

CASSANDRA CARDOSO



**PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DA BATERIA DE
AVALIAÇÃO DE INDICADORES DA DEPRESSÃO
INFANTOJUVENIL (BAID-IJ)**

CAMPINAS
2018

CASSANDRA CARDOSO

**PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DA BATERIA DE
AVALIAÇÃO DE INDICADORES DA DEPRESSÃO
INFANTOJUVENIL (BAID-IJ)**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da Universidade São Francisco (USF), Área de concentração em Avaliação Psicológica, para obtenção do título de Doutor em Psicologia.

ORIENTADOR: DR. MAKILIM NUNES BAPTISTA

CAMPINAS
2018

WM190 Cardoso, Cassandra.
C261p Propriedades psicométricas da bateria de avaliação de indicadores da depressão infantojuvenil (BAID-IJ) / Cassandra Cardoso. – Campinas, 2018.
110 p.

Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da Universidade São Francisco.
Orientação de: Makilim Nunes Baptista.

1. Sintomas depressivos. 2. Infantojuvenil. 3. Crianças. 4. Adolescentes. 5. BAID-IJ. II. Baptista, Makilim Nunes. III. Título.



UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
EM PSICOLOGIA

Cassandra Cardoso defendeu a tese “PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DA BATERIA DE AVALIAÇÃO DE INDICADORES DA DEPRESSÃO INFANTOJUVENIL (BAID-IJ)” aprovada pelo Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da Universidade São Francisco em 15 de junho de 2018 pela Banca Examinadora constituída por:

Prof. Dr. Makilim Nunes Baptista
Presidente

Profa. Dra. Camila Rosa de Oliveira
Examinadora

Profa. Dra. Irani Iracema de Lima Argimon
Examinadora

Prof. Dr. Nelson Hauck Filho
Examinador

Prof. Dr. Ricardo Primi
Examinador

DEDICATÓRIA

Dedico esta tese, aos meus pais, Trajano e Jandira, que me ensinaram o valor do estudo e da vida.

Às minhas filhas, Martina e Rafaela, para que saibam como a busca do conhecimento pode ser gratificante.

Ao meu marido, Luciano, com quem divido e realizo sonhos.

AGRADECIMENTOS

Ao apoio do meu marido Luciano Webber, e das minhas filhas, Martina e Rafaela. Vocês iluminam os meus dias! Amo vocês! Agradeço à toda a minha família, que é a base de amor, compreensão e incentivo em minha vida. Meus pais, Trajano Porto Cardoso e Jandira Pereira Cardoso, meus irmãos, Cristiane Cardoso, Cassiano Pereira Cardoso e Camilo Pereira Cardoso, meus cunhados, que também são irmãos, meus queridos sobrinhos e à minha sogra, Dona Maria Arleti Webber.

Agradeço às minhas amigas e colegas do Dinter: Fernanda Grendene, Denise Gelain, Juliana Frigueto, Mariane Mattjie, Sibebe Zanin, Simone Portela Dalbosco, Kelly Zanon Pisoni, Susana Konig Luz e Vanessa Domingues Ilha; minhas companheiras nesta jornada. À Fernanda Grendene, com quem convivi mais intensamente e com quem compartilhei alegrias e angústias. Valeu amiga! À Simone Portela Dalbosco, com que me reencontrei neste momento importante e continua afetuosa e disponível.

À IMED, cujo dinamismo proporcionou este DINTER. À USF e ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia e aos seus professores Doutores, Fabian Rueda, Acácia Acacia Aparecida Angeli dos Santos, Ana Paula Porto Noronha, Nelson Hauck Filho, Cristhian Zanon, Rodolfo Ambiel, Anna Elisa Villemor Amaral, que se dispuseram a vir para o Sul, compartilhar seu conhecimento, e principalmente, o amor pelo que fazem. Agradeço ao Prof. Nelson Hauck Filho, pelos ensinamentos quando trabalhamos em um artigo, e à Prof.^a Ana Paula Porto Noronha por ser tão acolhedora e por sempre me incentivar.

Aos professores que compuseram a minha banca de qualificação, Dr.^a Camila Rosa de Oliveira, Dr.^a Acacia Aparecida Angeli dos Santos, Dr.^a Irani Iracema de Lima Argimon e Dr.^a Lisandra Borges. Suas contribuições foram valiosas! Aos professores e pesquisadores que, neste momento, aceitaram compor a minha banca de defesa, Dr.^a

Camila Rosa de Oliveira, Dr.^a Irani Argimon, Dr. Ricardo Primi e Dr. Nelson Hauck Filho. Sou muito grata!

À URI, que sempre me apoiou nesta década de trabalho e vinculação. Aos meus colegas com quem compartilho objetivos e aos meus alunos que me motivam a continuar minha formação. Agradeço especialmente ao Guilherme Buscke (URI), Ana Carolina Medeiros (URI) e Gabriela Sberse (IMED), que me auxiliaram na coleta. Agradeço também ao auxílio do Diego Rafael Schmidt.

Às crianças e adolescentes e seus pais, que tiveram a generosidade de participar da pesquisa. Às escolas, diretores, professores, instituições de atendimento em saúde mental, profissionais que se dispuseram a abrir espaço em sua rotina e em seu trabalho. Aos participantes do grupo clínico e seus pais que me ensinaram lições de superação.

Ao Dr. Wagner de Lara Machado pelo apoio estatístico na análise do Modelo de Teoria de Resposta ao Item Rating Scale e na Análise de Redes, ao Dr. Alexandre Serpa, por me auxiliar no projeto no meio de um Congresso de Avaliação Psicológica, e à Dr.^a Lisandra Borges, a “mãe” da BAID. Saiba que sua dedicação na criação deste instrumento é um elemento de motivação para mim. Espero que esta tese possa contribuir.

E, finalmente, ao meu orientador, Dr. Makilim Nunes Baptista. Desde o primeiro contato, você foi incentivador, acreditou nas minhas potencialidades e até que eu poderia aprender um pouco de estatística. Além de seus ensinamentos, ao mesmo tempo em que me amparou, você me encorajou a me aprimorar, a buscar, a crescer. Obrigada Mak!

Resumo

Cardoso, C. (2018). *Propriedades psicométricas da Bateria de Avaliação de Indicadores da Depressão Infantojuvenil (BAID-IJ)*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia, Universidade São Francisco, Campinas.

A depressão em crianças e adolescentes vem aumentando nos últimos anos e há necessidade de instrumentos que auxiliem na sua identificação precoce. A presente tese investigou as propriedades psicométricas da Bateria de Avaliação de Indicadores de Depressão Infantojuvenil (BAID-IJ). A bateria avalia depressão e construtos a ela associados, como solidão, desamparo, autoestima, autoconceito, desesperança e autoeficácia. Para tanto, foram investigadas evidências de validade de estrutura interna, na relação com variáveis externas e avaliada a fidedignidade de cada escala. A análise dos dados contemplou diversas perspectivas psicométricas, como a da Teoria Clássica dos Testes (TCT), Teoria da Resposta ao Item (TRI) e de Análise de Redes. Também foram analisadas estatísticas descritivas, diferenças de média entre os grupos, correlações e análise de regressão. A coleta de dados foi realizada com uma amostra de 496 crianças e adolescentes, de oito a 18 anos ($M = 13,29$; $DP = 2,93$), do Estado do Rio Grande do Sul. Destes, 300 foram do sexo feminino (60,48%). Houveram dois grupos amostrais, um de estudantes (GE) (com 460 estudantes de escolas públicas) e outro com hipótese de depressão (GHD) (com 36 usuários de serviços de atendimento em saúde mental). Os instrumentos utilizados foram a BAID-IJ, a Escala Baptista de Depressão – Versão Infantojuvenil (EBADEP-IJ), o Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF) e a Escala de Percepção do Suporte Social – Versão adolescentes (EPSUS-Adol). A tese foi organizada em três estudos. O primeiro investigou a estrutura interna de cada escala com o uso da Análise Fatorial Exploratória (AFE) e do modelo de Teoria de Resposta ao Item Rating Scale. Os resultados da AFE indicaram que cada escala é unidimensional. Os itens das sete escalas apresentaram bom ajuste ao Modelo de Teoria de Resposta ao Item Rating Scale, com os níveis de dificuldade bem distribuídos nas escalas. O segundo utilizou a Análise de Redes para avaliar a relação entre os indicadores da BAID-IJ e destes com variáveis externas (percepção de suporte familiar e percepção de suporte social). Nos resultados, ficaram evidentes polos (comunidades) de indicadores positivos e negativos e a desesperança e a autoestima constituíram-se como elementos de ligação entre eles. Nas crianças, a percepção de suporte familiar foi uma variável central na conexão entre os polos positivo e negativo, juntamente com a desesperança e autoestima. O terceiro estudo apresentou estatísticas descritivas, diferenças de médias, correlações entre os escores dos instrumentos e uma análise de regressão. Também, as correlações entre os indicadores com variáveis externas (suporte social e familiar) e convergentes (sintomas depressivos) tiveram intensidade e sentido esperados. Na regressão logística, o desamparo, a solidão, a desesperança e a autoestima foram as preditoras da sintomatologia de depressão. Nos resultados, as escalas diferenciaram os grupos GE e GHD. Enfim, os resultados apresentados nos três estudos apresentaram qualidades psicométricas adequadas para a BAID-IJ, que denotam o seu potencial de constituir-se como um instrumento útil a clínicos e pesquisadores no rastreamento de sintomas depressivos em crianças e adolescentes.

Palavras-chave: sintomas depressivos, crianças e adolescentes, BAID-IJ.

Abstract

Cardoso, C. (2018). *Psychometrics properties of the Depression Indicator Assessment Battery (BAID-IJ)*. Doctoral Tesis, Strictu Sensu Program in Psychology, University of São Francisco, Campinas.

Depression in children and adolescents has been increasing recently, and there is a necessity of tools to assist in its early identification. This thesis investigated the psychometric properties of the Depression Indicator Assessment Battery (BAID-IJ). The battery assesses depression and its associated constructs, such as loneliness, helplessness, self-esteem, self-concept, hopelessness and self-efficacy. We investigated the validity evidence based on internal structure and regarding external variables. We also assessed the reliability of each scale. The data analysis encompassed several psychometric perspectives, such as the Classical Test Theory (TCT), the Item Response Theory (IRT) and the Network Analysis. We also analyzed descriptive statistics, mean differences between groups, correlations and regression analysis. For data collection we used a sample of 496 children and adolescents (300 were female: 60.48%) from the State of Rio Grande do Sul, ages ranging from 11 to 18 years old ($M = 13.29$, $SD = 2.93$). There were two distinct sample groups: one with 460 students, from public schools (SG) and another, with 36 users from mental health services, which was called depression hypothesis (DHG). We used the following instruments: the Depression Indicator Assessment Battery (BAID-IJ), the Baptista's Depression Scale – Youth version (EBADEP-IJ), the Family Support Perception Inventory (IPSF) and the Scale of Perceived Social Support – Adolescent version (EPSUS-Adol). The thesis was organized into three studies. The first one investigated the internal structure of each scale using the Exploratory Factor Analysis (EFA) and the Rating Scale modeling. The results of the EFA showed that each scale is a unidimensional. The items of the seven scales fit well the Rating Scale Model, being the difficulty levels well distributed in the scales. The second study used the Network Analysis to assess the relationship between the BAID-IJ indicators and those with external variables (perceived family support and perceived social support). Our results showed poles (communities) of indicators, one positive and other negative, as well as hopelessness and self-esteem were emerge as connecting factors between them. In childrens, the perceived family support was a central variable in the connection between the positive and negative poles, along with hopelessness and self-esteem. The third study presented descriptive statistics, mean differences, correlations between instrument scores and a regression analysis. Also, the correlations between indicators with external (social and family support) and convergent variables (depressive symptoms) had the expected intensity and direction. Helplessness, loneliness, hopelessness and self-esteem were the predictors of the symptomatology of depression in logistic regression. The results showed that the scales differentiated the Student and the Depression Hypothesis groups. At last, the results from the three studies showed satisfactory psychometric properties for the BAID-IJ, which denote its potential to be a useful tool for clinicians and researchers in the screening of depressive symptoms in children and adolescents.

Keywords: depressive symptoms, children and adolescents, BAID-IJ.

Resumen

Cardoso, C. (2018). *Propiedades psicométricas de la Batería de Evaluación de Indicadores de Depresión Infantojuvenil (BAID-IJ)*. Tesis de Doctorado, Postgrado en Psicología de la Universidad São Francisco, Campinas.

La depresión en niños y adolescentes viene aumentando en los últimos años y hay necesidad de instrumentos que auxilien en su identificación precoz. La presente tesis investigó las propiedades psicométricas de la Batería de Evaluación de Indicadores de Depresión Infantojuvenil (BAID-IJ). La batería evalúa la depresión y constructos a ella asociados, tales como soledad, desamparo, autoestima, autoconcepto, desesperanza y autoeficacia. Para ello, fueron investigadas evidencias de validez de estructura interna, en relación con variables externas, y evaluada la fidelidad de cada escala. El análisis de los datos contempló diversas perspectivas psicométricas, como aquella de la Teoría Clásica de los Tests (TCT), Teoría de Respuesta a los Ítems (TRI) y del análisis de redes. También fueron analizadas estadísticas descriptivas, diferencias en la media entre los grupos, correlaciones y análisis de regresión. La recolección de datos fue realizada con una muestra de 496 niños y adolescentes, de 8 a 18 años ($M = 13,29$, $SD = 2,93$), del Estado do Rio Grande do Sul. Entre ellos, 300 del sexo femenino (60,48%). Hubo dos grupos de muestras, uno de estudiantes (GE) (con 460 estudiantes de escuelas públicas) y otro con hipótesis de depresión (GHD) (con 36 usuarios de servicios de atención en salud mental). Los instrumentos utilizados fueron BAID-IJ, la Escala Baptista de Depresión – Versión infantojuvenil (EBADEP-IJ), el Inventario de Percepción de Soporte Familiar (PSF) y la Escala de Percepción de Soporte Social – Versión adolescentes (EPSUS-Adol). La tesis fue organizada en tres estudios. El primero investigó la estructura interna de cada escala con el uso del Análisis Factorial Exploratorio (AFE) y del Modelo de Respuesta al Rating Scale. Los resultados del AFE indicaron que cada escala es unidimensional. Los ítems de las siete escalas presentaron buen ajuste al Rating Scale, con los niveles de dificultad bien distribuidos en las escalas. El segundo utilizó el análisis de red para evaluar la relación de la BAID-IJ y de esta con las variables externas (percepción de soporte familiar y percepción de soporte social). En los resultados, quedaron evidentes polos (comunidades) de indicadores positivos y negativos y la desesperanza y la autoestima se han constituido en elementos de ligación entre ellos. Entre los niños, la percepción de soporte familiar fue una variable central en la conexión entre los polos positivo y negativo, junto con la desesperanza y la autoestima. El tercer estudio presentó estadísticas descriptivas, diferencias de medias, correlaciones entre puntajes de los instrumentos y un análisis de regresión. Además, las correlaciones entre los indicadores con variables externas (soporte social y familiar) y convergentes (síntomas depresivos) tuvieron intensidad y sentido esperados. En la regresión logística, el desamparo, la soledad, la desesperanza y la autoestima fueron las predictivas de la sintomatología de la depresión. En los resultados, las escalas diferenciaron los grupos GE y GHD. Por último, los resultados presentados en los tres estudios mostraron calidades psicométricas satisfactorias para la BAID-IJ, lo que denota su potencial para constituirse en instrumento útil a clínicos e investigadores en el rastreo de síntomas depresivos en niños y adolescentes.

Palabras clave: síntomas depresivos, niños y adolescentes, BAID-IJ.

Sumário

Lista de figuras	xii
Lista de tabelas	xiii
Lista de anexos	xiv
Apresentação	1
Introdução.....	4
Artigo 1: Análise psicométrica das Escalas da Bateria de Indicadores de Depressão	
Infantojuvenil (BAID-IJ).....	17
Introdução	19
Método.....	21
Participantes.....	21
Instrumentos	22
Procedimentos.....	23
Análise dos dados	23
Resultados.....	25
Discussão	32
Conclusão	35
Referências	37
Artigo 2: Evidências de validade da Bateria de Indicadores de Depressão (BAID-IJ)...40	
Introdução	42
Método.....	48
Participantes.....	48
Instrumentos	49
Procedimentos.....	50
Análise de dados	51
Resultados.....	52

Discussão	56
Conclusão	59
Referências	61
Artigo 3: Relação da Bateria de Indicadores de Depressão (BAID-IJ) com medidas de humor e suportes social e familiar	68
Introdução	70
Método	73
Participantes	73
Instrumentos	74
Procedimentos	76
Análise de dados	77
Resultados	78
Discussão	86
Conclusão	90
Referências	92
Considerações Finais	99
Referências	102
Apêndice A: Questionário sociodemográfico	109

Lista de figuras

Artigo 1

Figura 1. Mapa de itens e pessoas das escalas..... 29

Artigo 2

Figura 1. Rede da matriz de correlação e comunidades das escalas da BAID-IJ 53

Figura 2. Medidas de centralidade dos nodos..... 54

Figura 3. Rede da matriz de correlação e comunidades das escalas da BAID-IJ com sexo e percepção de suporte familiar nas crianças..... 55

Figura 4. Rede da matriz de correlação das escalas da BAID-IJ com percepção de suporte social e sexo nos adolescentes. 56

Lista de tabelas

Artigo 1

Tabela 1. <i>Cargas fatoriais dos itens, variância explicada e confiabilidade de cada escala.</i>	27
Tabela 2. <i>Estatísticas sumarizadas dos itens</i>	28

Artigo 2

Tabela 1. <i>Correlações parciais entre as escalas da BAID-IJ</i>	52
---	----

Artigo 3

Tabela 1. <i>Características sociodemográficas da amostra geral e dos grupos.</i>	79
Tabela 2. <i>Características clínicas da amostra geral e dos grupos.</i>	80
Tabela 3. <i>Diferença entre os sexos em cada escala da BAID-IJ</i>	81
Tabela 4. <i>Diferenças entre as crianças e adolescentes nas escalas da BAID-IJ</i>	82
Tabela 5. <i>Diferenças entre os grupos não-clínico e clínico nas escalas BAID-IJ</i>	82
Tabela 6. <i>Correlação de Spearman entre as escalas da BAID-IJ e de cada escala com a EBADEP-IJ</i>	83
Tabela 7. <i>Correlação de Spearman das escalas da BAID IJ com o IPSF nas crianças e com a EPSUS-Adol nos adolescentes.</i>	84
Tabela 8. <i>Análises de Regressão Logística Univariada entre solidão, desamparo, autoestima, autoconceito, desesperança e autoeficácia e sintomas depressivos.</i>	85
Tabela 9. <i>Análises de Regressão Logística Multivariada entre solidão, desamparo, autoestima, autoconceito, desesperança, autoeficácia e sintomas depressivos.</i>	86

Lista de anexos

Apêndice A: Questionário sociodemográfico.....	109
--	-----

APRESENTAÇÃO

As escalas são um importante instrumento na avaliação da depressão em crianças e adolescentes. Elas contribuem para o rastreamento precoce de sintomas depressivos, a partir de um acesso mais direto aos sintomas e da avaliação de sua intensidade, já que eles são internalizantes quanto à sua manifestação. As crianças, por exemplo, podem ter dificuldade em identificar os seus sentimentos e expressá-los e os adolescentes podem escondê-los dos demais. Outra característica dos sintomas depressivos é o de que, se considerados desde uma perspectiva dimensional, eles podem apresentar-se em um contínuo que vai desde uma reação emocional a um evento vital até um grave transtorno mental.

A manifestação dos sintomas pode ter diferenças entre as crianças e adolescentes, mesmo que os critérios diagnósticos sejam os mesmos dos adultos. A irritabilidade pode apresentar-se no lugar do humor deprimido como um sintoma central em crianças e adolescentes. O rastreamento dos sintomas depressivos também pode ser dificultado por falta de atenção do avaliador a construtos associados que se constituem como fatores de risco e proteção para a depressão.

Desta forma, considerando-se a necessidade de instrumentos de avaliação de depressão destinados a crianças e adolescentes, que contemplem a sua diversidade, o objetivo geral desta tese foi o de investigar as propriedades psicométricas da Bateria de Avaliação de Indicadores de Depressão Infantojuvenil (BAID-IJ). A bateria destina-se a crianças e adolescentes, de oito a 18 anos. Além da depressão, o instrumento avalia outros indicadores a ela associados como a solidão, desamparo, autoestima, autoconceito, desesperança e autoeficácia.

A tese foi organizada em três estudos, apresentados na forma de artigos, para facilitar a posterior submissão para a sua publicação em periódicos científicos. O primeiro

estudo investigou a estrutura interna de cada uma das escalas da BAID-IJ com o uso da Análise Fatorial Exploratória (AFE) e do modelo de Teoria de Resposta ao Item Rating Scale. Os resultados indicaram que cada escala é unidimensional e os índices de fidedignidade foram excelentes. Os itens de todas as escalas apresentaram bom ajuste ao modelo de Teoria de Resposta ao Item Rating Scale e a análise do mapa de itens permitiu identificar algumas características dos construtos.

No segundo estudo foram realizadas Análise de Redes das escalas, nas quais foi avaliada a relação os indicadores da BAID-IJ. Também foram realizadas análises separadas para as crianças e adolescentes e com variáveis externas às investigadas pela bateria, como a percepção de suporte familiar e percepção de suporte social. Nos resultados, ficaram evidentes dois polos (comunidades) na relação dos indicadores. Um polo foi composto por indicadores positivos e outro por indicadores negativos. A desesperança e a autoestima assumiram um posicionamento central na rede, constituindo-se em elementos de ligação entre os polos. Nas crianças, a percepção de suporte familiar emergiu como uma variável central na conexão entre os polos positivo e negativo, juntamente com a desesperança e autoestima.

O terceiro estudo apresentou estatísticas descritivas, diferenças de médias, correlações entre os escores dos instrumentos e uma análise de regressão. Também buscou evidências de validade baseada na relação com instrumentos que medem variáveis externas. Nos resultados, a BAID-IJ diferenciou um grupo de estudantes de um grupo com hipótese de depressão e as correlações entre os seus indicadores e com medidas de humor e suporte social e familiar tiveram intensidade e sentido esperados. Na regressão logística, o desamparo, a solidão, a desesperança e a autoestima foram as preditoras da sintomatologia de depressão.

Anteriormente à apresentação dos artigos, consta uma introdução que contextualiza o objetivo da pesquisa e apresenta alguns estudos empíricos que

fundamentam a relação de cada um dos indicadores da BAID-IJ com depressão em crianças e adolescentes.

Finalmente, após a apresentação dos artigos constam as considerações finais, nas quais são apresentadas as conclusões do trabalho e sua breve discussão.

INTRODUÇÃO

Os transtornos depressivos aumentaram nas crianças e adolescentes em todo o mundo no período 1990 a 2015 (The Global Burden of Disease Child and Adolescent Health Collaboration, 2017) e podem ser considerados um problema de saúde pública (Sun & Wang, 2015). Isso porque, eles estão relacionados a problemas sociais e familiares, como abuso e negligência, baixo desempenho escolar e dificuldades cognitivas (Keenan-Miller, Hammen, & Brennan, 2007). Os sintomas depressivos também podem estar associados a distúrbios no sono, sedentarismo, uso de álcool e outras drogas, suicídio na adolescência e a transtornos mentais na vida adulta (Beardslee et al., 2013; Thapar, Collishaw, Pine, & Thapar, 2012).

As características do relacionamento nos grupos de convivência também se relacionam aos sintomas depressivos em crianças e adolescentes. A percepção de suporte familiar e a percepção de suporte social correlacionam-se com sintomas depressivos em crianças e adolescentes (Baptista & Cremasco, 2013).

Nas pesquisas recuperadas em um estudo de revisão sistemática, publicados entre 2010 e 2012, a depressão infantil foi associada a outras desordens psiquiátricas e comorbidades. Foi detectada uma convergência, direta ou indireta, para os impactos negativos dos transtornos depressivos na qualidade de vida. Também foi evidenciado que a depressão geralmente cresce em um fundo de vulnerabilidade e pobreza, em que as necessidades individuais e familiares sobre a depressão infantil não são levadas em consideração. Outro resultado foi o de que, os profissionais de saúde em geral, ainda não estão adequadamente treinados para abordar a depressão infantil (Lima et al., 2013).

A dificuldade dos profissionais em abordar o tema pode estar relacionada ao fato de que a investigação da depressão em crianças e adolescentes é relativamente recente. Os estudos iniciaram de forma mais proeminente a partir dos anos 1970, com base em

resultados de pesquisas longitudinais que investigaram a depressão em adultos e detectaram, retrospectivamente, depressão maior bem antes do esperado, já na adolescência. Estudos epidemiológicos de risco permitiram aprimorar o conhecimento sobre como os sintomas depressivos emergem nas crianças e sobre o impacto da depressão dos pais nas crianças (Bahls, 2002; Weissman, 2009). Desde então, o foco passou a ser definir as características da depressão nas crianças e adolescentes. Quando o DSM-III foi publicado em 1980, muitos especialistas já concebiam que a depressão nestas faixas etárias apresentava características similares aos adultos. Porém, foi no DSM-IV, que ficou definido que os *core symptoms* seriam os mesmos dos adultos, mas que o padrão pode variar de acordo com a idade. Nas crianças e adolescentes, o humor irritável pode ser equivalente do humor deprimido. A Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 (Organização Mundial da Saúde [OMS], 1993) também reconheceu a desordem de maneira similar nas crianças e adolescentes (Rey & Birmaher, 2009).

Os critérios diagnósticos para Transtorno Depressivo Maior, que representa a condição clássica do grupo de Transtornos Depressivos, são os mesmos para todas as faixas etárias no DSM-5 (American Psychiatric Association [APA], 2014). São requeridos cinco ou mais dos seguintes critérios: humor deprimido, acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades; perda ou ganho de peso corporal sem estar fazendo dieta (há uma nota indicando que, em crianças, deve-se considerar insucesso em obter o ganho de peso esperado); insônia ou hipersonia; agitação ou retardo psicomotor, fadiga ou perda de energia, sentimentos de inutilidade e culpa excessiva ou inapropriada, capacidade diminuída de pensar e se concentrar, ou indecisão, pensamentos recorrentes de morte, ideação ou tentativa de suicídio. Os sintomas devem estar presentes durante duas semanas e devem representar uma mudança em relação ao funcionamento anterior, ocorrendo na maior parte do dia, quase todos os dias. Um dos

core symptoms, que são humor deprimido (nas crianças e adolescentes pode ser irritável) e/ou perda de interesse ou prazer na maior parte do dia devem estar presentes (APA, 2014).

Entretanto, pesquisas indicam que há variações de manifestação dos sintomas depressivos nas diferentes fases do ciclo vital. Nos adultos, os sintomas característicos de depressão são anedonia, falta de reatividade afetiva, agitação ou retardo psicomotor, variação diurna no humor e despertar mais cedo pela manhã. Já as crianças apresentam maior irritabilidade, que se manifesta no temperamento, por birras e descumprimento de regras. Elas também apresentam agitação, déficit de atenção, desinteresse por brincadeiras e tarefas escolares, sintomas somáticos como cefaleia e dores abdominais, ansiedade de separação, fobias e até alucinações (Andersen & Teicher, 2008; Rey, Bella-Awusah, & Jing, 2015; Williams, O'Connor, Eder, & Whitlock, 2009).

