

DEJENANE APARECIDA PASCOAL PEREIRA

**VALIDADE E NORMATIZAÇÃO DA ESCALA DE
AVALIAÇÃO DE DEPRESSÃO PARA CRIANÇAS**

PUC-CAMPINAS

2007

DEJENANE APARECIDA PASCOAL PEREIRA

**VALIDADE E NORMATIZAÇÃO DA ESCALA DE
AVALIAÇÃO DE DEPRESSÃO PARA CRIANÇAS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia do Centro de Ciências da Vida da Pontifícia Universidade Católica de Campinas como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Psicologia.

Orientadora: Dra. Vera Lúcia Adami Raposo do Amaral.

PUC-CAMPINAS

2007

DEJENANE APARECIDA PASCOAL PEREIRA

**VALIDADE E NORMATIZAÇÃO DA ESCALA DE
AVALIAÇÃO DE DEPRESSÃO PARA CRIANÇAS**

Banca Examinadora

Presidente Prof^a. Dra. Vera Lúcia Adami Raposo do Amaral

Prof^a. Dra. Patrícia Waltz Schelini

Prof. Dr. Ricardo Primi

Prof^a. Dra. Solange Múglia Wechsler

Prof^a. Dra. Marilda Emmanuel Novaes Lipp

PUC-CAMPINAS

2007

DEDICATÓRIA

Á minha filha Letícia, pela felicidade que me traz em todos os momentos,
pelo seu sorriso e seu olhar que tanto ensinam.

Ao Francisco, meu companheiro nesta caminhada da vida, pela
compreensão, apoio e por estar ao meu lado.

Aos meus pais, Ulysses e Dejaci, pelo amor,

Aos meus avós Noêmia e Oswaldo por todo o amor e por serem tão
importantes em minha vida.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

À Deus por todas as pessoas que cruzaram meu caminho no decorrer deste trabalho e pelas oportunidades que se abriram em minha vida.

À minha Orientadora Dra. Vera Lúcia Adami Raposo do Amaral pelos ensinamentos pessoais e acadêmicos no percorrer de todos estes anos. Agradeço a presença sincera, os momentos de aprendizado e apoio. Sinto-me honrada em poder ter compartilhado muitos momentos com uma pessoa tão sábia e que sempre acreditou no meu trabalho.

Aos meus pais, Ulysses e Dejaci, pelo apoio e ajuda para que eu pudesse concluir esta etapa de minha vida profissional Mãe: no meio de acertos e desacertos, você é uma pessoa valiosa em minha vida. Obrigada por ter tomado conta da Letícia com tanto amor para que eu pudesse chegar até aqui!

AGRADECIMENTOS

No decorrer deste trabalho foram muitas as pessoas que cruzaram meu caminho e que me ajudaram sempre de modo especial, devo a conclusão deste trabalho a todas estas pessoas.

Primeiramente, é muito importante para mim, agradecer a todas as crianças que fizeram parte deste trabalho e que estavam sempre dispostas a ajudar. Agradeço também aos pais destas crianças que compreenderam o valor deste trabalho científico e autorizaram a participação de seus filhos. Obrigada!

Helymar Machado primeiro por ter realizado todas as análises estatísticas e segundo por se prontificar em me ajudar sempre que precisei.

A Dra. Solange Wechsler e Dr. Ricardo Primi pelas sugestões valiosas recebidas no decorrer da trajetória deste estudo. Obrigada por me apoiarem no meu crescimento profissional!

As escolas que abriram as portas e me receberam muitíssimo bem para a realização desta pesquisa. Aos diretores, orientadores pedagógicos e professores que ajudaram a mostrar aos pais e alunos o valor deste trabalho.

Aos meus amigos, sempre presentes e minha vida, e compartilharam comigo muitos momentos de felicidades e angústias no decorrer deste trabalho: Andrea, Cláudia, Elisete, Ilíada, Lília e Tom. Nunca esquecerei o quanto vocês foram especiais nestes momentos. Obrigada!

Aos meus irmãos: Ariane, Alessandro e Adriano por serem tão importantes em minha vida. Aos meus sobrinhos: Henrique, Mayara e Thiago, cunhadas: Silvia, Lia e Anita e cunhado: Marquinhos. Agradeço por fazerem parte da grande família e por compartilharmos muitos momentos felizes ou tristes das nossas vidas.

À Sônia Bissoli pelo apoio e carinho sempre recebido, em especial durante a gravidez da Letícia. Obrigada!

As amigas que muito ajudaram na coleta de dados como auxiliares de pesquisa: Andrea Márcia e Sabrina. Obrigada!

Às pessoas amigas do CADE, Edna e Regina, que me ajudaram neste trabalho nos encaminhamentos algumas escolas, pelo apoio em minha carreira profissional e por todo o carinho e apoio recebido. Vocês foram muito importantes. Muito obrigada!

Às pessoas amigas da UNITAU que acreditaram no meu trabalho e verdadeiramente me auxiliaram na minha caminhada profissional. Obrigada!

As pessoas que me ajudaram a tentar concluir a validade de critério deste trabalho: Dra. Lídia Strauss, Dr. César de Moraes, Dra. Liz, Dra. Lee, Dr. Miguel e Dra. Flávia. Obrigada por abrirem as portas e pela tentativa que acabou sendo muito importante na compreensão da depressão infantil.

À UNITAU por auxiliar financeiramente uma parte deste trabalho.

A CAPES pelo auxílio na realização deste e muitos outros estudos científicos.

RESUMO

PEREIRA, D.A.P. (2007). *Validade e Normatização da Escala de Avaliação de Depressão para Crianças*. Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, p. 206.

A pesquisa cumpriu a validação e normatização da Escala de Avaliação de Depressão para Crianças (Pereira & Amaral, 2004) em amostra de 626 crianças de 6 a 12 anos. Foi realizada a análise fatorial e a escala permaneceu com 24 itens em 4 fatores: Humor Deprimido; Relacionamento Social; Auto-Estima e Resposta Fisiológico-Autonômica. O Coeficiente de Cronbach mostrou boa precisão ($\alpha=0,82$). Tabelas em percentil e escore T foram elaboradas para: tipo de escola, sexo, idade, série escolar, faixas-etárias e faixas de séries escolares. Análises estatísticas (Mann-Whitney e Kruskal-Wallis) mostraram a necessidade de normas específicas para: tipo de escola ($p<0,001$), sexo ($p<0,001$) e escola pública x sexo ($p<0,001$). Na análise das crianças que apresentaram percentil acima de 75, o Qui-Quadrado mostrou diferença significativa para: tipo de escola ($\chi^2=11,30$ GL=1; $p<0,001$), sexo ($\chi^2=9,79$; GL=1; $p=0,002$) e escola pública x sexo ($\chi^2=11,13$; GL=1; $p<0,001$). A Escala de Avaliação de Depressão para Crianças mostra ser válida e fidedigna para uso na população brasileira, sendo de grande valor para pesquisa, prevenção e tratamento da saúde mental.

Palavras-Chave: depressão infantil, avaliação psicológica, psicometria.

ABSTRACT

PEREIRA, D.A.P. (2007). *Validation and Standardization of the Children Depression Evaluation Scale*. Thesis of Doctorate, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, p. 206.

The survey has complied with the validation and standardization of the Children Depression Evaluation Scale (Pereira & Amaral, 2004) in a sample of 626 children from 6 up to 12 years of age. It has been carried out the factorial analysis and the scale remained with 24 items in 4 factors: Depressed Mood, Social Relationship, Self-Esteem and Autonomic-Physiologic Response. The Cronbach Coefficient has shown good precision ($\alpha=0,82$). Table in percentile and T score were elaborated for: type of school, sex, age, school grade, age range and school grade range. Statistical analysis (Mann-Whitney and Kruskal-Wallis) have shown the necessity of specific standards for: type of school ($p<0,001$), sex ($p<0,001$) and public school x sex ($p<0,001$). In the analysis of the children who presented percentile above 75, the Qui-Square showed significant difference for: type of school ($\chi^2=11,30$ GL=1; $p<0,001$), sex ($\chi^2=9,79$; GL=1; $p=0,002$) and public school x sex ($\chi^2=11,13$; GL=1; $p<0,001$). The Children Depression Evaluation Scale has proven to be valid and trustworthy for the use in the Brazilian population, being of great value for mental health research, prevention and treatment.

Keywords: childhood depression, psychological assessment, psychometrics.

RESUMEN

PEREIRA, D.A.P. (2007). *Validación y Estandarización de la Escala de Evaluación de la Depresión en Niños*. Tesis de Doctorado, Pontificia Universidad Católica de Campinas, Campinas, p. 206.

La pesquisa cumplió la validación y normas de la Escala de Evaluación de la Depresión en Niños (Pereira & Amaral, 2004) en muestra de 626 niños de 6 a 12 años. Fué realizada una análisis de factores y la escala permaneció con 24 itens en 4 de ellos: Humor Deprimido, Relacionamento Social, Auto Estima y Respuesta Fisiológica Autónoma. El Coeficiente de Cronbach mostró buena precisión ($\alpha=0,82$). Tablas en porcentaje y medida T fueron elaboradas para: tipo de escuela, sexo, edad, série escolar, fajas de edad y fajas de séries escolares. Análisis estadísticas (Mann-Whitney e Kruskal-Wallis) mostraron la necesidad de normas específicas para: tipo de escuela ($p<0,001$), sexo ($p<0,001$) y escuela pública x sexo ($p<0,001$). En la análisis de los niños que presentaron porcentaje arriba de 75, el QI Quadrado mostró diferencia significativa para: Tipo de escuela ($\chi^2=11,30$ GL=1; $p<0,001$), sexo ($\chi^2=9,79$; GL=1; $p=0,002$) y escuela pública x sexo ($\chi^2=11,13$; GL=1; $p<0,001$). La Escala de Evaluación de la Depresión en Niños muestra ser valida y fidedigna para uso en la población brasileira para gran valor para pesquisa, prevección y tratamiento de la salud mental.

Palabras-clave: depresión infantil, evaluación psicológica, psicometría.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Frequência do escore bruto total na Amostra 2 (N=626).	119
Figura 2. Frequência do escore bruto total na Amostra 2 - Escola Pública (N=449).	119
Figura 3. Frequência do escore bruto total na Amostra 2 - Escola Particular (N=177)... ..	119
Figura 4. Índice de depressão por tipo de escola.	155
Figura 5. Índice de depressão por sexo.....	156
Figura 6. Índice de depressão por sexo na escola pública.	157
Figura 7. Índice de depressão por sexo na escola particular.	157
Figura 8. Índice de depressão por idade.	159
Figura 9. Índice de depressão por faixa etária.....	159
Figura 10. Índice de depressão por série escolar.	160
Figura 11. Índice de depressão por faixa de série escolar.....	160

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Análise de frequência das variáveis para Amostra 1.	88
Tabela 2. Análise descritiva da variável idade para Amostra 1.	88
Tabela 3. Análise de frequência da variável escola pública (série, idade e sexo) para Amostra 1.	89
Tabela 4. Análise de frequência da variável escola particular (série, idade e sexo) para Amostra 1.	90
Tabela 5. Análise de frequência das variáveis para Amostra 2.	91
Tabela 6. Análise descritiva da variável idade para Amostra 2.	91
Tabela 7. Análise de frequência da variável escola pública (série, idade e sexo) para Amostra 2.	92
Tabela 8. Análise de frequência da variável escola particular (série, idade e sexo) para Amostra 2.	93
Tabela 9. Reformulação dos itens para segunda versão da Escala de Avaliação de Depressão para Crianças	95
Tabela 10. Explicação de seis fatores da análise fatorial a partir da análise de componentes principais.	104
Tabela 11. Comunalidades referentes a uma solução com quatro fatores.	104
Tabela 12. Cargas fatoriais para solução com quatro fatores com rotação Varimax.	105
Tabela 13. Composição dos fatores.	106
Tabela 14. Análise descritiva do escore total e do escore total por tipo de escola x idade e por tipo de escola x série escolar referente à Amostra 1.	111
Tabela 15. Tamanhos amostrais para o Grupo 1 (tipo de escola x faixas etárias), para o Grupo 2 (tipo de escola x série escolar), Grupo 3 (tipo de escola) e Grupo 4 (sexo).	114
Tabela 16. Tamanhos amostrais para o Grupo 5 (tipo de escola x idade cronológica), para o Grupo 6 (tipo de escola x faixas de séries escolares) e para o Grupo 7 (tipo de escola x sexo).	115
Tabela 17. Tamanhos amostrais para o Grupo 8 (séries escolares) e para o Grupo 9 (faixas de séries escolares).	116
Tabela 18. Normas percentílicas para tipo de escola, sexo e população geral.	121
Tabela 19. Normas percentílicas para idade e faixas-etárias.	122
Tabela 20. Normas percentílicas para série-escolar e faixas de séries escolares.	123
Tabela 21. Normas percentílicas para tipo de escola x sexo.	124
Tabela 22. Normas percentílicas para tipo de escola x idade.	125

Tabela 23. Normas percentílicas para tipo de escola x faixa-etária.	126
Tabela 24. Normas percentílicas para tipo de escola x série escolar.....	127
Tabela 25. Normas percentílicas para tipo de escola x faixas de séries escolares.....	128
Tabela 26. Normas escores - T para população geral, tipo de escola e gênero.	129
Tabela 27. Normas escores - T para idade.	130
Tabela 28. Normas escores - T para série escolar.	131
Tabela 29. Normas escores - T para faixas-etárias e faixas de séries escolares.....	132
Tabela 30. Normas escores - T para tipo de escola x sexo.	133
Tabela 31. Normas escores - T para escola pública x idade.	134
Tabela 32. Normas escores - T para escola particular x idade.	135
Tabela 33. Normas escores - T para escola pública x série escolar.	136
Tabela 34. Normas escores - T para escola particular x série escolar.....	137
Tabela 35. Normas escores - T para tipo de escola x faixas de séries escolares.....	138
Tabela 36. Normas escores - T para tipo de escola x faixas etárias.....	139
Tabela 37. Normas percentílicas dos fatores para população geral.	140
Tabela 38. Normas percentílicas dos fatores para tipo de escola.....	141
Tabela 39. Normas percentílicas dos fatores para sexo.	141
Tabela 40. Normas percentílicas dos fatores para tipo de escola x sexo.....	142
Tabela 41. Escore T dos fatores para população geral.	143
Tabela 42. Escore T dos fatores tipo de escola.....	144
Tabela 43. Escore T dos fatores para sexo.	145
Tabela 44. Escore T dos fatores para tipo de escola x sexo.....	146
Tabela 45. Análise descritiva e comparativa do escore total para escola e sexo.....	147
Tabela 46. Análise descritiva e comparativa do escore total para idade e para série- escolar.	148
Tabela 47. Análise descritiva e comparativa do escore total para faixas etárias e para faixas de séries escolares.....	148
Tabela 48. Análise descritiva e comparativa do escore total para escola x sexo.	149
Tabela 49. Análise descritiva e comparativa do escore total para tipo de escola x idade e para tipo de escola x série-escolar.	150
Tabela 50. Análise descritiva e comparativa do escore total para tipo de escola x faixas etárias e para tipo de escola x faixas de séries escolares.....	151
Tabela 51. Análise descritiva e comparativa dos escores parciais para tipo de escola e sexo.	152
Tabela 52. Análise descritiva e comparativa dos escores parciais para sexo x tipo de escola	153

