

Indicadores psicométricos do Inventário de Depressão Infantil em amostra infanto-juvenil

Maria da Penha de Lima Coutinho¹, Marcelo Xavier de Oliveira, Denise Reinaldo Pereira

Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa-PB, Brasil

Inayara Oliveira de Santana

Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Santo Antônio de Jesus-BA, Brasil

RESUMO

Este estudo verificou aspectos de validade, fidedignidade e normatização do Inventário de Depressão Infantil (CDI) numa amostra da população de crianças e adolescentes da cidade de Teresina - PI. Participaram do estudo 730 escolares, entre 9 e 17 anos ($M=13,6$; $DP=2,45$), 55,7% do sexo feminino. Efetuou-se uma análise fatorial com o método *Maximum Likelihood* - ML e os resultados indicaram uma solução unifatorial, composta por 17 itens. Esta estrutura explicou 22,56% da variância total, com índice de consistência interna $\alpha=0,82$ (alfa de Cronbach). Sugere-se o ponto de corte 16 como *screening* na identificação dessa alteração psicoafetiva. Os resultados revelaram que o instrumento possui parâmetros psicométricos aceitáveis para a estrutura unifatorial mantida e reforçam sua validade e utilidade na identificação de sintomas depressivos no contexto infanto-juvenil.

Palavras-chave: depressão infantil; medida psicométrica; inventário de depressão infantil (CDI).

ABSTRACT – Psychometric Indicators of Children's Depression Inventory and Childhood Sample

This study aimed for the verification of validity, fidedignity and normalization aspects of the Children's Depression Inventory (CDI) for a children and teenagers population sample in the city of Teresina, PI. Seven hundred and thirty scholars participated in the study with ages ranging from nine to seventeen ($M=13.6$; $DP=2.45$), being 55.7% female. It was made a factor analysis based on the *Maximum Likelihood method* - ML and the results indicated a unifactor solution, consisted by seventeen items. The structure explained 22.56% of total variance, with a internal consistency indicator of $\alpha=0.82$ (Cronbach's alpha). It is suggested a cut-off point of sixteen to be used as screening in the identification of these psychoaffective changes. Results revealed the instrument possess acceptable psychometric parameters to the unifactor structure kept and reinforce its validity and utility in the identification of depressive symptoms in the juvenile context.

Keywords: child depression; psychometric measurement; children's depression inventory (CDI).

RESUMEN – Indicadores Psicométricos del Inventario de Depresión Infantil en una Muestra Infanto-Juvenil

En este estudio, el objetivo ha sido la verificación de aspectos de eficacia, fidedigno y estándar del Inventario de la Depresión Infantil (CDI) para una muestra de población de niños y adolescentes de Teresina - PI. Participaron en el estudio 730 alumnos, con edades entre 9 y 17 años ($M=13,6$; $DP=2,45$), siendo el 55,7% del sexo femenino. Se ha efectuado un análisis factorial a partir del método *Maximum Likelihood* - ML y los resultados indicaron una solución unifactorial, compuesta por 17 ítems. Esta estructura determinó un 22,56% de la variancia total, con un índice de consistencia interna $\alpha=0,82$ (alfa de Cronbach). La sugerencia de este estudio proporciona un punto de corte 16 para ser utilizado como *screening* en la identificación de esta alteración psicoafectiva. Los resultados apuntan parámetros psicométricos aceptables para la estructura factorial mantenida y refuerzan su eficacia y utilidad en la identificación de los síntomas depresivos en el contexto infanto-juvenil.

Palabras clave: depresión infantil; medida psicométrica; inventario de depresión infantil (CDI).

Na sociedade contemporânea, a depressão tem sido considerada um dos transtornos emocionais mais prevalentes na infância e na adolescência (Coutinho, Carolino, & Medeiros, 2008; Jatobá & Bastos, 2007; Ribeiro, Nascimento, & Coutinho, 2010). Após revisão da literatura, constatou-se que os estudos internacionais apontam uma prevalência desta síndrome entre 2,5% a 57%

dessa população (Culp, Clyman, & Culp, 1995; Fröjd et al., 2008; Kleftras & Didaskalou, 2006; Miller, 2003; Viscardi, Hor & Dajas, 1994).

No Brasil, pesquisas realizadas em diferentes regiões têm apontado prevalências da depressão em crianças e adolescentes que variam de 3,55% a 45,7%. Estudos desenvolvidos na região Sudeste revelaram índices de

¹ Endereço para correspondência: Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências Humanas Letras e Artes – Campus I, Departamento de Psicologia, 58000-000, João Pessoa-PB. Tel.: (83) 3216-7006. E-mail: mplc Coutinho@gmail.com