Por sua vez, nos adolescentes, a irritabilidade se manifesta por mau humor, hostilidade e explosões de raiva. Eles apresentam também queixas somáticas, aumento de apetite e/ou peso, sensibilidade extrema à rejeição ou críticas. Outros sintomas típicos são anedonia, hipersonia, dificuldade de concentração, melancolia, desesperança e ideação suicida (Andersen & Teicher, 2008; Rey et al., 2015; Williams et al., 2009).

Ainda, há diferença entre os sexos na manifestação dos sintomas nos adolescentes. As taxas de prevalência de sintomas depressivos são duas vezes mais altas no sexo feminino do que no masculino. Adolescentes do sexo feminino apresentam mais ansiedade, distúrbios no sono e apetite, fadiga, maior insatisfação com a imagem corporal, sentimentos de derrota, problemas de concentração e dificuldades nas tarefas. Em contrapartida, os adolescentes do sexo masculino apresentam maior anedonia e maior variação de humor e energia do que as adolescentes do sexo feminino. Tal diferença não aparece entre as crianças, o que sugere que há mecanismos hormonais envolvidos (Andersen & Teicher, 2008).

Outro aspecto importante é que os sintomas depressivos têm causas multifatoriais e, em uma perspectiva dimensional, tanto podem fazer parte do funcionamento normal quanto de um severo transtorno mental (Monroe & Anderson, 2015). Contudo, os critérios nosográficos de Transtorno Depressivo Maior do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-5 são categóricos. Assim, requerem um número de critérios satisfeitos, de igual valor entre si, mesmo que o humor deprimido e anedonia sejam considerados *core symptoms* (APA, 2014).

Porém, na sua última edição, o DSM (APA, 2014) já começou a apresentar influências de uma abordagem dimensional. Isso porque a ordem de apresentação dos transtornos no Manual foi modificada em relação à versão anterior, seguindo a lógica dos transtornos internalizantes e externalizantes, próprios de uma abordagem dimensional ao diagnóstico. Os transtornos internalizantes são caracterizados por humor depressivo, ansiedade e sintomas fisiológicos e cognitivos relacionados e estão apresentados próximos um ao outro no referido Manual. O intuito foi o de estimular o desenvolvimento de novas abordagens diagnósticas, como as dimensionais, ao mesmo tempo em que facilita a identificação de marcadores biológicos (APA, 2014; Machado, Caye, Frick, & Rohde, 2015). O DSM-5 também apresenta uma abordagem mais orientada ao desenvolvimento, reconhecendo que uma grande proporção de distúrbios mentais começa a se manifestar na infância ou início da adolescência (Machado et al., 2015).

Atualmente, a abordagem dimensional e a necessidade de discriminar tipos de depressão com etiologias diferentes estão sendo retomadas na discussão do diagnóstico de depressão em crianças e adolescentes (Rey et al., 2015). As recentes descobertas científicas sobre a depressão oportunizaram uma maior discriminação de subtipos do transtorno. A tendência pode ser a de uma maior distinção dos seus tipos por significado clínico e de sua fisiopatologia, com base nas descobertas sobre os circuitos neurais e de sua relação com o comportamento (Monroe & Anderson, 2015).

A consideração dos sintomas depressivos em uma perspectiva dimensional é necessária, já que permite a sua identificação precoce e a prevenção da depressão nas crianças e adolescentes e na população em geral (Rocha, Zeni, Caetano, & Kieling, 2013; Sun & Wang, 2015). Neste sentido, as escalas podem ser instrumentos importantes no rastreamento de depressão em crianças e adolescentes, por permitirem uma investigação dimensional, além da categórica (Fried, Epskamp, Nesse, Tuerlinckx, & Borsboom, 2016).

No contexto brasileiro da pesquisa em avaliação psicológica, foram encontrados cinco instrumentos que avaliam sintomas depressivos em crianças e adolescentes, em uma revisão integrativa de artigos publicados entre 2005 e 2015. Foram eles: o *Beck's Depression Inventory-II* (BDI-II), o *Children's Depression Inventory* (CDI), a Escala Baptista de Depressão – Versão infantojuvenil (EBADEP-IJ), *Kutcher Adolescent Depression Scale* (KADS-6) e a Escala de Avaliação de Depressão para Crianças (EADC; Baptista & Borges, 2016).

Entretanto, entre os instrumentos aprovados para uso pelo SATEPSI (CFP, 2017) temos apenas a BDI-II, que mede a intensidade de depressão em adultos e adolescentes a partir dos 13 anos de idade (Gorestein, Pang, Argimon, & Werlang, 2011) e a EBADEP-IJ (Baptista, 2018), que engloba a faixa etária de oito a 18 anos de idade.

Considerando o exposto, ainda há necessidade de instrumentos que possam rastrear e medir sintomas depressivos em crianças e adolescentes. Com o objetivo de avaliar sintomas depressivos em crianças e adolescentes foi proposta a Bateria de Avaliação de Indicadores da Depressão Infantojuvenil (BAID-IJ; Borges, Baptista, & Serpa, 2015). O instrumento avalia depressão e indicadores a ele correlacionados, como solidão, desamparo, autoestima, autoconceito, desesperança e autoeficácia.

A utilização de indicadores correlacionados aos sintomas depressivos é uma característica BAID-IJ que pode ser útil na clínica. A organização do teste como uma

bateria com escalas independentes entre si, permite que cada indicador possa ser avaliado individualmente, a partir da escala apropriada, e com a obtenção um escore específico. Desta maneira, além de um escore total de depressão, o profissional que utilizar a bateria terá acesso aos resultados de cada escala relacionada. Isso possibilita, além do rastreamento de sintomas de depressão, informações sobre a sua severidade e possibilita o direcionamento do tratamento pelo clínico (Borges, 2015).

Os indicadores da BAID-IJ foram escolhidos com fundamentação teórica (Borges, 2015; Borges, Baptista, & Serpa, 2017). A depressão foi baseada nos critérios nosográficos do Transtorno Depressivo Maior no DSM-5 (APA, 2014) e nos descritores para a depressão em crianças e adolescentes anteriormente propostos por Weinberg, Rutman, Sullivan, Penick e Dietz (1973).

A solidão foi considerada como um sentimento negativo, de que os outros são indisponíveis quando desejados (Hymel, Tarulli, Thomsom, & Terrel-Deutsch, 1999). Já a escala desamparo foi baseada na ideação autodepreciativa de Weinberg et al. (1973) e na teoria do desamparo aprendido, de Maier e Seligman (1976). A teoria é considerada um modelo animal de depressão, porque decorre de experiências feitas com animais que eram submetidos a estímulos aversivos incontroláveis e não conseguiam aprender a sequência de fuga e esquiva. O sujeito não fugia dos choques porque não acreditava que suas respostas mudariam o ambiente (Hunziker, 2005; Rehm, 2016). Desta maneira, eventos traumáticos sobre os quais o indivíduo não tem controle, podem estar associados à etiologia de alguns casos depressivos (Hunziker, 2005).

A Teoria do Desamparo Aprendido foi reformulada em 1978. Esta reformulação foi considerada como uma teoria cognitiva da depressão com base no conceito de Estilo Atribucional ou Explanatório. O construto se refere a um padrão de interpretação de experiências pelo sujeito e tem três dimensões: a personalização (refere-se a quem o sujeito atribui a causa do sucesso, se a si próprio ou a uma causa externa); a duração (se

a atribuição é permanente ou temporária) e a amplitude (atribuição global ou específica a uma área da vida) (Abramson, Seligman, & Teasdale, 1978). O estilo atribucional pode estar mais relacionado a eventos ruins ou a eventos positivos. Por exemplo, atribuir eventos ruins a causas globais, estáveis e internas conduz ao desamparo e à depressão frente a eventos negativos de vida (Seligman et al., 1984).

A autoestima foi embasada em Coopersmith (1967), que a considerava como a avaliação que o indivíduo habitualmente faz de si mesmo. O autoconceito está relacionado a autoestima. Ambos se referem a visões próprias dos sujeitos sobre si mesmos (Swann Jr., Chang-Schneider, & McClarty, 2007). Para Harter (1999), em cuja teoria a escala foi baseada, o autoconceito refere-se ao autojulgamento, pelo sujeito, de seu valor. Ocorre em diferentes domínios, e nas crianças de 8 a 12 anos, já é possível diferenciar cinco autojulgamentos: competência escolar, competência atlética, aceitação social, aspectos comportamentais e aparência física. A discriminação de domínios vai aumentando durante a adolescência. A importância de cada domínio na autoavaliação global do sujeito depende de suas vivências e características individuais.

A desesperança foi embasada em Abramson, Metalsky e Alloy (1989). A teoria da depressão da “*hopelessness theory*” foi uma elaboração complementar proposta por Abramson et al. (1989) para a da Teoria do Desamparo Aprendido reformulada (Abramson et al., 1978). A desesperança seria uma outra etapa do modelo, que ocorre após se fazer uma atribuição de desamparo a um evento negativo da vida. A ideia é a de que o sujeito generaliza o desamparo para todos os eventos futuros. Os sintomas básicos são de desmotivação, com uma baixa iniciativa para respostas voluntárias e tristeza. Trata-se de um subtipo de depressão, que tem como causa principal a desesperança. A depressão da “*hopelessness theory*” pode incluir indivíduos de várias categorias nosográficas correntes, como depressão maior e distímia (Abramson et al., 1989; Rehm, 2016).

A autoeficácia percebida refere-se às crenças das pessoas de que elas podem organizar e executar suas ações para produzir resultados. Entende-se que as crenças das pessoas sobre suas capacidades afetam suas escolhas, quanto esforço elas mobilizam, quanto elas perseveram frente a dificuldades, se elas se engajam em padrões de pensamento autodebilitantes ou autoencorajadores, e a quantidade de estresse e depressão que eles experimentam em situações de cobrança (Bandura, 1990).

Há também evidências empíricas da relação de cada um dos indicadores com sintomas depressivos em crianças e adolescentes. A depressão foi considerada uma preditora de amplo efeito na solidão, a partir dos resultados de uma meta-análise. Foram analisados 95 estudos, entre 1980 e 2004. Dos onze preditores encontrados, a depressão esteve entre os quatro mais importantes, junto com gênero, vergonha e autoestima (Mahon, Yarcheski, Yarcheski, Cannella, & Hanks, 2006).

A solidão foi maior preditora de sintomas depressivos em adolescentes do sexo feminino (OR = 1,053 [1,005-1,104]) no de nos de sexo masculino (OR = 1,210 [1,117-1,311]) mesmo que eles tenham apresentado maiores escores de solidão (M = 39,91, DP = 8,63) do que as participantes do sexo feminino (M = 37,97, DP = 8,49). O estudo foi realizado com 478 adolescentes entre 14 e 19 anos de idade. Foram utilizados o CDI e a *UCLA Loneliness Scale* (Alpaslan, Kocak, & Avci, 2016).

Outro estudo encontrou uma correlação moderada ($r = 0,45$) entre solidão e sintomas depressivos. Na investigação, foram utilizados o *Children's Loneliness Scale* (CLS) e a *Dutch Depression Questionnaire – Short Form*. A amostra foi de 1.069 crianças, de sexo masculino e feminino, entre 9 e 15 anos de idade (Maes, Van den Noortgate, Vanhalst, Beyers, & Goossens, 2015). Correlações moderadas entre sintomas depressivos e solidão também foram encontradas por Spithoven et al. (2017) em um estudo com duas amostras, uma de 417 adolescentes, com idade média de 12,47 e outra de 1.140 adolescentes, com idade média de 12,81 anos de idade. No primeiro grupo, a

correlação entre sintomas depressivos e solidão foi de $r = 0,48$ e no segundo grupo, $r = 0,54$. Também foram criados clusters, para cada amostra separadamente e para as duas juntas. Os resultados indicaram quatro clusters: baixo nível de solidão e sintomas depressivos (78,51% da amostra total); alto nível de solidão e sintomas depressivos (4,82% da amostra total), alto nível de solidão e baixo nível de sintomas depressivos (13,07% da amostra total) baixo nível de solidão e alto nível de sintomas depressivos (3,6% da amostra total). Os autores concluíram que solidão e depressão são mais frequentemente experienciados independentemente do que simultaneamente. As escalas utilizadas foram a *Loneliness and Aloneness Scale for Children and Adolescents* (LACA), o CDI e o CES-D.

No que se refere ao desamparo, foram encontradas correlações entre sintomas depressivos e estilo atribucional em um estudo com 238 alunos do quinto e sexto nível de ensino. Os instrumentos utilizados foram o *Full Negative Composite Score* (FN) da *Children's Attributional Style Interview* (CASI-II) e o CDI. Quanto maior foi o escore de sintomas depressivos, mais relacionado a eventos negativos foi o estilo atribucional do sujeito ($r = 0,28$) (Rueger & Malecki, 2007). Em um segundo estudo, utilizando os mesmos instrumentos, foram encontradas correlação dos escores de sintomas depressivos com CDI com eventos negativos (FN) de $r = 0,19$. Nesta pesquisa, a amostra foi de 166 estudantes do terceiro e quarto nível de ensino e 245 do sexto e sétimo níveis de ensino (Rueger, Haines, & Malecki, 2010).

Rueger e George, em 2016, também correlacionaram o estilo atribucional para eventos positivos e a autoestima com sintomas depressivos. Foram utilizados o *Full Positive Composite Score* (FP) da CASI-II e a escala *The Center for Epidemiological Studies Depression Scale for Children* (CES-DC). Participaram do estudo 491 estudantes, de 12 a 15 anos. A pesquisa foi realizada em dois momentos (com intervalo de quatro meses). Os resultados consistiram em correlações de $r = -0,18$ entre sintomas depressivos

e eventos no primeiro momento e de $r = -0,14$ no segundo momento. Tais correlações foram consideradas fracas pelos autores como as encontradas no estudo anterior (Rueger et al., 2010) de sintomas depressivos com estilo atribucional para eventos negativos.

A autoestima teve correlação negativa com depressão e ideação suicida em um estudo com 1.358 adolescentes, de 12 a 15 anos. Foram utilizadas a *The Rosenberg Self-Esteem Scale* e 19 itens da *Chinese Beck Depression Inventory-II* (C-BDI-II). No sexo feminino, a correlação da autoestima com depressão foi de $r = -0,58$ e no sexo masculino foi de $r = -0,49$ (Sun & Hui, 2007).

Em um estudo longitudinal com 4.359 sujeitos, de 12 a 21 anos de idade, a correlação entre sintomas depressivos e autoestima foi de $r = -0,57$ na idade base (12 anos). Os instrumentos utilizados foram o *Self-Description Questionnaire* (SDQ) e o CES-D. Os resultados indicaram que, na média, os sintomas depressivos tiveram um decréscimo dos 12 aos 14 anos de idade, começaram a aumentar dos 14 aos 17 e decaíram dos 17 aos 21. Esse efeito foi acompanhado por baixos níveis de autoestima durante a adolescência e início da idade adulta (Rawana & Morgan, 2014).

Um estudo apresentou um coeficiente de correlação de $r = -0,79$ entre depressão e autoconceito. Além disso, o baixo autoconceito foi considerado um fator preditivo de ideação suicida nos adolescentes participantes do estudo, com resultado de $\beta = -0,06$ em análise de regressão logística simples. Os instrumentos utilizados foram o CDI e a *Piers-Harris Children's Self Concept Scale* (PHCSCS). A amostra foi constituída de 179 adolescentes, de 13 a 18 anos (Vélez, Luaces, & Rosselló, 2012).

A desesperança foi positivamente correlacionada com depressão ($r = 0,44$) e negativamente correlacionada com autoestima ($r = -0,52$) em estudo com 790 estudantes, entre 10 e 19 anos de idade. Foram utilizadas a Escala de Desesperança de Beck (BHS) e a Escala de Autoestima de Rosenberg (ERA), como instrumentos de avaliação dos construtos (Villalobos-Galvis & Ortiz-Delgado, 2012).

A desesperança também foi relacionada positivamente com sintomas depressivos ($r = 0,34$) em pesquisa de Hernández e Carrillo (2010). Os instrumentos utilizados na coleta foram o *Composite Attributional Style Questionnaire* (CASQ) e o CES-DC. Além disso, os autores hipotetizaram que o Estilo Explanatório Otimista é um fator protetivo contra a depressão em crianças e adolescentes. Para os autores, os otimistas tendem a explicar os eventos negativos através de atribuições externas, temporárias e específicas. Os participantes da pesquisa foram 172 estudantes do quinto e sexto ano da educação primária, com idade média de 10,7 anos. A relação entre Estilo Explanatório Otimista e sintomas depressivos foi negativa ($r = -0,37$), confirmando a hipótese proposta no estudo.

Foi encontrada correlação de $r = -0,57$ entre a autoeficácia e a depressão em 596 adolescentes, entre 12 e a 19 anos de idade. Os instrumentos utilizados foram a *Self-Efficacy Questionnaire for Children* (SEQ-C) e o CDI. Porém, após terem sido controladas as variáveis de traço de ansiedade e neuroticismo (investigadas com outros instrumentos), a correlação da autoeficácia com sintomas depressivos foram atenuadas, mas ainda atingiram valor de $r = -0,27$ (Muris, 2002).

Enfim, os estudos apresentados evidenciaram que a solidão, desamparo, autoestima, autoconceito, desesperança e a autoeficácia apresentam correlações e relações de causalidade com os sintomas depressivos. Desta forma, podem constituir-se em fatores de risco e proteção para a depressão em crianças e adolescentes. Os fatores protetivos são aqueles que modificam ou alteram a resposta pessoal para algum risco ambiental que predispõe a um resultado mal adaptativo (Rutter, 1985). Por sua vez, os fatores de risco, são condições ou variáveis associadas à alta probabilidade de ocorrência de resultados negativos ou indesejáveis (Reppold, Pacheco, Bardagi, & Hutz, 2002). A identificação de fatores positivos e negativos que afetam a saúde mental é muito importante para a prevenção de transtornos mentais (Kieling et al., 2011). Por esse motivo, justifica-se a necessidade de investigar as propriedades psicométricas da BAID-

IJ. O instrumento já conta com diversas evidências de validade e fidedignidade, decorrentes de estudos com sua versão inicial de cinco escalas, que foram: depressão, solidão, desamparo, autoestima e autoconceito (Borges et al., 2015).

Três estudos investigaram as evidências de validade de estrutura interna e baseadas nas relações com outras variáveis para a BAID-IJ. A amostra foi composta por 976 estudantes, de oito a 18 anos de idade, que foi representativa, considerando o universo de 1.742 alunos que compõem o total dos estudantes matriculados no município. A média de idade dos participantes foi de 15,16 anos (DP = 2,86) (Borges et al., 2015).

O primeiro estudo avaliou a estrutura subjacente da BAID-IJ. Para tanto, foram realizados diversos tipos de análise fatorial. Os resultados indicaram uma estrutura latente bifactor (B-ESEM) para a BAID-IJ, com um fator geral e cinco grupos de fatores. O B-ESEM apresentou CFI = 0,941 e TLI = 0,941. As escalas também foram unidimensionais quando observadas independentemente (Borges et al., 2015).

O segundo estudo teve como objetivo a produção de evidências de validade de estrutura interna. Para tanto, utilizou-se o modelo de resposta gradual (GRM) de Samejima, e da TRI nas escalas da BAID-IJ. Os resultados possibilitaram a retirada de 9 itens, alcançando também, parâmetros considerados adequados. Inicialmente, a bateria era composta por 91 itens, sendo 20 para depressão, 17 para solidão, 17 para desamparo, 19 para autoestima e 18 para autoconceito. Após esse estudo, a BAID-IJ (com cinco escalas) passou a ter um total de 82 itens, sendo 18 de depressão, 17 de desamparo, 13 de solidão, 18 de autoestima e 16 de autoconceito (Borges et al., 2015).

O terceiro estudo buscou evidências de validade baseada na relação externa com outras variáveis para a BAID-IJ. Os instrumentos utilizados foram a BAID-IJ, a EBADEP-IJ, a *Revised UCLA Loneliness Scale* (UCLA), Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) e a Escala Infantil Piers-Harris de Autoconceito (Piers-Harris). Na relação das escalas da BAID com outras que avaliam o mesmo construto, a solidão obteve

correlação de $r = 0,59$ com a UCLA; a Autoestima e EAR obtiveram correlação de $r = -0,58$; e Autoconceito e Piers-Harris de $r = -0,59$. Ainda, os escores das escalas BAID-IJ foram correlacionados com os EBADEP-IJ. A correlação da EBADEP-IJ foi de $\rho = 0,75$ com depressão, $\rho = 0,72$ com desamparo e $\rho = 0,64$ com autoestima.

Borges (2015), ao comentar as limitações dos estudos realizados com a BAID-IJ de cinco escalas, referiu-se à característica de a amostra ter sido proveniente de um mesmo Estado brasileiro (no caso, Minas Gerais) e de que ainda há necessidade de avaliar a BAID-IJ em outros contextos socioculturais e em outras regiões do país. Outro aspecto considerado foi o tamanho reduzido da amostra clínica (15 sujeitos), em função da dificuldade de acesso a crianças e adolescentes com diagnóstico de depressão.

Após os estudos originais mencionados, foram acrescentadas mais duas escalas à BAID-IJ, que foram a Escala Desesperança e a Escala Autoeficácia. Com a inclusão das escalas, a bateria passa a ter 113 itens (Borges et al., 2015). A inclusão das escalas traz a necessidade de novos estudos para avaliar seus parâmetros psicométricos.

Assim, o objetivo desta Tese foi o de avaliar as propriedades psicométricas da Bateria de Avaliação de Indicadores de Depressão Infantojuvenil (BAID-IJ) em sua nova versão de sete escalas em uma amostra proveniente do Estado do Rio Grande do Sul. Neste intuito, foram investigadas evidências de validade de estrutura interna, na relação com variáveis externas e avaliada a fidedignidade de cada escala da BAID-IJ. Além disso, foram obtidas estatísticas descritivas, diferenças de média e análises de correlações e regressão. Os artigos a seguir apresentam estudos que buscaram contemplar tais objetivos.

ARTIGO 1: ANÁLISE PSICOMÉTRICA DAS ESCALAS DA BATERIA DE INDICADORES DE DEPRESSÃO INFANTOJUVENIL (BAID-IJ)

Cassandra Cardoso

Makilim Nunes Baptista

Wagner de Lara Machado

Resumo: Foram investigadas as propriedades psicométricas das sete escalas da Bateria de Avaliação de Indicadores de Depressão Infantojuvenil (BAID-IJ), que é composta por 113 itens. As escalas avaliam depressão, solidão, desamparo, autoestima, autoconceito, desesperança e autoeficácia. Os métodos utilizados foram análises fatoriais exploratórias (AFE) de cada uma das escalas e verificação de ajuste dos itens ao modelo de Teoria de Resposta ao Item Rating Scale. A amostra foi constituída por 496 crianças e adolescentes, de oito a 18 anos ($M = 13,29$, $DP = 2,9$), do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Nos resultados da AFE, a Análise Paralela (AP) indicou um fator em todas as escalas. As cargas fatoriais variaram entre 0,30 e 0,86. A variância explicada das escalas foi de 41% a 50%. O alfa de Cronbach das escalas variou entre 0,91 e 0,95, índices excelentes. Os itens das sete escalas apresentaram bom ajuste ao modelo de Teoria de Resposta ao Item Rating Scale, com os níveis de dificuldade bem distribuídos nas escalas. A confiabilidade dos itens também foi excelente ao ser analisada por esse modelo, tendo variado entre 0,98 e 0,99. A análise do mapa de itens de cada escala contribuiu na identificação de diferentes características dos construtos. Os resultados indicaram adequadas propriedades psicométricas das escalas da BAID-IJ, com evidências de validade de estrutura interna e confiabilidade.

Palavras-chave: análise fatorial exploratória, Análise de Rasch, depressão infantojuvenil.

Abstract: We investigated the psychometric properties of the seven scales of the Depression Indicator Assessment Battery (BAID-IJ), which is composed of 113 items. The scales assess depression, loneliness, helplessness, self-esteem, self-concept, hopelessness and self-efficacy. The methods used was Exploratory Factor Analysis (AFE) of each of the scales, as well as the fit verification of the items to the to the Rating Scale measurement model. The sample consisted of 496 children and adolescents from the State of Rio Grande do Sul, Brazil, age ranging from 8 to 18 years old ($M = 13.29$, $SD = 2.9$). In the results of AFE, The Parallel Analysis (PA) indicated one factor in all scales. The factor loads ranged between 0,30 and 0,86. The explained variance of the scales was ranged from 41% to 50%. Cronbach's alpha scales ranged between 0,91 and 0,95, which are excellent indexes. The results indicated adequate fit to the Rating Scale measurement model, being the difficulty levels well distributed in the scales. The reliability of the items was also excellent when analyzed by this model, ranging from 0,98 to 0,99. The analysis of the item map of each scale contributed to the identification of different features of the constructs. The results showed adequate psychometric properties of the BAID-IJ scales, as well as evidences of internal structure validity and reliability.

Keywords: exploratory factor analysis, Rasch analysis, children and adolescent depression.

Resumen: Se investigaran las propiedades psicométricas de las siete escalas de la Batería de Evaluación de Indicadores de Depresión Infantojuvenil (BAID-IJ), que es composta de 113 ítems. Las escalas evalúan depresión, soledad, desamparo, autoestima, autoconcepto, desesperanza y autoeficacia. Los métodos utilizados fueron análisis factoriales exploratorios (AFE) de cada una de las escalas y verificación de ajuste de los ítems al Modelo Rating Scale. La muestra fue constituida de 496 niños y adolescentes, de 09 hasta 18 años ($M = 13,29$, $SD = 2,9$), del Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. En los resultados de la AFE, el Análisis Paralelo (AP) indicó un factor en todas las escalas. Las cargas factoriales variaron entre 0,30 y 0,86. La varianza explicada de las escalas fue de 41% hasta 50%. El alfa de Cronbach de las escalas varió entre 0,91 y 0,95, índices excelentes. Los ítems de las siete escalas presentaron buen ajuste al Modelo Rating Scale, con los niveles de dificultad bien distribuidos en las escalas. La confiabilidad de los ítems también fue excelente en cuanto analizada por ese modelo, habiendo variado entre 0,98 y 0,99. El análisis del mapa de los ítems de cada escala contribuyó a la identificación de diferentes características de los constructos. Los resultados indicaron adecuadas propiedades psicométricas de las escalas da BAID-IJ, con evidencias de validez de estructura interna y confiabilidad.

Palabras clave: análisis factorial exploratoria, análisis de Rasch, depresión infantojuvenil.

Introdução

A identificação precoce e precisa dos sintomas depressivos em crianças e adolescentes é uma necessidade de saúde pública (Sun & Wang, 2015). O curso de um episódio depressivo diagnosticado em crianças e adolescentes pode durar de sete a nove meses em média. Em pessoas não diagnosticadas, o tempo pode ser menor e a remissão pode ser espontânea. Porém, há 40% de probabilidade de recorrência em dois anos (Rey, Bella-Awusah, & Jing, 2015). Assim, o início precoce da depressão pode influenciar negativamente as crianças e adolescentes em todos os aspectos de suas vidas, como o desenvolvimento afetivo e cognitivo, o rendimento escolar e o funcionamento social (Bilginer & Kandil, 2015). A depressão também está positivamente relacionada com conduta suicida em adolescentes (Horwitz, Berona, Czyz, Yeguez, & King, 2017) e transtorno depressivo na vida adulta (Thapar, Collishaw, Pine, & Thapar, 2012).