LISTA DE ABREVIACES E SIGLAS

AFC	= Análise Fatorial Confirmatória
AFE	= Análise Fatorial Exploratória
BDI	= <i>Beck Depression Inventory</i>
CDI	= <i>Children's Depression Inventory</i>
CDI	= Inventário de Depressão para Crianças
CDS	= <i>Children's Depression Scale</i>
CES-D	= <i>Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale</i>
CID	= Código Internacional de Doenças
CPF	= Córtex Pré-Frontal
DAHD	= Distúrbio de Ajustamento com Humor Deprimido
DD	= Distúrbio Distímico
DM	= Depressivo Maior
DSM-IV	= Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
DSM-IV-TR	= Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – Texto Revisado
EADC	= Escala de Avaliação de Depressão para Crianças
EPM	= Erro Padrão de Medida
ESDM-P	= Escala de Sintomatologia Depressiva Maior para Professores
FSC	= Fluxo Sangneo Cerebral
HRSD	= <i>Hamilton Rating Scale for Depression</i>
K-SADS-PL	= <i>Kiddie-Sads-Present and Lifetime</i>
KMO	= <i>Kaiser-Meyer-Olkin</i>
MRS	= <i>Mania Rating Scale</i>
NA	= <i>Negative Affect</i>
OMS	= Organização Mundial de Saúde
PA	= <i>Positive Affect</i>
PET	= emissão de positrns
PH	= <i>Physiological Hyperarousal</i>
PYS	= <i>Pittsburgh Youth Study</i>
RADS	= <i>Reynolds Adolescent Depression Scale</i>
RCDS	= <i>Reynolds Child Depression Scale</i>
RMF	= Ressonância Magnética Funcional
SPECT	= tomografia por emissão de fóton nico
TC	= Tomografia Computadorizada
TDAH	= Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	16
DEPRESSÃO INFANTIL	20
Panorama da Literatura	20
Quadro Clínico, Avaliação Diagnóstica e Tratamento.....	27
Fatores de Risco.....	49
Epidemiologia da Depressão	57
O Sistema Neuroanatômico Funcional da Emoção	60
O Córtex Pré-Frontal.....	63
A Amígdala	65
INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA DEPRESSÃO.....	69
PARÂMETROS PSICOMÉTRICOS DOS INSTRUMENTOS DE MEDIDA	78
OBJETIVOS.....	86
Objetivo Geral	86
Objetivos Específicos.....	86
MÉTODO	87
Participantes	87
Material 93	
Carta de Ciência e Autorização	98
Consentimento Livre e Esclarecido.....	99
Procedimento.....	99
RESULTADOS E DISCUSSÃO	102
Análise Fatorial Exploratória	103
Resultados do Estudo Piloto	110
Normatização.....	117
Relações Entre as Variáveis	147
Resultados das Crianças com Indícios de Depressão.....	154
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	162
REFERÊNCIAS	166
APÊNDICES	179
APÊNDICE A – Critérios para Episódio Depressivo Maior	180
APÊNDICE B – Critérios para Episódio Maníaco	181

APÊNDICE C – Critérios para Episódio Misto	182
APÊNDICE D – Critérios para Episódio Hipomaniaco	183
APÊNDICE E – Critérios Modificados para Desordem de Depressão Maior ..	184
APÊNDICE F – 1º Versão da Escala de Auto-Avaliação de Depressão Para Crianças	185
APÊNDICE G – 2º Versão da Escala de Avaliação de Depressão Para Crianças.....	188
APÊNDICE H – 3º Versão da Escala de Avaliação de Depressão Para Crianças.....	191
APÊNDICE I – 4º Versão da Escala de Avaliação de Depressão Para Crianças.....	195
APÊNDICE J – 5º Versão da Escala de Avaliação de Depressão Para Crianças.....	199
APÊNDICE K – Carta de Ciência e Autorização.....	202
APÊNDICE L – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	203
APÊNDICE M – Curva de Percentil na Amostra 2	204
APÊNDICE N – Indícios de Depressão por Faixa Etária	205
APÊNDICE O – Indício de Depressão por Faixa de Série.....	206

APRESENTAÇÃO

O surgimento e o desenvolvimento da Psicometria possibilitaram que os testes psicológicos, considerados instrumentos de avaliação psicológica, pudessem evoluir. Este fato ocorreu por volta da primeira metade do séc. XX. Em 1930, com o advento e o avanço da Análise Fatorial, a Psicometria Clássica se consolidou. A filosofia materialista da época exigia operacionalização e um esforço de mensuração para que a Psicologia pudesse ser estabelecida enquanto ciência.

Atualmente, não há como negar o importante papel dos instrumentos de medida para a área científica da saúde mental, como a ciência Psiquiátrica e Psicológica. Os instrumentos de medida, tais como: as escalas, inventários, entre outros, têm exercido um papel fundamental para a ciência, eles são extremamente úteis no auxílio do diagnóstico e na identificação precoce das desordens psiquiátricas, e na realização da Avaliação Psicológica. Além disso, são amplamente usados em pesquisas científicas como meio de medir os construtos desejados, contribuindo para o crescimento científico. Este importante papel é reafirmado pelas pesquisas crescentes de construção de instrumentos psicométricos e validação de outros já existentes, além de pesquisas de tradução e adaptação em outras populações étnicas.

A importância dos testes psicológicos é reforçada na prática psicológica com a extensa utilização nas diversas áreas da psicologia, tanto na pesquisa científica como na atuação profissional, contribuindo para a evolução da Psicologia enquanto ciência. Os testes psicológicos são utilizados em diversos países, Oakland (1999 a) investigando 44 países, desconsiderando os Estados Unidos, cita que 50% dos testes são desenvolvidos em outros países e importados para uso, e ocorre uma baixa utilização de testes em países menos desenvolvidos. Oakland é um dos muitos pesquisadores que enfatizam a necessidade da construção de medidas padronizadas considerando-se o contexto sócio-cultural do país.

Deste modo, os testes psicológicos devem representar o universo de

características do construto, que pretende medir, na população alvo de estudo.

No Brasil, há alguns anos muitos profissionais têm se dedicado à área de Avaliação Psicológica, o que se pode observar por meio das organizações dos congressos, mais recentes e específicos da área. O próprio Conselho Federal de Psicologia em novembro de 2003, preocupado com a questão da qualidade e eficácia dos testes psicológicos, divulgou a primeira lista com os instrumentos aprovados ou não a partir de uma análise utilizando critérios científicos por meio da resolução CFP nº 002/2003.

Todos estes esforços mostram a necessidade urgente de investimentos de esforços em pesquisa. Infelizmente, ainda há uma lacuna muito grande em relação à construção de instrumentos psicológicos destinados à população brasileira, nas suas diversas faixas etárias. Fato que prejudica a realização de avaliações psicológicas e o próprio desenvolvimento científico, no Brasil.

A literatura científica enfatiza a importância e a necessidade das medidas padronizadas para medir a depressão. Na literatura internacional, instrumentos de avaliação de depressão em adultos, adolescentes e crianças são mencionados e bastante utilizados na pesquisa e na clínica. As escalas sobre depressão visam auxiliar no diagnóstico da depressão e em pesquisas científicas, incluindo as pesquisas epidemiológicas. Além disso, permitem a verificação da severidade dos sintomas ajudando no planejamento do tratamento de casos clínicos.

A depressão em adultos é reconhecida como psicopatologia e tem sido bastante enfatizada, não só por parte dos profissionais, mas também pela população, de modo geral. Já a depressão infantil foi aceita recentemente como categoria diagnóstica. Embora autores, de algumas abordagens teóricas, não concordem com esta categoria, a quantidade de estudos sobre esta psicopatologia tem aumentando nos últimos anos. No quadro atual, a depressão infantil é alvo de preocupações para muitos profissionais que procuram esclarecer melhor este construto na população mais jovem. Há uma preocupação de que este transtorno deva ser compreendido a partir das especificidades do desenvolvimento cognitivo infantil.

A partir da década de 80, os estudos epidemiológicos sobre a depressão em crianças e adolescentes se desenvolveram na literatura internacional. No Brasil, os estudos sobre a depressão em crianças ainda são escassos. Este quadro não é diferente em relação a instrumentos construídos para medir a depressão na população brasileira.

Por meio do levantamento da literatura nacional, verifica-se a necessidade de um instrumento válido e fidedigno para avaliar a depressão em crianças brasileiras, levando-se em conta todas as dificuldades em se utilizar instrumentos estrangeiros. O quadro atual de importação dos instrumentos de medida deve ser revertido com pesquisas de construção de instrumentos para atender à realidade brasileira. A depressão infantil é um problema de saúde pública e deve ser estudada no contexto psicossocial do Brasil.

A autora sempre esteve preocupada com a área de Avaliação Psicológica, e em sua dissertação de Mestrado desenvolveu um estudo de validação da Escala de Avaliação de Depressão para Crianças (Pereira & Amaral, 2004). Este trabalho se iniciou quando, por meio de consultas à literatura internacional, verificou-se a utilização de uma escala para avaliar depressão em crianças, o Inventário de Depressão para Crianças (*Children's Depression Inventory* - CDI), constatando-se a importância desta escala para os pesquisadores e profissionais da área de saúde mental.

Em sua pesquisa de Mestrado consolidou a Validade de Construto em uma amostra de crianças brasileiras, realizando a Análise Fatorial Exploratória; a Validade de Conteúdo; a Discriminação dos Itens e a Fidedignidade da Escala de Avaliação de Depressão para Crianças. Com o interesse em dar continuidade ao processo de validação, a proposta aqui foi a realização de outros estudos que comprovem a eficácia da escala. Além disso, foi elaborada a normatização da escala viabilizando sua utilização na região do Vale do Paraíba - SP. Desta forma, cumpriram-se os critérios científicos que comprovem a qualidade e eficácia da Escala de Avaliação de Depressão para Crianças.

O interesse profissional da pesquisadora é contribuir com a ciência psicológica publicando a Escala de Avaliação de Depressão para Crianças,

preenchendo em parte, a carência e necessidade de escalas, para depressão infantil, que sejam válidas para crianças brasileiras, incluindo o respeito ao contexto sócio-cultural, essencial no estudo da depressão.

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

DEPRESSÃO INFANTIL

Panorama da Literatura

As desordens depressivas, na população infantil, já são reconhecidas cientificamente e chamam a atenção de vários autores. Antes de 1970, os psiquiatras americanos não eram preocupados com a depressão infantil, pois acreditavam que embora as crianças apresentassem triste afeto ante uma situação de perda e frustração, elas raramente sofriam de sintomas de depressão (Cytryn, 2003). Contudo, ainda na década de 60, alguns pesquisadores começaram a aceitar a existência da depressão infantil e, na década de 70, a depressão infantil foi descrita pela primeira vez com critérios específicos (Miller, 1998). A relutância em aceitar a depressão infantil se deu em parte pela influência da teoria psicanalítica, onde a depressão foi conceitualizada como um fenômeno do superego; assim, teoricamente, seria impossível à ocorrência da depressão infantil (Digdon & Gotlib, 1985; Miller, 1998). Alguns teóricos também argumentavam que crianças abaixo de nove anos não possuem o auto-conceito desenvolvido e, portanto, não experimentam a noção do “eu real” e do “eu ideal”, que é um precursor da culpa, o centro da emoção da depressão (Cowan, 1978, apud Luby, Heffelfinger, Mrakotsky, Brown, Hessler, Wallis & Spitznagel, 2003). Atualmente, não se questiona o fato de que crianças podem ser diagnosticadas com transtornos do humor, principalmente desordem de depressão maior e desordem bipolar (Mcclure, Kubiszyn & Kaslow, 2002). O transtorno depressivo é presenciado como sendo comum e grave. Modernos estudos epidemiológicos reconhecem o aumento de sua prevalência e de seu início cada vez mais precoce (Bahls, 2002).

Existem modelos ou teorias que tentam explicar sobre a etiologia da depressão e responder o porquê de algumas pessoas ficarem deprimidas e outras não. As teorias são as várias formas de se compreender a depressão incluindo, os aspectos de desenvolvimento, comportamentais, cognitivos e biológicos (Miller, 1998). As quatro maiores teorias de depressão são: teoria biológica, teoria

comportamental, teoria cognitiva e teoria psicanalítica (Digdon & Gotlib, 1985). Outras teorias de depressão relatadas por Miller (1998) são: teoria do vínculo, teoria das organizações depressotípicas e o modelo diátese-estresse.

A teoria biológica atribui como causa da depressão às irregularidades química ou molecular, ou seja, considera os genes, os neurotransmissores e as substâncias químicas nos sintomas e afetos depressivos. O caráter destas irregularidades postuladas varia com as diferentes teorias biológicas (Digdon & Gotlib, 1985; Miller, 1998). Pesquisas que estudam relações na família, gêmeos e filhos adotivos demonstram o fator genético na depressão (Miller, 1998).

Na teoria comportamental, o comportamento é compreendido em termos de eventos ambientais que precedem ou guiam o comportamento, enfatizando o papel do aprendizado. Na depressão, a teoria comportamental foca a presença de sintomas depressivos e a ausência ou redução da frequência de comportamentos normais; mudanças no reforço são vistas como as causas de sintomas depressivos ou diminuição de comportamentos normais. Embora, a teoria comportamental reconheça as mudanças no reforço como o fator etiológico primário na depressão, nem todos os teóricos concordam sobre os tipos de mudanças no reforço que são críticos para a depressão ocorrer (Digdon & Gotlib, 1985). Há basicamente três explicações para a depressão infantil: o condicionamento pavloviano, o condicionamento skinneriano ou a aprendizagem social (Miller, 1998).

Muitos psicólogos da teoria cognitiva estudaram os processos cognitivos específicos e relevantes para a depressão infantil, entre eles: Ellis, Beck, Meichenbaum e Seligman (Miller, 1998). Beck formulou o modelo de distorção cognitiva e Seligman o modelo de desamparo aprendido. Para Beck, as manifestações comportamentais e de afeto da depressão resultam de uma ativação de padrões particulares de cognição; assim, a pessoa deprimida mantém um conceito negativo de si, uma interpretação negativa das experiências de vida e uma visão pessimista do futuro (Digdon & Gotlib, 1985).

A teoria psicanalítica explica a depressão no adulto por meio de acontecimentos da infância para predizer o atual estado emocional. Somente o

adulto pode manifestar a depressão, pois o superego é maduro. Entretanto, os teóricos da teoria psicanalítica mais atual reconhecem a depressão em crianças. A depressão seria então uma manifestação do ego que varia em seu funcionamento conforme os estágios do desenvolvimento infantil. Assim, a mudança no funcionamento do ego resulta em mudanças na percepção e interpretação de eventos e na mudança nas habilidades para conter emoções e inibir expressões motoras do afeto. A expressão da depressão muda de acordo com o desenvolvimento do ego (Dlgon & Gotlib, 1985).