3,55% com uma amostra de 169 participantes entre 8 e 15 anos (Cruvinel & Boruchovitch, 2008); de 13,7% com uma amostra de 519 participantes entre 7 e 13 anos (Fonseca, Ferreira, & Fonseca, 2005); de 45,7% na pesquisa de Rocha, Ribeiro, Pereira, Aveiro, e Silva (2006), realizada com 791 participantes que cursavam o Ensino Médio, na cidade de Uberaba - MG. Na região Sul, Bahls (2002), com sua pesquisa envolvendo 463 crianças e adolescentes, de 10 a 17 anos, encontrou índices de 20,3%. Na região Nordeste foram encontrados estudos que apontaram índices de 9,98% em uma amostra de 296 participantes, de 14 a 17 anos (Ribeiro, Medeiros, Coutinho, & Carolino, 2012) e índices de 11,5% em uma amostra de 156 crianças de 6 a 10 anos (Coutinho, 2001/2005). Esses estudos utilizaram o CDI, exceto o estudo de Bahls (2002), que optou pelo SRQ-20, um instrumento desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde. Essas diferenças podem estar relacionadas às diferenças regionais, econômicas e culturais da população brasileira (Baptista & Golfeto, 2000), como também à utilização de diferentes instrumentos e pontos de corte, diagnósticos e populações estudadas (Cruvinel & Boruchovitch, 2008).

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV-TR (APA, 2002) define a depressão como um transtorno do humor/afeto, caracterizado pelo humor triste e pela perda de interesse ou prazer em quase todas as atividades realizadas no dia a dia. Pode ser classificado como leve, moderado ou grave, de acordo com a intensidade dos sintomas. Na depressão grave, os sintomas mais característicos são: sentir-se deprimido a maior parte do tempo; anedonia; sensação de inutilidade ou culpa excessiva; dificuldade de concentração; fadiga ou perda de energia; distúrbios do sono: insônia ou hipersonia praticamente diárias; problemas psicomotores: agitação ou retardo psicomotor; perda ou ganho significativo de peso na ausência de regime alimentar; ideias recorrentes de morte ou suicídio (APA, 2002).

No presente estudo, o termo depressão foi utilizado para indicar a presença de sintomas depressivos em qualquer nível (leve, moderado e grave) em crianças e adolescentes, detectado pelo Inventário de Depressão Infantil - CDI (Abaid, Dell'Aglio, & Koller, 2010; Gouveia, Barbosa, Almeida, & Gaião, 1995; Kovacs, 1983, 2003).

Nos últimos anos, surgiram investigações que apontam algumas particularidades da sintomatologia depressiva na criança e no adolescente (Cruvinel, Boruchovitch, & Santos, 2008). Na infância, é comum encontrar, entre os sintomas depressivos, baixa autoestima (Serrão, Klein, & Gonçalves, 2007), isolamento social, queda no rendimento escolar, retraimento e labilidade emocional (Bahls, 2002), humor frequentemente irritável, em vez de tristeza e melancolia (APA, 2002; Calderaro, & Carvalho, 2005; Coutinho, 2001/2005; Cruvinel & Boruchovitch, 2011). Na adolescência, os sintomas mais prevalentes são nervosismo, isolamento social e familiar, promiscuidade sexual, sintomas físicos, alterações de sono e apetite,

ansiedade, obsessão, fobias, graves alterações de comportamento, especialmente o uso abusivo de álcool e drogas, e agressividade/violência (Damião, Coutinho, Carolino, & Ribeiro, 2011; Ribeiro, Nascimento, & Coutinho, 2010; Cruvinel & Boruchovitch, 2008).

A diversidade nas formas de manifestação da depressão e a sua associação com outras psicopatologias são peculiaridades da doença que dificultam a elaboração de critérios de diagnóstico fidedignos (Cruvinel et al., 2008). Esta dificuldade existe também quando se trata do desenvolvimento de instrumentos de avaliação que possam ser utilizados em pesquisas sobre incidência e prevalência da doença (Coutinho, 2001/2005; Curatolo, 2001).

Instrumentos diagnósticos da depressão na criança e no adolescente

De acordo com alguns autores (Gouveia, Coutinho, Fonsêca, & Gouveia, 2011; Schwan & Ramires, 2011; Wathier, Dell'aglio, & Bandeira, 2008), existem vários instrumentos para avaliar a depressão em crianças. Os principais são: o *Children's Depression Inventory* (CDI) (Kovacs, 2003); o *Conner's Rating Scale-Revised* (CRS-R) (Conner, 1997); a Escala de Avaliação do Grau de Severidade da Depressão Infantil, referida por Wagner, Jonas, Findling, Ventura, e Saikali (2006); o *Trauma Symptom Checklist for Children* (TSC-C), referido por Margetic, Aukst-Margetic, Bilic, Jelusic, e Tambic-Bukovac (2005). Ainda podem ser destacados o *Pictorial Depression Scale* (PDS), apontado por O'Connor e Paley (2006); o *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia* (Kiddie - SADS), como referem Versiani, Reis, e Figueira (2000); e a *Reynolds Adolescents Depression Scale* (RADS), citada por Brajsa-Zganec (2005).

O CDI vem sendo descrito como o instrumento mais utilizado, em nível nacional e internacional, para avaliar sintomas depressivos em crianças e adolescentes tanto no contexto clínico como no de pesquisa (Cruvinel, et al., 2008). As pesquisas abordam questões ligadas ao levantamento da prevalência e/ou de critérios diagnósticos da depressão (Coutinho et al., 2008; Cruvinel et al., 2008; Wathier et al., 2008). O CDI surgiu nos Estados Unidos, compreendendo uma adaptação do Inventário de Depressão de Beck - BDI. Elaborado por Kovacs (1983), serve para mensurar sintomas depressivos em crianças e jovens de 7 a 17 anos. Trata-se de uma escala de autoavaliação que, em sua versão original, contém 27 itens. Os participantes utilizam uma escala de resposta do tipo Likert, variando de 0 a 2 para a alternativa que descreve seus sentimentos com relação às duas últimas semanas. O coeficiente de consistência interna do instrumento original foi de 0,86 (Kovacs, 1983).