Em virtude disso, foi proposta a Bateria de Avaliação de Indicadores da Depressão Infantojuvenil (BAID-IJ; Borges, Baptista, & Serpa, 2015) para a avaliação dos sintomas depressivos em crianças e adolescentes. O instrumento avalia depressão e indicadores relacionados como solidão, desamparo, autoestima, autoconceito, desesperança e autoeficácia (Borges et al., 2015).

Já foram realizados estudos psicométricos com uma versão anterior da BAID-IJ, com cinco escalas (depressão, solidão, desamparo, autoestima e autoconceito) e 91 itens. A sua estrutura fatorial foi a de uma estrutura latente bifactor (B-ESEM) latente (CFI = 0,950, TLI = 0,942) e RMSEA = 0,025 [0,023-0,027]. O modelo foi o de um fator geral latente, correlacionado com os cinco fatores: depressão, solidão, desamparo, autoestima e autoconceito. Os resultados indicaram, também, que cada escala é unifatorial quando avaliada isoladamente (Borges, Baptista, & Serpa, 2017).

A estrutura interna da bateria, em sua versão de cinco escalas, também foi avaliada a partir do modelo de resposta gradual de Samejima, um modelo de Teoria de Resposta ao Item (TRI). Os resultados indicaram ajuste ao modelo de 82 itens dos 91 itens originais da bateria, que foram representativos dos descritores e sintomas de maior prevalência na depressão (Borges, 2015).

A TRI vem sendo cada vez mais utilizada na investigação do traço latente, pois ao avaliar cada item, evita variações em função da amostra de itens utilizados ou da amostra de respondentes (Linacre, 2011). A TRI também permite a diferenciação de itens mais fortemente relacionados ao construto investigado de outros menos (Cole et al., 2011). Em estudo que utilizou o modelo de TRI em dez itens de depressão da *Kiddie Schedule of Affective Disorders and Schizophrenia* (baseada no DSM-IV), o sintoma mais discriminativo de depressão foi o humor deprimido e o menos discriminativo foi o suicídio. Com relação ao traço latente, os sintomas de agitação ou retardo psicomotor, distúrbios no peso e apetite e suicídio (ideação ou tentativas de suicídio) indicaram um alto nível de dificuldade, e refletiram um aumento clínico e estatístico na sua gravidade. A amostra foi composta por 3.403 crianças e adolescentes, provenientes de grupos clínicos e não-clínicos (Cole et al., 2011).

No contexto da TRI, o modelo de Rasch (Rating Scale) propõe uma análise psicométrica que avalia apenas um de seus parâmetros, a dificuldade do item (parâmetro b). O modelo Rasch assume que a probabilidade da pessoa de endossar um item depende tanto da dificuldade do item (δ) quanto do nível de traço latente da pessoa (θ) (Embretson & Reise, 2000).

A partir do exposto, o objetivo deste estudo foi o de investigar as propriedades psicométricas das escalas da BAID-IJ, a partir de evidências de validade relacionadas à estrutura interna e a fidedignidade das escalas. Para tanto, pela teoria Clássica dos Testes (TCT) foi avaliada a estrutura fatorial de cada escala por meio de Análise Fatorial

Exploratória (AFE). A dimensionalidade, as cargas fatoriais dos itens, a variância explicada de cada escala e o coeficiente alfa de *Cronbach* (α) de cada escala foram analisados. Posteriormente, de acordo com a TRI, foram testados os ajustes dos itens de cada escala ao modelo de Rasch (no caso, itens politômicos - Rating Scale). Os índices de ajuste *infit* e *outfit*, a confiabilidade dos itens e o mapa de itens de cada escala foram analisados.

Método

Participantes

A amostra foi constituída por 496 crianças e adolescentes, de oito a 18 anos, com idade média de 13,29 (DP = 2,93). A maior parte da amostra foi do sexo feminino (n = 300, 60,5% da amostra). Houve dois grupos amostrais, escolhidos por conveniência, provenientes do Estado do Rio Grande do Sul. O primeiro foi o “Grupo de Estudantes” (GE), composto por 460 estudantes de escolas públicas, segundo foi o “Grupo com Hipótese de Depressão” (GHD), composto por 36 usuários de serviços de saúde mental coletiva. Todos estavam em tratamento psicoterapêutico para algum transtorno mental, e apresentavam hipótese diagnóstica de depressão realizado por profissionais da área de saúde mental. No GHD, 69,4% (n = 25) dos participantes faziam uso de antidepressivos e outros psicofármacos. Entre os outros sintomas referidos pelos profissionais estavam ansiedade (n = 6), transtorno de conduta (n = 3), sintomas psicóticos / alucinações (n = 2), problemas de aprendizagem (n = 3) e bipolaridade (n = 1).

Instrumentos

Bateria de Avaliação de Indicadores de Depressão Infantojuvenil (BAID-IJ; Borges et al., 2015).

A BAID-IJ avalia indicadores de depressão em crianças e adolescentes de oito a 18 anos de idade. A bateria, de autorrelato, contém 113 itens, agrupados em sete escalas, que avaliam depressão (18 itens), solidão (13 itens), desamparo (17 itens), autoestima (18 itens), autoconceito (16 itens), desesperança (16 itens) e autoeficácia (15 itens). A escala de resposta é do tipo *Likert* de três pontos, sendo 0 = “não/nunca”, 1 = “às vezes” e 2 = “sim /sempre”. Os itens de depressão, solidão e desamparo foram estruturados com sentimentos, pensamentos e comportamentos com semântica negativa. Exemplo: “sinto-me para baixo” (Depressão); “sinto-me sozinho” (Solidão); “acredito que nada vai melhorar” (Desamparo). Já os itens de autoestima, autoconceito e autoeficácia foram estruturados com sentimentos, pensamentos e comportamentos com semântica positiva. Exemplo: “estou satisfeito comigo mesmo” (Autoestima); “sou uma pessoa legal” (Autoconceito); “você acredita que é capaz de... se relacionar bem com as pessoas”. A exceção é a escala desesperança, na qual a maioria dos itens tem semântica negativa (dez), mas alguns itens (quatro) são apresentados com sentimentos, pensamentos e comportamentos com semântica positiva. Exemplo de item negativo: “sou infeliz e nada vai mudar isso” (Desesperança). Exemplo de item positivo: “penso que minha vida vai melhorar” (Desesperança). Os itens positivos devem ser invertidos no cálculo do escore total da escala Desesperança.

Procedimentos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade São Francisco (USF), sob parecer nº 1.426.004 (CAAE:52889016.8.0000.5514). No GE, a coleta foi realizada de forma coletiva e individual, dependendo da idade dos participantes. As aplicações coletivas tiveram em média 12 participantes. Para os menores de 10 anos, a aplicação foi individual e os itens foram lidos pela aplicadora. Nos participantes do GHD, a coleta foi realizada nos próprios serviços e a aplicação foi individual. Os itens foram lidos pela aplicadora para os menores de 11 anos. O tempo de aplicação foi em torno de 40 minutos nas aplicações individuais e de uma hora nas aplicações coletivas. A pesquisadora/aplicadora foi auxiliada por um acadêmico de psicologia treinado nas aplicações coletivas.

Análise dos dados

Inicialmente, foi avaliada a dimensionalidade de cada uma das escalas da BAID-II, a partir de Análise Fatoriais Exploratórias (AFE) com o *software Factor 9.2* (Lorenzo-Seva & Ferrando, 2013). O método de retenção fatorial utilizado foi a Análise Paralela (AP) (Lorenzo-Seva, Timmerman, & Kiers, 2011). O método de extração utilizado foi o *Unweighted Least Squares* (ULS). Os índices de ajuste utilizados para a estimação de adequação do modelo foram o *Goodness-of-fit index* (GFI) $\geq 0,95$ (Schreiber, Nora, Stage, Barlow, & King, 2006) e o *Root Mean Square of Residuals* (RMSR) $< 0,080$ (Hair, Black, Babin, Anderson, & Tatham, 2009). O GFI é um índice de qualidade do ajuste que avalia a discrepância entre a matriz de covariância da amostra e a matriz de covariância implícita no modelo. O intervalo possível de valores do GFI é de 0 a 1, com valores maiores indicando melhor ajuste. Já o RMSR é um índice de má qualidade do ajuste, e

consiste na raiz quadrada da média dos resíduos quadrados: uma média dos resíduos (erros) entre termos individuais observados e estimados de covariância e variância (Hair et al., 2009).

As medidas de consistência interna foram calculadas a partir do coeficiente alfa de *Cronbach*. Foram considerados $\alpha > 0,90$ = excelente; $\alpha > 0,80$ = bom; $\alpha > 0,70$ = aceitável; $\alpha > 0,60$ = questionável; $\alpha > 0,50$ = pobre, $\alpha < 0,50$ = inaceitável (George & Mallery, 2003). Os valores absolutos de cargas fatoriais maiores de 0,3 foram considerados aceitáveis (Field, 2009).

Também foi avaliada a dimensionalidade de cada escala com o uso do *Winsteps*, v. 3.72.2 (Linacre, 2011). Os resultados indicaram uma estrutura unidimensional em todas as escalas, sendo que nenhum dos contrastes principais teve autovalores maiores de 2 e nenhuma correlação residual maior de 0,3. A independência local foi avaliada por meio das correlações residuais dos itens, tendo sido esperados valores menores que 0,30 (Linacre, 2011).

Posteriormente, testou-se o ajuste dos itens de cada uma das escalas ao modelo de Teoria de Resposta ao Item Rating Scale, para itens politômicos, por meio do *software Winsteps*, v. 3.72.2 (Linacre, 2011). O modelo foi empregado para avaliar os itens quanto à dificuldade (δ). Estes foram avaliados em um mesmo contínuo linear em unidades de logaritmos de chance (*log-odds* units ou apenas *logits*). Em teoria, a escala *logit* assume valores entre $\pm \infty$, contudo os valores costumam se situar entre ± 6 *logits*. O ajuste dos itens ao modelo de mensuração foi avaliado pelos índices de resíduo *infit* e *outfit*. Foi esperado que ambos se situem dentro do intervalo recomendado (entre 0,50 e 1,50). Quanto mais próximos à unidade estão esses índices, maior é a explicação dos mesmos pelo modelo (Linacre, 2011). A fidedignidade dos itens de cada escala foi apresentada a partir do coeficiente de reprodutibilidade (probabilidade da ordenação dos itens). Os coeficientes deviam variar de 0 a 1, sendo $> 0,70$ o valor de referência (Bond & Fox, 2007).

O mapa de itens de cada escala foi avaliado. A estimação dos *thresholds* das escalas de resposta permitiu conhecer a localização dos itens no contínuo da variável latente e julgar a magnitude de informação proporcionada pelos itens (Boone, Staver, & Yale, 2014). O mapa dos itens indica possíveis agrupamentos de itens que podem indicar diferentes fases ou estágios do construto.

Resultados

Para a realização da análise fatorial exploratória (AFE), foi verificada a matriz de dispersão policórica que se mostrou adequada em todas as escalas da BAID-IJ. Os índices de KMO foram considerados bons e muito bons (depressão = 0,92; solidão = 0,90; desamparo = 0,91; autoestima = 0,93; autoconceito = 0,88; desesperança = 0,88; e, autoeficácia = 0,88). Igualmente, o teste de esfericidade de Bartlett foi significativo ($p < 0,001$), rejeitando a hipótese nula de que a matriz é uma matriz identidade para todas as escalas. A Análise Paralela (AP) indicou um fator em todas as escalas. A AFE foi realizada pelo método de extração *Unweighted Least Squares* (ULS). É importante destacar que, na configuração da análise, foi indicado um fator, de acordo com estudos anteriores da BAID-IJ, nos quais as escalas da Bateria (excetuando-se a desesperança e autoeficácia que não foram incluídos na primeira versão) foram consideradas unidimensionais quando analisadas independentemente (Borges et al., 2017).

Com relação aos índices de ajuste utilizados, o GFI esteve próximo à unidade em todas as escalas, indicando boa qualidade de ajuste (depressão = 0,98; solidão = 0,98; desamparo = 0,98; autoestima = 0,98; autoconceito = 0,95; desesperança = 0,97; e, autoeficácia = 0,97). Já o RMSR foi $< 0,08$ na maioria das escalas (depressão = 0,064; solidão = 0,071; desamparo = 0,069; autoestima = 0,071). Na desesperança foi de

(RMSR = 0,085) e autoeficácia (RMSR = 0,087) foi em torno de 0,080. No autoconceito (RMSR= 0,114) o índice foi um pouco acima do considerado adequado.

As cargas fatoriais dos itens de todas as escalas variaram entre 0,30 e 0,86. A maioria das cargas fatoriais estiveram acima de 0,50. Apenas 4 itens dos 113 tiveram carga fatorial abaixo de 0,40. A variância explicada das escalas variou entre 41% (Autoeficácia) e 50% (Autoestima). O α de *Cronbach* variou entre 0,91 e 0,95, índices que podem ser considerados excelentes por serem $> 0,90$ (George & Mallery, 2003). A Tabela 1 apresenta as cargas fatoriais dos itens, a variância explicada e a confiabilidade de cada escala da BAID-II.

Tabela 1.

Cargas fatoriais dos itens, variância explicada e confiabilidade de cada escala.

Escala	Depressão		Solidão		Desamparo		Autoestima		Autoconceito		Desesperança		Autoeficácia	
	Item	c	Item	c	Item	c	Item	c	Item	c	Item	c	Item	c
	1	0,72	1	0,67	1	0,72	1	0,73	1	0,58	1	0,72	1	0,65
	2	0,47	2	0,68	2	0,60	2	0,72	2	0,52	2	0,56	2	0,74
	3	0,69	3	0,66	3	0,52	3	0,68	3	0,57	3	-0,38	3	0,72
	4	0,59	4	0,51	4	0,73	4	0,60	4	0,46	4	-0,31	4	0,49
	5	0,77	5	0,82	5	0,78	5	0,74	5	0,52	5	-0,72	5	0,71
	6	0,64	6	0,70	6	0,48	6	0,78	6	0,43	6	-0,55	6	0,49
	7	0,51	7	0,74	7	0,73	7	0,83	7	0,79	7	0,61	7	0,50
	8	0,66	8	0,53	8	0,53	8	0,59	8	0,72	8	-0,65	8	0,47
	9	0,64	9	0,48	9	0,60	9	0,75	9	0,76	9	-0,65	9	0,66
	10	0,85	10	0,83	10	0,70	10	0,73	10	0,73	10	-0,70	10	0,47
	11	0,54	11	0,71	11	0,75	11	0,63	11	0,60	11	-0,64	11	0,61
	12	0,55	12	0,91	12	0,68	12	0,71	12	0,70	12	0,32	12	0,69
	13	0,56	13	0,30	13	0,74	13	0,64	13	0,77	13	-0,67	13	0,66
	14	0,41			14	0,44	14	0,62	14	0,79	14	-0,81	14	0,65
	15	0,46			15	0,78	15	0,54	15	0,56			15	0,72
	16	0,74			16	0,55	16	0,70	16	0,66				
	17	0,74			17	0,72	17	0,42						
	18	0,58					18	0,86						
VE	0,43		0,49		0,47		0,50		0,45		0,41		0,43	
α	0,93		0,94		0,93		0,95		0,93		0,91		0,91	

Nota. C = carga fatorial; VE = variância explicada; α = Alpha de Cronbach.

As análises no Modelo Teoria de Resposta ao Item Rating Scale também foram feitas para cada escala separadamente. Inicialmente, foram testados os pressupostos de unidimensionalidade e independência local dos itens. Em consonância com a AFE realizada, as análises também indicaram a unidimensionalidade de todas as escalas. Nenhum dos contrastes principais teve autovalores maiores de 2 e nenhuma correlação residual maior de 0,3. Em todas as escalas, a dificuldade dos itens variou entre os valores esperados (de -2,0 a 2,0). Os ajustes *infit* e *oufit* (vide Tabela 2) de todas as escalas também apresentaram valores adequados (entre 0,50 e 1,50). A fidedignidade dos itens de todas as escalas foi excelente, com variação entre 0,98 e 0,99. A Tabela 2 (a seguir) apresenta as estatísticas sumarizadas dos itens.

Tabela 2.

Estatísticas sumarizadas dos itens.

Escala		Dificultad e	<i>Infit</i> (DP)	<i>Oufit</i> (DP)	Fidedignidade	
					Ítems	Pessoas
Depressão	X (DP)	0,00 (0,83)	1,01 (0,15)	0,97 (0,17)		
	Máximo	1,94	1,23	1,28	0,99	0,87
	Mínimo	-1,56	0,60	0,59		
Solidão	X (DP)	0,00 (0,76)	1,00 (0,24)	0,93 (0,29)		
	Máximo	1,69	1,42	1,52	0,98	0,83
	Mínimo	-1,16	0,72	0,43		
Desamparo	X (DP)	0,00 (0,76)	1,00 (0,14)	0,99 (0,19)		
	Máximo	1,38	1,27	1,34	0,99	0,83
	Mínimo	-1,28	0,77	0,76		
Autoestima	X (DP)	0,00 (0,67)	0,99 (0,16)	0,99 (0,21)		
	Máximo	1,13	1,45	1,59	0,98	0,91
	Mínimo	-1,20	0,77	0,65		
Autoconceito	X (DP)	0,00 (0,73)	1,00 (0,17)	1,00 (0,21)		
	Máximo	1,24	1,28	1,35	0,98	0,87
	Mínimo	-1,49	0,68	0,72		
Desesperança	X (DP)	0,00 (0,74)	1,01 (0,17)	1,02 (0,23)		
	Máximo	1,26	1,40	1,53	0,98	0,88
	Mínimo	-1,25	0,78	0,72		
Autoeficácia	X (DP)	0,00 (0,90)	1,00 (0,22)	0,98 (0,22)		
	Máximo	1,39	1,49	1,46	0,99	0,84
	Mínimo	-1,66	0,69	0,68		

Nota. DP = Desvio-padrão.

A Figura 1, a seguir, apresenta os mapas de progressão dos itens (*Rasch – score point threshold*). Os mapas dos itens mostram as respostas esperadas para cada item de acordo com diferentes níveis do traço latente (valores *theta*, plotados nas linhas do topo e no fundo na figura, variando de -5 a +5). Os itens estão dispostos no mapa (à direita, do mais fácil para os participantes endossarem até o mais difícil de endossar). Por exemplo, o item mais fácil de endossar é aquele que necessita de menor quantidade de construto latente e o mais difícil, aquele que exige mais construto latente. No mapa, as categorias de resposta são mostradas variando de 0 a 2 para cada item (sendo 0 = não, nunca, 1 = às vezes, 3 = sim, sempre). Suas posições são dadas pelos limiares (*thresholds*) na variação de *theta*. Assim, ao analisar o mapa de itens, pode-se identificar grupos ou *clusters* de itens que indicam de menor a maior grau de construto latente.

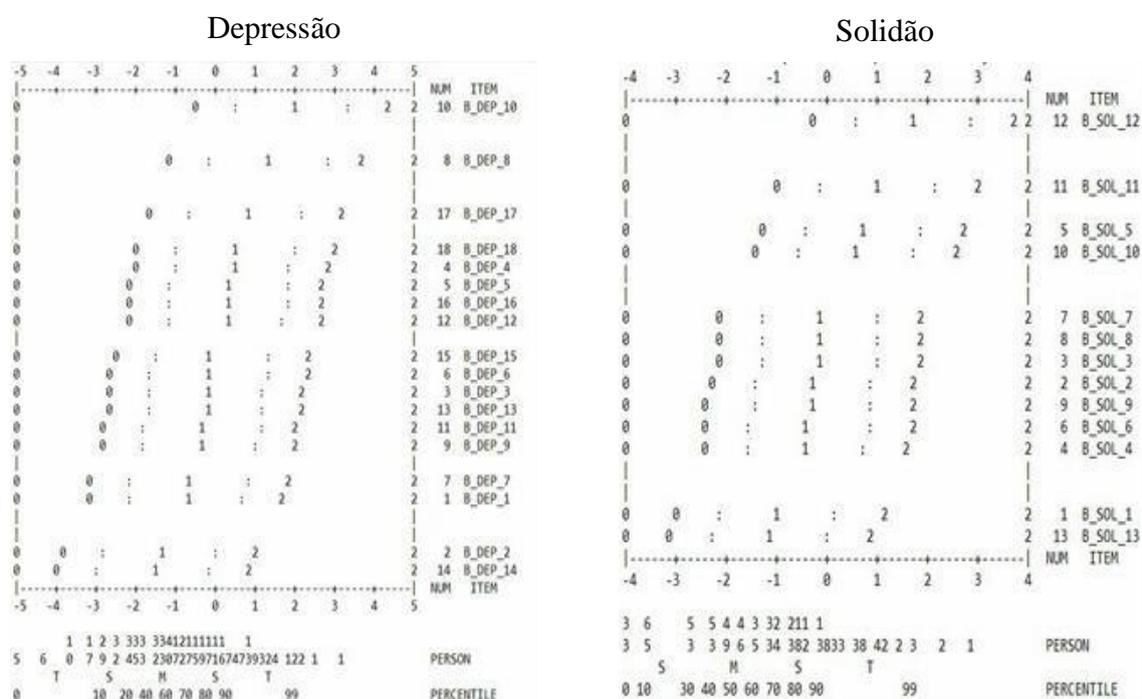
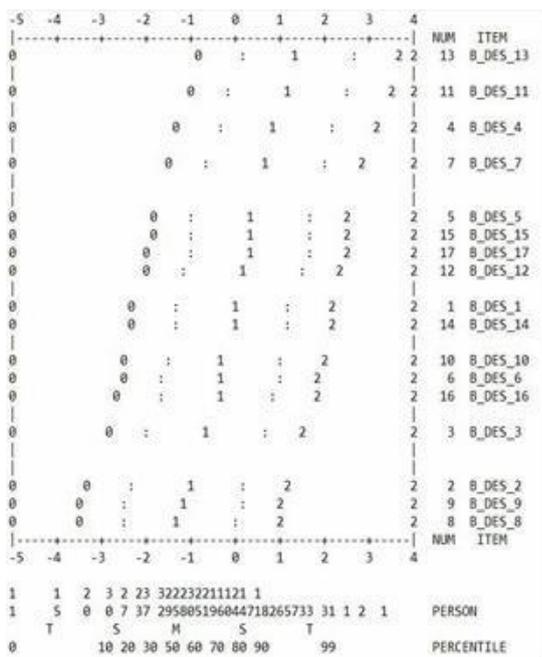
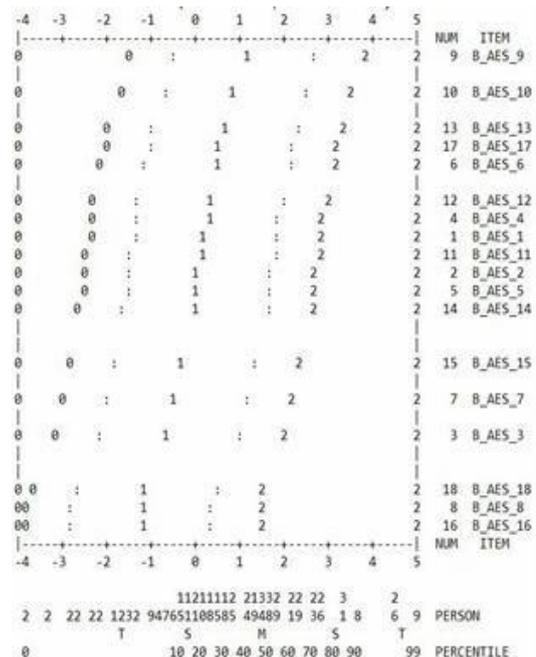


Figura 1. Mapa de itens e pessoas das escalas.

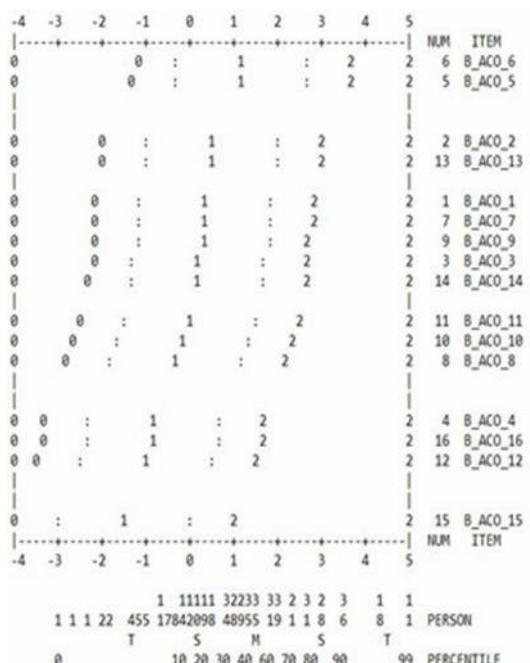
Desamparo



Autoestima



Autoconceito



Desesperança

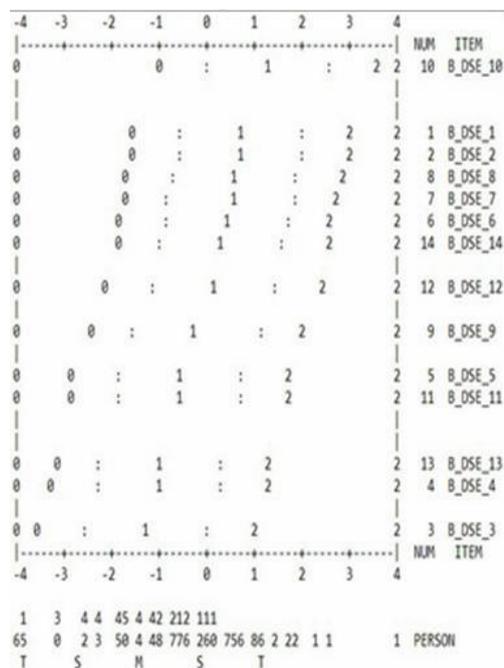


Figura 1. Mapa de itens e pessoas das escalas (continuação).

peças mudarem o jeito de ser”). O item que exigiu maior nível de traço latente foi o 13 (“meu futuro será infeliz”), seguido pelo 11 (“acredito que meu futuro será ruim”).

Na autoestima, a dificuldade dos itens variou de -1,20 a 1,13. Os itens 16 (“cuido de mim”), 8 (“sou uma pessoa boa”) e 18 (“gosto de mim”) formaram um grupo de itens mais facilmente endossados pela amostra. Os itens que exigiram maior traço latente foram o 10 (“tenho um corpo bonito”) e o 9 (“me sinto uma pessoa importante”).

No autoconceito, a dificuldade dos itens variou de -1,49 a 1,24. O item mais facilmente endossado, com pouca especificidade, foi o 15 (“gosto de me arrumar para sair”). Um agrupamento de maior dificuldade foi formado pelos itens 2 (“meus professores me acham inteligente”) e 13 (“sou bonito[a]”). Já um agrupamento de itens mais difíceis foi formado pelos itens 6 (“me dou bem nos jogos de competição”) e 5 (“sou bom[a] nos esportes”).

Na desesperança a dificuldade dos itens variou de -1,25 a 1,26. O item mais facilmente endossado foi o 3 (“o meu futuro é incerto para mim”). Sua pouca especificidade e falta de clareza foram indicadas desde a coleta de dados, na qual o item foi objeto de muitas perguntas dos participantes, sugerindo que deva ser reelaborado por ser de difícil compreensão.

