recuperado em 10 outubro de 2009: [http://www.who.int/mental\\_health/](http://www.who.int/mental_health/)
- Ozella, S. (2002). Adolescência: uma perspectiva crítica. Em M. L. J. Contini, S. H. Koller & M. N. S. Barros (Orgs.), *Adolescência e psicologia. Concepções, práticas e reflexões críticas* (pp. 16-24). Rio de Janeiro: Conselho Federal de Psicologia,
- Papallia, D. E. & Olds, S. W. (2000). *Desenvolvimento Humano*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Pasquali, L. (Org.) (2001). *Técnicas de exame psicológico – TEP: Fundamentos das técnicas psicológicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Pereira, D. A. & Amaral, V. L. A. D. (2007). Validade e Precisão da Escala de Avaliação de Depressão para Crianças. *Estudos de Psicologia – PUC Campinas*, 21(1), 5-23.
- Primi, R; Muniz, M. & Nunes, C. H. S. S. (2009). Definições Contemporâneas de Validade de Testes Psicológicos.. In: Cláudio Simon Hutz. (Org.). *Avanços e polêmicas em avaliação psicológica..* São Paulo: Casa do Psicólogo, 2009, v. , p. 243-265.
- Rocha, T. H. R., Ribeiro, J. E. C., Pereira A. G., Aveiro, C. C. & Silva L. C. A. M. (2006). Sintomas depressivos em adolescentes de um colégio particular. *Psico-USF*, 1(1), 95-102.
- Romera I., Delgado-Cohen H., Perez, T, Caballero, L. & Gilaberte, I.(2008) Factor analysis of the Zung self-rating depression scale in a large sample of patients with major depressive disorder in primary care *BMC Psychiatry* 8(4), 1-8.
- Sadock, B. J. & Sadock, V. A. (2007). *Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Saluja, G., Iachan, R., Scheidt P. C., Overpeck, M. D., Sun, W. & Giedd, J. N. (2004). Prevalence of and Risk Factors for Depressive Symptoms Among Young Adolescents. *Archives of Pediatric Adolescence Medicine*, 158, 760-765.
- Sharp, K. L. & Lipsky, M. S. (2002). Screening for Depression Across the Lifespan: A Review of Measures for Use in Primary Care Settings. *American Family Physician*. 66(6), 1001-1009.
- Silveira, D. X. & Jorge, M. R. (1998). Propriedades Psicométricas da escala de rastreamento populacional para depressão CES-D em populações clínica e não-clínica de adolescentes e jovens adultos. *Revista de Psiquiatria Brasileira*, 25(5), 11-16.
- Sisto, F. F. & Martinelli, S. C. (2004). *Escala de Autoconceito Infante-Juvenil (EAC-IJ)*. São Paulo: Vetor.
- Souza, L. D. M., Silva, R. S., Godoy, R. V., Cruzeiro, A. L. S., Faria, A. D., Pinheiro R. T., Horta, B. L. & Silva, R. A. (2008). Sintomatologia depressiva em adolescentes. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 57(4), 261-266.
- Steer, R. A., Gulab, N. A. & Beck, A. T. (2002). Beck Convergent Validity of the Beck Depression Inventory–II with the Reynolds Adolescent Depression Scale in Psychiatric Inpatients. *Journal of Personality Assessment*, 78(3), 451-460.
- Unsal, A. & Unal, A. (2008). Prevalence of Students with Symptoms of Depression Among High School Students in a District of Western Turkey: an Epidemiological Study. *Journal of School Health*, 78(5), 286-293.
- Urbina, S. (2007). *Fundamentos da testagem psicológica*. Porto Alegre: Arned.
- Walker, L., Merry, S., Watson, P.D., Robison, E., Crengle. S., & Schaaf D. (2005) The Reynolds Adolescent Depression Scale in New Zealand adolescents. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39(3)136-140.
- Wathier, J. L., & Dell'Aglio, D. D. (2007). Sintomas depressivos e eventos estressores em crianças e adolescentes no contexto de institucionalização. *Revista de Psiquiatria RS*, 29(3), 305-314.
- Wathier, J. L., Dell'Aglio, D. D. & Bandeira, D. R. (2008). Análise fatorial do Inventário de Depressão Infantil (CDI) em amostra de jovens brasileiros. *Avaliação. Psicologica*, 7(1), 75-84.
- Weissman, M. M. (1987). Advances in psychiatric epidemiology: rates and risks for major depression. *American Journal of Public Health*, 77(4), 445-451.
- World Health Organization (WHO) (2007). *The Adolescent with a Chronic Condition: Epidemiology, developmental issues and health care provision*. Disponível on-line em <http://www.searo.who.int>. Acesso em 10 de abril de 2010.