

# ANÁLISE FATORIAL DO INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO INFANTIL (CDI) EM AMOSTRA DE JOVENS BRASILEIROS<sup>1</sup>

Josiane Lieberknecht Wathier<sup>2</sup> - Universidade Federal do Rio Grande Do Sul  
 Débora Dalbosco Dell'Aglio - Universidade Federal do Rio Grande Do Sul  
 Denise Ruschel Bandeira - Universidade Federal do Rio Grande Do Sul

---

## RESUMO

Este estudo explora a estrutura fatorial de uma adaptação para a língua portuguesa do Inventário de Depressão Infantil (CDI). A amostra foi composta por 951 crianças e adolescentes (56,8% meninas), entre sete e 17 anos. A partir de uma análise fatorial exploratória do CDI, composto por 27 itens, com o método dos Componentes Principais e rotação Varimax, encontrou-se uma solução conceitualmente aceitável de três fatores, que explicaram 31,89% da variância das respostas. Os participantes apresentaram uma média de 11,95 (DP=7,70) e a consistência interna do instrumento (alfa de Cronbach) foi de 0,85. Esses achados reforçam a validade da versão em língua portuguesa do Inventário de Depressão Infantil com 27 itens e sua utilidade como uma medida de sintomas depressivos. Tendo em vista as diferenças regionais observadas na comparação com estudos anteriores, este artigo também apresenta normas de uma amostra de estados do sul do Brasil.

*Palavras-chave:* sintomas, depressão infantil, normas.

## FACTOR ANALYSIS OF CHILDREN'S DEPRESSION INVENTORY (CDI) IN YOUTH BRAZILIAN SAMPLE

### ABSTRACT

This study was designed to assess the structure of the Children's Depression Inventory (CDI) for 951 children and adolescents (56,8% female), between seven and 17 years. Scores of the 27 item CDI were subjected to principal components factor analysis with Varimax rotation. Exploratory factor analysis offered three factors that together explained 31,89% of answers variance. The mean scores of the participants was 11,95 (SD=7,70) and Cronbach alpha was 0,85 for the total scale. These findings strengthen the validity of the Brazilian version of the Children's Depression Inventory with 27 items and its utility as a measure of depressive symptoms. As regional differences were observed in previous studies, this article also points out norms for southern states of Brazil.

*Keywords:* symptoms, children's depression, norms.

---

## INTRODUÇÃO

O construto depressão pode ser empregado para definir diferentes níveis de manifestações, que vão desde um sentimento de tristeza até o diagnóstico de um transtorno de humor (Bahls, 1999, 2002; Del Porto, 1999). O presente estudo trabalha com a depressão através da identificação de sintomas em crianças e adolescentes. A ocorrência de sintomas depressivos pode estar associada a diferentes transtornos, especialmente Transtornos de Déficit de Atenção, de Ansiedade,

do Comportamento Disruptivo e Transtornos Alimentares (DSM-IV-TR, APA, 2000/2002).

Os sintomas depressivos mais comuns na infância e adolescência são os atípicos, caracterizados por irritabilidade, hiperatividade e agressividade. Os sintomas clássicos, como tristeza, diminuição da atenção e da concentração, perda de confiança em si mesmo, sentimentos de inferioridade e baixa autoestima, idéias de culpa e inutilidade, tendência ao pessimismo, transtornos do sono e da alimentação e, dependendo da gravidade, ideação suicida, também pode ocorrer (Del Porto, 1999; Marcelli, 1998).

A detecção precoce de sintomas depressivos em crianças ou adolescentes pode evitar que venham a desenvolver quadros graves, com prejuízos no convívio social e no ambiente escolar e familiar. Para facilitar a identificação de provável diagnóstico e indicar encaminhamento para avaliação clínica, existem variados métodos, uma vez que eles estão ligados aos diferentes critérios diagnósticos adotados. Os principais instrumentos

---

<sup>1</sup> *Agradecimentos:* apoio financeiro do CNPq (Edital Pronex), FAPERGS e CAPES. Agradecemos à Dr<sup>a</sup>. Claudia Hofheinz Giacomoni pelo fornecimento de seu banco de dados, Dr. Jorge Sarriera pelo auxílio na Análise Fatorial, aos acadêmicos de psicologia da UFRGS e às instituições de abrigo e escolas que concordaram com a execução desse trabalho.