Na autoeficácia, a dificuldade dos itens variou de -1,66 a 1,39. O item mais facilmente endossado foi o 12 (“você acredita que é capaz de... de ser um bom amigo”). O item que exigiu maior traço latente para ser endossado foi o 8 (“você acredita que é capaz de... se sentir seguro”).

Discussão

Os resultados do estudo apresentaram evidências de validade de estrutura interna para a BAID-IJ, em sua versão de sete escalas. De uma perspectiva da TCT, a análise

fatorial indicou que todas as escalas foram unidimensionais, com fidedignidade excelente a partir dos valores do α de *Cronbach*. Os resultados foram coerentes com os de estudo da versão de cinco escalas da BAID-IJ. Nesse estudo, a depressão, a solidão, o desamparo, a autoestima e o autoconceito foram unidimensionais quando avaliadas independentemente (Borges et al., 2017).

As cargas fatoriais dos itens também foram adequadas. A variância explicada das escalas foi de 41% (Autoeficácia) a 50% (Autoestima). O valor de 50% é um valor razoável na Psicologia (Damásio, 2012). A fidedignidade das escalas a partir do alfa de *Cronbach* foi acima de 0,90 em todas as escalas, sendo considerada excelente (George & Mallery, 2003).

Tendo sido cumpridos os requisitos de unidimensionalidade e independência local dos itens, foi realizada a sua análise no Modelo de Teoria de Resposta ao Item Rating Scale. O foco da análise foi o parâmetro de dificuldade dos itens de cada escala. Os ajustes dos índices ao modelo de mensuração foram adequados em todas os itens de todas as escalas. A fidedignidade dos itens foi excelente e variou de 0,98 a 0,99 em todas as escalas, assim como a fidedignidade das escalas. Desta forma, tanto na perspectiva da TCT, pelo alfa de *Cronbach*, quanto pela TRI (índices do Modelo de Teoria de Resposta ao Item Rating Scale), a fidedignidade das escalas foi excelente.

No mapa de itens, eles se distribuíram adequadamente no contínuo de traço latente do construto. De acordo com Boone et al. (2014), mesmo que a medida de Rasch seja quantitativa, ela requer reflexões qualitativas. Neste sentido, foi analisada a progressão da dificuldade dos itens em cada escala. Em consonância com Bond e Fox (2007) e Hauck Filho e Teixeira (2013) entende-se que o reconhecimento de um padrão na manifestação de sintomas propiciado pelo ajuste do Modelo de Teoria de Resposta ao Item Rating Scale pode ter implicações na prática clínica. Isso porque, o relato de apenas um problema que conste no instrumento pode permitir supor que o indivíduo, provavelmente, já apresentou todos os problemas anteriores.

Com base nisso, foram apresentados alguns itens e grupos de itens (*clusters*) que, por seu posicionamento no contínuo de dificuldade, geram hipóteses sobre o desenvolvimento do construto. Por exemplo, na depressão, os pensamentos de morte e ideação suicida foram os itens mais difíceis, ou seja, que exigiram maior traço latente. Os resultados eram esperados de acordo com Cole et al. (2011).

Na solidão, os itens mais difíceis foram os referentes a prejuízo das relações sociais e com pares a partir do isolamento. Este resultado corroborou os resultados de Vanhalst, Luyckx, Raes e Goossens (2012) de que a solidão relacionada aos pares tem maior impacto no bem-estar dos adolescentes do que a relacionada aos pais.

No desamparo, os itens em que foram requeridas maiores quantidades de traço latente foram os referentes a expectativas negativas com relação ao futuro. Os resultados estão de acordo com Peterson e Seligman, que em 1984 já haviam correlacionado o desamparo apreendido com a expectativa de que o futuro é incontrolável e de pessimismo com relação ao futuro (Peterson & Seligman, 1984).

No autoconceito, os itens mais difíceis referiam-se a situações de competição esportiva. Este resultado é compatível com o de um estudo que encontrou menor autoconceito e autoconceito físico em um grupo clínico de adolescentes com transtornos mentais diversos, frente a um grupo de estudantes de mesmo número ($n = 103$). A idade média dos participantes foi de 14 anos e seis meses ($DP = 1,4$). Porém, não foram encontradas diferenças entre os grupos na competência nos esportes, força e flexibilidade (Simons, Capiro, Adriaenssens, Delbroek, & Vandenbussche, 2012). Isso demonstra o maior traço latente de autoconfiança requerido em situações de competição e esportivas. Na desesperança, sugere-se retirar o item 3 e analisar novamente os índices psicométricos, já que ele apresentou baixa carga fatorial na AFE, exigiu muito pouco traço latente no modelo de TRI - Rating Scale e foi de difícil compreensão na coleta de dados. É importante considerar que as hipóteses apresentadas necessitam ser mais bem desenvolvidas e avaliadas empiricamente.

Conclusão

A análise realizada neste estudo mostrou as escalas da BAID-IJ têm propriedades psicométricas adequadas para a avaliação dos construtos latentes que investigam. As cargas fatoriais obtidas na AFE foram adequadas, assim como a variância explicada das escalas. Os itens também foram avaliados e se ajustaram ao Modelo de Teoria de Resposta ao Item Rating Scale . As evidências obtidas apontaram para boas evidências de validade de estrutura interna e confiabilidade das escalas da BAID-IJ.

A análise do mapa de itens de cada escala contribuiu na identificação de diferentes características dos construtos. Outra vantagem da utilização do Modelo de TRI Rating Scale neste estudo, é que ele permitiu identificar a localização dos itens de cada escala em um contínuo de quantidade de traço latente. Estas informações podem auxiliar na detecção precoce dos sintomas depressivos, que é tão necessária em crianças e adolescentes conforme já alertado por Sun e Wang (2015).

Entre as limitações do estudo, pode-se considerar o menor número de participantes com hipótese de depressão (GHD) em relação ao grupo de estudantes (GE). Outro aspecto a ser analisado em estudos futuros, seria o funcionamento diferencial dos itens (DIF) entre crianças e adolescentes. A proposição justifica-se pela ampla variação de idade a que a bateria se destina, que é de oito a 18 anos.

Enfim, as análises realizadas tanto na perspectiva da TCT quanto do Modelo de Teoria de Resposta ao Item Rating Scale indicaram propriedades psicométricas adequadas para todas as escalas da BAID- IJ, quando avaliadas isoladamente. As escalas demonstraram ter boas evidências de validade baseadas na estrutura interna, indicando que a interpretação de seus resultados permite avaliar o domínio pretendido, todas com excelente fidedignidade.

Referências

- Bilginer, C., & Kandil, S. (2015). Emotional and behavioral characteristics of childhood depression. *Journal of Experimental & Clinical Medicine*, 33(2), 85-92. Recuperado de http://www.psikofarmakoloji.org/pdf/25_11_7.pdf
- Bond, T. G., & Fox, C. M. (2007). *Applying the Rasch model: Fundamental measurement in the human sciences*. Mahwah, USA: Erlbaum.
- Boone, W. J., Staver, J. R., & Yale, M. S. (2014). *Rasch Analysis in the Human Sciences*. New York, USA: Springer Dordrecht Heidelberg.
- Borges, L. S. (2015). *Bateria de Avaliação de Indicadores de Depressão Infantojuvenil* (Tese de doutorado não publicada). Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia, Universidade São Francisco (USF), Itatiba, São Paulo, Brasil.
- Borges, L. S., Baptista, M. N., & Serpa, A. L. O. (2015). *Bateria de Avaliação de Indicadores de Depressão Infantojuvenil (BAID-IJ)* (Relatório técnico não publicado). Universidade São Francisco (USF), Itatiba, São Paulo, Brasil.
- Borges, L. S., Baptista, M. N., & Serpa, A. L. O. (2017). Structural analysis of depression indicators scale-children and adolescents: A bifactor-ESEM approach. *Trends in Psychology*, 25(2), 401-408. doi:10.9788/TP2017.2-08
- Cole, D. A., Cai, L., Martin, N. C., Findling, R. L., Youngstrom, E. A., Garber, J., Curry, J. F., Hyde, J. S., Essex, M. J., Compas, B. E., Goodyer, I. M., Rohde, P., Stark, K. D., Slattery, M. J., & Forehand, R. (2011). Structure and measurement of depression in youth: Applying item response theory to clinical datapsychol assess. *Psychological Assessment*, 23(4), 819-833. doi:10.1037/a0023518
- Damásio, B. F. (2012). Uso da análise fatorial exploratória em psicologia. *Avaliação Psicológica*, 11(2), 213-228. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/3350/335027501007/>

- Embretson, S. E., & Reise, S. P. (2000). *Item response theory for psychologists*. Mahwah, USA: Lawrence Erlbaum.
- Field, A. (2009). *Descobrimdo a estatística usando o SPSS*. 2. ed. Porto Alegre, RS: Artmed.
- George, D., & Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference*. 4. ed. Boston, USA: Allyn & Bacon.
- Hair, F. J., Black, W. C., Babin, J., Anderson, E., & Tatham, L. (2009). *Análise multivariada de dados*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Hauck Filho, N., & Teixeira, M. A. P. (2013). Análise de Rasch de uma medida de problemas decorrentes do beber em estudantes universitários. *Psico*, *44*(2), 174-183. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5631469.pdf>
- Horwitz, A. G., Berona, J., Czyz, E. K., Yeguez, C. E., & King, C. A. (2017). Positive and negative expectations of hopelessness as longitudinal predictors of depression, suicidal ideation, and suicidal behavior in high-risk adolescents. *Suicide and Life-threatening Behavior*, *47*(2), 168-176. doi:10.1111/sltb.12273
- Linacre, J. M. (2011). *A user's guide to Winsteps/Ministep Rasch-model computer programs*. Chicago, USA: MESA Press.
- Lorenzo-Seva, U., & Ferrando, P. J. (2013). FACTOR 9.2: A comprehensive program for fitting exploratory and semiconfirmatory factor analysis and IRT models. *Applied Psychological Measurement*, *37*(6), 497-498. doi:10.1177/0146621613487794
- Lorenzo-Seva, U., Timmerman, M. E., & Kiers, H. A. (2011). The Hull method for selecting the number of common factors. *Multivariate Behavioral Research*, *46*(2), 340-364. doi:10.1080/00273171.2011.564527
- Peterson, C., & Seligman, M. E. (1984). Causal explanations as a risk factor for depression: Theory and evidence. *Psychological Review*, *91*(3), 347-374. doi:10.1037/0033-295X.91.3.34

- Rey, J. M., Bella-Awusah, T. T., & Jing, L. (2015). Depression in children and adolescents. In J. M. Rey (Ed.), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva, Suíça: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.
- Schreiber, J. B., Nora, A., Stage, F. K., Barlow, E. A., & King, J. (2006). Reporting structural equation modeling and confirmatory factor analysis results: A review. *The Journal of Educational Research*, *99*(6), 323-338. doi:10.3200/JOER.99.6.323-338
- Simons, J., Capio, C. M., Adriaenssens, P., Delbroek, H., & Vandebussche, I. (2012). Self-concept and physical self-concept in psychiatric children and adolescents. *Research in Developmental Disabilities*, *33*(3), 874-881. doi:10.1016/j.ridd.2011.12.012
- Sun, S., & Wang, S. (2015). The Children's Depression Inventory in worldwide child development research: A reliability generalization study. *Journal of child and family studies*, *24*(8), 2352-2363. doi:10.1007/s10826-014-0038
- Thapar, A., Collishaw, S., Pine, D. S., & Thapar, A. K. (2012). Depression in adolescence. *The Lancet*, *379*(9820), 1056-1067. doi:10.1016/S0140-6736(11)60871-4
- Vanhalst, J., Luyckx, K., Raes, F., & Goossens, L. (2012). Loneliness and depressive symptoms: The mediating and moderating role of uncontrollable ruminative thoughts. *The Journal of Psychology*, *146*(1-2), 259-276. doi:10.1080/00223980.2011.555433

ARTIGO 2: EVIDÊNCIAS DE VALIDADE DA BATERIA DE INDICADORES DE DEPRESSÃO (BAID-IJ)

Cassandra Cardoso

Makilim Nunes Baptista

Wagner de Lara Machado

Resumo: A diversidade de sintomas é uma característica da depressão em todas as faixas etárias, inclusive para as crianças e adolescentes. A compreensão da relação entre os sintomas pode contribuir muito para a prevenção, avaliação e tratamento da depressão. Nesse estudo, buscou-se evidências de validade de estrutura interna para a Bateria de Indicadores de Depressão (BAID-IJ), a partir da investigação da relação entre seus indicadores com base na Análise de Redes e com variáveis sociodemográficas e externas às investigadas pela bateria, como sexo, percepção de suporte familiar e percepção de suporte social. Neste modelo de análise, os transtornos são considerados como sistemas de sintomas casualmente conectados, o que pode contribuir para uma avaliação mais dimensional da depressão. A Análise de Redes foi realizada pelo Programa R Studio. As redes foram estimadas pelo procedimento *glasso*. Foi estimada a centralidade dos indicadores na rede e foram feitas análises de comunidade. Os instrumentos utilizados foram a BAID-IJ, o Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF) e a Escala de Percepção do Suporte Social – Versão adolescentes (EPSUS-Adol). A amostra foi composta por 460 crianças e adolescentes, de 8 a 18 anos ($M = 13,9$; $DP = 2,93$) do Estado do Rio Grande do Sul. Os resultados demonstraram que a desesperança e a autoestima assumiram um posicionamento central na rede. Também ficaram evidentes polos (comunidades) de indicadores positivos e negativos. Nas crianças, a percepção de suporte familiar emergiu como uma variável central na conexão entre os polos positivo e negativo, juntamente com a desesperança e autoestima.

Palavras-chave: sintomas depressivos, crianças e adolescentes, análise de rede.

Abstract: The diversity of symptoms is an aspect of depression in all age groups, including children and adolescents. Understanding the relationship between symptoms may improve the prevention, assessment and treatment of depression. In this study, we searched for evidence of validity of internal structure for the Depression Indicator Assessment Battery (BAID-IJ), based on the investigation of the relationship between its indicators, based on the Network Analysis and with the sociodemographic and external variables such as gender, perceived family support and perceived social support. In this model of analysis, we considered disorders as casually connected symptom systems, what might contribute to a more dimensional depression assessment. The Network Analysis was performed by the R Studio Program. The *glasso* procedure estimated the nets. We estimated the centrality of the indicators in the network and carried out the community analyzes. The instruments used were: the Depression Indicator Assessment Battery (BAID-IJ), the Family Support Perception Inventory (IPSF) and the Scale of Perceived Social Support – Adolescent version (EPSUS-Adol). The sample consisted of 460 children and adolescents from the State of Rio Grande do Sul, ages ranging from 8 to 18 years old ($M = 13.9$, $SD = 2.93$). Our results showed that the hopelessness and the self-esteem assumed a central position in the network. Also, there were positive and negative

pole indicators (communities). In children, the perceived family support emerged as a central variable in the connection between the positive and negative poles, along with hopelessness and self-esteem.

Keywords: Depressive symptoms, children and adolescents, network analysis.

Resumo: La diversidad de síntomas es una característica de la depresión en todos los grupos de edad, incluso en los niños y adolescentes. La comprensión de la relación entre los síntomas puede contribuir bastante para la prevención, evaluación y tratamiento de la depresión. En ese estudio, se buscaron evidencias de validez de estructura interna para la Batería de Indicadores de Depresión Infantojuvenil (BAID-IJ), desde la investigación de la relación entre sus indicadores sobre la base del Análisis de Redes y con variables sociodemográficas y externas a las investigadas por la batería, como sexo, percepción de soporte familiar y percepción de soporte social. En ese modelo de análisis, los trastornos son considerados como sistemas de síntomas casualmente conectados, lo que puede contribuir para una evaluación más dimensional de la depresión. El Análisis de Redes fue realizado por el Programa R Studio. Las redes fueron estimadas por el procedimiento glasso. Fue estimada la centralidad de los indicadores en la red e fueron hechos análisis de comunidad. Los instrumentos utilizados fueron la BAID-IJ, el Inventario de Percepción de Soporte Familiar (IPSF) y la Escala de Percepción de Soporte Social – Versión adolescentes (EPSUS-Adol). La muestra fue composta de 460 niños y adolescentes, de 8 hasta 18 años ($M = 13,9$; $SD = 2,93$) del Estado do Rio Grande do Sul. Los resultados demostraron que la desesperanza y la autoestima asumieron un posicionamiento central en la red. También quedaron evidentes polos (comunidades) de indicadores positivos y negativos. Entre los niños, la percepción de soporte familiar surgió como una variable central en la conexión entre los polos positivo y negativo, junto con la desesperanza y la autoestima.

Palavras-clave: síntomas depresivos, niños y adolescentes, análisis de red.

Introdução

A depressão em crianças e adolescentes tem sido alvo de preocupação da sociedade, para além da comunidade científica e da saúde coletiva. Tal fato decorre de suas repercussões no desenvolvimento do indivíduo, além de estar relacionada a dificuldades familiares, sociais, escolares e também a conduta suicida em adolescentes (Zisook et al., 2007). Os primeiros estudos de depressão nesta fase do desenvolvimento, na década de 1970, iniciaram a partir de resultados de pesquisas longitudinais que investigaram a depressão em adultos (Weissman, 2009). Atualmente, é sabido que os transtornos depressivos aumentaram nas crianças e adolescentes em todo o mundo no período 1990 a 2015 (The Global Burden of Disease Child and Adolescent Health Collaboration, 2017). A idade de início da depressão tem diminuído nos últimos anos e mais de 50% dos pacientes que apresentam um episódio depressivo eventualmente apresentam outro. Além disso, em 20 a 35% dos casos ocorrem sintomas residuais persistentes (Ulloa-Flores, Peña-Olvera, & Nogales-Imaca, 2011).

Desde uma perspectiva dimensional, há um contínuo que vai de um arranjo de sintomas depressivos normais, que fazem parte do cotidiano das pessoas, até um estado psicopatológico (Monroe & Anderson, 2015). A identificação precoce, tanto de sintomas depressivos, como daqueles em nível subclínico, pode reduzir esses sintomas e prevenir o desenvolvimento de um episódio depressivo e outros transtornos mentais no desenvolvimento na população em geral (Rocha, Zeni, Caetano, & Kieling, 2013; Sun & Wang, 2015).

A partir do exposto, o diagnóstico primário e precoce necessita de uma abordagem dimensional, além da nosográfica. Para contemplar a avaliação da depressão em crianças e adolescentes neste contexto, foi proposta a Bateria de Avaliação de Indicadores da Depressão Infantojuvenil (BAID-IJ; Borges, Baptista, & Serpa, 2015). A bateria é

composta por escalas que avaliam, além da depressão, indicadores relacionados a ela como solidão, desamparo, autoestima, autoconceito, desesperança e autoeficácia.

A escolha dos indicadores ocorreu com base em critérios teóricos e nosográficos. A escala de depressão foi construída a partir dos critérios nosográficos do Transtorno Depressivo Maior no DSM-5 (American Psychiatric Association [APA], 2014), e foram considerados os *core symptoms* da depressão. Tais sintomas já haviam sido anteriormente considerados nucleares por Weinberg, Rutman, Sullivan, Penick e Dietz (1973). Os demais indicadores foram baseados em aportes teóricos. Por exemplo, a solidão foi baseada em Hymel, Tarulli, Thomsom e Terrel-Deutsch (1999), o desamparo em Weinberg et al. (1973), na teoria do desamparo aprendido, de Maier e Seligman (1976) e em Abramson, Seligman e Teasdale (1978). A autoestima em Coopersmith (1967) e o autoconceito no modelo multidimensional de Harter (1996) (Borges, 2015; Borges, Baptista, & Serpa, 2017). A desesperança foi embasada em Abramson, Metalsky e Alloy (1989) e a autoeficácia na teoria de Bandura (1990), com seu conceito de autoeficácia geral (Borges et al., 2017).

Além disso, há evidências empíricas atuais que sustentam a escolha dos indicadores. Diversos estudos demonstram correlações entre cada um dos indicadores com depressão (Hernández & Carrillo, 2010; Maes, Van den Noortgate, Vanhalst, Beyers, & Goossens, 2015; Muris, 2002; Rawana & Morgan, 2014; Rueger & George, 2016; Rueger, Haines, & Malecki, 2010; Vélez, Luaces, & Rosselló, 2012; Villalobos-Galvis & Ortiz-Delgado, 2012). Por exemplo, a desesperança foi positivamente correlacionada com depressão ($r = 0,71$) e negativamente correlacionada com autoeficácia em estudo com 603 sujeitos de 12 a 19 anos ($M = 14,74$), de sexo masculino e feminino (Habibi, Kholghi, Parija, Parandvar, & Etesami, 2017).

Já a autoestima apresentou correlação de $r = -0,49$ com depressão nos participantes do sexo masculino e de $r = -0,58$ com depressão nos participantes do sexo feminino em

estudo com 1.358 adolescentes, de 12 a 15 anos (Sun & Hui, 2007). A autoestima também consistiu em um fator protetivo contra a depressão em todos os estágios de um estudo longitudinal que investigou fatores que aumentam a resiliência em crianças e adolescentes que sofreram maus-tratos. A pesquisa foi realizada com dados do primeiro e quinto ano do *Korea Youth Panel Survey* (KYPS), um estudo com 2.707 indivíduos. Os estudantes foram avaliados no quinto e no oitavo ano escolar. Nos resultados, os autores indicaram a necessidade de intervenções para incrementar a autoestima em adolescentes (Ju & Lee, 2018).

As experiências precoces das crianças as auxiliam a formar o modo com respondem a mudanças no decorrer da vida e como sua saúde se desenvolve ao longo do tempo (Korin, 2016). Por isso, a avaliação de indicadores, inclusive dos positivos, do funcionamento mental de crianças e adolescentes de países de renda baixa e média permitem embasar intervenções precoces que reduzam o ônus dos transtornos mentais nesta faixa etária (Kieling et al., 2011). Desta forma, a inclusão de indicadores relacionados à depressão confere uma abordagem mais dimensional à BAID-IJ, que pode auxiliar na identificação precoce de fatores que podem constituir-se em aspectos protetivos e de risco para a depressão em crianças e adolescentes, para além dos critérios nosográficos (que também são avaliados pela BAID-IJ na escala Depressão).

Ainda em 2005, um estudo avaliou a estrutura latente da depressão em 845 crianças e adolescentes, de 7 a 19 anos de idade, a partir dos sintomas do DSM-IV. Os resultados indicaram uma estrutura dimensional, que contrastou com a categórica do DSM-IV, para todos os sintomas, tanto no sexo masculino e feminino, quanto para crianças e adolescentes (Hankin, Fraley, Lahey, & Waldman, 2005). Na época, os autores discutiram a necessidade de técnicas estatísticas que permitam a mensuração. No atual DSM-5 (APA, 2014), a perspectiva mantém-se categórica e o diagnóstico requer um

número de critérios satisfeitos, de igual valor entre si, apesar de considerar o humor deprimido e a anedonia como *core symptoms*.

Nesta perspectiva, a maioria dos estudos atuais sobre depressão utilizam como medida o escore total de escalas (Bringmann, Lemmens, Huibers, Borsboom, & Tuerlinckx, 2015). Tal abordagem provém da Teoria Clássica dos Testes (TCT) e considera que todos os itens medem com a mesma acurácia o construto latente. Porém, ao pontuar da mesma maneira sintomas que são diferentes entre si, como, por exemplo, sintomas como ideação suicida e diminuição do apetite, a TCT não leva em consideração a centralidade de alguns sintomas em relação aos outros em sua interação dinâmica, como faz a Análise de Redes (Vares, Salum, Spanemberg, Caldieraro, & Fleck, 2015).

A metodologia de análise de redes aborda os transtornos mentais a partir da interação entre seus diferentes componentes em uma rede de psicopatologia (Borsboom, 2017). Nesse tipo de análise, os transtornos mentais, como a depressão, são entendidos a partir de redes de causalidade que conectam sintomas, ao invés de terem uma causa (latente) comum (Fried, Epskamp, Nesse, Tuerlinckx, & Borsboom, 2016). As redes ilustram como ocorrem as relações entre os sintomas / problemas em termos de processo. Ao fazer isso, permitem a identificação de sintomas centrais, que seriam os mais influentes, de relações causais e de como elas ocorrem no tempo, ou seja, o que vem antes e o que vem depois (Fried et al., 2016; Schmittmann et al., 2013). É importante considerar que, na Análise de Redes, os sintomas são considerados como problemas e os transtornos mentais constituiriam redes de problemas interligados entre si (Borsboom, 2017). A partir disso, neste artigo, sempre que for utilizado o termo “sintoma”, leia-se “problema”.

O que tem relevância na rede é a centralidade do sintoma, que reflete a sua conectividade com todos os outros (Fried et al., 2016). A ativação de um sintoma central na rede significa que o impulso vai se alastrar através dela e ativar um grande número de outros sintomas. A identificação desses sintomas centrais pode contribuir no

entendimento do curso da doença, no entendimento de sua recorrência e da resposta ao tratamento. Assim, na teoria de redes, o diagnóstico deve ser entendido como um processo em que o clínico identifica: que sintomas estão presentes e quais interações na rede os sustentam. Nessa perspectiva, a análise dos Transtornos Mentais vai além dos sintomas nosográficos, abrangendo aspectos como comorbidades e eventos estressores (Borsboom, 2017; Schmittmann et al., 2013).

Em estudo recente, Fried et al. (2016) realizaram uma Análise de Rede avaliando a centralidade dos sintomas acessados pelo *Inventory of Depressive Symptomatology* (IDS-30), com 3.463 pacientes com sintomatologia depressiva, de 18 a 75 anos de idade. Foram estimadas a centralidade na rede dos sintomas da IDS-30 e comparadas com a centralidade dos sintomas do Transtorno Depressivo Maior do DSM-5 e de outros sintomas não contemplados no manual diagnóstico. Os resultados demonstraram que os sintomas do DSM não foram mais centrais do que outros não descritos. Mesmo tendo considerado que os participantes apresentavam comorbidades, os autores entenderam que a Análise de Rede não suportou nem a noção psicométrica padrão de que os sintomas depressivos são indicadores de Depressão Maior e nem que os sintomas do DSM-5 têm mais relevância clínica.

Desta forma, há padrões individuais de interações entre os sintomas (Borsboom, 2017). O processo depende tanto dos eventos estressores no campo externo quanto da conectividade interna da rede. Isso porque, além das correlações entre sintomas, eventos de vida estressores também podem desencadear a ativação de uma rede de sintomas, já que um sintoma tem influência autônoma um sobre o outro (Schmittmann et al., 2013). Como as redes são assimétricas em sua dinâmica, pode ocorrer um fenômeno denominado por Borsboom e Cramer (2013) como histerese. Nele, mesmo que um evento desencadeador possa ativar a rede, a posterior ausência do evento não necessariamente a desativa. Borsboom (2017) destaca que a histerese ocorre em redes fortemente

conectadas. Em caso de redes com conexões fracas, eventos causadores mais sérios podem evocar fortes reações, mas, as conexões entre os sintomas não são fortes o suficiente para dar sustentabilidade à rede, e esta vai gradualmente retornando ao estado assintomático depois que o evento estressor é excluído.