Nas teorias do vínculo prevalece a idéia de que o ajuste emocional da criança depende do vínculo estabelecido entre ela e o cuidador. Um dos teóricos mais eminentes desta abordagem é Bowlby; para ele, a falta de um vínculo seguro entre criança e cuidador e a ausência do amor e afeição no desenvolvimento da criança criam esquemas cognitivos negativos que levam à depressão (Miller, 1998).

Nas organizações depressotípicas, a idéia é de que existem diversas variáveis do desenvolvimento psicológico e biológico que podem ser organizadas de modo a causar a depressão infantil. O modelo procura integrar os componentes cognitivos, emocionais, interpessoais e biológicos da depressão em uma teoria unificada. A obra de Dante Cicchetti destaca-se para a compreensão multifatorial deste modelo (Miller, 1998).

O modelo diátese-estresse acredita que a depressão é uma consequência de diversos fatores. Ela surge devido a uma predisposição biológica, neurológica e genética – a diátese – ativada pela introdução de estressores ambientais (Miller, 1998).

Os estudiosos sobre a depressão infantil têm trabalhado para responder as questões sobre as características diferenciais da desordem de humor na população infantil e batalhado contra as dificuldades encontradas para a realização de um diagnóstico fidedigno e um tratamento eficaz. Eles também procuram investigar quais fatores afetam a população infantil nos quais podem ser de risco para desencadear a depressão e, a partir daí, visam contribuir na prevenção da depressão nas crianças, o que não é uma tarefa fácil. Há

continuidade desta desordem nas fases de desenvolvimento subseqüentes resultando no aumento delas na população geral, tornando-se um problema de saúde pública (Fassler & Dumas, 1997; Harrington, Whittaker & Shoubridge, 1998).

De modo geral, na literatura internacional, verifica-se uma preocupação na realização de estudos com amostras amplas de crianças, envolvendo diversas idades de pré-escolares a escolares, na tentativa de adicionar a descrição e comprovação do funcionamento desta psicopatologia na infância (Turner & Barrett, 2003; Luby, Heffelfinger, Mrakotsky, Brown, Hessler, Wallis & Spitznagel, 2003). Este cuidado é muito ressaltado em novas propostas para a compreensão da depressão infantil por meio de teorias: teoria do desamparo, teoria de estilos de respostas da depressão de Nolen-Hoeksema's e o modelo tripartido de afeto de Clark e Watson's. Estas teorias foram inicialmente propostas para uso na população adulta (Abela, 2001, 2002), então, para a compreensão do funcionamento destas teorias ou modelos na população infantil é imprescindível a realização de pesquisas longitudinais devido aos estágios do desenvolvimento (Turner & Barrett, 2003; Abela, 2001, 2002; Chorpita, Plummer & Moffitt, 2000; Chorpita, 2001; Lee, 2002).

A pesquisa de Abela (2001) realizada com uma amostra de 151 crianças pode ser considerada como uma contribuição para a compreensão da depressão infantil segundo a teoria do desamparo (*hopelessness theory*), na qual poderá ter forte impacto sobre a etiologia, o tratamento e a prevenção da depressão na população de crianças. Outra importante contribuição trazida por Abela (2002) foi a investigação da teoria de estilos de respostas da depressão de Nolen-Hoeksema's em uma amostra de 130 crianças.

A distinção efetiva entre ansiedade e depressão em amostras de população infantil tem sido há muito tempo um assunto difícil, o ponto principal desta questão é se tem uma distinção válida e útil sobre esses construtos (Turner & Barrett, 2003). Deste modo, o modelo tripartido de afeto de Clark e Watson's foi inicialmente proposto para explicar a alta comorbidade de desordens depressivas e de sintomas de ansiedade, e teve importantes implicações com respeito à psicopatologia (Chorpita, 2002; Lee, 2002; Chorpita, Plummer & Moffitt, 2000). O

modelo posiciona um fator geral, afeto negativo (*Negative Affect* - NA), que é compartilhado por ansiedade e depressão, caracterizado por tendências para sentir-se angustiado, preocupado, triste e cansado. Entretanto, eles adicionalmente hipotetizam que ansiedade e depressão podem ser significativamente diferenciados na base de dois fatores específicos: chamados hiper-despertar fisiológico (*Physiological Hyperarousal* - PH), comuns nas desordens de ansiedade, inclui sentimentos de tensão, nervosismo, instabilidade e pânico; e (baixo) afeto positivo (*low*) (*Positive Affect* - PA), comum na depressão, que inclui a perda de interesse ou prazer, desordens de alimentação, períodos de choro, e sentimentos de desesperança e isolamento (Turner & Barrett, 2003; Lee, 2002; Chorpita, Plummer & Moffitt, 2000). A pesquisa de Chorpita (2002) realizou uma investigação da relação da estrutura do modelo tripartido. A amostra foi de 1.578 crianças e adolescentes com idade média de 12,87 anos. Os resultados da pesquisa confirmaram os princípios básicos do modelo tripartido em crianças e adolescentes.

Outra pesquisa pioneira (Chorpita, Plummer & Moffitt, 2000) com o modelo tripartido investigou 100 crianças e adolescentes, com ansiedade e desordens depressivas, com o objetivo de estabelecer estimativas preliminares, da estrutura e magnitude das relações de três fatores emocionais com dimensões de: ansiedade social, depressão, pânico, ansiedade generalizada, obsessões-compulsões e ansiedade de separação. De modo geral, as correlações obtidas entre as escalas foram altas. Além disso, NA foi significativamente relacionada à ansiedade generalizada, pânico e obsessões-compulsões; PA foi significativamente relacionada à depressão e ansiedade social.

O modelo tripartido de afeto positivo-negativo também foi investigado por Turner e Barrett (2003). A pesquisa foi realizada em uma amostra de três faixas de idade em crianças e jovens (882 de 13-14 anos; 631 de 10-11 anos; 321 de 7-8 anos). O modelo dos três fatores mostrou-se apropriado em todos os níveis de idade. Similar com outras pesquisas, as autoras concluíram que a estrutura de sintomas de ansiedade e depressão não varia amplamente de acordo com a idade; e escalas devem ser designadas especificamente para avaliar a dimensão tripartida na população infantil.

Seguindo a linha das pesquisas realizadas com o modelo tripartido, Lee (2002) aplicou-o numa população escolar de 624 crianças. Os resultados encontrados indicam que não houve suporte para o modelo tripartido de emoção de Clark e Watson's, pois PA e NA mostraram-se negativamente correlacionados. Em relação aos resultados encontrados nas pesquisas do modelo tripartido, anteriormente descritas, a pesquisa de Lee (2002) foi divergente em relação aos outros autores citados. Este autor acredita que o modelo tripartido não é aplicável à população infantil, apontando que deve haver uma diferente etiologia ou predisposição de humor depressivo ou ansioso para crianças e adultos. O autor sugere que um novo modelo de afeto é necessário para crianças.

De modo geral, ainda há um longo caminho a ser percorrido para que as teorias possam ser mais bem compreendidas quando se trata de depressão em crianças, pois ainda são pioneiras em amostras de crianças. Essas pesquisas dão relevantes contribuições e sugestões para realização de novos estudos e, para que, finalmente, tais teorias e modelos possam ser aplicados na população infantil com caráter científico. Tais teorias ou modelos procuram contribuir para um conhecimento mais profundo da etiologia, tratamento e prevenção da depressão infantil.

Outros autores realizam pesquisas que incluem o quadro clínico, abordando a sintomatologia, a avaliação diagnóstica e o tratamento das desordens de humor, sendo que algumas destas pesquisas são de revisão teórica (Luby, Heffelfinger, Mrakotsky, Brown, Hessler, Wallis & Spitznagel, 2003; McClure, Kubiszyn & Kaslow, 2002; Massa, 2002; Beardslee, Versage & Gladstone, 1998; Birmaher & Brent, 1998; Stark, Swearer, Delaune, Knox & Winter, 1995; Mesquita & Gilliam, 1994). As pesquisas de revisão teórica são importantíssimas, pois realizam uma "varredura" na literatura, apontando quais são as lacunas que devem ser preenchidas e as evidências mais consistentes, principalmente em termos de diagnóstico e tratamento; as demais pesquisas que incluem o quadro clínico, diagnóstico e tratamento são responsáveis pelos esclarecimentos, auxílio e prevenção desta desordem.

Ainda, há publicações de diversas pesquisas tratando o tema de modo variado, o que indica que a depressão infantil tem sido foco de investigações para

muitos autores. Neste sentido, a maioria das pesquisas tem sido relacionada com a depressão infantil, investigando os fatores de risco (Jaffe, Moffitt, Caspi, Fombonne, Poulton & Martin, 2002; Reinherz, Giaconia, Hauf, Wasserman & Paradis, 2000; Nilzon & Palmerús, 1997; Tisher, Tong & Horn, 1994) ou relacionando-a com outras diversas variáveis (Maugban, Rowe, Loeber & Stouthamer-Loeber, 2003; Miller, Weissman, Gur & Greenwald, 2002; Pine, Goldstein, Wolk & Weissman, 2001); alguns destes estudos ainda são únicos e relatam resultados promissores que merecem ser mais aprofundados. As pesquisas dos fatores de risco visam obter um corpo sólido de conhecimento sobre as causas da depressão para que possa haver futuros planos de prevenção. Também é importante citar as pesquisas mais voltadas para a comorbidade da depressão com outras desordens, como a ansiedade, o transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (Treuting & Hinshaw, 2001, Eley & Stevenson, 2000), pois crianças e adolescentes deprimidos apresentam altas taxas de comorbidade com outros transtornos psiquiátricos, sendo mais comum do que em adultos com depressão (Bahls, 2002).

Somente com uma profunda compreensão desta desordem é que tanto a prevenção como os planos de tratamento, tanto medicamentoso quanto psicoterápico, poderão se tornar mais eficazes; além disso, as pesquisas são, muitas vezes, convertidas em modelos de tratamentos. Os tratamentos da depressão em crianças também são alvos de investigações; alguns autores têm se preocupado em realizar pesquisas voltadas para verificar a adequação destes planos e se eles realmente são funcionais.

Finalmente, há as pesquisas que enfocaram a construção ou validação dos instrumentos de avaliação da depressão infantil ou aspectos específicos destes instrumentos (Pereira & Amaral, 2004; Fristad, Emery & Beck, 1997; Smucker, Craighead, Craighead & Green, 1986). Os instrumentos pesquisados são de imenso auxílio na identificação precoce das desordens de humor na infância, além de sua vasta utilização em pesquisas científicas, ressaltando que as pesquisas de construção e validação de instrumentos devem ser estimuladas.

Para Silveira e Jorge (2000), as dificuldades de compreensão da depressão - na infância, adolescência e início da fase adulta - vêm sendo

ampliadas pela falta de metodologia adequada; a diversidade de estratégias e procedimentos dificulta a generalização dos resultados de pesquisas da área. Segundo McClure et. al. (2002), uma sólida fundamentação empírica de diagnóstico e método de avaliação requer a padronização da pesquisa em amostras amplas e representativas estabelecidas como válidas e confiáveis. Digdon e Gotlib (1985) destacam que também é imprescindível, no estudo da depressão infantil, o uso de investigação longitudinal, pois permite o exame dos efeitos relacionados à idade, verificando a relação entre a depressão na infância e na fase adulta. Então, é preciso que as abordagens sobre avaliação, diagnóstico e tratamento de problemas de humor na infância apresentem uma sólida fundamentação empírica.

A literatura internacional é vasta e vem crescendo a cada ano, entretanto em termos de literatura nacional ainda há muitas pesquisas a serem realizadas para o preenchimento de lacunas que possibilitem um esclarecimento e compreensão da depressão infantil na população brasileira. O desenvolvimento de pesquisas no âmbito nacional também respeitará um papel mais atual da pesquisa científica, pois atenderá a necessidade de consideração dos aspectos sócio-culturais nas populações estudadas.

Portanto, a quantidade de estudos voltada para faixa etária de crianças pré-escolares e escolares vem crescendo a cada ano, o que mostra o esforço de muitos autores com a população infantil; entretanto, os estudos sobre a depressão infantil ainda são bastante recentes e muitas pesquisas já realizadas sugerem que novos estudos sejam traçados. As desordens de humor na infância e adolescência apresentam grandes possibilidades em termos de tratamento e prevenção, mas para que este quadro possa se tornar realidade no Brasil, é necessário também o envolvimento das políticas públicas que trate a depressão na infância como um problema de saúde pública.

Quadro Clínico, Avaliação Diagnóstica e Tratamento

Atualmente, o uso do termo depressão é encontrado vastamente na

literatura científica e também tem sido muito utilizado no senso comum. Para Del Porto (2000), o termo depressão tem sido vinculado à: um estado afetivo normal, quando este sentimento é considerado normal e compreensível dentro de uma situação esperada (exemplo: perda de alguém significativo); enquanto sintoma, podendo surgir em diversos quadros clínicos, tais como esquizofrenia, alcoolismo e demência ou como resposta a diversas situações (estressantes, sociais, econômicas, entre outras); como síndrome, ocorrendo uma manifestação de uma constelação de sintomas que envolvem alterações do humor, cognitivas, psicomotoras e vegetativas (sono, apetite); e a uma (ou várias) doença(s), havendo diversas classificações segundo o período histórico, preferência de autores e ponto de vista adotado.

Birmaher, Ryan, Williamson, Brent, Kaufman, Dahl, Perel e Nelson (1996 b) enfatizam que a depressão é uma desordem heterogênea e muitos processos operam em sua patogênese. Deste modo, é inevitável que no diagnóstico da depressão em adultos, adolescentes e crianças haja sérias dificuldades. A realização do diagnóstico preciso das desordens de humor em crianças e adolescentes é uma tarefa complicada e requer experiência e treinamento (Waslick & Pizarro, 2003).

Alguns fatores de dificuldades, para o diagnóstico da depressão infantil, relatados na literatura científica são: as diversas classes de depressão existentes (Birmaher, Ryan, Williamson, Brent & Kaufman 1996 a), variação do quadro clínico em diversos grupos étnicos (Birmaher, Brent & Benson, 1998), dificuldade na definição, as variáveis funcionais, comorbidade e a sobreposição de sintomas com outras psicopatologias da infância (Mesquita & Gilliam, 1994), experiência e manifestação individual e diversificada da depressão (muitas crianças não têm idéia e não sabem que estão depressivas), e dificuldade em avaliar a criança em detrimento de características de sua personalidade (Assumpção Jr., 2000), informação limitada sobre as variações de sintoma conforme a faixa de desenvolvimento (Birmaher et. al, 1998, Mesquita & Gilliam, 1994), falta de instrumentos de avaliação adequados e relutância no reconhecimento da seriedade da depressão infantil (Pereira & Amaral, 2004, Mesquita & Gilliam, 1994).