No Brasil, o CDI foi adaptado e normatizado por Gouveia et al., (1995), em um estudo realizado na cidade de João Pessoa-PB, com uma amostra de 305 escolares de 8 a 15 anos, de ambos os sexos, provenientes de escolas públicas e privadas. Nesse estudo, o CDI apresentou parâmetros psicométricos aceitáveis, com alfa de Cronbach

de 0,81, sendo composto por 20 questões distribuídas entre os sintomas afetivos, cognitivos e comportamentais.

Outras investigações utilizaram versões adaptadas da escala para o contexto brasileiro, com o objetivo de verificar as propriedades psicométricas do CDI. Golfeto, Veiga, Sousa, e Barbeira (2002) administraram o instrumento em uma amostra de 287 escolares de Ribeirão Preto, de 7 a 14 anos. Por meio de análise de componentes principais (rotação Varimax), os autores encontraram cinco fatores que explicaram 47,4% da variância total. Porém, consideraram mais adequado assumir sua estrutura unifatorial e os resultados revelaram um alfa de Cronbach de 0,81. Nos estudos realizados por Giacomoni (1998, 2001), com amostras infantis no Rio Grande do Sul, observaram-se coeficientes de fidedignidade entre 0,80 e 0,82. Outros trabalhos que avaliaram alterações afetivas em adolescentes gaúchos em situação de risco obtiveram um alfa de Cronbach de até 0,79 (Dell'Aglio, 2000; Silva, 2001). O CDI ainda foi validado na cidade de São Luis-MA. Este estudo contou com 280 jovens escolares, de 9 a 17 anos. Nesse caso, os autores assumiram um único fator para a escala. A consistência interna observada foi de 0,91 (Coutinho et al., 2008).

Wathier et al. (2008), com uma amostra de 951 crianças e adolescentes da região Sul do Brasil, realizaram uma análise fatorial exploratória do CDI, em sua versão original composta por 27 itens, com o método dos Componentes Principais e rotação Varimax. Encontraram uma solução conceitualmente aceitável de três fatores, que explicaram 31,89% da variância das respostas. A consistência interna do instrumento (alfa de Cronbach) foi de 0,85. Já Cruvinel et al. (2008) realizaram estudo para avaliar os parâmetros psicométricos do CDI com a versão brasileira reduzida do Inventário de Depressão Infantil – CDI e com sua versão original, na cidade de Campinas - SP. Do estudo 1, participaram 169 escolares da 3ª, 4ª e 5ª série do Ensino Fundamental de escola pública. A análise fatorial apontou a presença de cinco fatores que explicavam 49,6% da variância total. Obteve-se um alfa de Cronbach de 0,73. Do estudo 2, participaram 157 alunos da 3ª e 4ª séries do Ensino Fundamental de uma escola pública. A análise fatorial exploratória revelou também cinco fatores que explicavam 43,9% da variância total com um alfa de Cronbach de 0,80. Os resultados em ambos os estudos revelaram que os índices dos fatores não se mostraram ajustados no que se refere à separação dos aspectos cognitivos, afetivos, motivacionais e comportamentais envolvidos no construto depressão infantil.

Conforme Barbosa e Gaião (2001), são necessárias mais pesquisas com a finalidade de adaptar ou de construir instrumentos psicometricamente válidos e fidedignos para a realidade brasileira. No caso do CDI, um dos motivos que reforça a necessidade de estudos de adaptação e validação do instrumento para outros contextos brasileiros é o fato das questões metodológicas

permanecerem indefinidas, gerando dificuldades na obtenção das porcentagens de risco de estudos epidemiológicos (Golfeto et al., 2002).

No que concerne ao Nordeste brasileiro, afora os mencionados estudos de Gouveia et al. (1995) e Coutinho et al. (2008), não foi encontrado nenhum instrumento adaptado e validado que mensure os sintomas depressivos na criança e no adolescente no contexto piauiense. Em função disso, o presente estudo visa a adaptar e a verificar evidências de validade de construto e consistência interna do CDI numa amostra de escolares piauienses, além de elaborar normas para a população estudada.

Método

Participantes

Participaram deste estudo 730 estudantes da cidade de Teresina-PI, sendo a maioria do sexo feminino (55,7%). A faixa etária se estendeu entre 9 e 17 anos (média de 13,6 anos e $DP=2,45$). Quanto à escolaridade, cursavam do 5º ao 9º ano do Ensino Fundamental (63,7%) e do 1º ao 3º ano do Ensino Médio (36,2%). Dos 730 participantes, 51,5% eram estudantes da rede pública, enquanto que 48,5% eram da rede privada. A mostra foi constituída de forma não-probabilística, por conveniência.

Instrumentos

Questões sociodemográficas – Com a finalidade de traçar o perfil da amostra, foram obtidas informações sociodemográficas dos participantes, como série, idade e sexo.