Nas Análises de Rede da BAID-IJ, além dos indicadores / escalas da bateria, também foram utilizados os construtos de Percepção de Suporte Familiar (Baptista, 2008) e Percepção de Suporte Social, para auxiliar no entendimento de como estes “fatores externos” aos avaliados pela bateria podem (ou não) interferir na rede. O suporte familiar foi definido por Parker, Tupling e Brown (1979) como a quantidade de afeto, cuidado, proteção, sensibilidade, estímulo à autonomia e independência, cooperação e aceitação que os filhos recebem de seus pais. Na análise realizada, o construto foi avaliado através da percepção dos participantes/filhos, com a utilização do Inventário de Percepção do Suporte Familiar (IPSF; Baptista, 2008). A percepção do suporte social foi avaliada pelo Escala de Percepção do Suporte Social – Versão adolescente (EPSUS-Adol; Baptista & Cardoso, 2016). A escala mensura o quanto os adolescentes percebem as suas relações sociais em termos de afetividade, interações sociais e auxílios práticos na tomada de decisões e enfrentamento de problemas.

Em um estudo com 1.417 adolescentes, de sexo feminino e masculino, com idade entre 14 e 19 anos, a percepção de suporte social foi considerada um fator protetivo, com correlações negativas com ideação suicida ($r = -0,29$), ruminação de pensamentos ($r = -0,25$), eventos de vida negativos ($r = -0,22$), e estressores ($r = -0,39$) em adolescentes. Já com resiliência, a percepção do construto obteve correlação positiva ($r = 0,59$). Para a avaliação da percepção de suporte social, foi utilizada a *Multidimensional Scale of Perceived Social Support* (MSPSS) (Thanoi, Phancharoenworakul, Thompson, Panitrat, & Nityasuddhi, 2010).

A partir disso, o objetivo deste estudo foi o de buscar evidências de validade de estrutura interna para a BAID-IJ a partir do método de Análise de Redes. A avaliação foi realizada com os indicadores da BAID-IJ na amostra geral e também com a inserção da variável sexo e dos construtos de Percepção de Suporte Familiar e de Percepção de Suporte Social, para as crianças e adolescentes separadamente. O método foi escolhido por permitir a avaliação da relação da depressão com indicadores que também correlacionam-se entre si (Schmittmann et al., 2013).

Método

Participantes

Constituíram a amostra 496 crianças e adolescentes, de oito a 18 anos, com idade média de 13,29 (DP = 2,93) anos. Do total da amostra, 152 participantes eram crianças (30,65%) e 344 eram adolescentes (69,35%). Entre as crianças, 76 eram do sexo masculino (50%) e 76 do sexo feminino (50%). Entre os adolescentes, 120 eram do sexo masculino (34,89%) e 224 eram do sexo feminino (65,11%). A coleta foi realizada com dois grupos amostrais, ambos provenientes do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. O primeiro, denominado “Grupo de estudantes” (GE), foi composto por 460 estudantes de escolas públicas. O segundo, denominado “Grupo com hipótese de depressão” (GHD), foi composto por 36 pacientes de serviços de atendimento em saúde mental. O critério de inclusão dos participantes no GHD foi a hipótese diagnóstica de depressão, realizada pelos profissionais assistentes, com os quais realizavam tratamento psicoterapêutico. Destes, 69,4% (n = 25) recebiam também tratamento farmacológico. As comorbidades referidas foram ansiedade (n = 6), transtorno de conduta (n = 3) sintomas psicóticos (alucinações) (n = 2), problemas de aprendizagem (n = 3) e bipolaridade (n = 1).

Instrumentos

Bateria de Avaliação de Indicadores de Depressão Infantojuvenil (BAID-IJ; Borges et al., 2015).

A bateria avalia indicadores de depressão em crianças e adolescentes de oito a 18 anos de idade. Consiste em um instrumento de autorrelato, com sete escalas: depressão (18 itens), solidão (13 itens), desamparo (17 itens), autoestima (18 itens), autoconceito (16 itens), desesperança (16 itens) e autoeficácia (15 itens). No total, são 113 itens. A escala de resposta é do tipo *Likert* de três pontos, sendo 0 = “não / nunca”, 1 = “às vezes” e 2 = “sim / sempre”.

Foi utilizada semântica negativa na descrição dos itens das escalas depressão, solidão e desamparo, por exemplo: “sinto-me sozinho(a)” (Solidão), “acredito que nada vai melhorar” (Desamparo). Nas escalas de autoeficácia, autoestima e autoconceito os itens foram estruturados com sentimentos, pensamentos e comportamentos com semântica positiva. São exemplos: “sou uma pessoa legal” (Autoconceito) “estou satisfeito comigo mesmo (Autoestima). A exceção é a escala desesperança, na qual a maioria dos itens é escrita com semântica negativa, excetuando-se alguns itens (1, 2, 7 e 12) que são apresentados com semântica positiva e sua pontuação deve ser invertida. Como exemplo: “ter sucesso é possível” (Desesperança). A BAID-IJ apresentou uma estrutura bifactor (B-ESEM) latente (CFI = 0,950, TLI = 0,942) e RMSEA = 0,025 [0,023-0,027], em uma versão anterior, de 91 itens, com cinco escalas (depressão, solidão, desamparo, autoestima e autoconceito) (Borges et al., 2017).

Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF; Baptista, 2009).

O inventário consiste em um instrumento de autorrelato, que avalia o quanto as pessoas percebem as suas relações familiares em termos de afetividade, autonomia e

adaptação entre os membros. É constituído de 42 itens. Sua estrutura apresenta três fatores, que são: Afetivo-Consistente ($\alpha = 0,91$), Adaptação ($\alpha = 0,83$) e Autonomia ($\alpha = 0,80$). A escala de resposta é do tipo *Likert* de três pontos, sendo que 0 = “quase nunca ou nunca”, 1 = “às vezes” e 2 = “quase sempre ou sempre”.

Escala de Percepção do Suporte Social – Versão adolescentes (EPSUS-Adol; Baptista & Cardoso, 2016).

A EPSUS-Adol avalia a percepção do suporte recebido pelo contexto social, de crianças e adolescente. A escala é composta por 23 itens em uma estrutura de três fatores: Enfrentamento de Problemas (11 itens e $\alpha = 0,91$), Interação Social (cinco itens e $\alpha = 0,88$ e Afetividade (sete itens e $\alpha = 0,91$). A escala de resposta é do tipo *Likert* de 4 pontos, sendo 0 = nunca, 1 = poucas vezes, 2 = muitas vezes e 3 = sempre.

Procedimentos

Quanto aos procedimentos éticos, o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade São Francisco (USF) (CAAE: 52889016.8.0000.5514). A amostra foi escolhida por conveniência e os participantes foram provenientes de escolas públicas (GE) e de serviços de saúde pública, como um Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil (CAPSi), a ala infantojuvenil de internação e ambulatório de um Hospital Psiquiátrico, serviços de atendimento psicológico, Unidades Básicas de Saúde e indicação de profissionais de saúde (GHD). Foi obtida a autorização das instituições em que a pesquisa foi realizada. Antes do início da coleta, foi obtido o consentimento dos pais ou responsáveis dos participantes. A sequência de aplicação das escalas foi a BAID-IJ, seguida pelo IPSF nas crianças (até 11 anos de idade) e EPSUS nos adolescentes (a partir de 12 anos de idade). O tempo de aplicação foi de 40

minutos nas aplicações individuais e de uma hora nas aplicações em grupo, nas quais a pesquisadora foi auxiliada por um acadêmico de psicologia treinado. A coleta foi realizada nas próprias escolas (GE) e serviços de atendimento (GHD). No grupo de estudantes (GE), a coleta foi coletiva nos participantes de 10 a 18 anos. Para os participantes de 8 e 9 anos, a coleta foi individual. Os itens foram lidos pelo pesquisador para os participantes de 8 a 10 anos de idade. No grupo com hipótese de depressão (GHD), a coleta foi individual.

Análise de dados

As análises foram realizadas com o Programa R Studio (Venables, Smith, & R Core Team, 2016). Inicialmente, foi realizado o procedimento *glasso* para estimar as redes. Neste estudo, foram utilizados os escores totais de cada escala da BAID-IJ de toda a amostra e destas com os escores totais do IPSF nas crianças e com escores totais da EPSUS-Adol nos adolescentes. As redes são uma representação gráfica de um sistema de correlações parciais ou regressões lineares regularizadas entre as escalas/indicadores investigadas. As redes criadas foram redes ponderadas (nas quais as linhas indicam a relação entre os nodos e sua magnitude, representada pela espessura da linha) e não direcionais (Machado, Vissoci, & Epskamp, 2015). Para maior clareza, as correlações parciais também foram apresentadas.

Posteriormente, foi estimada a centralidade dos indicadores, com representações da conectividade de um determinado indicador com todos os outros. Na análise de centralidade, pode ser determinada a relativa importância ou influência de cada indicador na rede (Bringmann et al., 2015). A medida de proximidade (*closeness centrality*) é obtida pelo inverso das distâncias do nodo com todos os demais do sistema. A medida de força representa o número absoluto de conexões (Machado et al., 2015).

Por último, foram realizadas as análises de comunidades. As comunidades se constituem em grupos de nodos muito conectados entre si, mas esparsamente conectados com o resto da rede. Na definição de comunidades em um sentido forte, cada nodo deve ter mais conexões na comunidade do que com o resto da rede. Esta análise permite inferir relações entre nodos que não são facilmente acessíveis por testes empíricos diretos (Yang, Algesheimer, & Tessone, 2016).

Resultados

Inicialmente, foi construída a rede de regressões lineares regularizadas, das escalas da BAID-IJ. Na análise, a influência não sugeriu direção, logo esta pode ter ambos os sentidos. Os valores indicam, em unidades de desvio-padrão, o quanto um indicador aumenta ou diminui quando o outro indicador aumenta em um desvio padrão. Os maiores valores foram entre a autoestima e o autoconceito ($r_p = 0,66$), solidão e depressão ($r_p = 0,39$), desesperança e desamparo ($r_p = 0,36$) e depressão e desamparo ($r_p = 0,3$). Também ocorreram correlações negativas entre desesperança e autoestima ($r_p = -0,17$) e desesperança e autoeficácia ($r_p = -0,05$). A Tabela 1 apresenta os valores referidos.

Tabela 1.

Correlações parciais entre as escalas da BAID-IJ.

	1	2	3	4	5	6	7
1. AEF	-	-0,19	0,13	-0,05	0,21	-0,04	0
2. DSE		-		0,36	-0,17	0,12	0,11
3. ACO			-		-0,66	-0,05	-0,09
4. DES				-		0,21	0,3
5. AES					-	0,05	-0,11
6. SOL						-	0,39
7. DEP							-

Nota. AEF = autoeficácia; ACO = autoconceito; AES = autoestima; DSE = desesperança; DES = desamparo; DEP = depressão; SOL = solidão.

Também foi realizada uma análise de comunidades. Na análise ficou nítida a existência de dois componentes ou comunidades (marcados com cores rosa e verde no grafo), um com indicadores positivos, que foram autoconceito, autoestima e autoeficácia, e outro com indicadores negativos, que foram desesperança, desamparo, depressão e solidão.

Ao analisar a rede (Figura 1) pode-se inferir que, por sua centralidade na rede, a desesperança constituiu uma variável de ligação ou transição entre as comunidades encontradas (indicadores positivos e negativos). Provavelmente, este é o caminho no qual os participantes podem transitar de um estado emocional a outro.

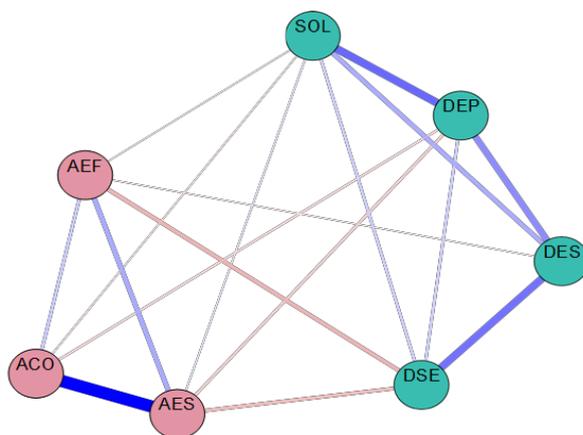


Figura 1. Rede da matriz de correlação e comunidades das escalas da BAID-IJ.

Nota. AEF = autoeficácia; ACO = autoconceito; AES = autoestima; DSE = desesperança; DES = desamparo; DEP = depressão; SOL = solidão.

A medida de centralidade de proximidade (*closeness*) (Figura 2) foi obtida pelo inverso das distâncias de um nodo com todos os demais no sistema (Machado et al., 2015). Ela permite identificar que as variáveis mais influentes no sistema foram a desesperança e desamparo. Outro aspecto indicado pela análise de proximidade, é que a autoestima se situou de maneira mais central do que a depressão.

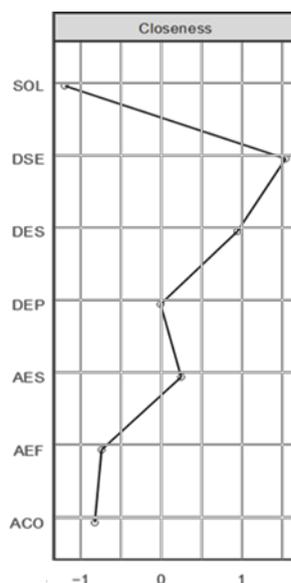


Figura 2. Medidas de centralidade dos nodos.

Nota. Medida de centralidade para todos os indicadores da BAID-IJ: medida de proximidade (*closeness centrality*). AEF = autoeficácia; ACO = autoconceito; AES = autoestima; DSE = desesperança; DES = desamparo; DEP = depressão; SOL = solidão.

Após, foram realizadas análises de rede ponderadas e não diretivas com grupos amostrais separados de crianças e adolescentes. O objetivo foi o de detectar a influência de fatores externos aos indicadores da BAID-IJ na rede. Nas crianças foram inseridas as variáveis sexo e percepção de suporte familiar e para os adolescentes, sexo e percepção de suporte social.

Nas crianças, ao analisar a rede (Figura 3), pode-se notar que o sexo não foi uma variável influente, tendo tido ligações negativas apenas com percepção de suporte familiar ($r_p = -0,09$) e autoeficácia ($r_p = -0,06$). A configuração de duas comunidades nítidas, uma com indicadores positivos e outra com indicadores negativos foi mantida. Além disso, a desesperança manteve-se como uma variável de ligação entre as comunidades encontradas. A variável sexo ficou distante dos demais indicadores. Já a percepção de suporte familiar, além de ter se situado na comunidade positiva, teve um posicionamento de maior influência na rede, juntamente com a autoestima, estando negativamente relacionado à desesperança ($r_p = -0,2$) e positivamente relacionado ao autoconceito ($r_p = 0,24$).

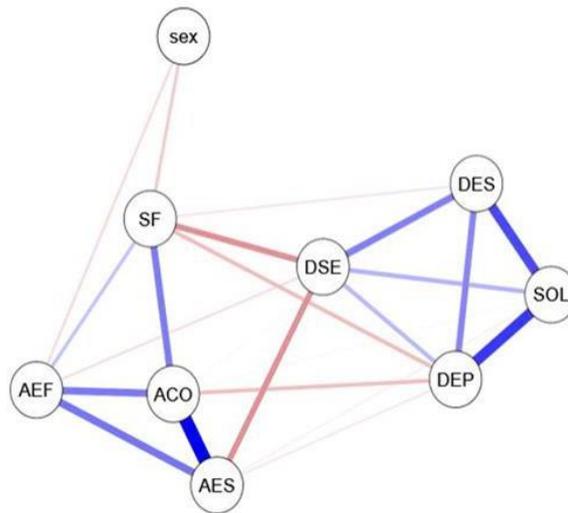


Figura 3. Rede da matriz de correlação e comunidades das escalas da BAID-IJ com sexo e percepção de suporte familiar nas crianças.

Nota. AEF = autoeficácia; ACO = autoconceito; AES = autoestima; DSE = desesperança; DES = desamparo; DEP = depressão; SOL = solidão; sex = sexo; SF = suporte familiar (percepção).

Nos adolescentes, a rede foi mais esparsa (Figura 4), porém mantendo nítidas as comunidades de indicadores positivos e negativos. A variável sexo posicionou-se na comunidade negativa, com uma correlação de maior intensidade com a depressão ($r_p = 0,38$), desesperança ($r_p = -0,1$), solidão ($r_p = -0,15$) e autoconceito ($r_p = 0,1$). Já a percepção de suporte social posicionou-se entre as duas comunidades, positiva e negativa, como a desesperança, porém com ligações mais fracas com os indicadores. As ligações da percepção de suporte social de maior intensidade foram com autoeficácia ($r_p = 0,18$) e autoconceito ($r_p = 0,1$). Também teve correlações negativas com desesperança ($r_p = -0,13$) e solidão ($r_p = -0,09$). Outro aspecto a ser destacado é que, isolada a variável sexo, não houve relação entre a percepção de suporte social e depressão.

que considera a totalidade dos componentes positivos e negativos em sua avaliação (Machado & Bandeira, 2015; World Health Organization [WHO], 2005). Uma contribuição importante da análise de rede neste estudo foi a de permitir a estruturação de uma hipótese sobre como estes indicadores se relacionam.

Mesmo tendo sido demarcadas duas comunidades bem nítidas na rede obtida neste estudo, a desesperança ocupou um posicionamento central e constituiu -se em uma ponte de ligação entre as comunidades positiva e negativa. Sua localização na rede embasou a hipótese de que ela se constituiu em um caminho em direção a indicadores relacionados à psicopatologia ou ao sofrimento psíquico, como o desamparo, a depressão e a solidão. Este achado é corroborado por outras pesquisas (Habibi et al., 2017), além do fato de a desesperança ter sido incluída como um dos descritores de humor deprimido no DSM-5. Esta inclusão foi considerada uma ampliação do diagnóstico de depressão (Uher, Payne, Pavlova, & Perlis, 2014). O desamparo está muito correlacionado à desesperança e à depressão (Villalobos-Galvis & Ortiz-Delgado, 2012), mostrando-se como outro nodo importante na rede e, principalmente, na comunidade de indicadores negativos.

Além disso, a autoestima ocupou uma posição também central na rede, como um indicador positivo. Na avaliação das medidas de proximidade, a autoestima foi um nodo mais central do que a depressão. A partir disso, pode-se inferir que, ao intervir na rede visando a modificá-la, a atuação sobre a autoestima pode ter um o impacto superior ao da depressão. Resultados empíricos corroboram este achado (Ju & Lee, 2018; Sun & Hui, 2007).

A relação dos indicadores da BAID-IJ com variáveis externas e sociodemográficas foram avaliadas separadamente para crianças e adolescentes. Na análise de rede das crianças foram inseridas as variáveis sexo e percepção de suporte familiar. A variável sexo não apresentou relação com depressão nas crianças, conforme estudos anteriores já demonstraram (Andersen & Teicher, 2008). Já a percepção de

suporte familiar constituiu um nodo importante na comunidade positiva, junto com autoestima, que já havia tido um posicionamento central na rede anterior. A relação positiva da percepção de suporte familiar com autoconceito e negativa com desesperança também permite inferir que ela se constitui em uma variável que pode modificar a rede, como um elemento protetivo de saúde mental. A sua relação com depressão foi negativa, como em estudo de Kamen, Cosgrove, McKellar, Cronkite e Moss (2011).

Na análise de rede dos adolescentes, foram adicionados aos indicadores da BAID-II as variáveis sexo e percepção de suporte social. Ficaram evidenciadas as duas comunidades com indicadores positivos e negativos, sendo que a variável sexo (feminino) posicionou-se na comunidade de indicadores negativos com correlação parcial forte com depressão. Neste estudo, a percepção de suporte social apresentou-se como fator protetivo com relação a construtos negativos em adolescentes, como no estudo de Thanoi et al. (2010). Porém, apesar de ter ocupado um posicionamento central na rede, similar ao da desesperança, as relações da percepção de suporte social foram mais fracas com os indicadores. Este resultado permite formular a hipótese de que, nos adolescentes, a comunidade de indicadores negativos teve conexões mais fortes entre si do que a comunidade dos indicadores positivos. Na comunidade de indicadores negativos parece haver maior possibilidade de ocorrer o fenômeno da histerese (Borsboom & Cramer, 2013). O resultado de que a percepção de suporte social não foi relacionada à depressão pode ser um indicativo disso. As conexões parecem não ter força para alcançá-la. Os indicadores positivos parecem ter, de maneira geral, relações fracas com a comunidade negativa, não tendo o potencial de modificar a rede. Apesar de a desesperança ainda manter-se como uma ponte em direção à comunidade negativa, não há, entre os adolescentes, um indicador na comunidade positiva capaz de reverter ou modificar a rede como foi o caso da autoestima para as crianças.

É importante considerar que a comparação entre as redes das crianças e dos adolescentes com variáveis externas não é viável, pois foram aplicados instrumentos que avaliaram construtos diferentes nas crianças e adolescentes. Outra limitação é que a amostra adolescente foi predominantemente feminina.

Conclusão

Enfim, a partir da Análise de Redes, a BAID-IJ apresentou propriedades psicométricas adequadas e possibilidades promissoras de constituir-se em uma ferramenta útil aos clínicos e pesquisadores que trabalham com depressão em crianças e adolescentes. A bateria permite a avaliação dos sintomas em uma perspectiva dimensional. Além de uma abordagem mais complexa de mensuração de sintomas, indica fatores de proteção e de risco.

A BAID-IJ pode ser uma ferramenta útil para além do rastreio de sintomas depressivos em crianças e adolescentes. Permite uma abordagem diagnóstica mais dimensional, tão necessária nestas fases do desenvolvimento. Ainda, tem a característica de avaliar crianças e adolescentes em uma perspectiva de saúde mental mais abrangente, com indicadores positivos e negativos. A análise de redes permitiu a avaliação psicométrica do instrumento em uma abordagem que considera as interações entre sintomas, alternativa ao modelo de construto latente. Esta perspectiva possibilita ao pesquisador e ao clínico estudos e intervenções mais adequadas à promoção de saúde mental em crianças e adolescentes. Por exemplo, ao planejar uma intervenção a partir do paradigma das redes, o clínico pode estar atento à desesperança como um possível vetor para sintomas negativos. Da mesma maneira, pode focar na autoestima como um fator protetivo. Porém, deve-se considerar as especificidades de cada processo. Na amostra

avaliada, nas crianças, a autoestima e a percepção de suporte familiar podem constituir-se como uma via alternativa no tratamento de sintomas depressivos.

Referências

- Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., & Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96(2), 358-372. doi:10.1037/0033-295X.96.2.358
- Abramson, L. Y., Seligman, M. E., & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87(1), 49-74. doi:10.1037/0021-843X.87.1.49
- American Psychiatric Association [APA]. (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais – DSM-5*. 5. ed. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Andersen, S. L., & Teicher, M. H. (2008). Stress, sensitive periods and maturational events in adolescent depression. *Trends in Neurosciences*, 31(4), 183-91. doi:10.1016/j.tins.2008.01.004
- Bandura, A. (1990). Perceived self-efficacy in the exercise of control over AIDS infection. *Evaluation and Program Planning*, 13(1), 9-17. doi:10.1016/0149-7189(90)90004-G
- Baptista, M. N. (2008). *Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF): Manual técnico*. São Paulo, SP: Vetor Editora.
- Baptista, M. N. (2009). *Inventário de percepção de suporte familiar (IPSF)*. São Paulo, SP: Vetor Editora.
- Baptista, M. N., & Cardoso, H. F. (2016). *Escala de Percepção do Suporte Social – Versão adolescente (EPSUS-Adol): Manual técnico*. Laboratório de Saúde Mental (LAPSAM-III), Programa de Pós-Graduação Stricto-Sensu em Psicologia da Universidade São Francisco (USF), Itatiba, São Paulo, Brasil.