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

Para Assumpção Jr. (2000), a variabilidade sintomatológica, assim como a não-especificidade da depressão na criança e no adolescente, reforça ainda mais a necessidade de um diagnóstico fidedigno. Aliado a estes aspectos, a comorbidade é outro fator que causa confusão para realização do diagnóstico. A comorbidade refere-se à manifestação de duas desordens ou mais no qual a co-ocorrência é mais forte do que seria esperado somente pelo risco (Mohr, 2001). Conforme Miller (1998), 40% a 70% de crianças e adolescentes que sofrem de depressão apresentam outros problemas emocionais diagnosticáveis, e 20% a 50% possuem dois ou mais distúrbios psiquiátricos além da depressão. Para McClure, Kubiszyn e Kaslow (2002) os distúrbios no relacionamento estão presentes na criança com depressão. Assim, a avaliação da presença de desordens de comorbidade também é uma parte crítica da avaliação diagnóstica da depressão infantil.

A depressão infantil tem alta probabilidade de coexistir com: desordens de ansiedade, desordem de conduta, déficit de atenção e hiperatividade (Fassler & Dumas, 1997; Mesquita & Gilliam, 1994). A maioria dos jovens com desordem de depressão maior tem outras desordens psiquiátricas (Waslick & Pizarro, 2003, Birmaher, Brent & Benson, 1998, Birmaher & Brent, 1998, Miller, 1998, Birmaher et al., 1996 b), sendo as mais freqüentes: distímia, desordem de ansiedade, desordem de comportamento disruptivo e desordens de uso de substância (Birmaher, Brent & Benson, 1998, Birmaher & Brent, 1998, Miller, 1998, Birmaher et al., 1996 b). No transtorno de depressão maior, as comorbidades de abuso de substância, desordem de conduta, fobia social e desordens de ansiedade geral são mais comuns em adolescentes, e desordem de ansiedade de separação é mais comum em crianças (Birmaher & Brent, 1998, Miller, 1998). A desordem de

ansiedade de separação é vista em 36% das crianças com depressão (MILLER, 1998). As desordens bipolares também são confundidas com desordens de comportamento e esquizofrenia (Gill, Coffey & Park, 2000 b; McClellan & Werry, 1997; Notelmann & Jensen, 1995). Segundo Mohr (2001), a desordem bipolar tem sido relatada por autores para ter comorbidade com o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH).

Em geral, o diagnóstico de comorbidade aparece para influenciar o risco de recorrência da depressão, duração do episódio depressivo, tentativas ou comportamentos de suicídio, resultado funcional, resposta para tratamento e utilização de serviços de saúde mental (Birmaher et al., 1996 b). As crianças que apresentam problemas comórbidos têm um risco maior de recaída para um episódio de depressão grave e de sofrerem episódios depressivos mais longos (Miller, 1998). Alguns autores da literatura internacional têm se preocupado em abordar o fenômeno da comorbidade ao estudarem a ansiedade, a depressão e o TDAH em amostras de crianças. Tais estudos abrem caminho para uma melhor compreensão acerca da sobreposição sintomatológica entre estes transtornos, contribuindo no esclarecimento de possíveis confusões ocorridas ao se considerar a especificidade de cada caso.

Eley e Stevenson (2000) consideram que a comorbidade entre a depressão e a ansiedade é, em grande parte, devida a fatores genéticos que influenciam ambos, mas acreditam que, por outro lado, a influência de fatores ambientais é específica para cada uma dessas desordens. Assim, eles procuraram identificar estressores ambientais relacionados especificamente para ansiedade e depressão. Foi investigada a especificidade de eventos de perda e eventos de ameaça para depressão e ansiedade. O estudo procura oferecer suporte para que os tipos de eventos possam ser identificados e associados com a sintomatologia depressiva e de ansiedade, e contou com 61 casais de gêmeos – crianças com idade entre 8 e 16 anos – com escores altos de ansiedade e depressão e 29 pares de crianças não ansiosas e não depressivas; os casais foram entrevistados sobre eventos de vida e estressores crônicos por 12 meses. Os resultados demonstraram que eventos de perda, os estressores de trabalho escolar, problemas no relacionamento familiar e problemas de amizade foram significativamente associados com depressão; já eventos de ameaça foram

significativamente associados com ansiedade.

Kendall, Bradez e Verdurin (2001) verificaram a natureza e ocorrência da comorbidade nas desordens de ansiedade em crianças: o efeito da comorbidade no resultado do tratamento e o impacto do tratamento sobre o diagnóstico de comorbidade. A amostra contou com 173 crianças, com idades entre 8 e 13 anos, diagnosticadas com desordem de ansiedade de separação, superansiedade e/ou desordem de ansiedade generalizada, ou desordem de evitação e/ou fobia social. A maioria das crianças apresentou, pelo menos, um diagnóstico de comorbidade (79%), sendo o mais comum, desordem de ansiedade secundária, incluindo desordem de ansiedade generalizada, fobia simples, fobia social e desordem de ansiedade de separação. A comorbidade foi associada com maior severidade de sintomas internalizantes. Comorbidade de pré-tratamento não foi associado com resultado de tratamento ou manutenção dos ganhos do tratamento no acompanhamento. Entretanto, os indivíduos que continuaram a ter diagnóstico de comorbidade, no final do tratamento, mostraram menor remissão do seu diagnóstico de ansiedade primária. No entanto, o tratamento, apresentado para abordar a desordem de ansiedade primária, foi associado com uma redução em diagnósticos de comorbidade. Segundo os autores, esta pesquisa também suporta a eficácia do tratamento cognitivo comportamental para desordens de ansiedade em crianças com ou sem comorbidade.

A relação da depressão infantil com o TDAH também tem recebido bastante atenção na literatura internacional, pois os sintomas depressivos são tidos como uma das características secundárias associadas com o TDAH (Treuting & Hinshaw, 2001, Miller, 1998). Segundo Miller (1998), os sintomas que coincidem no TDAH e na depressão são: dificuldades para dormir, concentração prejudicada e agitação. Já Gill, Coffey e Park (2000b) consideram que o transtorno bipolar pode ser confundido com TDAH grave, pela apresentação de sintomas da hiperatividade física e logorréia. Embora Miller (1998) relate que é menos freqüente o distúrbio bipolar ser confundido com depressão, para o autor os sintomas que coincidem entre eles são: hiperatividade e expressão impulsiva.

Treuting e Hinshaw (2001) propuseram um maior esclarecimento da

ligação entre TDAH de um lado e a sintomatologia depressiva e auto-estima de outro, examinando relações entre atribuições causais de crianças TDAH e sua sintomatologia depressiva e auto-estima. A amostra foi de 225 meninos, sendo 125 com TDAH, todos com idade entre 6 e 12 anos. Em um primeiro momento (estudo um), os autores investigaram sintomas depressivos e baixa auto-estima na amostra, foi hipotetizado mais depressão e baixa auto-estima em crianças com TDAH, também foram realizadas comparações entre subgrupos agressivos e não agressivos, considerando que a agressão pode ser um fator de risco independente para depressão e baixa auto-estima. No segundo momento (estudo dois), usando uma subamostra de 27 meninos com TDAH (idade entre 9 e 12 anos) do primeiro momento, foi investigada a relação possível da sintomatologia internalizada e atribuições causais para resultados relacionados com TDAH, incluindo atribuições voltadas para medicação; nenhum grupo de controle foi incluído devido à especificidade do domínio atribucional.

No estudo um, Treuting e Hinshaw (2001) concluem que crianças com TDAH reportaram significativamente mais sintomas depressivos, embora o efeito tenha sido pequeno quando meninos TDAH não agressivos foram examinados. A maioria de meninos com TDAH apresentou níveis subclínicos de sintomatologia depressiva, a variabilidade nos níveis de sintomas foi elevada, e quase um quarto inteiro indicou sintomas acima de um corte clínico moderado. Meninos TDAH não agressivos relataram maior auto-estima global e comportamental do que seus colegas TDAH agressivos. Garotos TDAH com agressividade tiveram menor auto-estima acadêmica e social, e menos felicidade geral do que seus colegas TDAH não agressivos. Garotos TDAH com agressividade tiveram também maiores sentimentos de ansiedade e disforia do que seus colegas sem TDAH.

No estudo dois, das atribuições causais, nenhum dos participantes usou habilidade ou qualquer outra atribuição estável para explicar resultados positivos ou negativos experimentados por um garoto hipotético TDAH. Os autores relatam que os meninos possam não ter percebido TDAH como associado com déficits em habilidades, pois podem sentir que as dificuldades relacionadas ao TDAH não são tarefas difíceis para a maioria das crianças. Em relação à medicação, os garotos freqüentemente descreveram a medicação como uma causa de resultados positivos relacionados à TDAH e uma falta de

medicação como uma causa de resultados negativos relacionados à TDAH.

Portanto, é necessário estar alerta para o fenômeno da comorbidade e a especificidade de cada caso ao se diagnosticar as desordens depressivas. Na atualidade, o diagnóstico da depressão freqüentemente é realizado por meio de procedimentos diagnósticos padronizados e manuais classificatórios como o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) e a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento (CID-10) (Birmaher, Ryan, Williamson, Brent & Kaufman, 1996 a; Fassler & Dumas, 1997). Esses manuais apresentam classificações atualizadas dos Transtornos Mentais e são considerados recursos provisórios, tanto para facilitar a realização dos objetivos clínicos, quanto para o avanço do conhecimento científico, ambos preenchem funções de orientação do trabalho científico e ordenação de experiências clínicas. Eles propõem um sistema atóricico, revelando falta de consenso entre as teorias, abordam conceitos que são descritivos e visam mais à observação de fenômenos (Martinelli, 1997).

Tanto o DSM-IV como a CID-10 são freqüentemente citados na literatura científica nacional e internacional, isto é, são muito utilizados em pesquisas e, com certeza, os mais aceitos (Pereira & Amaral, 2004). Entretanto, os clínicos podem utilizar outras formas de diagnóstico da depressão, tais como: depressão exógena versus depressão endógena; depressão neurótica versus psicótica; depressão agitada versus retardada; depressão dupla e afetividade negativa (Miller, 1998).

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

maníaco, episódio misto e episódio hipomaníaco. Os critérios para cada um dos episódios são descritos, respectivamente, no APÊNDICE A, APÊNDICE B, APÊNDICE C e APÊNDICE D. Nos transtornos depressivos são listados: transtorno depressivo maior, transtorno distímico e transtorno depressivo sem outra especificação. Nos transtornos bipolares são inclusos: transtorno bipolar I, transtorno bipolar II, transtorno ciclotímico, transtorno bipolar sem outra especificação. Já em outros transtornos do humor encontram-se: transtorno do humor devido a... (indicar a condição médica geral), transtorno do humor induzido por substância e transtorno do humor sem outra especificação. Já na CID-10, os tipos de depressão listados sobre o bloco transtornos do humor (afetivos) são: transtorno afetivo bipolar, o transtorno depressivo recorrente e transtornos persistentes do humor (afetivos). Nele se insere o episódio maníaco e o episódio depressivo.

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

Birmaher et al. (2004) investigaram se a depressão maior em crianças e adolescentes representa uma desordem similar. Eles concluíram que, no geral, crianças e adolescentes apresentam similaridade na sintomatologia de depressão maior, com exceção dos sintomas melancólicos que são maiores nos adolescentes. A semelhança ocorre: na duração e severidade do episódio depressivo; nas taxas de recuperação e recorrência; nas desordens de comorbidade e nas histórias de pais com desordens psiquiátricas. Além disso, o sexo feminino, o aumento de culpa, o episódio passado de depressão e a psicopatologia dos pais foram associados com um pior prognóstico. O aumento de culpa prediz episódios mais longos e o sexo feminino está relacionado também a episódios longos e maior recorrência. A maioria de crianças e adolescentes recupera-se da sua depressão, mas, infelizmente, uma proporção substancial deles tem relapsos e recorrências.

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

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

No Episódio Maníaco do DSM-IV-TR, a única ressalva descrita como uma consideração “especialmente importante” para crianças e adolescentes é a

possibilidade de “[...] existência de uma ‘diátese’ bipolar em indivíduos que desenvolvem episódios do tipo maníaco após o tratamento somático para depressão. Esses indivíduos podem ter uma probabilidade aumentada para futuros Episódios Maníacos, Mistos ou Hipomaníacos não relacionados a substâncias ou tratamentos somáticos para depressão” (Associação Americana de Psiquiatria, 2002, p.357). Características específicas nos Episódios Maníacos são relatadas somente para adolescentes, que tendem a apresentar características psicóticas. Em adolescentes, tanto o Episódio Maníaco como o Episódio Hipomaníaco, podem estar associados com faltas à escola, comportamento anti-social, repetência ou uso de substâncias.

Segundo Birmaher et al. (1996 a), sintomas de melancolia e/ou endógenos, psicose, tentativas de suicídio, letalidade da tentativa de suicídio e prejuízos de funcionamento aumentam com a idade. Já os sintomas de ansiedade de separação, fobias, reclamações somáticas e problemas comportamentais parecem ocorrer mais freqüentemente em crianças. De acordo com os autores, o critério específico para a depressão, segundo a Classificação Diagnóstica da Saúde Mental e Desordens de Desenvolvimento de Bebês e Infância Precoce, inclui: humor deprimido ou irritável, com diminuição de interesse e/ou prazer em atividades, diminuição da capacidade para protestar, excessiva lamentação, e diminuição de interação social e nas iniciativas; essas características devem persistir por pelo menos duas semanas. Os distúrbios de sono e/ou alimentação também podem ser evidentes. Os autores apontam que apesar da utilidade clínica deste critério ainda falta validade empírica para ele, sendo que seu uso deve ser cauteloso.

McClure, Kubiszyn e Kaslow (2002) citam a existência de uma abordagem diagnóstica baseada na interação cuidador-criança, onde o foco central recai sobre o relacionamento disfuncional entre bebês e/ou pré-escolares e os cuidadores primários, indo além dos comportamentos individuais da criança. A avaliação em tal abordagem é realizada por meio de observação das interações da díade com instrumentos padronizados, mas ainda há poucos que sejam válidos.

De acordo com Fassler e Dumas (1997), os sintomas da depressão

predominantes em bebês são: decréscimo no prazer em atividades que devem interessar a uma criança desta faixa etária; sem expressão facial ou expressão facial de triste; pequena atividade motora; não resposta ao meio ou apatia; chorar muito pouco ou chorar excessivamente; gemido excessivo; falha em crescer ou desenvolver; expressão verbal de tristeza; falta de interesse social. Enquanto Miller (1998) cita como sintomas característicos desta fase: falta de resposta ao falar com eles ou tocá-los; ausência de choro ou riso ou choro freqüente; incapacidade para ganhar peso excluindo outra enfermidade; falta de motivação nas brincadeiras; problemas para comer ou dormir; distúrbios digestivos como constipação e diarreia; inquietos, excessivamente sensíveis a barulho ou a toque.

Já em crianças pré-escolares, conforme Fassler e Dumas (1997), prevalece complicações físicas freqüentes não explicadas (dor de cabeça, dor de estômago e fadiga); excessiva superatividade ou inquietação; tristeza freqüente; baixa tolerância para frustração; irritabilidade; perda do prazer em atividades anteriormente agradáveis e tendência para interpretar o mundo como triste ou ruim. Para crianças escolares os autores relatam: complicações físicas freqüentes e não explicadas; significativa perda ou ganho de peso; expressões de tristeza ou desesperança; baixa auto-estima; excessiva preocupação; mudanças no padrão de sono; choramingo; não provocação de hostilidade ou agressão; recusa ou relutância para ir à escola; repetência; pequeno interesse em jogar com outros; pobre comunicação; pensamentos sobre ou esforço para fugir; pensamentos mórbidos ou de suicídio.