Inventário de Depressão Infantil (CDI) – Utilizou-se neste estudo o Inventário de Depressão Infantil (CDI), elaborado por Kovacs (1983), adaptado e validado por Gouveia et al. (1995). Nesta última versão, o CDI é composto por 20 itens, cada item com três opções de respostas, das quais a criança ou o adolescente seleciona a que melhor descreve seus sentimentos nas duas últimas semanas, o que indicará o seu grau de depressão. Cada resposta do instrumento possui um valor correspondente, que varia de 0 a 2 pontos ($a=0$, $b=1$, $c=2$), sendo o somatório dos valores das respostas o escore considerado. Das três opções, uma refere-se à normalidade, outra à severidade dos sintomas e a outra à enfermidade clínica mais significativa.

Dos 20 itens que compõem o CDI, sete englobam reações afetivas: 01 – sentimentos de tristeza, 06 – medo, 07 – não gostar de si mesmo, 10 – vontade de chorar, 13 – sentir-se feio, 16 – solidão e 19 – sentimentos de não ser amado. Seis itens refletem aspectos cognitivos: 02 – pessimismo, 03 – avaliação negativa das próprias habilidades, 08 – ideação suicida, 09 – culpa, 11 – preocupação e 18 – competência. Cinco itens dizem respeito a questões comportamentais: 04 – lazer, 05 – comportamentos hostis, 12 – isolamento, 17 – interação escolar e 20 – obediência. E os dois últimos itens se referem

aos sintomas somáticos 14 – dificuldades de dormir e 15 – perda de energia.

O ponto de corte do CDI em diferentes estudos, em geral, é de 16 ou 17 pontos (Coutinho et al., 2008; Cruvinel & Borutchovitch, 2008; Golfeto et al, 2001; Gouveia et al, 1995). No entanto, o presente estudo tem como um dos seus objetivos estabelecer uma normatização específica à amostra estudada. Assim, o ponto de corte será apresentado na seção de resultados.

Procedimento

Este estudo faz parte de um projeto financiado pelo CNPq, intitulado Estudo da Depressão na Criança e Adolescente: uma abordagem Psicossociológica, que está sendo desenvolvido pelo Núcleo de Pesquisa Aspectos Psicossociais de Prevenção e Saúde Coletiva (NPAPPSC) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). O projeto abrange instituições escolares da rede pública e privada de todas as capitais da Região Nordeste. Foi aprovado pelo Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde – CCS da UFPB.

Para a coleta de dados, foi obtida a autorização da direção das escolas, através de um termo formal. Também foi solicitado aos pais dos alunos que assinassem um Termo de Consentimento Livre Esclarecido permitindo a participação de seus filhos menores de idade. Após a confirmação das instituições e a autorização dos pais, foram agendadas visitas às escolas para a aplicação do CDI por pesquisadores previamente treinados. Quanto à aplicação dos instrumentos, ocorreu nas salas de aula, de maneira simultânea, com cada aluno respondendo ao inventário individualmente. Na ocasião, foi enfatizado que não havia respostas certas ou erradas, pois não se tratava de um teste de conhecimento ou algo semelhante. O tempo de aplicação foi de aproximadamente 25 minutos em cada turma.

Análise de Dados

Para o processamento dos dados, foi utilizado o pacote estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* – SPSS (versão 17.0). Na análise, foram empregadas estatísticas descritivas (medidas de tendência central e dispersão, distribuição de frequência) e estatística inferencial multivariada-análise fatorial exploratória, por meio do método da Máxima Verossimilhança (*Maximum Likelihood* – ML), a fim de compreender a estrutura fatorial do inventário. Como índice de consistência interna (precisão), utilizou-se o alfa de Cronbach, que permitiu verificar a coerência entre os itens do instrumento (Pasquali, 1998; 2008; 2010).

Resultados

Análise fatorial exploratória

Inicialmente, comprovou-se a fatorabilidade dos dados, com o índice Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e com o teste de esfericidade de Bartlett. O primeiro trabalha com as correlações parciais das variáveis, devendo ser aceitos os valores iguais ou superiores a 0,60 (Tabachnick & Fidell, 2007). O segundo comprova a hipótese de que a matriz de covariâncias é uma matriz de identidade.

Os resultados observados apontam a adequação de uma análise fatorial exploratória (tipo ML – *Maximum Likelihood*), com os seguintes índices observados: KMO=0,88 e Teste de Esfericidade de Bartlett, $\chi^2(136) = 2.324,52$; $p < 0,001$. Nesse sentido, realizou-se uma análise fatorial exploratória com o método ML, sem determinar o tipo de rotação e com apenas um fator fixado, como preconiza a teoria (Gouveia et al., 1995). Isso permitiu identificá-lo com um valor próprio (*eigenvalue*) igual 4,57 (Critério de Kaiser), explicando 22,56% da variância total, conforme mostra a representação gráfica dos valores próprios (Critério de Cattell) (figura 1).