- Borges, L. S. (2015). *Bateria de Avaliação de Indicadores de Depressão Infantojuvenil* (Tese de doutorado não publicada). Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia, Universidade São Francisco (USF), Itatiba, São Paulo, Brasil.
- Borges, L. S., Baptista, M. N., & Serpa, A. L. O. (2015). *Bateria de Avaliação de Indicadores de Depressão Infantojuvenil (BAID-IJ)* (Relatório técnico não publicado). Universidade São Francisco (USF), Itatiba, São Paulo, Brasil.
- Borges, L. S., Baptista, M. N., & Serpa, A. L. O. (2017). Structural analysis of depression indicators scale-children and adolescents: A bifactor-ESEM approach. *Trends in Psychology, 25*(2), 401-408. doi:10.9788/TP2017.2-08
- Borsboom, D. (2017). A network theory of mental disorders. *World Psychiatry, 16*(1), 5-13. doi:10.1002/wps.20375
- Borsboom, D., & Cramer, A. O. (2013). Network analysis: An integrative approach to the structure of psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology, 9*(1), 91-121. doi:10.1146/annurev-clinpsy-050212-185608
- Bringmann, L. F., Lemmens, L. H. J. M., Huibers, M. J. H., Borsboom, D., & Tuerlinckx, F. (2015). Revealing the dynamic network structure of the Beck Depression Inventory-II. *Psychological Medicine, 45*(4), 747-757. doi:10.1017/S0033291714001809
- Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. San Francisco, USA: W. H. Freeman.
- Fried, E. I., Epskamp, S., Nesse, R. M., Tuerlinckx, F., & Borsboom, D. (2016). What are “good” depression symptoms? Comparing the centrality of DSM and non-DSM symptoms of depression in a network analysis. *Journal of Affective Disorders, 189*(1), 314-320. doi:10.1016/j.jad.2015.09.005

- Habibi, M., Kholghi, H., Parija, H. A., Parandvar, Z., & Etesami, M. S. (2017). The psychometric properties of hopelessness scale among children. *Journal of Research & Health, 7*(3), 788-795. doi:10.18869/acadpub.jrh.7.3.788
- Hankin, B. L., Fraley, R. C., Lahey, B. B., & Waldman, I. D. (2005). Is depression best viewed as a continuum or discrete category? A taxometric analysis of childhood and adolescent depression in a population-based sample. *Journal of Abnormal Psychology, 114*(1), 96-110. doi:10.1037/0021-843X.114.1.96
- Harter, S. (1996). Historical roots of contemporary issues involving self-concept. In B. A. Bracken (Ed.), *Handbook of Self-concept Developmental, Social, and Clinical Considerations* (pp. 1-37). New York, USA: Wiley.
- Hernández, Ó. S., & Carrillo, F. X. M. (2010). Optimism as a protective factor in child and adolescent depression. *Psychology in Spain, 14*(1), 42-47. Recuperado de <http://www.psychologyinspain.com/content/full/2010/14006.pdf>
- Hymel, S., Tarulli, D., Thomsom, L. H., & Terrel-Deutsch, B. (1999). Loneliness through the eyes of children. In K. J. Rotenberg & S. Hymel (Eds.), *Loneliness in Childhood and Adolescence* (pp. 80-106). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Ju, S., & Lee, Y. (2018). Developmental trajectories and longitudinal mediation effects of self-esteem, peer attachment, child maltreatment and depression on early adolescents. *Child Abuse & Neglect, 76*(1), 353-363. doi:10.1016/j.chiabu.2017.11.015
- Kamen, C., Cosgrove, V., McKellar, J., Cronkite, R., & Moos, R. (2011). Family support and depressive symptoms: A 23-yearfollow-up. *Journal of Clinical Psychology, 67*(3), 215-223. doi:10.1002/jclp.20765
- Kieling, C., Baker-Henningham, H., Belfer, M., Conti, G., Ertem, I., Omigbodun, O., Rohde, L. A., Srinath, S., Ulkuer, N., & Rahman, A. (2011). Child and adolescent

- mental health worldwide: Evidence for action. *The Lancet*, 378(9801), 1515-1525.
doi:10.1016/S0140-6736(11)60827-1
- Korin, M. R. (2016). Introduction: What is health promotion for children and adolescents?
In M. R. Korin (Ed.), *Health Promotion for Children and Adolescents* (pp. 3-8).
Boston, USA: Springer Science.
- Machado, W. L., & Bandeira, D. R. (2015). Positive Mental Health Scale: Validation of
the Mental Health Continuum - Short Form. *Psico-USF*, 20(2), 259-274.
doi:10.1590/1413-82712015200207
- Machado, W. L., Vissoci, J., & Epskamp, S. (2015). Análise de rede aplicada à
psicometria e à avaliação psicológica. In C. Hutz, D. R. Bandeira, & C. M. Trentini
(Orgs.), *Psicometria* (pp. 125-146). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Maes, M., Van den Noortgate, W., Vanhalst, J., Beyers, W., & Goossens, L. (2015). The
Children's Loneliness Scale: Factor structure and construct validity in Belgian
children. *Assessment*, 24(2), 244-251. doi:10.1177/1073191115605177
- Maier, S. F., & Seligman, M. E. (1976). Learned helplessness: Theory and evidence.
Journal of Experimental Psychology: General, 105(1), 3-46. doi:10.1037/0096-
3445.105.1.3
- Monroe, S. M., & Anderson, S. F. (2015). Depression: The shroud of heterogeneity.
Current Directions in Psychological Science, 24(3) 227-231.
doi:10.1177/0963721414568342
- Muris, P. (2002). Relationships between self-efficacy and symptoms of anxiety disorders
and depression in a normal adolescent sample. *Personality and Individual
Differences*, 32(2), 337-348. doi:10.1016/S0191-8869(01)00027-7
- Parker, G., Tupling, H., & Brown, L. B. (1979). A parental bonding instrument. *British
Journal of Medical Psychology*, 52(1), 1-10. doi:10.1111/j.2044-
8341.1979.tb02487.x

- Rawana, J. S., & Morgan, A. S. (2014). Trajectories of depressive symptoms from adolescence to young adulthood: The role of self-esteem and body-related predictors. *Journal Youth Adolescence*, *43*(4), 597-611. doi:10.1007/s10964-013-9995-4
- Rocha, T. B. M., Zeni, C. P., Caetano, S. C., & Kieling, C. (2013). Mood disorders in childhood and adolescence. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *35*(1), S22-S31. doi:10.1590/1516-4446-2013-S106
- Rueger, S. Y., & George, R. (2016). Indirect effects of attributional style for positive events on depressive symptoms through self-esteem during early adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, *46*(1), 701-708. doi:10.1007/s10964-016-0530-2
- Rueger, S. Y., Haines, B. A., & Malecki, C. K. (2010). Children's attributional style from middle childhood to early adolescence: Further validation of the paper-and-pencil versions of the children's attributional style interview. *Assessment*, *17*(3), 294-307. doi:10.1177/1073191109356528
- Schmittmann, V. D., Cramer, A. O., Waldorp, L. J., Epskamp, S., Kievit, R. A., & Borsboom, D. (2013). Deconstructing the construct: A network perspective on psychological phenomena. *New Ideas in Psychology*, *31*(1), 43-53. doi:10.1016/j.newideapsych
- Sun, R. C. F., & Hui, P. K. E. (2007). Psychosocial factors contributing to adolescent suicidal ideation. *Journal Youth Adolescence*, *36*(6), 775-786. doi:10.1007/s10964-006-9139-1
- Sun, S., & Wang, S. (2015). The Children's Depression Inventory in worldwide child development research: A reliability generalization study. *Journal of Child and Family Studies*, *24*(8), 2352-2363. doi:10.1007/s10826-014-0038
- Thanoi, W., Phanchaoenworakul, K., Thompson, E. A., Panitrat, R., & Nityasuddhi, D. (2010). Thai adolescent suicide risk behaviors: Testing a model of negative life events, rumination, emotional distress, resilience and social support. *Pacific Rim*

International Journal of Nursing Research, 14(3), 187-202. Recuperado de <https://www.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/6274>

The Global Burden of Disease Child and Adolescent Health Collaboration. (2017). Child and adolescent health from 1990 to 2015: Findings from the global burden of diseases, injuries, and risk factors study. *JAMA Pediatrics*, 171(6), 573-592. doi:10.1001/jamapediatrics.2017.0250

Uher, R., Payne, J. L., Pavlova, B., & Perlis, R. H. (2014). Major depressive disorder in DSM- 5: Implications for clinical practice and research of changes from DSM- IV. *Depression and Anxiety*, 31(6), 459-471. doi:10.1002/da.22217

Ulloa-Flores, R. E., Peña-Olvera, F. D. L., & Nogales-Imaca, I. (2011). Tratamiento multimodal de niños y adolescentes con depresión. *Salud Mental*, 34(5), 403-407. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252011000500002&script=sci_arttext

Vares, E. A., Salum, G. A., Spanemberg, L., Caldieraro, M. A., & Fleck, M. P. (2015). Depression dimensions: Integrating clinical signs and symptoms from the perspectives of clinicians and patients. *PloS One*, 10(8), e0136037. doi:10.1371/journal.pone.0136037

Vélez, Y. D., Luaces, L. L., & Rosselló, J. (2012). Ideación suicida: Síntomas depresivos, pensamientos disfuncionales, autoconcepto, y estrategias de manejo en adolescentes puertorriqueños/as. *Revista Puertorriqueña de Psicología Asociación de Psicología de Puerto Rico*, 23(2), 1-17. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=233228917001>

Venables, W. N., Smith, D. M., & R Core Team (2016). *An introduction to R: Notes on R: A programming environment for data analysis and graphics*. Bristol, UK: Network Theory. Recuperado de <https://cran.r-project.org/doc/manuals/r-release/R-intro.pdf>

- Villalobos-Galvis, F. H., & Ortiz-Delgado, L. (2012). Características psicométricas de la escala CES-D en adolescentes de San Juan de Pasto (Colombia). *Avances en Psicología Latinoamericana*, 30(2), 328-340. Recuperado de <http://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/view/1477>
- Weinberg, W. A., Rutman, J., Sullivan, L., Penick, E. C., & Dietz, S. G. (1973). Depression in children referred to an educational diagnostic center: Diagnosis and treatment: Preliminary report. *The Journal of Pediatrics*, 83(6), 1065-1072. doi:10.1016/S0022-3476(73)80552-9
- Weissman, M. (2009). Depression. *Annals of Epidemiology*, 19(4), 264-267. doi:10.1016/j.annepidem.2009.01.021
- World Health Organization [WHO]. (2005). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice*. Geneva, Suíça: WHO.
- Yang, Z., Algesheimer, R., & Tessone, C. J. (2016). A comparative analysis of community detection algorithms on artificial networks. *Scientific Reports*, 6(2), 1-13. doi:10.1038/srep30750
- Zisook, S., Lesser, I., Stewart, J. W., Wisniewski, S. R., Balasubramani, G. K., Fava, M., Gilmer, W. S., Dresselhaus, T. R., Thase, M. E., Nierenberg, A. A., Trivedi, M. H., & Rush, J. (2007). Effect of age at onset on the course of major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164(10), 1539-1546. doi:10.1176/appi.ajp.2007.06101757

ARTIGO 3: RELAÇÃO DA BATERIA DE INDICADORES DE DEPRESSÃO (BAID-IJ) COM MEDIDAS DE HUMOR E SUPORTES SOCIAL E FAMILIAR

Cassandra Cardoso

Makilim Nunes Baptista

Resumo: Para que um instrumento de avaliação psicológica possa ser útil aos clínicos e pesquisadores, as interpretações geradas a partir de seus resultados necessitam de vários tipos de evidências de validade. Este estudo teve o objetivo de buscar evidências de validade, baseadas na relação com variáveis externas para a Bateria de Indicadores de Depressão, versão Infantojuvenil (BAID-IJ.) A bateria investiga a depressão e construtos a ela associados, como solidão, desamparo, autoestima, desesperança, autoconceito e autoeficácia. A amostra utilizada foi de 496 participantes, de oito a 18 anos ($M = 13,29$, $DP = 2,93$), do Estado do Rio Grande do Sul. Destes, 300 foram do sexo feminino (60,48%). Foram constituídos dois grupos amostrais, o de estudantes (GE) (com 460 estudantes de escolas públicas) e o grupo com hipótese de depressão (GHD) (com 36 usuários de serviços de atendimento em saúde mental). Os instrumentos utilizados foram a BAID-IJ, a Escala Baptista de Depressão – Versão infantojuvenil (EBADEP-IJ), o Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF) e a Escala de Percepção do Suporte Social – Versão adolescentes (EPSUS-Adol). Foram realizadas estatísticas descritivas, diferenças de média, correlações entre os escores dos instrumentos e uma análise de regressão logística. Os resultados demonstram boas evidências de validade para a BAID-IJ. Os escores do grupo de estudantes e do grupo com hipótese de depressão foram estatisticamente diferentes. As escalas da BAID-IJ apresentaram correlações entre os seus indicadores e com medidas de humor e suporte social e familiar com intensidade e sentido esperados. Na regressão logística, o desamparo, a solidão, a desesperança e a autoestima foram as preditoras da sintomatologia de depressão.

Palavras-chave: sintomas depressivos, crianças e adolescentes, evidências de validade.

Abstract: In order a psychological assessment tool to be useful to clinicians and researchers, the interpretations produced by their results require several types of validity evidence. This study aimed to seek validity evidence, based on its relation with external variables for the Depression Indicators Assessment Battery, children and adolescent version (BAID-IJ). The battery investigates the depression and its associated constructs such as loneliness, helplessness, self-esteem, hopelessness, self-concept and self-efficacy. The participants were 496 children and adolescents from the State of Rio Grande do Sul (300 were female: 60.48%), age ranging from 8 to 18 years old ($M = 13.29$, $SD = 2.93$). There were two distinct sample groups: the students group (SG), with 460 students from public schools and the group with depression hypothesis (GHD) with 36 users of mental health services. The instruments used were: the Depression Indicator Assessment Battery (BAID-IJ), the Baptista's Depression Scale – Youth version (EBADEP-IJ), the Family Support Perception Inventory (IPSF) and the Scale of Perceived Social Support – Adolescent version (EPSUS-Adol). We performed descriptive statistics, mean differences, correlations between instruments scores and a logistic regression analysis.

The results showed good validity evidence for BAID-IJ. The students and the group with hypothesis of depression had statistically different scores. The BAID-IJ scales presented correlations between their indicators and with the measures of humor and the social and family support with the expected intensity and direction. Helplessness, loneliness, hopelessness and self-esteem were the predictors of the depression symptomatology in logistic regression.

Keywords: depressive symptoms, children and adolescents, validity evidence.

Resumen: Para que un instrumento de evaluación psicológica pueda ser útil a los clínicos y investigadores, las interpretaciones generadas con base en sus resultados necesitan de varios tipos de evidencias de validez. Ese estudio tubo el objetivo de procurar evidencias de validez, basadas en la relación con variables externas para la Batería de Indicadores de Depresión, versión infantojuvenil (BAID-IJ). La batería investiga la depresión y constructos a ella asociados, como soledad, desamparo, autoestima, desesperanza, autoconceito y autoeficacia. La muestra utilizada fue de 496 participantes, de 08 hasta 18 años ($M = 13,29$, $SD = 2,93$), del estado do Rio Grande do Sul. Entre ellos, 300 fueron del sexo femenino (60,48%). Fueron constituidos dos grupos de muestras, lo de estudiantes (GE) (con 460 estudiantes de escuelas públicas) y el grupo con hipótesis de depresión (GHD) (con 36 usuarios de servicios de atendimento en salud mental). Los instrumentos utilizados fueron la BAID-IJ, la Escala Baptista de Depresión – Versión infantojuvenil (EBADEP-IJ), el Inventario de Percepción de Soporte Familiar (IPSF) y la Escala de Percepción de Soporte Social – Versión adolescentes (EPSUS-Adol). Fueron realizadas estadísticas descriptivas, diferencias de medias, correlaciones entre los escores de los instrumentos y un análisis de regresión logística. Los resultados demuestran buenas evidencias de validez para la BAID-IJ. Las puntuaciones del grupo de estudiantes y del grupo con hipótesis de depresión fueron estadísticamente diversas. Las escalas de la BAID-IJ presentaron correlaciones entre sus indicadores y medidas de humor y soporte social y familiar con intensidad y sentido esperados. En la regresión logística, el desamparo, la soledad, la desesperanza y la autoestima fueron las predictoras de la sintomatología de la depresión.

Palabras clave: síntomas depresivos, evidencias de validez, niños y adolescentes.

Introdução

A avaliação da depressão em crianças e adolescentes é muito importante, já que o tratamento adequado requer que os sintomas depressivos sejam identificados oportunamente e avaliados em sua intensidade (Hermens et al., 2015). A demanda por rastreamento precoce da depressão justifica-se pela sua prevalência, já que afeta 322 milhões de pessoas no mundo (World Health Organization [WHO], 2017). Muitas crianças e adolescentes estão entre essas pessoas. Somente no ano de 2013, foram reportados episódios depressivos graves em mais de 2,5 milhões de adolescentes em todo o mundo (Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA], 2014). Estudos atuais apresentam prevalência de episódios depressivos em torno de 1 a 2,5% da população nas crianças, e de 4% a 9% nos adolescentes (Rocha, Zeni, Caetano, & Kieling, 2013).

Porém, um dos obstáculos ao diagnóstico precoce é que os sintomas depressivos são internalizantes em sua forma de apresentação, sendo menos evidentes para as outras pessoas que os externalizantes (agressividade, por exemplo) (Calil & Pires, 2000). Além disso, as crianças pequenas têm dificuldade em identificar e nomear seus sentimentos (Méndez, Olivares, & Ros, 2005). Já os adolescentes que sofrem de depressão leve ou moderada, podem buscar esconder seus sintomas depressivos (Rey, Bella-Awusah, & Jing, 2015). Por isso, é indicado o uso instrumentos de rastreamento nestas faixas etárias para avaliar depressão (Hermens et al., 2015). Por sua vez, a identificação de fatores protetivos e de risco, associados aos sintomas depressivos, também pode facilitar a sua detecção precoce e incrementar a prevenção de transtornos psiquiátricos em jovens (Weeks et al., 2014).

Desta forma, há necessidade de instrumentos de avaliação da depressão em crianças e adolescentes que atendam às suas especificidades. Nessa perspectiva, a Bateria

de Indicadores de Depressão, versão Infantojuvenil (BAID-IJ; Borges, Baptista, & Serpa, 2015) busca preencher esta lacuna. Trata-se de um instrumento criado no Brasil, que investiga a depressão e construtos a ela associados: solidão, desamparo, autoestima, desesperança, autoconceito e autoeficácia.

Os construtos da BAID-IJ estão correlacionados à depressão em crianças e adolescentes e já se mostraram em outros estudos como fatores de risco e proteção para a depressão nestas faixas etárias. Por exemplo, a baixa autoestima foi considerada um fator de risco de depressão, em um estudo com 674 crianças e adolescentes de 10 a 12 anos ($M = 10,4$, $DP = 0,60$) (Orth, Robins, Widaman, & Conger, 2014). De acordo com um estudo de meta-análise, mesmo que a relação de predição entre autoestima e depressão seja bidirecional, o efeito da baixa autoestima na depressão é duas vezes maior do que as marcas da depressão na autoestima (Sowislo & Orth, 2013).

Quanto às correlações dos construtos com depressão em crianças e adolescentes, diversos estudos (Rawana & Morgan, 2014; Sun & Hui, 2007; Villalobos-Galvis & Ortiz-Delgado, 2012) apresentaram correlações negativas de autoestima com depressão, com intensidade moderada (entre 0,4 e 0,6 para Dancey & Reidy, 2013). Já o autoconceito apresentou correlação de $r = -0,79$ com depressão (Vélez, Luaces, & Rosselló, 2012). A desesperança teve correlação fraca ($r = 0,44$) com sintomas depressivos (Villalobos-Galvis & Ortiz-Delgado, 2012). A correlação entre autoeficácia e depressão foi de $r = -0,27$ em estudo de Muris (2002).

As correlações dos construtos da BAID-IJ com depressão já foram analisadas em estudo da primeira versão da bateria, que era composta por cinco escalas: depressão, solidão, desamparo, autoestima e autoconceito. A amostra foi de 962 participantes, de oito a 18 anos ($M = 13,3$, $DP = 2,6$). As correlações com um instrumento que mede sintomas depressivos em crianças e adolescentes (EBADEP-IJ, versão 45 itens) foram de

$p = 0,75$ para Depressão, $p = 0,56$ para Solidão, $p = 0,72$ para Desamparo, $p = 0,65$ para Autoestima e $p = 0,57$ para o Autoconceito (Borges, 2015).

No mesmo estudo de Borges (2015), as correlações entre as cinco escalas da BAID-IJ foram de $p = 0,40$ entre Solidão e Autoestima; $p = 0,46$ entre Depressão e Autoconceito; $p = 0,49$ entre Depressão e Autoestima; $p = 0,56$ entre Desamparo e Autoestima; $p = 0,60$ entre Solidão e Desamparo; $p = 0,70$ entre Depressão e Desamparo; e $p = 0,80$ entre Autoconceito e Autoestima.

Além dos construtos contemplados na BAID-IJ, há outros que se correlacionam com depressão e podem ser considerados fatores protetivos ou de risco (Reppold & Hutz, 2003) para a depressão em crianças e adolescentes. São eles: a percepção de suporte familiar (Baptista, 2009) e a percepção de suporte social (Baptista & Cardoso, 2016). Estudos anteriores já encontraram correlações moderadas (entre 0,4 e 0,6 para Dancey & Reidy, 2013) de suporte familiar com depressão em crianças e adolescentes (Baptista & Cremasco, 2013; Kamen, Cosgrove, McKellar, Cronkite, & Moos, 2011). Outro fator protetivo relacionado a sintomas depressivos é a percepção do suporte social. Estudo que correlacionou as variáveis indicou que, quanto menor o suporte social percebido, maior o nível de sintomas depressivos ($r = -0,36$; Baptista & Cremasco, 2013).

Há diferenças de prevalência entre os sexos nos adolescentes, apesar de não haver nas crianças. Na adolescência, a partir dos 13 anos de idade, as taxas de prevalência de sintomas depressivos chegam a ser duas vezes mais altas no sexo feminino do que no masculino (Andersen & Teicher, 2008; Hankin, 2008). Tais diferenças são atribuídas a mecanismos hormonais envolvidos e às mudanças físicas associadas, como aumento de massa corporal, que podem trazer insatisfação com o corpo, maior exposição a estressores, assim como maior sensibilidade ao estresse nas adolescentes do sexo feminino (Andersen & Teicher, 2008; Compian, Gowen, & Hayward, 2009; Thapar, Collishaw, Pine, & Thapar, 2012).

A partir do exposto, o objetivo deste estudo foi o de buscar evidências de validade para a BAID-IJ, baseada na relação com variáveis externas como a IPSF e EPSUS-Adol e convergentes, como a EBADEP-IJ. Também foi avaliado se a BAID-IJ e suas escalas são capazes de diferenciar a amostra por sexo e faixa etária, assim como um grupo de estudantes (GE) e um grupo com hipótese de depressão (GHD). Relações de predição entre sintomas depressivos e cada escala/construto da BAID -IJ (exceto a Depressão) também foram avaliadas.

Método

Participantes

A amostra foi composta por 496 crianças e adolescentes, de oito a 18 anos (M = 13,29; DP = 2,93). A coleta foi realizada com dois grupos amostrais, ambos provenientes do estado do Rio Grande do Sul, Brasil. O primeiro, denominado “Grupo de estudantes” (GE), foi composto por 460 estudantes de escolas públicas. O segundo, denominado “Grupo com hipótese de depressão” (GHD), foi composto por 36 pacientes de serviços de atendimento em saúde mental. O critério de inclusão dos participantes no GHD foi a indicação dos profissionais assistentes, de que eles apresentavam sintomas depressivos de moderados a graves e tinham hipótese diagnóstica de depressão. Todos os participantes do GHD estavam em tratamento psicoterapêutico, sendo que 69,4% (n = 25) deles faziam uso de antidepressivos e outros psicofármacos. Entre os outros sintomas referidos estavam ansiedade (n = 6), transtorno de conduta (n = 3) sintomas psicóticos (alucinações) (n = 2), problemas de aprendizagem (n = 3) e bipolaridade (n = 1).

Instrumentos

Questionário de identificação.

O questionário de identificação investigou dados sociodemográficos (com questões baseadas nos critérios de Classificação Econômica Brasil, da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa [ABEP], 2008). Também contemplou dados clínicos, como existência de diagnóstico de depressão no participante ou nos familiares.

Bateria de Avaliação de Indicadores de Depressão Infantojuvenil (BAID-IJ; Borges et al., 2015).

A BAID-IJ avalia indicadores de depressão em crianças e adolescentes de oito a 18 anos. É um instrumento de autorrelato, com 113 itens, agrupados em sete escalas: depressão (18 itens), solidão (13 itens), desamparo (17 itens), autoestima (18 itens), autoconceito (16 itens), desesperança (16 itens) e autoeficácia (15 itens). A escala de resposta é do tipo *Likert* de três pontos, sendo 0 = “não / nunca”, 1 = “às vezes” e 2 = “sim / sempre”. O respondente deve considerar seus pensamentos, sentimentos e comportamento nos últimos 15 dias.

Os itens das escalas depressão, solidão e desamparo foram estruturados com sentimentos, pensamentos e comportamentos negativos e os itens de autoeficácia, autoestima e autoconceito foram estruturados com sentimentos, pensamentos e comportamentos com semântica positiva. Por exemplo, o item “sinto-me para baixo” (Depressão) foi construído com semântica negativa e o item “sou bonito (a)” (Autoestima) foi construído com semântica positiva. Na escala desesperança, a maioria dos itens é escrita com semântica negativa, excetuando-se alguns itens (1, 2, 7 e 12) que são apresentados com semântica positiva. Estes itens devem ser invertidos no cálculo do escore total da escala. Estudos realizados com a bateria em uma versão anterior, de 91

itens, com cinco escalas (depressão, solidão, desamparo, autoestima e autoconceito) apresentou uma estrutura bifactor (B-ESEM) latente (CFI = 0,950, TLI = 0,942) e RMSEA = 0,025 [0,023-0,027] (Borges, Baptista, & Serpa, 2017).

Escala Baptista de Depressão – Versão infantojuvenil (EBADEP-IJ; Baptista, 2018).

A EBADEP-IJ avalia os sintomas de depressão em crianças e adolescentes de oito a 18 anos. É um instrumento de autorrelato, com 27 itens. A escala de respostas é do tipo *Likert* de três pontos, sendo 0 = “nunca / poucas vezes”, 1 = “algumas vezes” e 2 = “muitas vezes / sempre”. Entre os itens da escala, 11 tem semântica positiva e 16 tem semântica negativa. Os itens com semântica positiva devem ser invertidos para o cômputo de um escore total. São eles: 9, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 23 e 25. Nestes itens, deverão ser atribuídos 2 pontos para a opção “nunca/poucas vezes” e 0 pontos para a opção “muitas vezes/sempre”. Para a opção “algumas vezes”, permanece a atribuição de 1 ponto. As normas são apresentadas em duas faixas de “comportamento positivo” e três faixas de “sintomatologia leve, moderada e severa”. Nas faixas de pontuação para a amostra geral, as duas primeiras faixas indicam descritores afetivos, cognitivos, sociais e vegetativos mais positivos na criança ou adolescente e contemplam a pontuação no escore total entre 0 a 15 (Faixa 1) e 16 a 20 (Faixa 2). Já as faixas “com sintomatologia” indicam sintomatologia depressiva e contemplam as pontuações de 21 a 30 (leve), de 31 a 45 (moderada) e 46 a 54 (grave). Os estudos psicométricos indicaram uma estrutura unifatorial e as medidas do alfa variaram entre 0,86 e 0,89 (Baptista, 2018).

Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF; Baptista, 2009).

O instrumento avalia o quanto as pessoas percebem as suas relações familiares em termos de afetividade, autonomia e adaptação entre os membros, sendo destinado a

peças de 11 a 60 anos. É um instrumento de autorrelato, com 42 itens. A escala de resposta é do tipo *Likert* de três pontos, sendo que 0 = “quase nunca ou nunca”, 1 = “às vezes” e 2 = “quase sempre ou sempre. As propriedades psicométricas indicam uma estrutura de três fatores, que são: Afetivo-Consistente ($\alpha = 0,91$), Adaptação ($\alpha = 0,83$) e Autonomia ($\alpha = 0,80$).

Escala de Percepção do Suporte Social – Versão adolescentes (EPSUS-Adol; Baptista & Cardoso, 2016).

A EPSUS-Adol mensura a percepção do suporte recebido pelo contexto social, de crianças e adolescentes entre 12 e 17 anos de idade. A escala, de autorrelato, é composta por 23 itens. A escala de resposta é do tipo *Likert* de 4 pontos, sendo 0 = nunca, 1 = poucas vezes, 2 = muitas vezes e 3 = sempre. É estruturada em três fatores: Enfrentamento de Problemas (11 itens e $\alpha = 0,91$), Interação Social (cinco itens e $\alpha = 0,88$) e Afetividade (sete itens e $\alpha = 0,91$).

Procedimentos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade São Francisco (USF) (CAAE: 52889016.8.0000.5514). Foi obtido o consentimento dos pais ou responsáveis dos participantes. A amostra foi escolhida por conveniência. As crianças (participantes até 11 anos de idade) responderam ao IPSF e os adolescentes (participantes a partir de 12 anos de idade) à EPSUS. Os dados do GE foram coletados nas próprias escolas. A coleta foi coletiva nos participantes de 10 a 18 anos. Para os participantes de 8 e 9 anos, a coleta foi individual. Os itens foram lidos pela pesquisadora para os participantes de 8 a 10 anos de idade. A coleta do GHD foi individual e ocorreu nos serviços de saúde pública em que recebiam tratamento. Os

serviços foram um Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil (CAPSi), a ala infantojuvenil de internação e ambulatório de um Hospital Psiquiátrico de grande porte, serviços de atendimento psicológico, Unidades Básicas de Saúde. Foi obtida a autorização das instituições em que a pesquisa foi realizada. A sequência de aplicação foi BAID-II, seguida pelas outras escalas que foram alternadas entre si nas aplicações para evitar o efeito fadiga. A duração da aplicação foi em torno de 40 minutos nas aplicações individuais e de uma hora nas aplicações coletivas para o GE, nas quais a pesquisadora teve o auxílio de um acadêmico de psicologia treinado.

Análise de dados

Foram realizadas estatísticas descritivas e inferenciais, com o pacote estatístico do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20. Inicialmente, foram calculadas as estatísticas descritivas sociodemográficas e de todas as escalas aplicadas. As diferenças de média foram analisadas com testes (*Mann-Whitney*) apropriados ao resultado dos testes de normalidade (*Kolmogorov-Smirnov*), que indicaram uma distribuição desviada da normalidade em todas as comparações. Foi adotado o critério de significância $p < 0,05$. No intuito de complementar o teste de significância da hipótese nula, foi calculado o tamanho do efeito (r). Este (r) foi calculado a partir da transformação do escore Z (que foi dividido pela raiz quadrada do total de observações realizadas). A magnitude do tamanho do efeito r foi considerada média a partir de 0,30 e grande a partir de 0,50 (Field, 2009). As correlações também foram analisadas com testes apropriados ao resultado dos testes de normalidade (*Spearman*) e sua intensidade foi classificada como fraca [0,1 a 0,3], moderada [0,4 a 0,6] ou forte [0,7 a 0,9] a partir de Dancey e Reidy (2013).