Miller (1998) descreve os seguintes sintomas em crianças deprimidas: tristeza persistente, negatividade, reclamação de tédio crônico, falta de iniciativa; desobediência constante; facilidade para frustração, choro freqüente, baixa auto-estima, sensibilidade excessiva; incapacidade de prestar atenção, lembrar ou tomar decisões, distração e esquecimento do pensamento; problemas de alimentação e sono; urinar na cama, constipação, diarreia, impulsividade, propensão à acidentes; preocupação ou medo crônico; grande constrangimento; fala ou movimentos corporais lentos; sintomas físicos que não seja de outras conseqüências médicas (tontura, dor de cabeça, dor de estômago, dores nos braços ou pernas, ato de roer as unhas) e pensamentos ou tentativas de suicídio.

McCauley, Carlson e Calderon (1991), como os autores acima citados, concordam que os sintomas de queixas somáticas são mais comuns em crianças do que em adolescentes e adultos. Os autores verificaram que na depressão infantil, as queixas somáticas representam sintomas depressivos primários e não meramente uma desordem de ansiedade associada. As queixas somáticas podem ser o meio que muitas crianças usam para expressar a afetividade negativa vista na depressão maior e em outras desordens emocionais. Elas são mais associadas com severidade da depressão do que fatores como idade, sexo ou ansiedade, tornando-se assim um importante indicador para uma triagem para depressão e na avaliação da severidade da depressão.

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

No DSM-IV-TR, o critério diagnóstico para o transtorno distímico em crianças e adolescentes também é diferenciado no tempo de duração; o humor deprimido pode ser irritável com duração mínima de um ano ao invés de dois anos. Nestas fases, o transtorno distímico causa queda do desempenho escolar e compromete a interação social, as crianças e adolescentes se mostram irritáveis e ranzinzas, deprimidas, com baixa auto-estima e fracas habilidades sociais.

Para McClure, Kubiszyn e Kaslow (2002), nos últimos 30 anos, a depressão unipolar em escolares tem sido bem estabelecida com orientações para diagnóstico e tratamento. Entretanto, a depressão unipolar em bebês e em pré-escolares (0 a 5 anos) apresenta poucas evidências científicas para o diagnóstico, além de existirem controvérsias.

Verifica-se como ponto essencial no estudo e no diagnóstico das desordens de humor levar em conta as diferenças de idade na cognição, emoção, comportamento e desenvolvimento físico (Abela, 2001, 2002; Chorpita, Plummer

& Moffitt, 2000; Chorpita, 2001; Lee, 2002; Digdon & Gotlib, 1985). Portanto, é necessário considerar que o critério do DSM-IV pode ser, às vezes, inadequado para o diagnóstico de distúrbios de humor em jovens, pois pode faltar sensibilidade desenvolvimental e cultural (McClure, Kubiszyn & Kaslow, 2002). Em relação à sensibilidade cultural, o DSM-IV-TR se preocupa em sugerir que se deve dar atenção ao modo de como se vivencia a depressão nas diferentes etnias e culturas, porém ainda é preciso maiores esclarecimentos acerca deste aspecto.

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

A maioria dos autores alerta para a investigação da depressão infantil de modo a caracterizar o quadro clínico predominante para esta fase da vida, visando à descrição e comprovação do funcionamento desta psicopatologia na infância. Turner e Barrett (2003) e Bahls (2002) também descrevem a existência na literatura recente, a necessidade de se considerar as características próprias de cada fase do desenvolvimento infanto-juvenil devido aos grupos sintomatológicos predominantes nas diferentes faixas etárias.

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

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

Nos sintomas do episódio maníaco, de acordo com Miller (1998), o pensamento é rápido ou ocorre incapacidade de completá-lo, sendo que, em casos mais graves, pode haver mudança rápida de um assunto. Na ocorrência da distrabilidade, a criança pode ter dificuldade em fixar atenção. No distúrbio dos sentimentos, a criança apresenta uma auto-estima inflada ou idéias de grandiosidade. Já nos distúrbios do comportamento ocorrem dificuldades em ficar quieta, parece haver uma pressão para se manter falando e maior atividade para alcançar uma meta, podendo manifestar agitação psicomotora e envolvimento excessivo numa tarefa. No processo fisiológico acontecem problemas no sono, com reduzida necessidade para dormir. Mohr (2001) ressalta o fato de ser raro que o episódio maníaco ocorra antes do que o episódio depressivo.

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

Considerando-se as dificuldades no diagnóstico da depressão infantil unipolar e bipolar é importante, para o auxílio no diagnóstico, que pessoas que convivem com crianças, geralmente pais e professores, fiquem atentas ao comportamento delas; mesmo as informações obtidas em outras fontes são relevantes. Geralmente, informações recebidas pelos pais são relativas às dificuldades de comportamento de seus filhos (Birmaher et al., 1996 a), porém estes também podem dizer informações precisas de tempo-relacionado à depressão em seus filhos, tais como: início do episódio, quanto tempo passou, como os sintomas freqüentemente estão presentes na média semanal e quantos sintomas se passam no curso do dia (Stark, Swearer, Delaune, Knox & Winter, 1995). Por outro lado, McClure, Kubiszyn e Kaslow (2002) revelam algumas dificuldades ao lidar com os pais de crianças com depressão, pois estes podem

refutar o diagnóstico da criança, além de obterem informações não científicas sobre o tratamento. Outra dificuldade refere-se às informações obtidas por pais com psicopatologias que pode ser não fidedigna (Birmaher et al., 1996 a).

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

A falta de habilidade verbal da criança também é umas das dificuldades encontradas, pois é pelo meio verbal que os pacientes com depressão relatam sobre seus sentimentos de tristeza, de suas atitudes pessimistas e a descrição de eventos negativos internos, entre outros (Digdon & Gotlib, 1985). Neste sentido, Assumpção Jr. (2000) declara que não é fácil encontrar a descrição do estado interno da criança; geralmente elas relatam tristeza e solidão, e assim os sentimentos são de difícil identificação; em muitos casos observa-se somente sensibilidade, choro fácil e irritabilidade. A falta de habilidade verbal da criança também reforça o uso dos instrumentos de auto-relato, pois eles contribuem para que o profissional possa ter acesso ao mundo interno da criança (Pereira, 2002). Além disso, Miller (1998) relata que é importante considerar as diferenças de como cada criança experimenta e manifesta a depressão para a realização do diagnóstico.

McClure, Kubiszyn e Kaslow (2002) falam em um sistema de avaliação de comportamento para criança, que oferece uma avaliação compreensiva da personalidade e comportamento da criança por meio de múltiplas fontes de avaliação (auto-relato, relato dos pais, relato do professor, observação na classe

e histórico psicossocial). Stark et al. (1995) defendem uma avaliação prototípica para distúrbios depressivos da infância, incluindo a avaliação da presença e gravidade de sintomas depressivos e das variáveis funcionais que apresentam impacto sobre o tratamento.

Para McClure, Kubiszyn e Kaslow (2002), a avaliação para os distúrbios depressivos pode incluir uma entrevista diagnóstica empiricamente válida aplicada ao cuidador e à criança. Os autores sugerem ainda, como auxílio na investigação das comorbidades, que a entrevista com o cuidador e a criança pode incluir questões relacionadas com distúrbios da infância e entrevistas semi-estruturadas, tal como a *Kiddie-Sads-Present and Lifetime* (K-SADS-PL), na qual inclui sintomas de uma ampla gama de diagnósticos. Eles também aconselham a inclusão de medidas de auto-relato com relação a sintomas de ansiedade, tal como a Escala Revisada de Manifestação de Ansiedade, o Inventário para Crianças de Fobia Social e Ansiedade, e o Exame para Ansiedade em Crianças Relacionado a Distúrbios Emocionais.

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

Em relação ao tratamento da depressão infantil, geralmente há um consenso de que seja realizado pela combinação de psicoterapia e medicação antidepressiva (Olson, Gameroff, Marcus & Waslick, 2003, Miller, 1998, Cytryn & Mcknew, 1998). Em janeiro de 2003, a Administração de Drogas e Alimentos dos Estados Unidos aprovou o uso de fluoxetina para tratamento de crianças e adolescentes com distúrbio de depressão maior e com idade entre 7 e 17 anos, e, em julho de 2003, recomendou que a paroxetina não fosse utilizada em menores de 18 anos, devido aos relatos sobre o aumento de pensamentos e tentativas de suicídio neste grupo de idade (Olson et al., 2003). Entretanto, é importante ressaltar que a Academia Americana de Psiquiatria para Criança e Adolescente em seus parâmetros de prática recomenda que a medicação antidepressiva seja utilizada em crianças e adolescentes somente nos casos de

depressão severa, depressão bipolar e depressão psicótica, ou ainda nos casos de resistência à psicoterapia (Birmaher, Brent & Benson, 1998).

De acordo com Miller (1998), tratar a depressão somente com psicoterapia, pode ser lento e incompleto, muitas crianças precisam dos ganhos rápidos oferecidos pela medicação para que não haja riscos de comportamentos autodestrutivos, mas por outro lado, utilizar somente medicação é um risco, pois não leva as crianças a realizarem uma mudança para lidar com os estresses que levam à depressão. Para o autor, a abordagem mais eficiente inclui um plano de psicoterapia e medicação. Fassler e Dumas (1997) e também Cytryn e Mcknew (1998) orientam o uso da medicação somente em conjunto com outras formas de tratamento. Neste sentido, Cury (2001) ressalta a necessidade de pesquisas para esclarecer a eficácia do tratamento combinado da depressão na adolescência.

Pesquisas têm destacado alguns modelos de tratamento para a depressão infantil. As diferentes abordagens de tratamentos estão vinculadas às teorias usadas para o diagnóstico já descritas anteriormente: teoria biológica, teoria comportamental, teoria cognitiva e teoria psicanalítica. Desta forma, após o diagnóstico, um plano de tratamento deverá ser desenvolvido para ajudar a criança o mais rápido possível (Fassler & Dumas, 1997). Porém, na literatura ainda há necessidade de mais pesquisa empírica para tratamento psicológico para depressão infantil, especialmente para a implantação de novas práticas (Cottrell, 2003, Nelson, Barnard & Cain, 2003).

Na abordagem biológica, a depressão é tratada tipicamente com a administração de antidepressivos. Na teoria psicoanalítica, o tratamento da depressão em crianças é voltado para as motivações inconscientes e o ambiente, envolvendo os familiares. O tratamento psicoanalítico também tende a explorar fatores da depressão presentes, além dos passados. O tratamento na perspectiva comportamental é direcionado para a manipulação do reforçamento; existem vários programas que vão desde habilidades sociais até o treinamento da assertividade para aumentar o envolvimento do indivíduo em atividades prazerosas (Digdon & Gotlib, 1985). Uma das abordagens que mais se destaca na literatura para o tratamento da depressão é a terapia cognitivo-comportamental, pois apresenta forte suporte empírico (Cury, 2001, Harrington, Whittaker &

Shoebridge, 1998, Birmaher et al., 1996 a). Entre crianças com elevada sintomatologia depressiva, a terapia cognitivo-comportamental tem demonstrado eficácia na redução da depressão (Cury, 2001). Ela foi desenvolvida para abordar a distorção cognitiva e déficits identificados na criança com depressão. Apesar de existirem muitas variedades desta terapia, há características comuns no tratamento: (a) a criança sempre é o foco, mesmo em programas que envolvem os pais; (b) os terapeutas têm um papel ativo no tratamento; (c) o terapeuta e a criança colaboram na solução de problemas; (d) o terapeuta ensina a criança a monitorar e manter o registro de pensamento e comportamento; (e) há combinação de vários procedimentos diferentes, incluindo técnicas comportamentais e estratégias cognitivas (Harrington, Whittaker & Shoebridge, 1998).

Verificam-se na literatura algumas propostas atuais de inclusão da família da criança com depressão, garantindo que se crie uma rede maior de apoio para elas. Observa-se que a proposta de envolver os pais da criança com depressão no plano de tratamento tem ocorrido em várias abordagens de terapia. Para Cury (2001) os pesquisadores, finalmente, têm se prestado a investigar as intervenções de terapia familiar. Trowell, Rhode, Miles e Sherwood (2003) relatam sobre a terapia psicanalítica individual para duas crianças com depressão associadas com um trabalho paralelo com os pais, na qual resultou na melhora do ambiente do lar, tornando-o mais facilitador para as crianças. Cottrell (2003) diz que muitos tratamentos psicológicos para depressão descritos como cognitivo comportamental envolvem os pais e focalizam padrões de interações de comportamentos dentro da família. Para este autor, a intervenção familiar tem um potencial maior em caso de crianças deprimidas do que em adolescentes e quando outros membros da família também são deprimidos.

Harrington, Whittaker e Shoebridge (1998) apontam a inclusão familiar no tratamento da depressão infantil como o resultado da forte associação entre a depressão da criança e problemas familiares. Esta associação seria o reflexo dos mecanismos ambientais e dos processos genéticos envolvidos na depressão. Segundo os autores, algumas características comumente encontradas nas diversas propostas de terapia familiar são: (a) o envolvimento face a face com mais de um membro familiar; (b) foco nas alterações de interações entre os

membros da família; (c) os praticantes pensam em melhorar o problema e alterar padrões de relacionamento associados ao problema. Eles também citam duas abordagens de terapia familiar: (a) o atendimento dos pais em paralelo ao tratamento da criança; (b) o trabalho em conjunto com a família, onde prevalece a mudança de padrões de comunicação familiar e métodos de solução de problemas.

Flory (2004) destaca o papel dos pais na vida da criança e, portanto, considera de fundamental importância a qualidade de cuidado dos pais para o tratamento da depressão infantil e, de modo amplo, nas psicopatologias da infância. A autora propõe um novo modelo clínico de intervenção, denominado: "Pais Emocionalmente Preparados". Este modelo propõe a melhora na relação pais-crianças visando o aumento da empatia dos pais em relação às crianças com depressão. Tal modelo de intervenção foi baseado na Teoria de Empatia dos Pais elaborado pela autora, na qual aborda que as cognições dos pais facilitam ou retardam a empatia dos pais em relação às suas crianças.