<sup>2</sup> *Contato:* PPG em Psicologia do Desenvolvimento. Rua Ramiro Barcelos, 2600, sala 115, CEP:90035-003, Porto Alegre, RS. Fone/Fax: (51) 33085253, (51)33085470. E-mail: josianelieb@yahoo.com.br

indicados na literatura (Assumpção Júnior, 2002; Del Barrio, Olmedo & Colodrón, 2002; Carter, Grigorenko & Pauls, 1995), para mensuração dos sintomas depressivos, são o Inventário Beck de Depressão (BDI, Cunha, 2001), o *Self-Rating Depression Scale* (SDS, Thurber, Snow & Honts, 2002), ambos para adultos, a *Conner's Rating Scale-Revised* (CRS-R, Conner, 1997), a Escala de Avaliação do Grau de Severidade da Depressão Infantil (CDRS-R, Poznanski & Mokros, 1995) e o *Children's Depression Inventory* (CDI, Kovacs, 1992, 2003), sendo esses últimos para crianças. O CDI (Kovacs, 1983, 1985, 1992, 2003) vem sendo descrito como o instrumento mais utilizado, em nível internacional, para avaliar sintomas depressivos em crianças e adolescentes, tanto nos contextos clínicos como de pesquisa (Baptista & Golfeto, 2000; Cole e cols., 2002). Em nível nacional, o CDI tem sido utilizado no contexto de pesquisas que abordam o construto da depressão.

O Inventário de Depressão Infantil (CDI) foi criado por Kovacs (1983, 1985, 1992, 2003), a partir de uma adaptação do Beck Depression Inventory para adultos. O objetivo do CDI é verificar a presença e a severidade de sintomas de depressão em jovens de sete a 17 anos, a partir de seu auto-relato. Contém 27 itens e tem sido descrito como psicometricamente satisfatório em diversos países. No estudo de Kovacs (2003), cujos dados normativos foram baseados nas respostas de 1266 estudantes de escolas públicas da Flórida, o alfa de Cronbach foi de 0,86.

Kovacs (2003) descreve cinco fatores ou subescalas que compõem o instrumento completo e foram obtidos através de uma análise fatorial realizada com o método *Maximum Likelihood* (ML) e rotação *Oblimin*. O primeiro fator é chamado de Humor Negativo (*Negative Mood*) e contém seis itens que refletem sentimentos de tristeza, vontade de chorar, preocupação com “coisas ruins”, estar incomodado com alguma coisa e sentir-se incapaz de tomar decisões. Esse fator respondeu por 23,3% da variância nos escores do CDI, conforme Kovacs apresenta no Manual (Kovacs, 2003). O segundo fator é denominado Problemas Interpessoais (*Interpersonal Problems*), e contém quatro itens que englobam problemas e dificuldades em interações com pessoas, evitação e isolamento social. O terceiro fator, com quatro itens, chama-se Inefetividade (*Ineffectiveness*), e reflete avaliação negativa das próprias habilidades e desempenho escolar. O quarto fator chamado Anedonia (*Anhedonia*), contém oito itens e caracteriza a

“depressão endógena”, incluindo perda da capacidade de sentir prazer, perda de energia, dificuldades em comer ou dormir e senso de isolamento. O último fator, chamado Auto-Estima Negativa (*Negative Self-Esteem*), engloba cinco itens sobre baixa auto-estima, não gostar de si mesmo, sentimentos de não ser amado e uma tendência a ter ideação suicida.

No estudo de adaptação para o Brasil com 305 jovens paraibanos de oito a 15 anos (Gouveia, Barbosa, Almeida & Gaião, 1995), o CDI mostrou-se unifatorial, com apenas 18 itens e com norma provisória de ponto de corte de 17 pontos. O método utilizado para extração final do fator único foi o ML, e a variância total dos escores foi explicada em 13,4%. Além disso, os autores encontraram um alfa de Cronbach de 0,81. Em estudo posterior, Barbosa, Dias, Gaião e Di Lorenzo (1996), estabeleceram um ponto de corte de 18 pontos, o que correspondeu ao 78º posto percentílico. Eles utilizaram o CDI adaptado por Gouveia e cols. (1995), de 18 itens, e sua amostra normativa foi de 807 jovens do interior da Paraíba. Em outro estudo, realizado com amostra de 287 escolares de Ribeirão Preto na faixa etária de sete a 14 anos, Golfeto, Veiga, Souza e Barbeira (2002) encontraram uma estrutura fatorial com cinco fatores utilizando rotação Varimax e o critério de Kaiser. Esses fatores explicaram juntos, 47,4% da variância dos escores e apresentaram alfa de Cronbach de 0,81. No entanto, tais fatores não foram nomeados conforme seu conteúdo.

Considerando os estudos de Kovacs para o desenvolvimento do CDI (Kovacs, 1992, 2003) e o estudo brasileiro de validação para o Brasil (Gouveia & cols., 1995), objetivou-se verificar as propriedades psicométricas do CDI em uma amostra do sul do Brasil, além de estabelecer normas atualizadas.