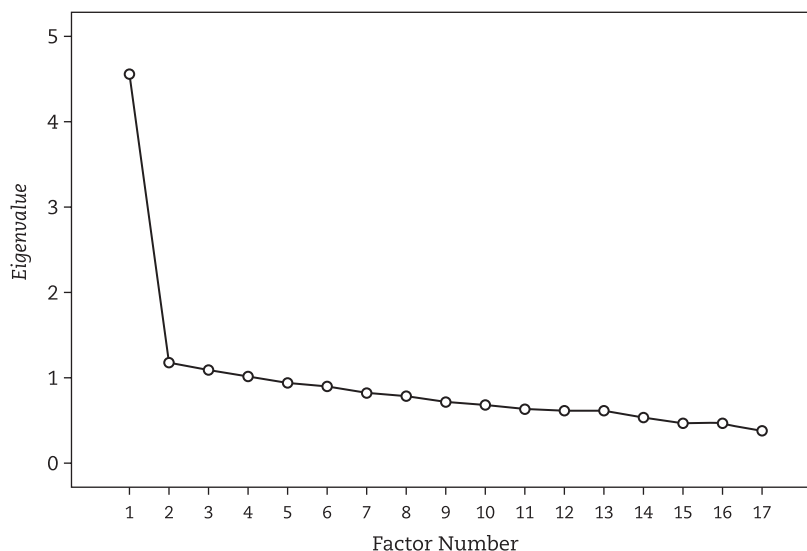


Figura 1. Scree plot da Análise Fatorial dos Itens do CDI

De acordo com a tabela 1, o Inventário de Depressão Infantil (CDI) pode ser representado por um fator com 17 itens, com todas as cargas fatoriais acima de 0,30, variando de 0,32 a 0,67, com um valor próprio (*eigenvalue*) de 4,57. Em termos de consistência interna, observou-se $\alpha=0,82$. Este fator único reflete claramente depressão infantil. Os itens 06, 15 e 20 da escala validada por

Gouveia et al. (1995) foram excluídos desta validação por apresentarem valores não aceitáveis em mais de um dos critérios de avaliação de itens (0,08, 0,09, 0,07, como valores de comunalidade; 0,28, 0,29, 0,26, como valores de carga fatorial); além de reduzirem o percentual de variância explicada da escala de 22,56% (17 itens) para 20,38% (mantendo os 20 itens).

Tabela 1
Estrutura Fatorial do CDI

Itens	Carga	h ²
CDI-01	0,67	0,45
CDI-10	0,65	0,42
CDI-16	0,59	0,35
CDI-07	0,59	0,34
CDI-19	0,51	0,26
CDI-03	0,48	0,23
CDI-09	0,46	0,22
CDI-11	0,46	0,21
CDI-08	0,44	0,19
CDI-13	0,44	0,19
CDI-02	0,42	0,18
CDI-12	0,42	0,18
CDI-18	0,40	0,15
CDI-14	0,37	0,13
CDI-17	0,35	0,13
CDI-04	0,33	0,11
CDI-05	0,32	0,10
Número de Itens	17	
Eigenvalue	4,57	
% de variância	22,56%	
Alfa de Cronbach	0,82	

Normas diagnósticas

Considerando-se as respostas dos 730 participantes da avaliação da estrutura fatorial do CDI na cidade de Teresina, resolveu-se elaborar normas para identificar a presença e a gravidade da sintomatologia depressiva no contexto infanto-juvenil. O Inventário da Depressão Infantil ficou constituído por 17 itens, representados por apenas um fator. As normas adotadas consideraram os

escores brutos transformados em normas *Z* (Reduzida) e *T* (Reduzida-Transformada) (Pasquali, 1998; 2008). No caso das normas *T*, fez-se uma normatização dos escores brutos e depois uma transformação para escores $T(T=50+10z)$, possibilitando, assim, apenas valores positivos (Tabela 2). Adotando o critério de +2DPs (Gouveia et al., 1995), verificou-se que o somatório igual ou acima de 16 indica sintomatologia depressiva.

Tabela 2
Normatização

	Pontuações		
	Escore Bruto	z	T
	0	-1,34	36,6
	1	-1,13	38,7
	2	-0,91	40,9
	3	-0,70	43,0
	4	-0,49	45,1

Tabela 2 (continuação)
Normatização

	Pontuações	
5	-0,28	47,2
6	-0,07	49,3
7	0,14	51,4
8	0,35	53,5
9	0,56	55,6
10	0,77	57,7
11	0,98	59,8
12	1,19	61,9
13	1,40	64,0
14	1,61	66,1
15	1,83	68,3
Ponto de Corte	16	70,4

Discussão

Este estudo objetivou adaptar, validar e normatizar o CDI para a cidade de Teresina, baseando-se nas versões já validadas em outras cidades da região Nordeste do Brasil (Coutinho et al., 2008; Gouveia et al., 1995;). As adaptações até agora empreendidas (Coutinho et al., 2008; Cruvinel et al., 2008; Dell`Aglia, 2000; Giacomoni, 1998; Gouveia et al., 1995; Silva, 2001; Wathier et al., 2008) não podem ser generalizadas, pois foram validadas para amostras com características diferentes das de Teresina - PI. A variabilidade verificada nessas validações, seja pelo aproveitamento dos itens, seja pela configuração fatorial, reafirma a necessidade do exercício de avaliações psicométricas de instrumentos psicológicos para amostras específicas (Anastasi & Urbina, 2000).