Olfson et al. (2003) verificaram o tratamento da depressão nos Estados Unidos, realizado em crianças e adolescentes com idades de 6 a 18 anos de uma análise de dados de serviços de saúde de quatro anos consecutivos (1996 até 1999). Eles investigaram: características sócio-demográficas, problemas de saúde mental, tipo de profissional da saúde, psicoterapia e medicação. Eles relatam que houve baixa taxa de tratamento para crianças e adolescentes com depressão. A ausência de tratamento é particularmente comum entre grupos de baixa renda. A psicoterapia foi o tratamento mais comum para crianças e adolescentes com depressão, mas estes, em média, recebem menos do que oito visitas de psicoterapia durante o ano, sendo que muitos passam somente uma ou duas visitas de tratamento. Os autores dizem não ter dados suficientes para investigar a eficácia do tratamento recebido; entretanto, eles dizem que existem evidências que sugerem que o tratamento de psicoterapia recebido por crianças e adolescentes com depressão em *settings* de comunidade são menos favoráveis do que tratamento com terapia cognitivo-comportamental. Em relação à medicação antidepressiva, elas são descritas para metade de todas as crianças e adolescentes escolares tratadas com depressão nos Estados Unidos. Foi encontrada pouca evidência que o tratamento com antidepressivos siga as

recomendações da Academia Americana de Psiquiatria para Criança e Adolescente; somente o sintoma de anedonia foi o necessário para distinguir o grupo tratado com antidepressivos daqueles não tratados com antidepressivos. As crianças tratadas com antidepressivo são de residência urbana, os pais têm elevado nível de educação e possuem seguro saúde. O estudo dos autores, apesar das limitações, é importante, pois apresentam o quadro atual do tratamento da depressão infantil e nos adolescentes demonstrando a fragilidade no tratamento e a urgência de melhora no atendimento de psicoterapia desta desordem.

Nelson, Barnard e Cain (2003) apresentam uma proposta de tratamento da depressão infantil via videoconferência. Para os autores, muitas famílias não conseguem ter acesso ao tratamento cognitivo comportamental devido a várias condições, tais como: distância, escassez, estigma e custo. O tratamento via videoconferência alcançou um alto nível de satisfação. Os autores recomendam que o tratamento da depressão infantil seja realizado pela terapia cognitiva-comportamental e via videoconferência.

Mendolowitz, Manassis, Bradley, Scapillato, Miezitis e Shaw (1999) investigaram o efeito da intervenção de grupo cognitivo comportamental na ansiedade, depressão e nas estratégias de enfrentamento (*coping*) em crianças de idade escolar; e o efeito do envolvimento parental no resultado do tratamento. Participaram do estudo 68 crianças e pré-adolescentes (39 meninas e 29 meninos), com idades entre 7 e 12 anos, e seus pais. Este estudo foi conduzido por um período de 2 anos. Foram atribuídas, aleatoriamente, três condições de tratamento: condição pai-criança, condição só criança e condição só pai. Todos os grupos de tratamento tiveram uma diminuição nos sintomas da ansiedade e nos sintomas de depressão, demonstrando a eficácia da terapia cognitivo-comportamental. O envolvimento dos pais no tratamento trouxe mudanças significativas de estratégias de enfrentamento na condição pai-criança. As famílias relataram melhorias, que sugerem generalização de aprendizagem de habilidades e estratégia de enfrentamento. As meninas reportaram significativamente menos ansiedade após o tratamento do que os meninos. As três condições de tratamento demonstraram declínio nas ações de evitação. As estratégias de distração para aliviar aflição diminuíram, visto que as

circunstâncias enfatizaram o *coping* ativo (esforços ativos para resolver problemas).

Apesar dos relatos científicos acerca da avaliação e dos modelos de tratamento, segundo Cury (2001) e Waslick e Pizarro (2003) ainda são necessários muitos esforços para uma abordagem científica compreensiva e definitiva sobre recomendações clínicas na avaliação e tratamento da depressão na população jovem.

A depressão infantil tem sido também relacionada com outras variáveis que se tornam importantes para o conhecimento do quadro desta desordem. Isto é muito importante para que outros profissionais, tais como professores que lidam com crianças grande parte do tempo nas escolas, possam ser orientados a estarem observando comportamentos disfuncionais, que podem indicar sinais de uma possível depressão. Lembrando que a observação do comportamento é extremamente importante para que estas crianças possam ter um rápido encaminhamento, possibilitando a identificação precoce da depressão.

Uma destas pesquisas, de autoria de Mougban, Rowe, Loeber e Stouthamer-Loeber (2003), investiga as dificuldades de leitura relacionada com desordens de comportamento. Para os autores, as dificuldades de leitura são sobrepostas com desordens de comportamento na infância. Os autores utilizaram os dados do Estudo de Jovens de Pittsburgh (*Pittsburgh Youth Study - PYS*), um estudo longitudinal prospectivo de meninos que foi inicialmente focado sobre o desenvolvimento da delinqüência, e inclui avaliações repetidas de realização de leitura e afeto negativo, junto com medidas de desordens de comportamento e risco familiar. Os dados identificaram relações entre sérios e persistentes problemas de leitura e aumento de risco para humor depressivo, numa avaliação inicial, na amostra de meninos de 7 a 10 anos, mas não naqueles que já tinham entrado na adolescência. Os problemas de leitura permaneceram significativamente associados com o humor depressivo após ter sido levado em conta a comorbidade com desordens de comportamento. Finalmente, avaliando a possibilidade causal entre dificuldades de leitura e humor depressivo, a pesquisa encontrou que o humor depressivo teve algum impacto sobre o progresso de leitura, mas a fonte mais provável de comorbidade, entre dificuldades de leitura e

efeito depressivo, foi que problemas de leitura influenciaram o risco de humor depressivo.

Fatores de Risco

São diversas as evidências relatadas na literatura científica acerca dos fatores de risco para a manifestação da depressão em crianças. De modo geral, são duas principais vertentes de fatores ou causas atribuídas à depressão: (a) genéticos e/ou biológicos e (b) ambientais. Os fatores biológicos incluem a predisposição ou tendência genética para desenvolver a depressão. Em relação à depressão infantil, as crianças podem possuir desordem em sua confecção biológica, algo que é herdado e que as predispõe à depressão. Deste modo, a depressão pode ser resultado de fatores ambientais e/ou biológicos, freqüentemente ocorre uma combinação entre estes fatores para que a depressão ocorra. Mesmo para casos de forte proponente genético, os fatores ambientais são extremamente importantes na determinação da doença (Williamson, Birmaher, Axelson, Ryan & Dahl, 2004, Cytrin & McKnew, 1998, Beardslee, Versage & Gladstone, 1998). Diversos fatores ambientais correlacionados e estresses inerentes podem ser responsáveis por alterações em sistemas biológicos relacionados à depressão (Williamson, Birmaher, Axelson, Ryan & Dahl, 2004).

Rice, Harold e Thapar (2002) investigaram a contribuição dos fatores genéticos e ambientais para os sintomas depressivos em amostra de gêmeos de 8 a 17 anos. Os resultados encontrados revelam o efeito genético nos sintomas depressivos. Também verificaram os efeitos das variáveis: idade, sexo e sintomas da mãe nos fatores genéticos. Os fatores genéticos de sintomas de auto-relato de adolescentes diferem por sexo; nos meninos ocorre um efeito genético mais substancial do que das meninas; já nas meninas, os efeitos do ambiente foram mais importantes, embora os autores considerem que ainda não se possa concluir sobre as diferenças de sexo nos fatores genéticos para os sintomas depressivos. Em relação à idade, os fatores genéticos favorecem a adolescência; os fatores ambientais foram mais importantes para as crianças de 8 a 10 anos.

Os fatores de risco têm sido associados com início, duração e recorrência da depressão de início precoce: “fatores demográficos (por exemplo, idade, gênero, status sócio-econômico); psicopatologia (por exemplo, preexistência diagnóstica, sintomas depressivos subsindrômicos, estilo cognitivo negativo); fatores familiares (por exemplo, psicopatologia dos pais, aparecimento precoce de distúrbios de humor, alta carga familiar para distúrbios de humor); e fatores psicossociais (por exemplo, suporte pobre, eventos estressantes de vida, funcionamento maternal pobre)” (Birmaher, Ryan, Williamson, Brent, Kaufman, Dahl, Perel & Nelson, 1996 b, p. 1431).

Em relação aos fatores familiares, há fortes evidências na literatura sobre a relação entre a psicopatologia dos pais e a psicopatologia em seus filhos. A relação é de aumento das distúrbios psiquiátricos em geral, incluindo a depressão, em crianças que possuem pais com psicopatologia; essas crianças seriam mais vulneráveis a desenvolver psicopatologias (Versage & Gladston, 1998; Pfeffer, Martins, Mann, Sunkenberg, Ice, Damore, Gallo, Karpenos & Jiang, 1997; Zeanah, Boris & Larrieu, 1997). Assim, de acordo com Beardslee, Versage e Gladstone (1998), a presença de psicopatologia em ambos os pais têm sido associada com a severidade da doença experimentada pela criança. Para os autores, as crianças de pais afetivamente doentes apresentam maior propensão para exibir dificuldades gerais no funcionamento, aumento de culpa, dificuldades interpessoais e problemas na vinculação. A doença afetiva dos pais também está relacionada com os seguintes fatores de risco para o desenvolvimento de psicopatologias de suas crianças: “(1) influências genéticas; (2) dificuldades matrimoniais; (3) problemas parentais, e (4) cronicidade e severidade de doença parental” (p.1137). Além disso, essas crianças, quando atingem a idade de 20 anos, apresentam 40% de chance de experimentar um episódio de depressão maior. Neste sentido, Nottelmann e Jensen (1995) relatam que também, para uma avaliação do transtorno bipolar em crianças e adolescentes, deve ser considerado, principalmente, o histórico familiar de doença afetiva.

Considerando-se o quadro de psicopatologia dos pais e o modo como este histórico afeta a possibilidade do desenvolvimento de uma psicopatologia na criança, há muitos estudos na literatura internacional que enfocam somente a depressão. Desta forma, há uma forte evidência da relação positiva da depressão

infantil com a depressão em um dos pais (Jaffee, Moffitt, Caspi, Fombonne, Pouton & Martin, 2002; Reinherz, Giaconia, Hauf, Wasserman & Paradis, 2000; Stein, Williamson, Birmaher, Brent, Kaufman, Dahl, Perel & Ryan, 2000; Goodman & Gotlib, 1999). Segundo Zeanah, Boris e Larrieu (1997, p.172), “Uma das mais importantes áreas de pesquisa na década passada tem sido o estudo da depressão maternal”.

Williamson, Birmaher, Axelson, Ryan e Dahl (2004) investigaram os riscos para o desenvolvimento do primeiro episódio depressivo em crianças. De acordo com os autores, as crianças com história familiar significativa de depressão têm, aproximadamente, um risco três vezes maior para desenvolver o primeiro episódio de depressão maior quando comparadas com crianças de famílias de baixo risco.

Segundo Beardslee, Versage e Gladstone (1998) pesquisas indicam pobres habilidades parentais e relacionamentos de pais depressivos em comparação a famílias sem depressão. Mães depressivas apresentam maior dificuldade em prover competência social aos seus filhos, pois há um molde de interação negativa e desordens mantidas através de gerações.

Muitas pesquisas demonstram a problemática de interação maternal de mães depressivas, incluindo expressões de afetividade negativa e menor engajamento positivo, estimulação e sensibilidade. Pelo menos, três modelos de interação são descritos nessas mães: introvertido, estilo indisponível, estilo hostil-intrusivo e um estilo positivo liberalmente (Zeanah, Boris & Larrieu, 1997). Entretanto, pouca atenção tem sido dada aos mecanismos que explicam a transmissão de risco de mães para crianças, ou seja, não existe um modelo de compreensão dos vários processos inter-relacionados e que considere o papel do desenvolvimento na explicação e manifestação do risco da criança (Goodman & Gotlib, 1999).

Goodman e Gotlib (1999) citam e avaliam quatro mecanismos, que podem transmitir risco para a criança em relação à depressão maternal: a hereditariedade; mecanismos inatos neuro-regulatórios disfuncionais; exposição a afetos, comportamentos e cognições maternas negativas; e o contexto

estressante da vida da criança. Eles descrevem três fatores que podem moderar o risco de depressão: saúde do pai e envolvimento deste com a criança; o curso de tempo da depressão da mãe; e as características da criança. Para Stein et al. (2000) há prejuízo no vínculo pai-criança e no funcionamento familiar quando a depressão maternal é associada com a depressão na criança.

Pesquisas de crianças com pais depressivos, jovens depressivos e de adultos com depressão (recordando suas relações familiares precoces), relatam que a interação familiar é caracterizada por maiores conflitos, maior rejeição, maior problema com comunicação, menor expressão de afeto, menor suporte e maior abuso do que interações familiares de controle normal (Birmaher et al., 1996 b).

De acordo com a experiência de Cytryn e McKnew (1998), na maioria dos casos pelo menos um dos pais apresentava depressão, algumas vezes em nível tão sutil que não houve necessidade de tratamento. Nesses casos, a criança identificou-se com um dos pais doentes ou a doença dos pais diminuiu o envolvimento parental com a criança, causando a ela sentimentos de solidão ou rejeição.

Nilzon e Palmérus (1997) investigaram a influência de fatores familiares na depressão infantil e ansiedade, com referência a pré-adolescentes. Os autores demonstraram que fatores familiares, tais como: problemas familiares, mudança no sistema familiar, pais vivendo com um novo par, mãe tratada para depressão, superproteção dos pais, ambiente de conflito ou divórcio foram significativos no grupo de pré-adolescentes com depressão e ansiedade. O estresse familiar está, freqüentemente, presente na criança deprimida (Cytrin & McKnew, 1998; Tisher, Tong & Horne, 1994). De acordo com Stein et al. (2000), as crianças depressivas demonstram um elevado prejuízo de vínculo com seus pais; para os autores, elas receberam menos cuidados maternos (afeição, proximidade, empatia); por outro lado, foram sujeitas à superproteção (intrusão excessiva, controle e infantilização para promover a independência e autonomia).

Outros fatores de risco ambiental apontadas por Cytryn e McKnew (1998) são: 1) separações por muitos meses de pessoas amadas ou lugares; 2)

perda de uma forte vinculação seja por morte, divórcio ou mudança de ambiente (geralmente há uma excessiva dependência da pessoa amada ou lugar e ausência de um apropriado substituto); 3) depreciação e rejeição dos pais (a criança é alvo constante de críticas e humilhações, ou, ainda, os pais têm dificuldade de expressar amor aos seus filhos). Eventos de vida estressantes são associados com o início da depressão, incluindo: divórcio, perda, exposição para suicídio, ou juntamente com outros riscos (BIRMAHER et al., 1996b). Eley e Stevenson (2000) afirmam haver evidências para a relação entre eventos de perda e depressão, e eventos de ameaça e ansiedade.

Segundo Miller (1998) quando algum fator estressante ocorre na vida da criança (doença ou morte na família, nascimento de um irmão, mudança, divórcio dos pais, outros), ela pode sofrer um rompimento temporário no funcionamento diário e os sintomas de desordem de ajustamento são semelhantes ao da depressão; porém, se persistirem além de 6 meses, então o diagnóstico é mudado para depressão.