## MÉTODO

### *Participantes*

Participaram deste estudo 951 crianças e adolescentes de ambos os sexos, com idade entre sete e 17 anos da região sul do país, sendo que 634 moravam com suas famílias e 317 viviam em instituições. Esta amostra foi formada a partir de cinco diferentes bancos de dados, de pesquisas realizadas por pesquisadores do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, com participantes da Região Metropolitana de Porto Alegre, RS, e da cidade de

Joaçaba, Santa Catarina. As características dos

bancos de dados são apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1. Composição dos bancos de dados

Banco	N	Idade M (DP)	Sexo		Série	Contexto	
			F	M		Inst*	Fam*
1	110	12 a 17 anos 14,54 (1,39)	100%	-	de nunca estudou a 3º ano do EM	62 56,4%	48 43,6%
2	213	7 a 15 anos 10,28 (1,88)	112 (52,6%)	101 (47,4%)	1ª a 6ª séries do EF	104 48,8%	109 51,2%
3	177	15 a 17 anos 16,57 (0,58)	101 (57,1%)	76 (42,9%)	8ª série do EF a 2º ano do EM	-	177 100%
4	158	8 a 12 anos 9,10 (1,10)	76 (48,1%)	82 (51,9%)	3ª série do EF	-	158 100%
5	293	7 a 16 anos 11,22 (2,14)	141 (48,1%)	152 (51,9%)	1ª a 8ª séries do EF	151 51,5%	142 48,5%
Total	951	7 a 17 anos 12,04 (3,09)	540 (56,8%)	411 (43,2%)	de nunca estudou a 3º ano do EM	317 33,3%	634 66,7%

\* inst: participantes advindos de instituições - fam: participantes advindos da família

### Instrumentos e Procedimentos

Foi utilizada a versão do CDI traduzida e adaptada para o Brasil por Gouveia e cols. (1995), com os 27 itens da escala original de Kovacs (2003). A aplicação do instrumento seguiu as orientações do Manual de Aplicação (Kovacs, 1992, 2003) e as considerações éticas para pesquisas com seres humanos, conforme Resolução 0196/96 do Conselho Nacional de Saúde e Resolução do Conselho Federal de Psicologia número 016/2000. Os dados foram digitados em planilha do programa estatístico SPSS versão 13.0, reunindo os cinco bancos de dados.

### RESULTADOS

Inicialmente, verificou-se a distribuição dos itens com cinco fatores utilizando-se o método *Maximum Likelihood* e rotação *Oblimin*, conforme a disposição fatorial encontrada por Kovacs (2003). Apesar de ter explicado 27,19% da variância, essa disposição de cinco fatores não demonstrou ter uma boa explicação conceitual dos itens em cada fator, nem correspondeu à definição descrita por Kovacs no manual do CDI.

A partir disso, foi realizada uma análise fatorial exploratória para buscar a melhor disposição de itens por fatores, tanto estatisticamente quanto conceitualmente. Foram realizadas análises fatoriais exploratórias contendo de seis fatores a um, pelos métodos *Maximum Likelihood* (ML) e rotação *Oblimin* e dos Componentes Principais (PC) e rotação *Varimax*. O

Scree Plot (Figura 1) apresenta 3 a 5 fatores diferenciáveis.

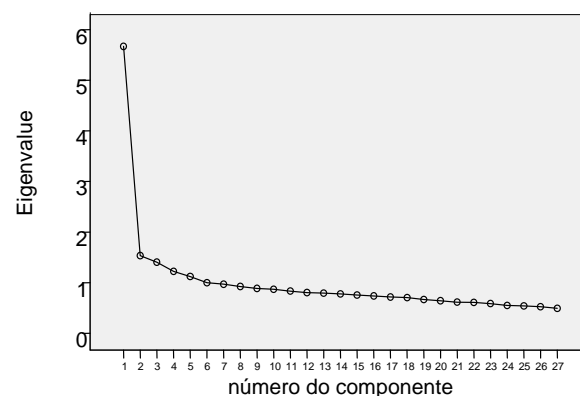


Figura 1. Scree Plot dos fatores

A solução de três fatores apresentou os requisitos exigidos para a realização da Análise Fatorial (Hair, Anderson, Tatham & Black, 2005; Pardo, 2002), com determinante próximo à zero (0,01), KMO maior que 0,6 (0,91) e teste de esfericidade de Bartlett significativa ( $p < 0,01$ ). O modelo de distribuição fatorial que se mostrou mais adequado foi aquele realizado pelo método PC, com rotação *Varimax*. Este modelo apresentou 31,89% da variância explicada, sendo 12,99% do primeiro fator, 10,33% do segundo e 8,57% do terceiro. As saturações de cada item nos respectivos fatores são apresentadas na Tabela 2, e estão dispostos conforme sua carga fatorial e não pela ordem do

inventário. Estabeleceu-se como saturação mínima, o valor de 0,22. Nos casos em que o item poderia pertencer a mais de um fator, foi utilizado primeiramente o critério de mais alto valor de saturação e, secundariamente, do conteúdo semântico do item e sua pertinência no fator

previamente descrito. Isso aconteceu com o item 13, “Eu não consigo tomar decisões”, como pode ser visto na tabela 2. Apesar de ficar com menor saturação, esse item está melhor relacionado com a definição conceitual de “Desempenho” (Fator 3) do que de “Relação com o outro” (Fator 2).