No presente estudo, a exclusão de três itens do CDI levou ao estabelecimento do número 16 como ponto de corte, o que poderia legitimar a inferência de sua equiparação a outros estudos brasileiros acerca da depressão infanto-juvenil que apresentaram a mesma solução fatorial e que, em geral, tiveram o ponto de corte de 16 ou 17 pontos (Coutinho et al., 2008; Cruvinel & Boruchovitch, 2008).

No entanto, deve-se chamar a atenção para algumas divergências, pois, apesar deste instrumento não ter o caráter de diagnóstico clínico, tem sido utilizado para o levantamento da prevalência e/ou de critérios diagnósticos da depressão (Barreto & Cipolotti, 2011; Coutinho et al., 2008; Cruvinel & Boruchovitch, 2008; Cruvinel et al., 2008, Gouveia et al., 1995; Wathier et al., 2008). Estas divergências dizem respeito a aspectos como a solução fatorial e o ponto de corte estabelecido em cada estudo, uma vez que esses aspectos também são responsáveis pelas diferenças encontradas na prevalência da depressão infantil (Cruvinel & Boruchovitch, 2008).

É fundamental observar a falta de consenso quanto à utilização do instrumento composto por 27 itens (Cruvinel, & Boruchovitch, 2008) e do instrumento

composto por 20 itens (Gouveia et al., 1995, Coutinho et al., 2008; Cruvinel & Boruchovitch, 2008). Observa-se nestes estudos o mesmo ponto de corte, mesmo quando se utilizam itens diferentes, o que consequentemente produz resultados de prevalência distintos, ainda que aplicados à mesma amostra, como se pode observar em Cruvinel e Boruchovitch (2008).

Neste estudo, a exclusão de três itens (6, 15 e 20) por critérios psicométricos pode ser interpretada com aspectos qualitativamente diferentes. Assim, a omissão do item 6 deveu-se ao fato dele ser composto pelas alternativas “de vez em quando eu penso que coisas ruins vão me acontecer”, “eu temo que coisas ruins me aconteçam” e “eu tenho certeza que coisas terríveis me acontecerão”. Além de não corresponderem aos critérios estatísticos já mencionados, essas alternativas produziram a mesma informação, ainda que com estimulação e respostas antagônicas, que as do item 2 (item mantido) – “para mim tudo se resolverá bem”, “eu não tenho certeza se as coisas darão certo para mim” e “nada vai dar certo para mim”.

No que tange à supressão do item 15, deveu-se ao fato das alternativas de respostas “eu me canso de vez em quando”, “eu me canso frequentemente” e “eu estou sempre cansado” não oferecerem valores aceitáveis aos critérios já destacados e apresentarem alternativas generalizadas. Cansaço é um sintoma multicausal, pois envolve aspectos físicos e psíquicos (Mota & Pimenta, 2002). Portanto, a afirmativa “eu me canso (...)” estaria relacionada a um cansaço não discriminado pela questão (poderia ser físico ou emocional), favorecendo a respostas imprecisas.

O item 20, constituído pelas alternativas de resposta “eu sempre faço o que me mandam”, “eu faço o que me mandam com frequência” e “eu nunca faço o que me mandam”, foi excluído por resultar em valores não aceitáveis, possivelmente por apresentar expressões extremas. De acordo com Pasquali (1998, 2010), a presença de tais expressões extremadas não é recomendada

para composição de itens de um instrumento, em consonância com as regras de construção e com o critério de modalidade dos itens.

Como conclusão, é possível mencionar que a relevância da depressão infantil no contexto dos distúrbios psicoafetivos aponta para a necessidade de instrumentos capazes de melhor avaliar seus sintomas. A divergência em diferentes estudos que utilizaram o CDI (Barreto & Cipolotti, 2011; Coutinho et al., 2008; Cruvinel & Boruchovitch, 2008; Golfeto et al., 2001; Gouveia et al., 1995) sinaliza a dificuldade de escolher qual das formas do CDI é mais adequada à cada população e, com isso, legitima o estabelecimento de normas mais específicas.

A utilização de uma amostra não probabilística é uma limitação presente à interpretação dos resultados do estudo. Não obstante, verifica-se que os resultados

estatísticos apresentaram validade e precisão, atendendo, assim, aos objetivos estabelecidos e oferecendo suporte empírico para a identificação da sintomatologia depressiva na população infanto-juvenil de Teresina-PI.

Sugerem-se estudos sobre as características psicométricas deste instrumento por meio de outras formas de análise, como a análise confirmatória ou as técnicas da Teoria de Resposta ao Item (TRI). Além disso, recomendam-se estudos que verifiquem a validade de critério do instrumento nas duas versões utilizadas no Brasil, para estabelecer uma maior uniformidade nas avaliações realizadas ou para comprovar que as diferentes formas de aplicação do CDI possuem capacidade de predição. Uma maior uniformidade na aplicação deste instrumento possibilitará mais validade na comparação entre estudos de prevalência e melhor conhecimento sobre seus critérios diagnósticos.