O estilo cognitivo negativo também é associado com a depressão, incluindo baixa auto-estima, elevada autocrítica, distorções cognitivas significativas e sentimentos de falta de controle para eventos negativos (Birmaher et al., 1996 b). Além do estilo cognitivo negativo, os estressores físicos também são associados com a depressão. Muitas crianças deprimidas apresentam desabilidade física (paralisias, doença do rim, alergias severas, doença do coração) associada à hospitalização, imobilização, dor ou desfiguramento. A severidade de depressão nessas condições é dependente de outros fatores, tais como: personalidade, ambiente familiar, estressores psicossociais e herança biológica. As doenças físicas crônicas podem pertencer a um dos pais; neste caso, a criança freqüentemente sofre de episódios de depressão, pois perde os pais para hospitalização ou identifica-se com a reação deles à doença física (Cytrin & McKnew, 1998).

Conforme Birmaher e Brent (1998), outros fatores de risco para depressão infantil são as dificuldades enfrentadas pelas crianças no contexto escolar, tais como: dificuldades de aprendizagem e linguagem, déficit de atenção e hiperatividade, fobia escolar e outras condições que a prejudiquem em seu

desempenho escolar. Andriola e Cavalcante (1999) também dizem que o baixo rendimento escolar é um dos primeiros sinais na possibilidade do quadro depressivo. Os sintomas depressivos também tendem a interferir de modo negativo no uso de estratégias de aprendizagem (Cruvinel, 2003). Isto mostra a necessidade de considerar o ambiente escolar na investigação da depressão infantil. Esta necessidade também é reforçada por McClure, Kubiszyn e Kaslow (2002) ao considerarem as interações interpessoais mal-adaptativas no desenvolvimento e manutenção da depressão infantil, pois a escola é vista como o primeiro ambiente de contato social da criança depois da família.

Recentemente, verifica-se uma preocupação em saber a associação do nível sócio-econômico para o desenvolvimento da depressão. A investigação desta variável torna-se importante, uma vez que alguns autores (por exemplo: Birmaher et al., 1996 b, Cytrin e McKnew, 1998) mostram que os estressores psicossociais são fatores de risco para depressão. Entretanto, na literatura científica, ainda são escassas as pesquisas que investigam a relação entre a depressão infantil e o nível sócio-econômico. Gilman, Kawachi, Fitzmaurice e Buka (2002) falam de efeitos de adversidades na infância e risco para subseqüentes psicopatologias, como a depressão. Assim, os autores realizaram um importante estudo longitudinal, de sete anos, sobre a condição sócio-econômica na infância e o risco para depressão maior em uma amostra de 1.132 participantes. Os resultados encontrados mostram que o baixo nível sócio-econômico é associado com elevado risco durante a vida para a depressão, tanto para homens como para mulheres. É importante citar que outro estudo dos autores (Gilman, Kawachi, Fitzmaurice & Buka, 2003) investigou a relação de três aspectos na infância (baixo nível sócio-econômico, separação familiar e instabilidade residencial) e aumento de risco para depressão durante estágios específicos do tempo de vida. Este estudo mostra que o baixo nível sócio-econômico é associado com a depressão na infância e na fase adulta. Os autores encontraram também que há uma forte associação entre separação familiar e freqüente recolocação geográfica na idade de 7 anos e o início da depressão na idade de 14 anos.

Para Miller (1998), a baixa condição sócio-econômica é incluída em um dos fatores familiares que podem indicar uma possibilidade de depressão; o autor

ressalta que não se trata da família ter menos dinheiro, mas sim os estresses nos quais estas famílias vivem para atender às suas necessidades e suas experiências negativas que predispõe a criança à depressão.

Verifica-se que muitos fatores podem estar envolvidos nas desordens depressivas na infância. Desta forma, além de ser fundamental a compreensão do interjogo entre a vulnerabilidade genética e os fatores ambientais, tanto para a avaliação como para o impacto sobre o tratamento da depressão.

Somente por meio do conhecimento e compreensão das causas da depressão infantil há possibilidades do tratamento efetivo da criança; cabe ressaltar que o tratamento farmacológico por si só não trata as causas da depressão (Miller, 2001). Portanto, as pesquisas que enfocam o conhecimento dos fatores de risco para a depressão na infância ou na fase adulta, ajudam na prevenção e nos projetos de estratégias de intervenção. Além disso, uma melhor compreensão dos fatores de risco para a depressão na infância chama a atenção para os projetos de intervenção. As formas de prevenção poderão atenuar os efeitos de longo prazo advindos dos fatores de risco ambientais.

A seguir, são citadas algumas pesquisas que visam aprofundar o conhecimento da depressão infantil ao relacioná-la com outras variáveis (leitura, índice de massa corporal em adultos, religiosidade, uso de drogas, entre outros). Tais pesquisas são importantes, uma vez que procuram auxiliar na compreensão do quadro heterogêneo da depressão e no sentido de contribuir para o olhar de outros profissionais sobre este transtorno. Por exemplo, os professores, que estão com as crianças grande parte do tempo, podem ser orientados a estarem observando comportamentos disfuncionais indicadores de uma possível depressão. A observação do comportamento é extremamente importante para que estas crianças possam ter um rápido encaminhamento, possibilitando uma possível identificação precoce do problema. Estes estudos também parecem ser promissores para outros profissionais da área da saúde, pois contribuem para o esclarecimento das conseqüências que a depressão infantil pode causar na vida adulta.

Maugban, Rowe, Loeber e Stouthamer-Loeber (2003) investigam as

dificuldades de leitura relacionada com desordens de comportamento. Os dados identificaram relações entre sérios e persistentes problemas de leitura e aumento de risco para humor depressivo, em uma avaliação inicial, na amostra de meninos de 7 a 10 anos. Já Pine, Goldstein, Wolk e Weissman (2001) investigaram a relação entre a depressão na infância e índice elevado de massa corporal na vida adulta, uma medida de obesidade. Os autores concluem que a depressão durante a infância prediz o índice de massa corporal em adultos.

A depressão infantil também foi associada com qualidades prováveis da religiosidade em adultos. Miller, Weissman, Gur e Greenwald (2002) consideram que a depressão infantil é relacionada com funcionamento social na fase adulta. Então, eles investigaram a relação entre a depressão infantil e três dimensões de religiosidade: importância pessoal da religião; atendimento freqüente de serviços religiosos; e denominação religiosa, por meio de estudo longitudinal de onze anos, em 146 crianças com depressão e 123 sem depressão. Os resultados mostraram que além da depressão infantil, o sexo interfere nas qualidades da religiosidade adulta.

O estudo longitudinal de Bandura, Pastorelli, Barbaranelli e Caprara (1999) investigou as influências da auto-eficácia percebida em crianças com depressão, ou seja, como a auto-eficácia percebida opera em conjunto dentro de uma rede de influência sócio-cognitiva da depressão infantil. Os autores concluem que a ineficácia acadêmica e social percebida contribuiu para subsequente e concorrente depressão, diretamente e por meio do seu impacto sobre o desempenho acadêmico, sociabilidade e problemas de comportamento.

Outros estudos chamam a atenção do uso de drogas relacionado com a depressão, voltado para psicopatologia nas crianças de pais dependentes de drogas e/ou apresentando depressão maior (Nunes, Weissman, Goldstein, McAvay, Seracini, Verdelli & Wickramaratne, 1998), ou para identificar fatores de riscos na infância para depressão e uso de drogas no início da vida adulta (Reinherz, Giaconia, Hauf, Wasserman & Paradis, 2000). Esses estudos apontam que há uma linha tênue entre o uso de drogas e sua interligação com estressores familiares, psicopatologia dos pais e a depressão infantil (Pereira, 2002).

Epidemiologia da Depressão

Conforme Kaplan e Sadock (1993, p.143), “A epidemiologia é o estudo da distribuição, incidência, prevalência e duração da doença”, considerando a citação dos autores, os estudos sobre epidemiologia da depressão tornam-se fundamentais na área da saúde mental, pois auxiliam nos planos de tratamento e na prevenção da doença, procuram ainda contribuir no desenvolvimento de pesquisas, principalmente quando se associa esse transtorno com variáveis sócio-demográficas, tais como: idade, sexo e nível sócio-econômico (Pereira, 2002).

Contudo, os estudos sobre prevalência são bastante complexos, pois sofrem influências de diversos fatores, principalmente dos critérios que são utilizados para o diagnóstico e do tipo de população envolvida (Gouveia, Barbosa, Almeida & Gaião, 1995, Menezes & Nascimento, 2000; Nunes, 1987). Em relação ao critério estabelecido para o diagnóstico, quanto maior sua exigência, menor será o número de casos que satisfazem os critérios, (Polaino-Lorente & Villamisar, 1993).

Os índices utilizados em estudos epidemiológicos são: prevalência e incidência; a primeira expressa a proporção da população que padece da doença em um determinado momento, contribuindo na verificação das necessidades médicas, assistenciais e sociais para combater a doença; a outra diz respeito à proporção de pessoas saudáveis que contraem a doença em um certo período, afirmando o fluxo do estado de saúde e doença na população (Polaino-Lorente & Villamisar, 1993).

Estudos epidemiológicos realizados em indivíduos norte-americanos, dizem que aproximadamente 33% da população “tiveram ou terão um transtorno psiquiátrico em algum momento de suas vidas” (Kaplan & Sadock, 1993, p. 144), sendo que a depressão, posterior à ansiedade, é o segundo distúrbio psiquiátrico mais comum.

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), citados por Menezes e Nascimento (2000), revelam que a depressão unipolar foi uma das principais

causas de incapacitação nos países desenvolvidos; há uma previsão de que no ano 2020 será a maior causa em mulheres de países em desenvolvimento. A *National Comorbidity Survey*, nos Estados Unidos, indica que a prevalência da depressão, para o tempo de vida, será de 17,1% da população geral (Del Porto, 2000).

As pesquisas sobre a prevalência da depressão infantil são relativamente recentes, tendo início a partir da década de 70, com o aprimoramento das metodologias utilizadas para o estudo deste transtorno (Gouveia et al., 1995). Segundo Gill, Coffey e Park (2000 a), na população mais jovem, as porcentagens de depressão maior têm aumentado na última década, adicionando que as taxas de suicídio entre adolescentes quadruplicaram na última metade do século. Outros índices são citados por Kaplan e Sadock (1993); eles relatam que a prevalência de transtornos depressivos para crianças escolares está em cerca de 2%, com maior incidência em meninos; em adolescentes, em cerca de 5%, e a diferença entre os sexos já não é significativa. Em crianças na fase pré-escolar, os transtornos depressivos são descritos como mais raros. Em contrapartida, quanto mais nova a criança, mais difícil torna-se o diagnóstico, pois sua habilidade verbal ainda é imatura.

Outra estimativa de prevalência foi realizada pelo *National Institute of Mental Health* apontando que, pelo menos, 2,5% ou 1,5 milhões de jovens com a idade abaixo de 18 anos sofrem de depressão (Fassler & Dumas, 1997). Cytryn e Mcknew (1998) indicam que a incidência das desordens depressivas em crianças oscila de 5 a 10%, e a depressão maior aproxima-se de 3%. Já Miller (1998) cita que pelo menos 2,5% de crianças e 8,5% de adolescentes experimentam depressão. Para Birmaher, Brent e Benson (1998), desordens depressivas e desordens distímicas são comuns em aproximadamente 2% de crianças e de 4% a 8% em adolescentes.

Embora, haja a idéia de que crianças pré-puberal podem desenvolver a desordem bipolar poucos dados existem na literatura sobre a prevalência ou ocorrência nesta população. É possível que uma pequena proporção de pré-escolares com comportamento disruptivo pode experimentar estados maníacos. No entanto, a prevalência das desordens bipolares em bebês e pré-escolares

apresenta-se baixa, especialmente fora do *setting* clínico. A incidência e prevalência de desordens bipolares de crianças abaixo de nove anos não são conhecidas, pois dados epidemiológicos não têm sido publicados. Em um pequeno grupo de pré-adolescentes é provável de se encontrar critérios do DSM-IV para desordem bipolar. Em crianças com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade e muitas com mania, podem ser diagnosticadas erroneamente como apresentando somente o primeiro; entretanto, esta idéia é controversa e muito debatida. Por causa da sintomatologia sobreposta com outras desordens de início na infância, a desordem bipolar é difícil de ser desvincilhada de condições similares ou comorbidades (McClure, Kubiszyn & Kaslow, 2002).

Um dos poucos estudos que procuram fornecer dados epidemiológicos da depressão infantil, no Brasil, foi realizado por Bandim, Sougey e Carvalho (1995). A pesquisa foi feita em uma amostra de 32 crianças (23 do sexo masculino e nove do sexo feminino) de ambulatórios de psiquiatria na infância da cidade de Recife, com idades variando de 6 a 14 anos. O estudo seguiu os critérios do DSM-III-R para distúrbio Depressivo Maior (DM), Distúrbio Distímico (DD) e Distúrbio de Ajustamento com Humor Deprimido (DAHD). Da amostra estudada, 68,75% receberam o diagnóstico de DD, com sintomas mais freqüentes de humor irritável e queda do rendimento escolar; 18,75% para DAHD, com a freqüência de sintomas em humor deprimido, humor irritável e apatia; e 12,5% para DM, com sintomas freqüentes de humor deprimido e perda de peso. Os sintomas de queda de rendimento escolar, humor deprimido e disfórico mostraram-se como fortes indicadores de depressão em crianças.

Outros estudos nacionais foram o de Baptista e Golfeto (2000); eles verificaram a prevalência de depressão em crianças de 7 a 14 anos na cidade de Ribeirão Preto – SP, por meio do Inventário de Depressão para Crianças (CDI); e o de Andriola e Cavalcante (1999) que avaliaram a depressão em crianças da pré-escola utilizando a Escala de Sintomatologia Depressiva Maior para Professores (ESDM-P), na cidade de Fortaleza (CE). A amostra usada pelos autores foi de 345 crianças (idade média de 5,6 anos) e os resultados indicaram uma prevalência de 3,9% de depressão (13 crianças, sendo seis meninos e sete meninas). Segundo os autores, os dados destacam a importância para a realização do diagnóstico da depressão infantil, além da utilidade do ESDM-P em

prover dados por meio dos professores.

Os estudos sobre a epidemiologia da depressão no Brasil são muito escassos, devido à falta de avanço científico na área (Pereira, 2000; Bandim, Sougey & Carvalho, 1995). Para a depressão infantil, também existem poucos dados epidemiológicos em crianças brasileiras, além da baixa comunicação entre os centros especializados (Bandim et al., 1995). Porém, pode-se considerar que as pesquisas relatadas representam tentativas iniciais de prover dados epidemiológicos da depressão infantil no Brasil; eles devem ser estendidos para amostras mais amplas, visando compreender as características da depressão infantil dentro do contexto econômico e cultural; além da importância do conhecimento da depressão em amostras regionais.

O Sistema Neuroanatômico Funcional da Emoção

A neurociência, caracterizada como a ciência do sistema nervoso, consiste em uma abordagem científica unificada do estudo do comportamento humano, parte do princípio de que todo comportamento é resultado da função neural, neste sentido, tanto as ações motoras como as ações cognitivas, mais complexas e essencialmente humanas, são realizadas pelo sistema nervoso. Assim, a tarefa da neurociência moderna é explicar o comportamento humano em termos de atividades neurais, além de verificar as influências do ambiente nos circuitos neurais (Kandel, Schwartz & Jessell, 2003).