Tabela 2. Matriz rotada com as cargas fatoriais

Item	Conteúdo	Fator		
		1	2	3
1	Eu estou sempre triste	<b>0,670</b>	0,248	
11	Eu me sinto sempre preocupado	<b>0,636</b>		
10	Eu sinto vontade de chorar diariamente	<b>0,635</b>	0,241	
17	Eu estou sempre cansado	<b>0,591</b>		
20	Eu sempre me sinto sozinho(a)	<b>0,523</b>	0,406	
5	Eu sou sempre mau (má)	<b>0,483</b>		
9	Eu quero me matar	<b>0,466</b>		
19	Eu estou sempre temeroso de sentir dor e ficar doente	<b>0,461</b>		
6	Eu tenho certeza que coisas terríveis me acontecerão	<b>0,410</b>		0,283
21	Eu nunca me divirto na escola		<b>0,581</b>	
25	Ninguém gosta de mim realmente		<b>0,549</b>	
14	Eu sou feio		<b>0,539</b>	
4	Nada é divertido para mim		<b>0,539</b>	
22	Eu não tenho amigos		<b>0,502</b>	
7	Eu me odeio	0,272	<b>0,447</b>	
24	Não posso ser tão bom quanto outras crianças		<b>0,395</b>	0,336
12	Em muitas ocasiões, eu não gosto de estar com as pessoas	0,322	<b>0,370</b>	
13	Eu não consigo tomar decisões	0,233	<b>0,337</b>	<b>0,226</b>
26	Eu nunca faço o que mandam			<b>0,576</b>
27	Eu estou sempre me envolvendo em brigas	0,330		<b>0,564</b>
15	Tenho que me obrigar a fazer os deveres de casa			<b>0,551</b>
3	Eu faço tudo errado	0,317		<b>0,519</b>
8	Tudo de mau que acontece é por minha culpa	0,361		<b>0,442</b>
23	Eu tenho me saído mal em matérias que costumava ser bom		0,340	<b>0,351</b>
2	Nada vai dar certo para mim		0,331	<b>0,351</b>
16	Eu tenho sempre dificuldades pra dormir à noite	0,268		<b>0,297</b>
18	Quase sempre eu não tenho vontade de comer			<b>0,237</b>

Método de extração: Componentes Principais.

Método de rotação: Varimax.

Além disso, foram realizadas análises fatoriais separadamente para participantes dos contextos abrigo e família. Obteve-se distribuições semelhantes dos itens em cada fator nos dois grupos, permitindo que se considerasse adequada a análise do instrumento com os bancos reunidos. A literatura especializada tem indicado que, se o objetivo da análise fatorial é separar claramente os fatores, a rotação ortogonal para análises fatoriais é a mais adequada. Dessa forma, os itens que apresentam sintomatologias específicas ficam

aglutinados, ainda que o instrumento possua correlação conceitual entre seus itens, tal como no construto depressão (Artes, 1998; Hair e colaboradores, 2005; Pardo, 2002). A descrição conceitual de cada fator ficou assim definida:

#### *Fator 1- Afetivo-somático:*

Caracteriza os itens que abordam sentimentos de tristeza, de solidão, de ser mau, bem como ter vontade de chorar, preocupações pessimistas,

irritabilidade e ideação suicida. Inclui fadiga e preocupação com sentir dores ou adoecer.

*Fator 2- Relação com o outro:*

Refere-se aos itens que traduzem dificuldades em relacionar-se com os outros, falta de prazer nas atividades de diferentes contextos da vida, auto-depreciação comparada, não se sentir amado e redução de interesse social.

*Fator 3- Desempenho:*

Envolve os itens em que há uma auto-avaliação cognitiva em relação ao seu desempenho,

como no rendimento escolar, na tomada de decisões, no comportamento agressivo, e culpa pelos acontecimentos ruins. Inclui problemas para dormir e se alimentar.

Foi avaliada a consistência interna de cada fator e da escala total, que apresentou consistência semelhante à encontrada por Kovacs (2003), cujo valor foi de 0,86. Os dados descritivos de cada fator são apresentados na Tabela 3.

Tabela 3. Média, desvio-padrão, número de itens, variância explicada e coeficiente alfa dos fatores e da escala total

Fatores	M	DP	Nº de Itens	Variância explicada	$\alpha$
1	3,69	3,460	9	12,99%	0,76
2	3,38	2,56	8	10,33%	0,65
3	4,88	3,29	10	8,57%	0,68
Escala Total	11,95	7,70	27	31,89%	0,85

*Análises Descritivas e Inferenciais*

A partir da análise fatorial, foi realizada uma análise descritiva com os 27 itens do instrumento. Para o levantamento dos escores, foi obtida a soma dos pontos em cada item respondido, conforme orientação do manual do CDI (Kovacs, 2003). Foram realizadas análises dos escores considerando as variáveis sociodemográficas faixa etária, sexo e contexto.