Referências

- Anastasi, A., & Urbina, S. (2000). *Testagem psicológica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Abaid, J. L. W., Dell'Aglio, D. D., & Koller, S. H. (2010). Preditores de sintomas depressivos em crianças e adolescentes institucionalizados. *Universitas Psychologica*, 9(1), 199-212.
- American Psychological Association [APA] (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais- DSM- IV-TR*. (C. Dornelles, Trad.). Porto Alegre: Artmed.
- Bahls, C. S. (2002). Epidemiology of depressive symptoms in adolescents of a public school in Curitiba, Brazil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(2), 63-67. doi:10.1590/S1516-44462002000200005
- Baptista, C. A., & Golfeto, J. H. (2000). Prevalência de depressão em escolares de 7 a 14 anos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 27(5), 253-255.
- Barbosa, C. A., & Gaião, A. A. (2001). *Apontamentos em Psicopatologia infantil*. João Pessoa: Ideia.
- Barreto F. J. N., & Cipolotti, R. (2011). Sintomas depressivos em crianças e adolescentes com anemia falciforme. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 60(4), 277-83. doi:10.1590/S0047-20852011000400008
- Brajsa-Zganec, A. (2005). The long-term effects of war experiences on children's on the Republic of Croatia. *Child Abuse & Neglect*, 29(1), 33-43. doi:10.1016/j.chiabu.2004.07.007
- Calderaro, R. S. dos S., & Carvalho, C. V. de. (2005). Depressão na infância: um estudo exploratório. *Psicologia em Estudo*, 10(2), 181-189. doi:10.1590/S1413-73722005000200004
- Conner, C. K. (1997). *Manual for the Conner's Rating Scale-Revised*. Toronto, Ontario: Multi-Health Systems Inc.
- Coutinho, M. P. L. (2001/2005). *Depressão infantil e representações sociais*. (2ª ed). João Pessoa: Editora Universitária/ UFPB.
- Coutinho, M. P. L., Carolino, Z. C. G., & Medeiros, E. D. (2008). Inventário de Depressão Infantil (CDI): evidências de validade de constructo e consistência interna. *Avaliação Psicológica*, 7(3), 291-300.
- Cruvinel, M., & Boruchovitch, E. (2008). Sintomas depressivos em crianças: estudos com duas versões do CDI. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 28(3), 574-585. doi:10.1590/S1414-98932008000300011
- Cruvinel, M., & Boruchovitch, E. (2011). Regulação emocional em crianças com e sem sintomas de depressão. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 16(3), 219-226. doi:10.1590/S1413-294X2011000300003
- Cruvinel, M., Boruchovitch, E., & Santos, A. A. A. (2008). Inventário de depressão infantil (CDI): análise dos parâmetros psicométricos. *Fractal: Revista de Psicologia*, 20(2), 473-490. doi:10.1590/S1984-02922008000200013
- Culp, A M., Clyman, M. M., & Culp, R. E. (1995). Adolescent depressed mood, reports of suicide attempts and asking for help. *Adolescence*, 30(120), 827-838.
- Curatolo, E. (2001). Estudo de sintomatologia depressiva em escolares de sete a doze anos de idade. *Arquivos de Neuropsiquiatria, XVI Congresso Brasileiro de Neurologia e Psiquiatria Infantil*. 59 (Suplemento1), 215.
- Damião, N. F., Coutinho, M. P. L., Carolino, Z. C. G., & Ribeiro, K. C. S. (2011). Representações sociais da depressão no ensino médio: um estudo sobre duas capitais. *Psicologia & Sociedade*, 23(1), 114-124. doi:10.1590/S0102-71822011000100013
- Dell'Aglio, D. (2000). *O processo de coping, institucionalização e eventos de vida em crianças e adolescentes*. (Tese de doutorado não publicada). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.
- Fonseca, M. H. G., Ferreira, R. A., & Fonseca, S. G. (2005). Prevalência de sintomas depressivos em escolares. *Pediatria*, 27(4), 223-232.
- Frojd, S. A., Nissinen, E. S., Pelkonen, M. U. I., Marttunen, M. J., Koivisto, A. M., & Kaltiala-Heino, R. (2008). Depression and school performance in middle adolescent boys and girls. *Journal of Adolescence*, 31(4). doi:10.1016/j.adolescence.2007.08.006
- Giacomoni, C. (1998). Desempenho acadêmico, controle percebido e eventos de vida como preditores de bem-estar subjetivo em crianças. (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.
- Giacomoni, C. (2001). *CDI: resultados preliminares*. (Manuscrito não publicado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