Também foram realizadas análises de regressão logística utilizando o escore total de cada escala da BAID-IJ (excetuando-se a escala de Depressão) como variável independente (VI) e uma variável dependente (VD) indicando sintomas depressivos. A variável categórica criada foi dicotômica: “sem sintomas depressivos comportamento positivo” e “com sintomas depressivos”. Para a criação da variável, foi utilizado o ponto de corte de 21 pontos na EBADEP-IJ para sintomatologia leve, de acordo com as normas da amostra geral da escala (Baptista, 2018).

Na regressão, primeiramente foram realizadas análises de regressão logística univariada buscando identificar as variáveis a incluir nos modelos de regressão múltipla. Posteriormente, foi realizada uma Regressão Logística Multivariada através de uma abordagem passo a passo (*step wise*), com seleção progressiva, considerando um valor de p para inclusão no Modelo Final de 0,05.

Resultados

A maioria dos participantes foram adolescentes do sexo feminino. Além disso, a maior parte da amostra foi proveniente de níveis socioeconômicos B2 e C1. Entre os grupos, o GHD situou-se na classe econômica um pouco abaixo do grupo de estudantes (GE) (Tabela 1). A seguir, a Tabela 1 apresenta características sociodemográficas da amostra geral e dos grupos e a Tabela 2 apresenta as características clínicas da amostra geral e dos grupos.

Tabela 1.

Características sociodemográficas da amostra geral e dos grupos.

Variável		Total (n = 496)	Grupo			
			GE (n = 460)		GHD (n = 36)	
Sexo	Masculino	196 (39,5%)	188	(40,9%)	8	(22,2%)
	Feminino	300 (60,5%)	272	(59,1%)	28	(77,8%)
Idade	M (DP)	13,29 (2,93)	13,26	(2,96)	13,72	(2,51)
	Amplitude de idade	8-18	8-18		8-18	
Faixa etária	Crianças	152 (30,6%)	145	(31,5%)	7	(19,4%)
	Adolescentes	344 (69,4%)	315	(68,5%)	29	(80,6%)
Faixa etária e sexo	Crianças masculino	76 (15,3%)	73	(15,9%)	3	(8,3%)
	Crianças feminino	76 (15,3%)	72	(15,6%)	4	(11,1%)
	Adolescentes masculino	120 (24,2%)	115	(25%)	5	(13,9%)
	Adolescentes feminino	224 (45,2%)	200	(43,5%)	24	(66,7%)
Classe econômica	A2	2 (0,4%)	2	(0,4%)	-	-
	B1	51 (10,3%)	48	(10,4%)	3	(8,3%)
	B2	165 (33,3%)	161	(35%)	4	(11,1%)
	C1	190 (38,3%)	176	(38,3%)	14	(38,9%)
	C2	76 (15,3%)	65	(14,1%)	11	(30,6%)
	D	10 (2,0%)	7	(1,5%)	3	(8,3%)
	E	1 (0,2%)	1	(0,3%)	-	-
	Não respondeu	1 (0,2%)	-	-	1	(2,8%)

Nota. *Valores expressam frequência absoluta e relativa ou média \pm desvio padrão.

Tabela 2.

Características clínicas da amostra geral e dos grupos.

Variável	Total (n = 496)			GE (n = 460)			GHD (n = 36)			
	T	cr	ad	T	cr	ad	T	cr	ad	
FD	S	213 (42,9%)	53 (34,9%)	160 (46,5%)	191 (41,5%)	49 (33,8%)	142 (45,1%)	22 (61,1)	04 (57,1%)	18 (62,1%)
	N	282 (56,9%)	99 (65,1%)	183 (53,2%)	269 (58,5%)	96 (66,2%)	173 (54,1%)	13 (36,1)	03 (42,9%)	10 (34,5%)
	NR	1 (0,2%)	-	1 (0,3%)	-	-	-	1 (2,8%)	-	1 (3,4%)
TD	S	42 (8,5%)	7 (4,6%)	35 (10,2%)	11 (2,4%)	01 (0,7%)	10 (3,2%)	31 (86,1)	06 (85,7%)	25 (86,2%)
	N	454 (91,5%)	145 (95,4%)	309 (89,8%)	449 (97,6%)	144 (99,3%)	305 (96,8%)	5 (13,9%)	01 (14,3%)	04 (13,8%)
P	CP/ SL	446 (89,9%)	148 (33,2%)	298 (66,8%)	424 (92,2%)	141 (92,8%)	283 (82,3%)	22 (61,1%)	7 (100%)	15 (51,7%)
	SM/ SG	50 (10,08%)	04 (8%)	46 (92%)	36 (7,8%)	4 (2,6%)	32 (9,3%)	14 (38,9%)	-	14 (48,3%)

Nota. FD = familiar com depressão; TD = em tratamento para depressão; P = pontuação na EBADEP-IJ, T = total; cr = crianças; ad = adolescentes; S = sim; N = não; NR = não respondeu; CP = comportamento positivo na EBADEP-IJ; SL = Sintomas depressivos leves na EBADEP-IJ; SM = Sintomas depressivos moderados na EBADEP-IJ; SG = Sintomas depressivos graves na EBADEP-IJ.

Foram analisadas as diferenças de medida de tendência central entre os sexos nas crianças e adolescentes na EBADEP-IJ. Houve diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$) entre os sexos apenas nos adolescentes. As adolescentes do sexo feminino tiveram escores maiores de depressão do que os do sexo masculino.

Também foram avaliadas as diferenças de medida de tendência central entre os sexos de todas as escalas da BAID-IJ (Tabela 3). A diferença foi estatisticamente significativa ($p < 0,05$) em todas as comparações, exceto na escala Desesperança. O tamanho do efeito (r) foi pequeno em todas as escalas. No sexo feminino, a média dos escores foi maior do que no sexo masculino nas escalas que investigam construtos negativos (depressão, solidão, desamparo e desesperança) e média menor do que eles nas escalas que investigam construtos positivos (autoestima, autoconceito e autoeficácia). A Tabela 3, a seguir, apresenta os resultados.

Tabela 3.

Diferença entre os sexos em cada escala da BAID-IJ.

BAID-IJ	Masculino	Feminino	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
	M (DP)	M (DP)			
Depressão	9,05 (5,41)	12,45 (6,70)	20567,50	0,000**	-0,25
Solidão	4,95 (4,37)	5,83 (4,76)	25965,50	0,027*	0,10
Desamparo	9,28 (6,23)	11,18 (6,90)	24807,00	0,003*	0,13
Autoestima	25,95 (7,00)	24,53 (7,06)	25838,00	0,022*	0,10
Autoconceito	23,77 (5,80)	22,29 (5,74)	24503,50	0,002*	-0,14
Desesperança	7,28 (4,61)	8,22 (5,11)	26389,000	0,053	-0,08
Autoeficácia	22,24 (4,85)	20,54 (4,97)	23618,500	0,000**	-0,17

Nota. * $p < 0,05$; ** $p < 0,001$.

Foram avaliadas as diferenças de medida central nas escalas da BAID-IJ entre as faixas etárias. Houve diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) em todas as comparações, exceto com a Desesperança e na Autoeficácia. O tamanho de efeito foi médio no autoconceito e pequeno nas demais. A Tabela 4 apresenta as diferenças.

Tabela 4.

Diferenças entre as crianças e adolescentes nas escalas da BAID-IJ.

BAID-IJ	Crianças	Adolescentes	U	p	r
	M (DP)	M (DP)			
Depressão	9,14 (6,06)	11,98 (6,41)	18899,00	0,000**	-0,22
Solidão	4,98 (4,64)	5,71 (4,6)	23105,50	0,038*	-0,09
Desamparo	8,98 (6,58)	11,07 (6,66)	21126,50	0,001*	-0,15
Autoestima	27,94 (6,00)	23,84 (7,14)	16883,50	0,000**	-0,28
Autoconceito	25,6 (5,14)	21,68 (5,68)	15258,50	0,000**	-0,33
Desesperança	7,50 (4,73)	8,00 (5,01)	15258,50	0,428	-0,03
Autoeficácia	21,81 (4,85)	20,95 (5,03)	23680,00	0,93	-0,07

Nota. *p < 0,05; **p < 0,001.

Também foram avaliadas as diferenças de medida de tendência central entre os grupos GE e GHD nas escalas da BAID-IJ. Os resultados foram estatisticamente significativos ($p < 0,05$) entre os grupos. O tamanho do efeito (r) foi médio na depressão e na solidão e pequeno nas demais (desamparo, desesperança, autoestima, autoconceito e autoeficácia). Os resultados são apresentados na Tabela 5, a seguir.

Tabela 5.

Diferenças entre os grupos não-clínico e clínico nas escalas BAID-IJ.

BAID-IJ	GE	GHD	U	p	r
	M (DP)	M (DP)			
Depressão	10,43 (5,87)	19,75 (7,10)	2686,00	0,000**	-0,30
Solidão	4,98 (4,00)	11,94 (6,90)	3349,50	0,000**	-0,30
Desamparo	9,90 (6,31)	17,16 (7,92)	3925,00	0,000**	-0,27
Autoestima	25,51 (6,64)	19,75 (9,81)	5540,00	0,001*	-0,15
Autoconceito	23,16 (5,52)	19,25 (7,83)	5909,00	0,004*	-0,13
Desesperança	7,41 (4,56)	13,50 (6,02)	3419,50	0,000**	-0,26
Autoeficácia	21,51 (4,73)	17,47 (6,54)	5264,00	0,000**	-0,16

Nota. p < 0,05*; p < 0,001**.

Outra análise realizada foi a das correlações entre as escalas da BAID-IJ e de cada uma delas com o escore geral da EBADEP-IJ (Tabela 6). Entre as escalas da BAID-IJ, as correlações estatisticamente significativas ($p < 0,001$), com intensidade de moderada a forte e no sentido esperado. As correlações entre a BAID-IJ e o escore total da EBADEP-

IJ também tiveram significância estatística e ocorreram no sentido esperado. As correlações foram fortes com a depressão, desamparo, autoestima e desesperança. Com as demais escalas (solidão, autoconceito e autoeficácia) foram moderadas. A Tabela 6 apresenta a matriz de correlações.

Tabela 6.

Correlação de Spearman entre as escalas da BAID-IJ e de cada escala com a

EBADEP-IJ.

BAID-IJ	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Depressão	1,00	0,72**	0,77**	-0,61**	-0,64**	0,63**	-0,54**	0,82**
2. Solidão		1,00	0,66**	-0,48**	-0,54**	0,55**	-0,47**	0,64**
3. Desamparo			1,00	-0,56**	-0,57**	0,73**	-0,56**	0,74**
4. Autoestima				1,00	0,86**	-0,62**	0,63**	-0,71**
5. Autoconceito					1,00	-0,57**	0,64**	-0,69**
6. Desesperança						1,00	-0,65**	0,73**
7. Autoeficácia							1,00	-0,66**
8. EBADEP-IJ								1,00

Nota. 1. BAID-IJ Depressão; 2. BAID-IJ Solidão; 3. BAID-IJ Desamparo; 4. BAID-IJ Autoestima; 5. BAID-IJ Autoconceito; 6. BAID-IJ Desesperança; 7. BAID-IJ Autoeficácia; 8. EBADEP-IJ Total 27 itens. **p < 0,001.

Na busca de evidências de validade com variáveis externas, as escalas da BAID-IJ foram correlacionadas com o Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF) nas crianças e a Escala de Percepção de Suporte Social (EPSUS-Adol) nos adolescentes. Todas as correlações apresentam significância estatística ($p < 0,001$), tiveram intensidade moderada e ocorreram no sentido esperado. A Tabela 7 apresenta os resultados.

Tabela 7.

Correlação de Spearman das escalas da BAID IJ com o IPSF nas crianças e com a EPSUS-Adol nos adolescentes.

BAID-IJ	Crianças		Adolescentes	
	n	IPSF Total (p)	n	EPSUS-Adol Total (p)
Depressão	152	-0,54**	343	-0,46**
Solidão	152	-0,43**	343	-0,46**
Desamparo	152	-0,54**	343	-0,49**
Autoestima	152	0,53**	343	0,50**
Autoconceito	152	0,62**	343	0,50**
Desesperança	152	-0,60*	343	-0,50**
Autoeficácia	152	0,56*	343	0,49**

Nota. IPSF = Inventário de Percepção de Suporte Familiar; EPSUS-Adol = Escala de Percepção de Suporte Social - Adolescentes; *p < 0,05; **p < 0,001.

A fim de conhecer se há relações de predição de cada indicador da BAID-IJ com sintomas depressivos, foi realizada uma análise de regressão logística, utilizando o método *enter*. Inicialmente, foram realizadas análises de regressão univariadas com cada escala da BAID-IJ, buscando identificar as variáveis a incluir nos modelos de regressão múltipla. Todas as escalas analisadas mostraram-se preditoras de depressão, algumas aumentando o risco de depressão e outras diminuindo o risco, como Autoestima, Autoconceito e Autoeficácia. As seis variáveis independentes foram significativas, a mais influente individualmente foi a Desesperança, com base na consideração do intervalo de confiança de OR. Os resultados podem ser visualizados na Tabela 8, a seguir.

Tabela 8.

Análises de Regressão Logística Univariada entre solidão, desamparo, autoestima, autoconceito, desesperança e autoeficácia e sintomas depressivos.

Variável	OR	95% IC	p
Solidão	1,390	[1,30, 1,48]	0,000**
Desamparo	1,380	[1,30, 1,46]	0,000**
Autoestima	0,763	[0,72, 0,80]	0,000**
Autoconceito	0,738	[0,69, 0,78]	0,000**
Desesperança	1,579	[1,58, 1,72]	0,000**
Autoeficácia	0,717	[0,67, 0,77]	0,000**

Nota. OR = *odds ratio*; IC = intervalo de confiança; *p < 0,05; **p < 0,001.

Posteriormente, foi realizada uma Regressão Logística Multivariada através de uma abordagem passo a passo (*stepwise*), com seleção progressiva. O critério de inclusão no Modelo final foi o de $p < 0,005$. No modelo final (Tabela 9) mantiveram-se as escalas Solidão, Desamparo, Autoestima e Desesperança. Na amostra estudada, as escalas de autoconceito e autoeficácia não apresentaram predição estatisticamente significativa.

Foi testada a colinearidade das variáveis independentes, não apresentando nenhum viés. Os achados foram significativos ($p < 0,05$) e o intervalo de confiança não contém o valor 1, que indica nulidade da associação (Wagner & Callagari-Jacques, 1988). O *variance inflation factor* (VIF) ficou entre 1,9 e 3,2. O índice pode ser considerado satisfatório, já que um valor maior do que 10 seria inadequado (Field, 2009). A tolerância (*tolerance*) ficou entre 0,31 e 0,52, indicando que não havia colinearidade entre as variáveis que trouxesse prejuízo para a análise, já que os valores de tolerância devem estar acima de 0,1 (Field, 2009). Os resultados indicaram que a desesperança, a solidão e o desamparo foram fatores de risco de depressão e a autoestima um fator de proteção. A Tabela 9 apresenta os resultados.

Tabela 9.

Análises de Regressão Logística Multivariada entre solidão, desamparo, autoestima, autoconceito, desesperança, autoeficácia e sintomas depressivos.

Variável	OR	95% IC	p
Solidão	1,18	[1,08, 1,28]	0,000**
Desamparo	1,13	[1,05, 1,23]	0,002*
Autoestima	0,83	[0,78, 0,89]	0,000**
Desesperança	1,26	[1,13, 1,41]	0,000**

Nota. OR: odds ratio, * ** p < 0,001.

Discussão

Os resultados encontrados indicaram evidências de validade adequadas para a BAID-IJ. Ao analisar a pontuação dos participantes na EBADEP-IJ, pode-se inferir que a prevalência de sintomas depressivos, de moderados a graves, no grupo de estudantes foi similar aos apresentados por Rocha et al. (2013) para a população em geral.

Por sua vez, no grupo com hipótese de depressão (GHD), todas as crianças apresentaram comportamento positivo ou sintomatologia leve no escore total da EBADEP-IJ. O esperado era que os escores de depressão do GHD tivessem sido maiores, com sintomatologia moderada ou severa. Uma hipótese é de que os participantes do GHD com sintomatologia leve ou comportamento positivo podem estar com sintomas em remissão. Isso porque, tanto na EBADEP-IJ quanto na BAID-IJ, a instrução é de que o participante responda aos itens com base nos seus pensamentos e sentimentos nos últimos 15 dias e o tempo em que o participante está em tratamento não foi considerado no estudo. Por outro lado, as comorbidades encontradas no grupo clínico eram esperadas, com base na literatura (Bilginer & Kandil, 2015; Costello, Erkanli, & Angold, 2006; Ford, Goodman, & Meltzer, 2003).

A diferença de sintomas depressivos entre os sexos foi estatisticamente significativa entre os adolescentes, mas não entre as crianças. O resultado era esperado e

corroborar estudos anteriores (Andersen & Teicher, 2008; Hyde, Mezulis, & Abramson, 2008; Thapar et al., 2012).

Quanto aos demais indicadores, houve diferença estatisticamente significativa entre os sexos nos escores totais de todas as escalas da BAID-IJ, exceto na escala Desesperança, que foi muito próxima ao significativo. Na amostra geral, o sexo feminino teve médias maiores em todos os construtos negativos e mais baixas nos positivos. Estes resultados confirmam a indicação de Thapar et al. (2012) de que as adolescentes do sexo feminino têm maior sensibilidade ao estresse. Isso porque a maior parte (45,2%) da amostra deste estudo foi de adolescentes do sexo feminino.

Na comparação das medidas de tendência central entre crianças e adolescentes, o autoconceito e a autoestima foram maiores nas crianças. Os construtos estão relacionados entre si (Swann, Chang-Schneider, & McClarty, 2007). Em estudo longitudinal, Rawana e Morgan (2014) também encontraram níveis de autoestima mais baixos na adolescência e no início da idade adulta, que estiveram relacionados à depressão, principalmente nas meninas.

Quanto às diferenças entre o GE e o GHD, houve diferença estatisticamente significativa em todas as escalas da BAID-IJ, o que era esperado e indica que o instrumento foi capaz de diferenciar os dois grupos. Estas foram maiores na Depressão e menores no Autoconceito. Os grupos se diferenciaram mais nos construtos negativos. Entre as escalas que investigam construtos negativos, o tamanho do efeito foi médio na Depressão e Solidão e próximos a médio (a partir de 0,30) na Desesperança e Desamparo. Já nas escalas que avaliam construtos positivos, como autoestima, autoconceito e autoeficácia, o tamanho do efeito das diferenças entre os grupos foi pequeno.

A intensidade das correlações das escalas da BAID-J com o escore total da EBADEP-IJ foi de forte (na Depressão, Desamparo, Desesperança e Autoestima) a moderada (na Solidão, Autoconceito e Autoeficácia). As correlações eram esperadas, já

que, mesmo que com algumas variações de intensidade, os resultados das correlações foram no mesmo sentido das encontradas anteriormente por Borges (2015), com uma amostra de outro Estado do Brasil (Minas Gerais). No estudo referido, as correlações da primeira versão da BAID-IJ (cinco escalas) com a EBADEP-IJ (45 itens) foram fortes na Depressão e Desamparo e moderadas na correlação com a Solidão, Autoestima e Autoconceito (Borges, 2015).

Estudos com outros instrumentos também apresentaram correlações similares. Uma correlação positiva e moderada entre depressão e solidão também foi encontrada em outros estudos (Maes, Van den Noortgate, Vanhalst, Beyers, & Goossens, 2015; Spithoven et al., 2017). Algumas correlações obtidas foram de intensidade diferente de outros estudos, mas no mesmo sentido. Por exemplo, na relação entre autoestima e depressão foram encontradas correlações moderadas e negativas em outros estudos (Rawana & Morgan, 2014; Sun & Hui, 2007). Já na relação entre autoconceito e depressão, Vélez et al. (2012) encontraram correlações fortes e negativas.

As correlações das escalas autoeficácia e desesperança, incluídas posteriormente na BAID-IJ, com depressão também foram esperadas. Estudos com outras escalas indicaram correlações de moderadas a fortes com depressão para autoeficácia (Cruvinel & Boruchovitch, 2009; Muris, 2002) e desesperança (Hernández & Carrillo, 2010; Horwitz, Berona, Czyz, Yeguez, & King, 2016). Também é importante considerar que as correlações entre as escalas Depressão, Solidão, Desamparo, Autoconceito e Autoestima da BAID-IJ ocorreram no sentido e intensidade esperados, considerando-se os resultados anteriores do estudo de Borges (2015).

Já na busca de evidências de validade baseada na relação com instrumentos que medem variáveis externas, as correlações tiveram o sentido esperado e intensidade moderada. A intensidade da correlação de Depressão com percepção de suporte familiar foi coerente com o de um estudo de Baptista e Cremasco (2013), mas não com o de Kamen

et al. (2011) que, mesmo tendo investigado o construto suporte familiar, encontraram correlações mais altas em crianças e adolescentes. Da mesma forma, as correlações encontradas entre a Depressão e a EPSUS-IJ Total foram moderadas e negativas. O sentido foi o mesmo encontrado por Baptista e Cremasco (2013).

Na busca de relações de predição de depressão por meio da análise de Regressão, a desesperança, o desamparo e a solidão consistiram em fatores de risco e a autoestima em fator de proteção. Outros estudos já indicaram que, na adolescência, a solidão pode levar à depressão e uma das mais importantes tarefas é a construção de uma rede social (Alpaslan, Kocak, & Avci, 2016; Zimmer-Gembeck, Trevaskis, Nesdale, & Downey, 2014).

A desesperança também foi preditora de depressão em outros estudos (Horwitz et al., 2016) e chegou a ser inserida como um dos critérios diagnósticos de episódio depressivo maior no DSM-5 (American Psychiatric Association [APA], 2014). O desamparo, além de ter relação de predição com a depressão (Purandare, 2010), é muito relacionado à desesperança, na qual o sujeito generaliza o desamparo para todos os eventos futuros (ver Abranson, Metalsky, & Alloy, 1989).

A baixa autoestima também foi preditora de depressão em estudo anterior (Sowislo & Orth, 2013). Nos construtos positivos, apenas a autoestima se constituiu como um fator de proteção para os sintomas depressivos. Diferentemente deste resultado, outros estudos indicaram o autoconceito (Demir, Karacetin, Demir, & Uysal, 2011) e autoeficácia (Gordon, Tonge, & Melvin, 2012) como preditores de depressão em crianças e adolescentes.

Este resultado de que somente a autoestima foi preditora de depressão requer maiores investigações. Uma hipótese é que dentre os três (autoconceito, autoeficácia e autoestima) a autoestima é o mais global. Na discussão dos resultados de predição da baixa autoestima na depressão em seu estudo, Orth et al. (2014) consideraram que o efeito

de vulnerabilidade da baixa autoestima na depressão foi impulsionado pelo fato de ela ter sido abordada em uma perspectiva global, da autoavaliação que o indivíduo faz de si mesmo. Para Swann et al. (2007), a autoestima, quando considerada em um sentido global é maior preditora de depressão do que quando considerada em um sentido específico (como competência acadêmica, por exemplo). Segundo os autores, isso decorre do fato de a depressão também ser um construto global, ou seja, com sintomas cognitivos, somáticos e afetivos.

Conclusão

Finalmente, os resultados do estudo demonstraram que a BAID-IJ apresentou evidências de validade convergente e na relação com instrumentos que medem variáveis externas. Além disso, quanto ao critério de depressão, a bateria diferenciou um grupo de estudantes de um grupo com hipótese de depressão. Os bons índices encontrados são mais um indicativo de que a BAID-IJ pode ser um instrumento adequado para rastreamento dos sintomas depressivos em crianças e adolescentes. Além disso, a inclusão de indicadores relacionados no instrumento permite realizar este rastreamento de maneira precoce e adequada às características destas faixas etárias, o que é uma demanda importante de clínicos e pesquisadores na atualidade.

Entre as limitações deste estudo, está a característica de a amostra de ser proveniente apenas de um estado brasileiro, o Rio Grande do Sul. Outra limitação foi a diferença entre o número de participantes das faixas etárias crianças e adolescentes no GE e entre o número de participantes do sexo masculino e feminino nos adolescentes do GHD. Também no grupo com hipótese de depressão (GHD), mesmo considerando-se a dificuldade de acesso, a utilização de parâmetros mais objetivos (como a utilização de um instrumento com ponto de corte) do que a hipótese diagnóstica do profissional assistente

no grupo clínico seria indicada. Outro aspecto que não foi considerado no estudo foi o do tempo em que o participante está em tratamento na constituição do GHD.