Os participantes desse estudo obtiveram uma média de 11,90 (DP=7,29) pontos no CDI, sendo que a amplitude foi de zero a 47. Foram realizadas análises por faixa etária, conforme a divisão adotada por Kovacs (2003), separando os participantes em crianças (7 a 12 anos; n=550) e adolescentes (13 a 17 anos; n=401). Um teste *t* de Student indicou diferença significativa entre as médias dessas faixas etárias ( $t=2,80$ ;  $gl=949$ ;  $p=0,05$ ), sendo que os adolescentes apresentaram uma média mais alta ( $M=12,77$ ;  $DP=7,64$ ) do que as crianças ( $M=11,36$ ;  $DP=3,99$ ).

Foi encontrada diferença significativa entre os sexos ( $t=6,38$ ;  $gl=339,41$ ;  $p<0,01$ ), no grupo de adolescentes, sendo a média das meninas ( $M=14,30$ ;  $DP=7,92$ ) mais alta do que dos meninos ( $M=9,76$ ;  $DP=6,04$ ). No grupo de crianças também foi encontrada diferença significativa entre os sexos

( $t=2,57$ ;  $gl=536,32$ ;  $p=0,01$ ), com uma média maior de sintomas depressivos nas meninas ( $M=12,20$ ;  $DP=8,18$ ) do que nos meninos ( $M=10,52$ ;  $DP=7,10$ ). Outro resultado importante é que foi observada diferença estatística nos escores do CDI por faixa etária, no sexo feminino ( $t=3,03$ ;  $gl=538$ ;  $p<0,01$ ), com médias mais altas entre as adolescentes. Entre os meninos não foi observada diferença por faixa etária.

Considerando os contextos em que os participantes viviam, família e instituição, houve diferença significativa ( $t=9,50$ ;  $gl=483,67$ ;  $p<0,01$ ) no escore do CDI, sendo que a média dos que moravam no abrigo foi mais alta ( $M=15,49$ ;  $DP=8,86$ ) do que os da família ( $M=10,19$ ;  $DP=6,36$ ). Essa diferença significativa foi decisiva para que se considerasse, para fins de normatização, apenas os jovens que moravam com sua família ( $n=634$ ).

*Estabelecimento de Normas*

Os dados normativos foram compostos apenas pelo grupo de crianças e adolescentes que moravam com sua família, uma vez que o grupo dos que moravam no abrigo poderia enviesar os valores devido à pontuação bastante elevada no CDI. Assim, foram estabelecidas normas intragrupo por percentis para sexo e faixa etária (Tabela 4).

Tabela 4. Normas por percentis do CDI para sexo e faixa etária

Percentil	Meninos		Meninas	
	7-12 anos	13-17 anos	7-12 anos	13-17 anos
1	0	0	0	0
5	0	2	2	3
10	2	3	3	4
15	3	4	4	6
20	4	4	4	7
25	4	5	6	8
30	5	6	6	9
35	6	7	7	9
40	7	7	7	10
45	8	8	8	11
50	8	8	9	12
55	9	9	10	12
60	9	10	11	13
65	10	10	12	14
70	11	11	12	14
75	11	12	13	15
80	13	13	15	16
85*	14	14	16	18
90	17	18	20	20
95	21	21	24	23
99	33	26	32	29
100	38	26	34	30

\* Considera-se, sob ponto de vista epidemiológico, que os indivíduos que atingem a partir do percentil 85 devem ser considerados como clinicamente significativos (Kovacs, 2003).

Os três fatores que englobam itens específicos também foram considerados para fins de normatização. A Tabela 5 apresenta a norma para cada fator de acordo com sexo e faixa etária.

## DISCUSSÃO

Esse estudo buscou verificar as propriedades psicométricas do Inventário de Depressão Infantil em uma amostra do sul do Brasil. O CDI, que é um instrumento bastante utilizado em pesquisas brasileiras (Bahls, 2002; Baptista & Golfeto, 2000; Dell'Aglio, Borges & Santos, 2004; Dell'Aglio & Hutz, 2004; Gouveia & cols., 1995; Golfeto & cols., 2002; Reppold, 2001), assim como em estudos internacionais (Aronen & Soinenen, 2000; Cole e colaboradores., 2002; Del Barrio, Olmedo & Colodrón, 2002; Drucker & Greco-Vigorito, 2002; Kovacs, Obrosky, Gatsonis & Richards, 1997; Sherrill & Kovacs, 2000; Timbremont, Braet & Dreesen, 2004; Yu & Li, 2000), apresentou boa capacidade de medir os sintomas depressivos mais comuns em crianças e adolescentes, conforme descrição do DSM-IV-TR (APA, 2000/2002).