- Golfeto, J. H., Veiga, M. H. Sousa, L., & Barbeira, C. (2002). Propriedades Psicométricas do Inventário de Depressão Infantil (CDI) aplicado em uma amostra de escolares de Ribeirão Preto. *Revista Psiquiatria Clínica*, 29, 66-70.
- Gouveia, V. V., Barbosa, G. A., Almeida, H. J. F., & Gaião, A. A. (1995). Inventário de Depressão Infantil – CDI: estudo de adaptação com escolares de João Pessoa. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 44, 345-349.
- Gouveia, R. S. V., Coutinho, M. P. L., Fonsêca, P. N., & Gouveia, V. V. (2011). Medindo depressão na infância e adolescência: instrumentos atuais e perspectivas futuras. Em M. P. L. Coutinho & E. R. A. Saraiva (Orgs.), *Métodos de pesquisa em psicologia social: perspectivas qualitativas e quantitativas* (pp. 281 - 310). João Pessoa, PB: Editora Universitária.
- Jatobá, J. D. V. N., & Bastos, O. (2007). Depressão e ansiedade em adolescentes de escolas públicas e privadas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56(3), 171-179. doi:10.1590/S0047-20852007000300003
- Kleftaras, G., & Didaskalou, E. (2006). Incidence and teachers' perceived causation of depression in primary school children in Greece. *School Psychology International*, 27(3), 296-314. doi:10.1177/0143034306067284
- Kovacs, M. (1983). *The Children's Depression Inventory: A self-rated depression scale for school – aged youngsters*. University of Pittsburg.
- Kovacs, M. (2003). *Children's depression inventory (CDI): Technical manual up date*. Toronto: Multhi-Health Systems Inc.
- Margetic, B., Aukst-Margetic, B., Bilic, E., Jelusic, M., & TambicBukovac, L. (2005). Depression, anxiety and pain in children with juvenile idiopathic arthritis (JIA). *European Psychiatry*, 20(3), 274-276. doi:10.1016/j.eurpsy.2004.12.014
- Miller, J. (2003). *O livro de referência para a depressão infantil*. São Paulo: M. Books.
- Mota, D. D. C. F., & Pimenta, C. A. M. (2002). Fadiga em pacientes com câncer avançado: conceito, avaliação e intervenção. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 48(4), 577-583.
- O'Connor, M. J., & Paley, B. (2006). The relationship of prenatal alcohol exposure and the postnatal environment of child depressive symptoms. *Journal of Pediatric Psychology*, 31(1), 50-64. doi:10.1093/jpepsy/jsj021
- Pasquali, L. (1998). Princípios de elaboração de escalas psicológicas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25(5), 206-13.
- Pasquali, L. (2008). *Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação*. Petrópolis: Vozes.
- Pasquali, L. (2010). Testes referentes a constructo: teoria e modelo de construção. Em L. Pasquali (Org.), *Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas* (pp. 165-198). Porto Alegre: Artmed.
- Ribeiro, K. C. S., Medeiros, C. S., Coutinho, M. P. L., & Carolino, Z. C. G. (2012). Representações sociais e sofrimento psíquico de adolescentes com sintomatologia depressiva. *Psicologia: Teoria e Prática*, 14, 1-27.
- Ribeiro, K. C. S., Nascimento, E. S., & Coutinho, M. P. L. (2010). Representação social da depressão em uma instituição de ensino da rede pública. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 30(3), 448-463. doi:10.1590/S1414-98932010000300002
- Rocha, T. H. R., Ribeiro, J. E. C., Pereira, G. A., Aveiro, C. C., & Silva, L. C. A. (2006). Sintomas depressivos em adolescentes de um colégio particular. *Psico-USF*, 11(1), 95-102. doi:10.1590/S1413-82712006000100011
- Schwan, S., & Ramires, V. R. R. (2011). Depressão em crianças: uma breve revisão de literatura. *Psicologia Argumento*, 29(67), 457-468.
- Serrão, F., Klein, J. M., & Gonçalves, A. (2007). Qualidade do sono e depressão: que relações sintomáticas em crianças de idade escolar. *Psico-USF*, 12(2), 257-268. doi:10.1590/S1413-82712007000200014
- Silva, D. (2001). *O desenvolvimento das trajetórias do comportamento delinquente em adolescentes infratores*. (Tese de doutorado não publicada). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using Multivariate Statistics*, 5th ed. Boston: Allynand Bacon.
- Viscardi, N., Hor, F., & Dajas, F. (1994). Alta tasa de suicídio em Uruguay. Evaluación de La desesperanza en adolescentes. *Revista Medica del Uruguay*, 10, 79-91.
- Versiani, M., Reis, R., & Figueira, I. (2000). Diagnóstico do transtorno depressivo na infância e adolescência. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 49(10-12), 367-382.
- Wagner, K. D., Jonas, J., Findling, R. L., Ventura, D., & Saikali, K. (2006). A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of escitalopran in the treatment of pediatric depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(3), 280-288. doi:10.1097/01.chi.0000192250.38400.9e
- Wathier, J. L., Dell'aglio, D. D., & Bandeira, D. R. (2008). Análise fatorial do Inventário de Depressão Infantil (CDI) em amostra de jovens brasileiros. *Avaliação Psicológica*, 7(1), 75-84.

Recebido em outubro de 2013
Reformulado em dezembro de 2013
Aprovado em fevereiro de 2014

Sobre os autores

Maria da Penha de Lima Coutinho possui graduação em Psicologia e mestrado em Psicologia da Saúde pela Universidade Federal da Paraíba, doutorado em Psicologia Clínica pela Universidade de São Paulo.

Marcelo Xavier de Oliveira é Formado em Psicologia e Mestre em Psicologia (Psicologia Social) pela UFPB.

Denise Reinaldo Pereira possui Mestrado em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba. Atualmente é funcionária efetiva de nível médio do Hospital Universitário Lauro Wanderley.

Inayara Oliveira de Santana possui graduação em Psicologia e mestrado em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba. Atualmente, é professora da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.