Referências

- Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., & Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, *96*(2), 358-372. doi:10.1037/0033-295X.96.2.358
- Alpaslan, A. H., Kocak, U., & Avcı, K. (2016). Gender-related factors for depressive symptoms in Turkish adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, *29*(1), 23-29. doi:10.1111/jcap.12131
- American Psychiatric Association [APA]. (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais – DSM-5*. 5. ed. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Andersen, S. L., & Teicher, M. H. (2008). Stress, sensitive periods and maturational events in adolescent depression. *Trends in Neurosciences*, *31*(4), 183-91. doi:10.1016/j.tins.2008.01.004
- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa [ABEP]. (2008). *Critério de Classificação Econômica Brasil: Dados com base no Levantamento Sócio Econômico de 2005*. São Paulo, SP: Autor. Recuperado de <http://www.abep.org/criterio-brasil>
- Baptista, M. N. (2009). *Inventário de percepção de suporte familiar (IPSF)*. São Paulo, SP: Vetor Editora.
- Baptista, M. N. (2018). *Manual da Escala Baptista de Depressão Infantojuvenil (EBADEP-IJ)*. São Paulo, SP: Editora Hogrefe.
- Baptista, M. N., & Cardoso, H. F. (2016). *Escala de Percepção do Suporte Social – Versão Adolescente (EPSUS-Adol): Manual técnico*. Laboratório de Saúde Mental (LAPSAM-III), Programa de Pós-Graduação Stricto-Sensu em Psicologia da Universidade São Francisco (USF), Itatiba, São Paulo, Brasil

- Baptista, M. N., & Cremasco, G. S. (2013). Propriedades psicométricas da Escala Baptista de Depressão Infantojuvenil (EBADEP-IJ). *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 65(2), 198-213. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arbp/v65n2/04.pdf>
- Bilginer, C., & Kandil, S. (2015). Emotional and behavioral characteristics of childhood depression. *Journal of Experimental and Clinical Medicine*, 33(2), 11-12. Recuperado de http://www.psikofarmakoloji.org/pdf/25_11_7.pdf
- Borges, L. S. (2015). *Bateria de Avaliação de Indicadores de Depressão Infantojuvenil* (Tese de doutorado não publicada). Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia, Universidade São Francisco (USF), Itatiba, São Paulo, Brasil.
- Borges, L. S., Baptista, M. N., & Serpa, A. L. O. (2015). *Bateria de Avaliação de Indicadores de Depressão Infantojuvenil (BAID-IJ) (Relatório técnico não publicado)*. Universidade São Francisco (USF), Itatiba, São Paulo, Brasil.
- Borges, L. S., Baptista, M. N., & Serpa, A. L. O. (2017). Structural analysis of depression indicators scale-children and adolescents: A bifactor-ESEM approach. *Trends in Psychology*, 25(2), 401-408. doi:10.9788/TP2017.2-08
- Calil, H. M., & Pires, M. L. N. (2000). Aspectos gerais das escalas de depressão. In C. Gorenstein, L. H. G. Andrade, & A. W. Zuardi (Orgs.), *Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia* (pp. 65-69). São Paulo, SP: Lemos.
- Compian, L. J., Gowen, L. K., & Hayward, C. (2009). The interactive effects of puberty and peer victimization on weight concerns and depression symptoms among early adolescent girls. *The Journal of Early Adolescence*, 29(3), 357-375. doi:10.1177/0272431608323656
- Costello, E. J., Erkanli, A., & Angold, A. (2006). Is there an epidemic of child or adolescent depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(12), 1263-1271. doi:10.1111/j.1469-7610.2006.01682.x

- Cruvinel, M., & Boruchovitch, E. (2009). Autoconceito e crenças de autoeficácia de crianças com e sem sintomatologia depressiva. *Revista Interamericana de Psicologia*, 43(3), 586-588. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-96902009000300019
- Dancey, C., & Reidy, J. (2013). *Estatística sem matemática para psicologia*. 5. ed. Porto Alegre, RS: Editora Penso.
- Demir, T., Karacetin, G., Demir, D. E., & Uysal, O. (2011). Epidemiology of depression in an urban population of Turkish children and adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 134(1), 168-176. doi:10.1016/j.jad.2011.05.041
- Field, A. (2009). *Descobrendo a estatística usando o SPSS*. 2. ed. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Ford, T., Goodman, R., & Meltzer, H. (2003). The British child and adolescent mental health survey 1999: The prevalence of DSM-IV disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(10), 1203-1211. doi:10.1097/00004583-200310000-00011
- Gordon, M. S., Tonge, B., & Melvin, G. A. (2012). The Self-Efficacy Questionnaire for Depressed Adolescents: A measure to predict the course of depression in depressed youth. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 46(1), 47-54. doi:10.1177/0004867411428390
- Hankin, B. L. (2008). Cognitive vulnerability-stress model of depression during adolescence: Investigating depressive symptom specificity in a multi-wave prospective study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(7), 999-1014. doi:10.1007/s10802-008-9228-6
- Hermens, M. L., Oud, M., Sinnema, H., Nauta, M. H., Stikkelbroek, Y., Van Duin, D., & Wensing, M. (2015). The multidisciplinary depression guideline for children and

- adolescents: An implementation study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24(10), 1207-1218. doi:10.1007/s00787-014-0670-4
- Hernández, Ó. S., & Carrillo, F. X. M. (2010). Optimism as a protective factor in child and adolescent depression. *Psychology in Spain*, 14(1), 42-47. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3751627&orden=320919&info=link>
- Horwitz, A. G., Berona, J., Czyz, E. K., Yeguez, C. E., & King, C. A. (2016). Positive and negative expectations of hopelessness as longitudinal predictors of depression, suicidal ideation, and suicidal behavior in high- risk adolescents. *Suicide and Life-threatening Behavior*, 47(2), 168-176. doi:10.1111/sltb.12273
- Hyde, J. S., Mezulis, A. H., & Abramson, L. Y. (2008). The ABCs of depression: Integrating affective, biological, and cognitive models to explain the emergence of the gender difference in depression. *Psychological Review*, 115(2), 291-313. doi:10.1037/0033-295X.115.2.291
- Kamen, C., Cosgrove, V., McKellar, J., Cronkite, R., & Moos, R. (2011). Family support and depressive symptoms: A 23-year follow-up. *Journal of Clinical Psychology*, 67(3), 215-223. doi:10.1002/jclp.20765
- Maes, M., Van den Noortgate, W., Vanhalst, J., Beyers, W., & Goossens, L. (2015). The Children's Loneliness Scale: Factor structure and construct validity in Belgian children. *Assessment*, 24(2), 244-251. doi:10.1177/1073191115605177
- Méndez, F. X., Olivares, J., & Ros, M. C. (2005). Características clínicas e tratamento da depressão na infância e adolescência. In V. E. Caballo (Org.), *Manual de psicopatologia clínica infantil e do adolescente* (pp. 139-185). São Paulo, SP: Editora Santos.

- Muris, P. (2002). Relationships between self-efficacy and symptoms of anxiety disorders and depression in a normal adolescent sample. *Personality and Individual Differences, 32*(2), 337-348. doi:10.1016/S0191-8869(01)00027-7
- Orth, U., Robins, R. W., Widaman, K. F., & Conger, R. D. (2014). Is low self-esteem a risk factor for depression? Findings from a longitudinal study of Mexican-origin youth. *Developmental Psychology, 50*(2), 622-633. doi:10.1037/a0033817
- Purandare, M. (2010). Adolescent helplessness: Depression, explanatory style and events as correlates of helplessness. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology, 36*(2), 225-229. Recuperado de <http://medind.nic.in/jak/t10/i2/jakt10i2p225.pdf>
- Rawana, J. S., & Morgan, A. S. (2014). Trajectories of depressive symptoms from adolescence to young adulthood: The role of self-esteem and body-related predictors. *Journal Youth Adolescence, 43*(4), 597-611. doi:10.1007/s10964-013-9995-4
- Reppold, C. T., & Hutz, C. S. (2003). Prevalência de indicadores de depressão entre adolescentes no Rio Grande do Sul. *Avaliação Psicológica, 2*(2), 175-184. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712003000200008
- Rey, J. M., Bella-Awusah, T. T., & Jing, L. (2015). Depression in children and adolescents. In J. M. Rey (Ed.), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva, Suíça: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.
- Rocha, T. B. M., Zeni, C. P., Caetano, S. C., & Kieling, C. (2013). Mood disorders in childhood and adolescence. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 35*(1), 22-31. doi:10.1590/1516-4446-2013-S106
- Sowislo, J. F., & Orth, U. (2013). Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin, 139*(1), 213-240. doi:10.1037/a0028931

- Spithoven, A. W. M., Lodder, G., Goessens, L., Bijttebier, P., Bastin, M., Verhagen, M., & Scholte, R. H. J. (2017). Adolescents loneliness and depression associated with friendship experiences and well-being: A person-centered approach. *Journal of Youth and Adolescence*, *46*(1), 429-441. doi:10.1007/s10964-016-0478-2
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA]. (2014). *Results from the 2013 National Survey on Drug Use and Health: Mental Health Findings, NSDUH Series H-49*. Rockville, USA: Autor.
- Sun, R. C. F., & Hui, P. K. E. (2007). Psychosocial factors contributing to adolescent suicidal ideation. *Journal Youth Adolescence*, *36*(6), 775-786. doi:10.1007/s10964-006-9139-1
- Swann, J. W. B., Chang-Schneider, C., & McClarty, K. L. (2007). Do people's self-views matter? Self-concept and self-esteem in everyday life. *American Psychologist*, *62*(2), 84-94. doi:10.1037/0003-066X.62.2.84
- Thapar, A., Collishaw, S., Pine, D. S., & Thapar, A. K. (2012). Depression in adolescence. *The Lancet*, *379*(9820), 1056-1067. doi:10.1016/S0140-6736(11)60871-4
- Vélez, Y. D., Luaces, L. L., & Rosselló, J. (2012). Ideación suicida: Síntomas depresivos, pensamientos disfuncionales, autoconcepto, y estrategias de manejo en adolescentes puertorriqueños/as. *Revista Puertorriqueña de Psicología Asociación de Psicología de Puerto Rico*, *23*(2), 1-17. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=233228917001>
- Villalobos-Galvis, F. H., & Ortiz-Delgado, L. (2012). Características psicométricas de la escala CES-D en adolescentes de San Juan de Pasto (Colombia). *Avances en Psicología Latinoamericana*, *30*(2), 328-340. Recuperado de <http://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/view/1477>
- Wagner, M. B., & Callagari-Jacques, S. M. (1988). Medidas de associação em estudos epidemiológicos: Risco relativo e odds ratio. *Jornal de Pediatria*, *74*(3), 247-251.

Recuperado

de

<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/54354/000246332.pdf?sequence=1>

Weeks, M., Wild, T. C., Ploubidis, G. B., Naicker, K., Cairney, J., North, C. R., & Colman, I. (2014). Childhood cognitive ability and its relationship with anxiety and depression in adolescence. *Journal of Affective Disorders, 152*(1), 139-145. doi:10.1016/j.jad.2013.08.019

World Health Organization [WHO]. (2017). *Depression and other common mental disorders: Global health estimates*. Geneva, Suíça: World Health Organization.

Zimmer-Gembeck, M. J., Trevaskis, S., Nesdale, D., & Downey, G. A. (2014). Relational victimization, loneliness and depressive symptoms: Indirect associations via self and peer reports of rejection sensitivity. *Journal of Youth and Adolescence, 43*(4), 568-582. doi:10.1007/s10964-013-9993-6

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De maneira geral, os resultados dos estudos desta tese de doutorado apresentaram adequadas propriedades psicométricas para a BAID-IJ. Foram encontradas evidências de validade por meio de diversas perspectivas psicométricas. Desde uma perspectiva da TCT, a análise fatorial exploratória indicou que cada escala é unidimensional quando avaliada independentemente, com variância explicada adequada, sendo que as cargas fatoriais dos itens das escalas foram maiores de 0,40 em sua maioria. A fidedignidade de todas as escalas a partir do alfa de *Cronbach* foi excelente. Tais resultados estão de acordo com os encontrados em estudo anterior com cinco escalas da BAID-IJ (Borges et al., 2017). Desde a perspectiva da TRI, as escalas também mostraram ajuste ao Modelo de Teoria de Resposta ao Item Rating Scale, tendo cumprido as condições de unidimensionalidade, independência local dos itens e distribuição adequada dos itens no contínuo da variável do traço latente. A confiabilidade das escalas analisada pelo Modelo de Teoria de Resposta ao Item Rating Scale também foi excelente. A Análise de Redes, de uma perspectiva diferente daquela do construto latente, também indicou evidências de validade ao trazer informações sobre a relação causal entre os indicadores avaliados.

Na relação com variáveis externas, que foram a Percepção de Suporte Familiar nas crianças e a Percepção de Suporte Social nos adolescentes, as escalas da BAID-IJ apresentaram correlações no sentido e intensidade esperados. Também foram obtidas evidências de validade convergente, a partir dos resultados de correlações no sentido e intensidade esperados de todas as escalas com os escores da EBADEP-IJ.

As correlações encontradas entre as escalas da BAID-IJ também tiveram sentido e intensidade esperados de acordo com estudos empíricos realizados com outras escalas e com os estudos iniciais com a BAID-IJ de cinco escalas (Borges, 2015). As escalas da BAID-IJ diferenciaram os grupos de estudantes (GE) e o grupo com hipótese de depressão

(GHD). As diferenças entre os grupos foram maiores nos construtos negativos, o que pode ser mais bem investigado por estudos posteriores.

Enfim, para além dos objetivos da tese, os resultados indicaram perspectivas promissoras de a BAID-IJ possa constituir-se em um instrumento que contemple uma perspectiva mais dimensional na avaliação da depressão em crianças e adolescentes. Isso porque, houve convergência entre os resultados dos estudos no que se refere à relação dos indicadores da BAID-IJ entre si. No estudo 3, por exemplo, a análise de regressão logística realizada utilizando o escore da EBADEP-IJ como variável desfecho indicou que a desesperança foi o maior preditor de sintomas depressivos, seguida da solidão, do desamparo e da autoestima. Além de os resultados estarem de acordo com outras pesquisas, também estão congruentes com os achados do estudo 2, no qual a rede que emergiu das relações causais entre os indicadores na amostra geral teve a desesperança e a autoestima em posições centrais. Além disso, os resultados do estudo 1 apresentaram boa variância explicada e fidedignidade de cada escala, além de terem demonstrado bom ajuste ao Modelo de Teoria de Resposta ao Item Rating Scale. Porém as análises fatoriais foram feitas separadamente, escala por escala. Ainda são necessárias, para um maior entendimento da relação entre os indicadores/fatores da BAID-IJ, uma análise confirmatória que abarque a bateria como um todo.

Portanto, esta tese cumpriu seu objetivo no sentido de agregar evidências de validade e confiabilidade para a BAID-IJ. Mais estudos são necessários, mas a bateria demonstra potencial de ser um instrumento que, além de avaliar e medir sintomas depressivos em crianças e adolescentes, pode fazê-lo em uma perspectiva dimensional; o que permitiria o rastreamento precoce da depressão. A inclusão de indicadores positivos na bateria, que se constituem em fatores de proteção para a depressão, como a autoestima, por exemplo, pode trazer para a bateria a característica de ser um instrumento de avaliação coerente com noção contemporânea de saúde mental, que considera a totalidade dos

componentes, positivos e negativos, conforme preconizado pela Organização Mundial da Saúde (World Health Organization [WHO], 2005).

Entre as limitações da tese, pode-se considerar o tamanho reduzido do GHD e do menor número de crianças na amostra geral com relação aos adolescentes. Essa limitação foi decorrente da dificuldade de acesso na coleta de dados. Outra limitação foi o pequeno número de participantes com sintomas depressivos classificados como de moderados a graves na EBADEP-IJ (utilizado como critério de depressão). Um aspecto a ser considerado é o de que, como o critério de inclusão no GHD foi a indicação do profissional assistente em saúde mental (psicólogo ou psiquiatra) pode-se inferir que ainda há necessidade de mais instrumentos que auxiliem o profissional nesta identificação.

REFERÊNCIAS

- Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., & Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96(2), 358-372. doi:10.1037/0033-295X.96.2.358
- Abramson, L. Y., Seligman, M. E., & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87(1), 49-74. doi:10.1037/0021-843X.87.1.49
- Alpaslan, A. H., Kocak, U., & Avci, K. (2016). Gender-related factors for depressive symptoms in Turkish adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 29(1), 23-29. doi:10.1111/jcap.12131
- American Psychiatric Association [APA]. (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais – DSM-5*. 5. ed. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Andersen, S. L., & Teicher, M. H. (2008). Stress, sensitive periods and maturational events in adolescent depression. *Trends in Neurosciences*, 31(4), 183-91. doi:10.1016/j.tins.2008.01.004
- Bahls, S. C. (2002). Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. *Jornal de Pediatria*, 78(5), 359-366. doi:10.1590/S0021-75572002000500004
- Bandura, A. (1990). Perceived self-efficacy in the exercise of control over AIDS infection. *Evaluation and Program Planning*, 13(1), 9-17. doi:10.1016/0149-7189(90)90004-G
- Baptista, M. N. (2018). *Manual da Escala Baptista de Depressão Infantojuvenil (EBADEP-IJ)*. São Paulo, SP: Editora Hogrefe.
- Baptista, M. N., & Borges, L. (2016). Revisão integrativa de instrumentos de depressão em crianças / adolescentes e adultos na população brasileira. *Avaliação Psicológica*, 15(Spe), 19-32. doi:10.15689/ap.2016.15ee.03

- Baptista, M. N., & Cremasco, G. S. (2013). Propriedades psicométricas da Escala Baptista de Depressão Infantojuvenil (EBADEP-IJ). *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 65(2), 198-213. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arbp/v65n2/04.pdf>
- Beardslee, W. R., Brent, D. A., Weersing, V. R., Clarke, G. N., Porta, G., Hollon, S. D., Gladstone, T. R. G., Gallop, R., Lynch, F. L., Iyengar, S., DeBar, L., & Garber, J. (2013). Prevention of depression in at-risk adolescents: Longer-term effects. *JAMA Psychiatry*, 70(11), 1161-1170. doi:10.1001/jamapsychiatry.2013.295
- Borges, L. S. (2015). *Bateria de Avaliação de Indicadores de Depressão Infantojuvenil* (Tese de doutorado não publicada). Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia, Universidade São Francisco (USF), Itatiba, São Paulo, Brasil.
- Borges, L. S., Baptista, M. N., & Serpa, A. L. O. (2015). *Bateria de Avaliação de Indicadores de Depressão Infantojuvenil (BAID-IJ)* (Relatório técnico não publicado). Universidade São Francisco (USF), Itatiba, São Paulo, Brasil.
- Borges, L. S., Baptista, M. N., & Serpa, A. L. O. (2017). Structural analysis of depression indicators scale-children and adolescents: A bifactor-ESEM approach. *Trends in Psychology*, 25(2), 401-408. doi:10.9788/TP2017.2-08
- Conselho Federal de Psicologia [CFP]. (2017). *Lista dos testes psicológicos aprovados – SATEPSI*. Brasília, DF: Autor. Recuperado de <http://satepsi.cfp.org.br/listaTeste.cfm?status=1>
- Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. San Francisco, USA: Freeman.
- Fried, E. I., Epskamp, S., Nesse, R. M., Tuerlinckx, F., & Borsboom, D. (2016). What are “good” depression symptoms? Comparing the centrality of DSM and non-DSM symptoms of depression in a network analysis. *Journal of Affective Disorders*, 189(1), 314-320. doi:10.1016/j.jad.2015.09.005
- Gorestein, C., Pang, W. Y., Argimon, I. I. L., & Werlang, B. S. G. (2011). *BDI-II: Inventário de Depressão de Beck-II*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

- Harter, S. (1999). *The construction of the self: A developmental perspective*. New York, USA: Guilford Press.
- Hernández, O. S., & Carrillo, F. X. M. (2010). Optimism as a protective factor in child and adolescent depression. *Psychology in Spain*, *14*(1), 42-47. Recuperado de <http://www.psychologyinspain.com/content/full/2010/14006.pdf>
- Hunziker, M. H. L. (2005). O desamparo aprendido revisitado: Estudos com animais. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, *21*(2), 131-133. doi:10.1590/S0102-37722005000200002
- Hymel, S., Tarulli, D., Thomsom, L. H., & Terrel-Deutsch, B. (1999). Loneliness through the eyes of children. In K. J. Rotenberg & S. Hymel (Eds.), *Loneliness in Childhood and Adolescence* (pp. 80-106). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Keenan-Miller, D., Hammen, C. L., & Brennan, P. A. (2007). Health outcomes related to early adolescent depression. *Journal of Adolescent Health*, *41*(3), 256-262. doi:10.1016/j.jadohealth.2007.03.015
- Kieling, C., Baker-Henningham, H., Belfer, M., Conti, G., Ertem, I., Omigbodun, O., Rohde, L. A., Srinath, S., Ulkuer, N., & Rahman, A. (2011). Child and adolescent mental health worldwide: Evidence for action. *The Lancet*, *378*(9801), 1515-1525. doi:10.1016/S0140-6736(11)60827-1
- Lima, N. N. R., Nascimento, V. B., Carvalho, S. M. F., Abreu, L. C., Rolim Neto, M. L., Brasil, A. Q., Celestino Junior, F. T., Oliveira, G. F., & Reis, A. O. A. (2013). Childhood depression: A systematic review. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, *9*(1), 1417-1425. doi:10.2147/NDT.S42402
- Machado, J. D., Caye, A., Frick, P. J., & Rohde, L. A. (2015). DSM-5: Major changes for child and adolescent disorders. In J. M. Rey (Ed.), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva, Suíça: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.

- Maes, M., Van den Noortgate, W., Vanhalst, J., Beyers, W., & Goossens, L. (2015). The Children's Loneliness Scale: Factor structure and construct validity in Belgian children. *Assessment, 24*(2), 244-251. doi:10.1177/1073191115605177
- Mahon, N. E., Yarcheski, A., Yarcheski, T. J., Cannella, B. L., & Hanks, M. M. (2006). A meta-analytic study of predictors for loneliness during adolescence. *Nursing Research, 55*(5), 308-315. doi:10.1097/00006199-200609000-00003
- Maier, S. F., & Seligman, M. E. (1976). Learned helplessness: Theory and evidence. *Journal of Experimental Psychology: General, 105*(1), 3-46. doi:10.1037/0096-3445.105.1.3
- Monroe, S. M., & Anderson, S. F. (2015). Depression: The shroud of heterogeneity. *Current Directions in Psychological Science, 24*(3), 227-231. doi:10.1177/0963721414568342
- Muris, P. (2002). Relationships between self-efficacy and symptoms of anxiety disorders and depression in a normal adolescent sample. *Personality and Individual Differences, 32*(2), 337-348. doi:10.1016/S0191-8869(01)00027-7
- Organização Mundial da Saúde [OMS]. (1993). *CID-10: Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Rawana, J. S., & Morgan, A. S. (2014). Trajectories of depressive symptoms from adolescence to young adulthood: The role of self-esteem and body-related predictors. *Journal Youth Adolescence, 43*(4), 597-611. doi:10.1007/s10964-013-9995-4
- Rehm, L. (2016). *Depressão*. São Paulo, SP: Hogrefe CETTEP.
- Reppold, C. T., Pacheco, J., Bardagi, M., & Hutz, C. (2002). Prevenção de problemas de comportamento e desenvolvimento de competências psicossociais em crianças e adolescentes: Uma análise das práticas educativas e dos estilos parentais. In C. S. Hutz (Org.), *Situações de risco e vulnerabilidade na infância e na adolescência*:

Aspectos teóricos e estratégias de intervenção (pp. 7-51). São Paulo, RS: Casa do Psicólogo.

Rey, J. M., & Birmaher, B. (2009). *Treating child and adolescent depression*.

Lippincott, USA: Williams & Wilkins, a Wolters Kluwer Business.

Rey, J. M., Bella-Awusah, T. T., & Jing, L. (2015). Depression in children and adolescents. In J. M. Rey (Ed.), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva, Suíça: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.

Rocha, T. B. M., Zeni, C. P., Caetano, S. C., & Kieling, C. (2013). Mood disorders in childhood and adolescence. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 35(1), 22-31. doi:10.1590/1516-4446-2013-S106

Rueger, S. Y., & George, R. (2016). Indirect effects of attributional style for positive events on depressive symptoms through self-esteem during early adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 46(1), 701-708. doi:10.1007/s10964-016-0530-2

Rueger, S. Y., & Malecki, C. K. (2007). Group administration of the children's attributional style interview. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 36(3), 476-482. doi:10.1080/15374410701448711

Rueger, S. Y., Haines, B. A., & Malecki, C. K. (2010). Children's attributional style from middle childhood to early adolescence: Further validation of the paper-and-pencil versions of the children's attributional style interview. *Assessment*, 17(3), 294-307. doi:10.1177/1073191109356528

Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity. *British Journal of Psychiatry*, 147(1), 598-611. doi:10.1192/bjp.147.6.598

Seligman, M. E., Kaslow, N. J., Alloy, L. B., Peterson, C., Tanenbaum, R. L., & Abramson, L. Y. (1984). Attributional style and depressive symptoms among

- children. *Journal of Abnormal Psychology*, 93(2), 235-238. doi:10.1037/0021-843X.93.2.235
- Spithoven, A. W. M., Lodder, G., Goessens, L., Bijttebier, P., Bastin, M., Verhagen, M., & Scholte, R. H. J. (2017). Adolescents loneliness and depression associated with friendship experiences and well-being: A person-centered approach. *Journal of Youth and Adolescence*, 46(1), 429-441. doi:10.1007/s10964-016-478-2
- Sun, R. C. F., & Hui, P. K. E. (2007). Psychosocial factors contributing to adolescent suicidal ideation. *Journal Youth Adolescence*, 36(6), 775-786. doi:10.1007/s10964-006-9139-1
- Sun, S., & Wang, S. (2015). The Children's Depression Inventory in worldwide child development research: A reliability generalization study. *Journal of Child and Family Studies*, 24(8), 2352-2363. doi:10.1007/s10826-014-0038
- Swann Jr., W. B., Chang-Schneider, C., & McClarty, K. L. (2007). Do people's self-views matter? Self-concept and self-esteem in everyday life. *American Psychologist*, 62(2), 84-94. doi:10.1037/0003-066X.62.2.84
- Thapar, A., Collishaw, S., Pine, D. S., & Thapar, A. K. (2012). Depression in adolescence. *The Lancet*, 379(9820), 1056-1067. doi:10.1016/S0140-6736(11)60871-4
- The Global Burden of Disease Child and Adolescent Health Collaboration. (2017). Child and adolescent health from 1990 to 2015: Findings from the global burden of diseases, injuries, and risk factors study. *JAMA Pediatrics*, 171(6), 573-592. doi:10.1001/jamapediatrics.2017.0250
- Vélez, Y. D., Luaces, L. L., & Rosselló, J. (2012). Ideación suicida: Síntomas depresivos, pensamientos disfuncionales, autoconcepto, y estrategias de manejo en adolescentes puertorriqueños/as. *Revista Puertorriqueña de Psicología Asociación de Psicología de Puerto Rico*, 23(2), 1-17. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=233228917001>

- Villalobos-Galvis, F. H., & Ortiz-Delgado, L. (2012). Características psicométricas de la escala CES-D en adolescentes de San Juan de Pasto (Colombia). *Avances en Psicología Latinoamericana*, 30(2), 328-340. Recuperado de <http://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/view/1477>
- Weinberg, W. A., Rutman, J., Sullivan, L., Penick, E. C., & Dietz, S. G. (1973). Depression in children referred to an educational diagnostic center: Diagnosis and treatment: Preliminary report. *The Journal of Pediatrics*, 83(6), 1065-1072. doi:10.1016/S0022-3476(73)80552-9
- Weissman, M. (2009). Depression. *Annals of Epidemiology*, 19(4), 264-267. doi:10.1016/j.annepidem.2009.01.021
- Williams, S. B., O'Connor, E. A., Eder, M., & Whitlock, E. P. (2009). Screening for child and adolescent depression in primary care settings: A systematic evidence review for the US Preventive Services Task Force. *Pediatrics*, 123(4), 716-735. doi:10.1542/peds.2008-2415
- World Health Organization [WHO]. (2005). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice*. Geneva, Suíça: WHO.

APÊNDICE A

Questionário sociodemográfico

Aos pais ou responsáveis: por favor, preencha este questionário, de maneira completa e clara. As informações serão muito importantes para o levantamento dos dados da pesquisa. Lembramos que estes dados não serão divulgados vinculados à identidade de seu (sua) filho (a).

QUESTIONÁRIO

1. Estado civil **dos pais ou responsáveis**:
- Solteiros
 Casados
 Divorciados
 Outros

2. Indique o nível escolar **do chefe da família** (pai, mãe ou quem sustenta a família):

- Analfabeto ou ensino fundamental incompleto
 Fundamental completo
 Ensino médio completo
 Ensino superior incompleto
 Ensino superior completo

3. Assinale com um X a quantidade dos itens que tem **na sua casa**:

Itens	Não tem	1	2	3	4
Televisão					
Banheiro					
Carro					
Empregada Mensalista					
Aspirador de Pó					
Máquina de Lavar					
DVD					
Geladeira					

4. Você trabalha atualmente?

Pai:

Mãe:

Não Não

Sim Sim

5. Alguém de sua família já foi diagnosticado com depressão, por psicólogos ou psiquiatras?

Não

Sim

Com relação ao seu filho:

6. **Seu filho (a)** já passou por avaliação psicológica ou psiquiátrica?

Não

Sim

7. Atualmente, **seu filho (a)** está passando por tratamento para depressão?

Não

Sim

8. **Se seu filho(a)** está diagnosticado com depressão, atualmente acredita que os sintomas depressivos se encontram e qual nível:

Leve

Moderado

Severo

Nome do (a) filho