A partir da estrutura fatorial encontrada, a hipótese multifatorial do CDI foi reforçada, tal como aconteceu nos estudos de Kovacs (2003) e no de Golfeto e cols. (2002). Gouveia e cols. (1995) que buscaram adaptar o CDI para o contexto brasileiro, encontraram apenas um fator com 18 itens, tendo descartado os nove itens restantes que não obtiveram carga fatorial acima de 0,35. A amostra desses pesquisadores foi composta por 305 jovens de 8 a 15 anos que moravam em João Pessoa e estudavam em escolas públicas ou privadas. No estudo de Gouveia e cols. (1995), não foi encontrada diferença significativa na média dos escores em nenhuma das variáveis sociodemográficas investigadas (sexo, faixa etária, série e tipo de escola).

Em algumas análises prévias realizadas, com método dos Componentes Principais e rotação Varimax, por exemplo, os itens 16 e o 18 (*eu tenho sempre dificuldades para dormir à noite e quase sempre eu não tenho vontade de comer*, respectivamente) apareceram reunidos tanto com o primeiro fator quanto com o terceiro e com cargas fatoriais baixas, o que indica que talvez devam ser

revistos em sua escrita ou relevância para a detecção de sintomas depressivos, principalmente em crianças. A esse respeito, Marcelli (1998) alerta que é mais comum que a criança com depressão não consiga atingir o peso esperado para a idade do que tenha perda de peso, o que poderia, em parte, justificar os problemas com esse item. Além disso, “dormir” e “comer” bem parecem ter sido

entendidos pelas crianças da amostra como expressões de alta deseabilidade social e não de bem-estar. Se dormem e comem “direitinho”, é porque se comportam bem. Essa característica parece ser culturalmente regionalizada, uma vez que esses itens apresentaram-se diferentemente na amostra paraibana (Gouveia & cols., 1995).

Tabela 5. Normas em percentis de cada Fator\* do CDI para sexo e faixa etária

Perce ntil	Meninos						Meninas					
	7-12 anos			13-17 anos			7-12 anos			13-17 anos		
	F1	F2	F3	F1	F2	F3	F1	F2	F3	F1	F2	F3
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1
15	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	2	1
20	0	1	1	1	1	2	0	2	1	1	2	2
25	0	1	1	1	1	2	0	2	1	2	2	2
30	1	2	1	1	2	2	1	2	2	2	3	3
35	1	2	2	1	2	2	1	3	2	2	3	3
40	1	2	2	1	2	3	1	3	2	3	3	3
45	2	3	2	1	2	3	2	3	3	3	4	3
50	2	3	3	2	3	4	2	4	3	3	4	4
55	2	3	3	2	3	4	2	4	3	3	4	4
60	3	3	3	2	3	4	3	4	4	4	5	4
65	3	4	4	2	4	4	3	5	4	4	5	5
70	3	4	4	3	4	5	4	5	4	5	5	5
75	4	5	5	3	4	5	4	5	5	5	6	5
80	5	5	6	4	5	6	5	6	6	6	6	6
85	5	6	6	4	5	7	6	7	6	6	7	7
90	6	6	7	6	7	7	7	7	8	8	8	8
95	9	8	9	9	9	8	9	9	9	9	9	9
99	13	12	11	12	11	9	15	11	11	11	11	11
100	15	15	12	12	11	9	16	14	11	12	11	11

\* Fator 1: Afetivo-somático; Fator 2: - Relação com o outro;  
Fator 3: Desempenho.

As diferenças por faixa etária e por sexo encontradas nas análises inferenciais, em que as meninas adolescentes tiveram mais sintomas depressivos, também foram encontradas nos estudos de Reppold (2001) e de Dell’Aglío e Hutz (2004), além de estarem presentes na descrição de Steinberg (1999). Por outro lado, a diferença por sexo encontrada na faixa etária das crianças não é tão comum na literatura. Kovacs (1985), Gouveia e cols. (1995), Golfeto e cols. e Wathier e Dell’Aglío (2007) não evidenciaram diferença por sexo entre as crianças. Entre os meninos, não houve diferença entre as faixas etárias, o que também é apontado por Kaplan, Sadock e Greeb (1997) e Steinberg (1999).

Segundo esses autores, no período da adolescência, as meninas apresentam mais sintomas depressivos e transtornos internalizantes, tais como a depressão.

A diferença encontrada por contextos, por sua vez, em que os participantes institucionalizados apresentaram escores mais altos do que os que moravam com a família está de acordo com Dell’Aglío (2000), Dell’Aglío, Borges e Santos (2004), Siqueira e Dell’Aglío (2006) e Poletto (2007). Destaca-se que jovens institucionalizados geralmente passam por mais eventos estressores relacionados à sua retirada da família, tais como violência, maus tratos e perda dos pais, que têm sido considerados como fatores de risco para

depressão por diversos autores (Abreu, 2001; Dell'Aglio, Borges & Santos, 2004; Dell'Aglio, 2000; Fitzpatrick, 1993; Merikangas & Angst, 1995; Poletto, 2007).

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Inventário de Depressão Infantil mostrou-se adequado como instrumento de *screening*, independentemente do contexto onde a criança e o adolescente se encontrem. A presente pesquisa encontrou uma composição trifatorial e um alfa de Cronbach de 0,85 no CDI, demonstrando boa consistência interna. Estes resultados indicam que a adaptação para a versão brasileira é adequada e apresenta características psicométricas satisfatórias, permitindo uma normatização para crianças e adolescentes do sul do Brasil.

Sugere-se, para estudos futuros, que sejam coletadas amplas amostras com participantes de diferentes regiões do país para confirmar ou adequar a normatização proposta nesse artigo. Além disso, pesquisadores têm defendido a necessidade de estudos com amostras clínicas e o uso de análises estatísticas mais sofisticadas, como a análise fatorial confirmatória, através dos modelos de equação estrutural (Hair & cols., 2005; Tróccoli, 1996).

### REFERÊNCIAS

- Abreu, S. R. de. (2001). *Transtornos psiquiátricos em crianças e adolescentes criados em instituições*. Dissertação de Mestrado não publicada, Psiquiatria e Psicologia Médica, Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, SP.
- American Psychiatric Association. (2000/2002). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4<sup>a</sup> ed., texto revisado). Washington, DC: APA.
- Aronen, E. T., & Soininen, M. (2000). Childhood depressive symptoms predict psychiatric problems in young adults. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45, 465-470.
- Artes, R (1998). Aspectos estatísticos da análise fatorial de escalas de avaliação. *Revista de Psiquiatria Clínica, Edição Especial*, 25 (5), 223-228.
- Assumpção Júnior, F. B. (2002). *Semiologia em psiquiatria da infância e da adolescência*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Bahls, S. C. (1999). Depressão: Uma breve revisão dos fundamentos biológicos e cognitivos. *Interação*, 3, 49-60.
- Bahls, S. C. (2002). Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. *Jornal de Pediatria*, 78 (5), 359-366.
- Baptista, C. A., & Golfeto, J. H. (2000). Prevalência de depressão em escolares de 7 a 14 anos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 27 (5). Retirado em 14/7/2006, no World Wide Web: [http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista27\(5\)/artigos/art253.htm](http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista27(5)/artigos/art253.htm)
- Barbosa, G. A., Dias, M. R., Gaião, A. de Andrade, & Di Lorenzo, W. C. G. (1996). Depressão infantil: Um estudo de prevalência com o CDI. *Infância e Adolescência, Revista de Neuropsiquiatria da Infância e Adolescência*, 4(3), 36-40.
- Carter, A. S., Grigorenko, E. L., & Pauls, D. L. (1995). A Russian adaptation of the child behavior checklist: Psychometric properties and associations with child and maternal affective symptomatology and family functioning. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23(6), 661-684.
- Cole, D. A., Tram, J. M., Martin, J. M., Hoffman, K. B., Ruiz, M. D., Jacquez, F. M., & Maschman, T. L. (2002). Individual differences in the emergence of depressive symptoms in children and adolescents: A longitudinal investigation of parent and child reports. *Journal of Abnormal Psychology*, 111 (1), 156-165.
- Conner, C. K. (1997). *Manual for the Conner's Rating Scale-Revised*. Toronto, Ontario: Multi-Health Systems Inc.
- Conselho Federal de Psicologia (2000). *Resolução para pesquisas com seres humanos. Resolução 016/2000*. Brasília.
- Conselho Nacional de Saúde (1997). *Resolução para pesquisas envolvendo seres humanos. Resolução 196/1996*. Brasília.
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Del Barrio, V., Olmedo, M. L., & Colodrón, F. (2002). Primera adaptación del CDI-S a población española. *Acción Psicológica*, 3, 263-272.
- Del Porto, J. A. (1999). Conceito e diagnóstico. Volume Especial Depressão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21, 6-11.
- Dell'Aglio, D. D. (2000). *O processo de coping, institucionalização e eventos de vida em crianças e adolescentes*. Tese de Doutorado não



- publicada, Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.
- Dell'Aglio, D. D., & Hutz, C. D. (2004). Depressão e desempenho escolar em crianças e adolescentes institucionalizados. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17(3), 351-357.
- Dell'Aglio, D. D., Borges, J. L., & Santos, S. S. dos. (2004). Eventos estressores e depressão em adolescentes do sexo feminino. *Psico*, 35 (1), 43-50.
- Drucker, P. M., & Greco-Vigorito, C. (2002). An exploratory factor analysis of Children's Depression Inventory scores in young children of substance abusers. *Psychological Reports*, 91, 131-141.
- Fitzpatrick, K. M. (1993). Exposure to violence and presence of depression among low-income African-American youth. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 61(3), 528-531.
- Golfeto, J. H., Veiga, M. H., Souza, L., & Barbeira, C. (2002). Propriedades psicométricas do Inventário da Depressão Infantil (CDI) aplicado em uma amostra de escolares de Ribeirão Preto. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 29 (2), 66-70.
- Gouveia, V., Barbosa, G., Almeida, H., & Gaião, A. (1995). Inventário de Depressão Infantil - CDI: Estudo de adaptação com escolares de João Pessoa. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 44, 345-349.
- Hair, J. F., Anderson, R. E., Tatham, & Black, W. C. (2005). *Análise multivariada de dados* (A. S. Sant'Anna & A. C. Neto, trad.). Porto Alegre: Bookman.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J., & Greeb, J. A. (1997). Transtornos do humor e suicídio. (D. Batista, Trad). Em H. I. Kaplan, B. J. Sadock, & J. A. Greeb (Orgs.), *Compêndio de Psiquiatria: Ciências do comportamento e psiquiatria clínica* (7ª ed., pp.1039-1045). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kovacs, M. (1983). *The Children's Depression Inventory: A self-rated depression scale for school age youngsters*. Pittsburg, PA: University of Pittsburgh, School of Medicine.
- Kovacs, M. (1985). The Children's Depression Inventory (CDI). *Psychopharmacology Bulletin*, 21(4), 995-998.
- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory Manual*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Kovacs, M. (2003). *Children's Depression Inventory (CDI): Technical Manual Update*. Toronto: Multhi-Health Systems Inc.
- Kovacs, M., Obrosky, S., Gatsonis, C., & Richards, C. (1997). First-episode major depressive and dysthymic disorder in childhood: Clinical and socio-demographic factors in recovery. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 777-784.
- Marcelli, D. (1998). *Manual de psicopatologia da infância de Ajuriaguerra*. 5ª ed., Porto Alegre: Art Med.
- Merikangas, K. R. & Angst, J. (1995). The challenge of depressive disorders in adolescence. Em M. Rutter (Org.), *Psychosocial disturbances in young people* (pp. 3-6). Londres: Cambridge University Press.
- Pardo, M. (2002). Análisis factorial. Em M. Pardo (Org.), *Guía para el análisis de datos* (pp.405-445). Madrid: McGraw-Hill/ Interamericana de España.
- Poletto, M. (2007). *Contextos ecológicos de promoção de resiliência para crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade*. Dissertação de Mestrado não-publicada. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS.
- Poznanski, E. O., & Mokros, H. B. (1995). *Children's Depression Rating Scale-Revised (CDRS-R)*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.
- Reppold, C. T. (2001). *Estilo parental percebido e adaptação psicológica de adolescentes adotados*. Dissertação de Mestrado não-publicada. Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.
- Sherrill, J. R., & Kovacs, M. (2000). Interview Schedule for Children and Adolescents (ISCA). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 67-75.
- Siqueira, A. C. & Dell'Aglio, D. D. (2006). O impacto da institucionalização na infância e na adolescência: Uma revisão de literatura. *Psicologia & Sociedade*, 18, 71-80.
- Steinberg, L. (1999). *Adolescence*. Boston: McGraw-Hill.
- Thurber, S., Snow, M., & Honts, C. R. (2002). The Zung Self-Rating Depression Scale: Convergent validity and diagnostic discrimination. *Assessment*, 9 (4), 401-405.
- Timbremont, B., Braet, C., & Dreesen, L. (2004).

- Assessing depression in youth: Relation between the Children's Depression Inventory and a structure interview. *Journal of Clinical and Adolescent Psychology*, 33, 149-157.
- Tróccoli, B.T. (1996). Modelagem por equação estrutural: Sua importância para a Psicologia da Saúde [Resumos]. Em Associação Brasileira de Psicologia Social (Orgs.), *Anais do VI Encontro Regional Sul da ABRAPSO* (p. 65). Universidade Federal de Santa Catarina: ABRAPSO.
- Wathier, J. L., & Dell'Aglio, D. D. (2007). Sintomas depressivos e eventos estressores em crianças e adolescentes no contexto de institucionalização. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 29 (3), 305-314.
- Yu, D., & Li, X. (2000). Preliminary use of the Children's Depression Inventory (CDI) in China. *Chinese Mental Health Journal*, 14, 225-227.

*Recebido em Janeiro de 2008  
Reformulado em Março de 2008  
Aceito em Abril de 2008*

#### **SOBRE OS AUTORES:**

*Josiane Lieberknecht Wathier*: psicóloga formada pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) e mestranda em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), sob orientação da Dr<sup>a</sup> Débora Dalbosco Dell'Aglio.

*Débora Dalbosco Dell'aglio*: psicóloga, doutora em Psicologia do Desenvolvimento pela UFRGS e docente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Instituto de Psicologia da UFRGS.

*Denise Ruschel Bandeira*: psicóloga, doutora em psicologia do Desenvolvimento pela UFRGS e docente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Instituto de Psicologia da UFRGS.