A emoção humana tem sido por muito tempo alvo de pesquisadores (Davidson, Jackson & Kalin, 2000). A idéia de que as funções emocionais não são expressões da atividade de todo cérebro foi modificada recentemente (Kandel et al., 2003). Atualmente, os estudiosos da emoção humana têm demandado esforços para a compreensão do sistema neurobiológico envolvido na base neural da emoção humana. Eles procuram descobrir e esclarecer o complexo circuito neural da emoção e dos estilos de afetividade na espécie humana.

Muitos estudos, que pretendem obter melhores condições para a

compreensão neurobiológica do complexo circuito da emoção humana, visam o esclarecimento do funcionamento deste sistema nos transtornos de humor, revelando e procurando entender a atuação do afeto positivo e do afeto negativo. Entretanto, o conhecimento da estrutura e dos circuitos neurais envolvidos nos estados de humor ainda é recente. Segundo Kandel et al. (2003) é importante na compreensão de uma atividade mental específica, determinar em quais regiões do cérebro, as atividades estão representadas, como elas são representadas e como tais representações interagem. Assim, na compreensão de um estado emocional é necessário realizar a relação entre a sensação cognitiva representada pelo córtex e os sinais fisiológicos associados.

O encéfalo é organizado em regiões ou compartimentos encefálicos compostos de grandes números de neurônios. O córtex cerebral é uma parte do encéfalo relacionado aos comportamentos humanos mais complexos, ou seja, as funções cognitivas. O córtex cerebral é dividido em quatro lobos anatomicamente distintos: frontal, parietal, temporal e occipital. Assim, os comportamentos altamente complexos podem ser rastreados em regiões específicas do encéfalo e compreendidos em termos funcionais dos circuitos neurais, ou seja, grupos de neurônios (Kandel et al., 2003).

Sabe-se que o circuito neural da emoção apresenta vários componentes que exercem papéis fundamentais em diversos aspectos da emoção e nos estilos de afetividade, este termo (estilo de afetividade) refere-se a uma extensão ampla de diferenças individuais em diferentes sub-componentes de reação afetiva e disposição do humor. Os componentes mais enfatizados são: o córtex pré-frontal e a amígdala, mas outras estruturas atuantes são: o hipocampo, o córtex cingulado anterior e o córtex insular. Em cada uma delas prevalecem diferentes sub-processos que trabalham para gerar a informação emocional e o comportamento emocional humano (Davidson, 2000, Davidson, Abercrombie, Nitschke & Putnam, 1999). Tais componentes podem ser disfuncionais em diversas psicopatologias, tais como na depressão e ansiedade (Davidson et al., 1999). Assim, a emoção é uma componente chave nos fatores de personalidade e vulnerabilidade para a psicopatologia (Davidson, Jackson & Kalin, 2000).

Atualmente, as pesquisas realizadas para a compreensão

neurobiológica do complexo circuito da emoção humana contam com os recursos modernos de exames de neuroimagem, tais como: a tomografia por emissão de pósitrons (PET), a tomografia por emissão de fóton único (SPECT), a Tomografia Computadorizada (TC), e a Ressonância Magnética Funcional (RMF). As técnicas de tomografia por PET, a SPECT e imagem de RM funcional (RMF) permitem medições do metabolismo regional da glicose ou Fluxo Sangüíneo Cerebral (FSC) regional, todos refletindo a atividade neuronal (Davidson & Irwin, 1999, Pliszka, 2004). Recentemente, dados de lesão e neuroimagem têm convergido na identificação de circuitos subjacentes da emoção positiva e negativa do cérebro humano (Davidson & Irwin, 1999).

O Circuito Central da Emoção é abordado de diversas perspectivas na literatura, entretanto prevalece a idéia da existência de dois sistemas básicos e fundamentais: o sistema de abordagem e o sistema de retirada - da emoção e motivação – estes sistemas são formas de afeto positivo e negativo. O sistema de abordagem facilita o comportamento desejável e gera tipos de afeto positivo relacionado à abordagem. Já o sistema de retirada facilita o afastamento de estimulações aversivas e/ou organiza respostas apropriadas para pistas de ameaças, gerando emoções negativas relacionadas à retirada, como repugnância e medo. Algumas emoções negativas não são relacionadas à retirada, como a raiva. A descrição precisa de tais sistemas ainda é distinta, assim como o circuito anatômico envolvido. Evidências indicam que os sistemas de abordagem e retirada estão em circuitos parcialmente separáveis (Davidson et al., 2000).

Os dois componentes-chaves do circuito subjacente de afeto positivo e negativo são: o córtex pré-frontal e a amígdala (Davidson, 2000, Davidson 2000, Davidson & Irwin, 1999). O funcionamento do córtex pré-frontal e da amígdala está relacionado ao estilo de afetividade. Um aspecto importante do estilo de afetividade é a capacidade de regular a emoção negativa e especificamente diminuir a duração do afeto negativo após seu surgimento. Acredita-se que a conexão entre o córtex pré-frontal e a amígdala tem um importante papel neste processo. Deste modo, o córtex pré-frontal e a amígdala são os dois maiores territórios neurais do circuito da emoção (Davidson, 2000, Davidson et al., 2000).

O Córtex Pré-Frontal

O córtex pré-frontal abrange a maior parte do lobo frontal, sendo o local de controle das funções executivas, desta forma, o circuito do córtex pré-frontal está alterado em diversos transtornos mentais (Pliszka, 2004). De acordo com Davidson et al. (2000), o córtex pré-frontal pode exercer um papel fundamental na regulação do curso de tempo da resposta emocional e/ou na atividade de inibição do afeto negativo. Em geral, os estudos que têm utilizado o PET têm observado a emoção relacionada às alterações na ativação do córtex pré-frontal (Davidson & Irwin, 1999).

O córtex pré-frontal não é uma zona homogênea de tecido, pois tem sido diferenciado em considerações arquitetônicas e funcionais (Davidson, 2000, Davidson et al., 2000), ou seja, há importantes subdivisões ou setores do córtex pré-frontal, implicados e críticos, no processamento afetivo (Davidson, 2000, Davidson & Irwin, 1999).

Em relação às subdivisões do córtex pré-frontal, uma primeira distinção deve ser realizada entre as regiões dorsolateral, ventromedial e orbitofrontal, e secundariamente é realizada a distinção entre os setores: esquerdo e direito, entre cada uma destas regiões (Davidson, 2000, Davidson & Irwin, 1999).

O córtex pré-frontal dorsolateral é mais diretamente envolvido na representação de estados de metas nas quais muitos estados positivos ou negativos elementares são direcionados (Davidson, 2000, Davidson & Irwin, 1999).

O córtex pré-frontal orbitofrontal está relacionado a uma rápida aprendizagem e desaprendizagem de associações incentivadas por estímulos, e tem sido implicado em uma aprendizagem reversa. Provavelmente, atua na regulação da emoção, pois é importante na regulação da emoção o reaprendizado de associações incentivadas pelo estímulo que pode ter sido previamente mal-adaptada (Davidson, 2000).

Os setores posteriores: dorsolateral e orbitofrontal são os mais

pertinentes no estudo da emoção. Sendo que os lados direito e esquerdo apresentam diferenças funcionais importantes (Davidson et al., 2000). Os dados de estudos de neuroimagem e de lesão com conseqüências no humor são consistentes para dar suporte à visão de ativação esquerda-direita em muitas regiões (Davidson & Irwin, 1999).

Em estudos de PET observa-se que na produção de afeto positivo ocorre aumento de ativação metabólica do lado esquerdo no córtex pré-frontal na região do giro pós e pré-central quando comparado com afeto negativo (Davidson & Irwin, 1999). Assim, danos no córtex pré-frontal anterior do lado esquerdo aumentam os sintomas depressivos, pois esta parte do cérebro participa de um circuito que é base de certas formas de afeto positivo (Davidson, 2000, Davidson et al., 2000).

Esses estudos também demonstram aumento de ativação metabólica do lado direito, em regiões inferiores e superiores, do córtex pré-frontal, incluindo o orbital anterior, frontal inferior, frontal médio e giro frontal superior (Davidson, 2000, Davidson & Irwin, 1999). Deste modo, aumentos na ativação do lado direito em vários setores do córtex pré-frontal são associados com aumento de afeto negativo (Davidson et al., 2000).

Davidson et al. (2000) diz que assimetrias no córtex pré-frontal são associadas com sistemas de abordagem e de retirada. Assim, o córtex pré-frontal esquerdo é mais associado com o sistema de abordagem e certas formas de afeto positivo, já o córtex pré-frontal direito tem associação com afeto negativo e sistema de retirada.

Segundo Davidson et al. (2000), um dos interessantes quebra-cabeças da literatura humana sobre assimetria pré-frontal associada com estilo de afetividade é que medidas de linha de base assimétrica pré-frontal são estáveis em adultos, mas não são estáveis durante a infância precoce. Este fato, para os autores, ressalta a importância de futuras pesquisas em obter melhores medidas de eventos do curso de vida, influência parental e outros importantes fatores ambientais, assim como o relato de ocorrência destas mudanças em padrões de ativação do córtex pré-frontal.

A literatura também tem estudado os danos no córtex pré-frontal ventromedial verificando que ele participa na antecipação de futuras conseqüências afetivas positivas e negativas das ações humanas (Davidson et al., 2000). Na ausência de incentivos imediatamente presentes, o córtex pré-frontal ventromedial pode estar mais diretamente envolvido na representação de estados positivos e negativos elementares, ou seja, na memória de trabalho emocional. Assim, danos no córtex pré-frontal ventromedial não prejudicam a reação imediata para incentivos, mas somente a capacidade de sustentar e antecipar tais reações quando os eliciadores imediatos não estão presentes (Davidson & Irwin, 1999).

Segundo Davidson e Irwin (1999) é essencial para o organismo à preservação da memória de trabalho emocional, caso contrário, há prejuízos na habilidade pessoal para sustentar emoção e para guiar o comportamento em um modelo adaptativo.

A Amígdala

A amígdala é um importante local de controle da emoção no cérebro humano desempenhando uma importante função no processo emocional (Davidson et al., 2000). Os estudos de PET e RMF usados, a partir de 1995, têm contribuído para questões referentes ao significado funcional da ativação na amígdala e seu papel preciso para a emoção humana (Davidson, 2000, Davidson et al., 2000). Os estudos com pacientes que apresentam dano cerebral nesta estrutura sugerem sua importante atuação na percepção e em certas formas de afeto negativo (Davidson & Irwin, 1999). Na percepção, a amígdala atua no reconhecimento de sinais de ameaça ou perigo (Davidson, 2000). A amígdala pode ser necessária para a expressão de afeto negativo já aprendido, e pode ser também crucial para aprendizagem de novas contingências de estímulos ameaçadores e na expressão específica do medo (Davidson, 2000, Davidson et al., 2000). Por outro lado, a amígdala pode não ser necessária na expressão de diferenças individuais já adquiridas de temperamento ou estilo de afetividade (Davidson et al., 2000).

Atualmente, há três tópicos principais de discussão sobre a natureza precisa da amígdala na emoção: a atuação da amígdala no afeto em geral, ou no afeto negativo em particular ou, mais especificamente, no medo; a ocorrência de diferenças funcionais entre a amígdala esquerda e direita; e o tratamento da amígdala enquanto uma região unitária (Davidson & Irwin, 1999). Deste modo, muitas pesquisas ainda são necessárias para revelar o papel da amígdala na desordem de depressão maior (Abercrombie, Schaefer, Larson, Oakes, Lindgren, Holden, Perlman, Turski, Krahn, Benca & Davidson, 1998). Segundo Abercrombie et al. (1998), indivíduos com desordem de depressão maior, com forte metabolismo de glicose na amígdala direita, apresentam afeto negativo mais severo. Em relação às diferenças funcionais entre a amígdala esquerda e direita, ainda não é possível solucionar se a ativação assimétrica da amígdala está associada com padrões diferentes de resposta afetiva (Davidson & Irwin, 1999). O outro ponto de dificuldade refere-se ao tratamento da amígdala como uma estrutura unitária, acredita-se que estudos futuros com fMRI são promissores em esclarecer a especialização funcional das diferentes regiões da amígdala, subscrevendo a heterogeneidade funcional desta estrutura e clarificando seu papel em vários componentes do processo emocional (Davidson & Irwin, 1999).

É importante ressaltar que na compreensão da emoção humana devem-se considerar os fatores biológicos e ambientais. Assim, além do conhecimento dos estudos do circuito central da emoção, os profissionais não devem descartar os eventos de vida estressantes; portanto, é essencial a compreensão da inter-relação que ocorre entre estes dois fatores. Davidson (2000) descreve que as diferenças individuais em padrões de ativação do Córtex Pré-Frontal (CPF) e da amígdala estão relacionadas a constituintes biológicos e comportamentais do estilo afetivo e de regulação da emoção.

De acordo com Davidson et al. (2000), pontos de convergência entre os estudos animais e humanos são críticos no desenvolvimento de um mecanismo de compreensão, onde eventos de vida precoce estressantes podem influenciar o circuito central da emoção, moldando-se padrões de reação emocional posteriores. A compreensão dos fatores ambientais, que definem o circuito da emoção, depende de futuros estudos longitudinais; as medidas da função cerebral e estrutura podem ser obtidas ao longo de mudança ambiental,

assim como a medida comportamental da reação emocional.

Pliszka (2004) também descreve que os eventos de vida estressantes ocorridos precocemente afetam a neurobiologia do indivíduo. Deste modo, as perturbações ocorridas nos sistemas neurobiológicos podem ser posteriores à verdadeira causa da doença, revelando a importância de fatores psico-sociais nos transtornos do humor.

Para Davidson et al. (2000), uma das maiores mudanças para neurociência da afetividade humana no próximo século pode ser a melhor compreensão das forças ambientais que definem o circuito da emoção. Além disso, as forças ambientais tornam-se ainda mais importantes quando o estresse ocorre em uma pessoa vulnerável geneticamente (PLISZKA, 2004).

Em estudos realizados, Davidson et al. apresentam a possibilidade da plasticidade cerebral no circuito neural da emoção. Este é um importante aspecto relatado e tem sido revelado por meio de estudos que visam promover o bem estar e o afeto positivo. Entretanto, atualmente, muitos dados relevantes para a compreensão do papel das mudanças de plasticidade no circuito da emoção em humanos ainda estão no nível de pesquisas em animais (Davidson et al, 1999, Davidson, 2000, Davidson et al, 2000), e podem ter um efeito similar em humanos (Davidson, 2000). Os estudos indicam o córtex pré-frontal, a amígdala e o hipocampo como locais onde ocorre a plasticidade (Davidson et al., 2000).

Infelizmente, ainda são limitados os dados que apresentem a prática de métodos específicos para produzir a plasticidade no cérebro para aumentar o afeto positivo, tal como é o efeito da medicação (Davidson et al., 2000). Segundo Davidson et al. (2000), os estudos de neuroimagem poderão auxiliar nas pesquisas para comprovar mudanças em padrões de ativação cerebral que podem ser produzidas por técnicas que visem promover o afeto positivo.

A plasticidade cerebral no circuito da emoção tem um importante papel na compreensão do impacto causado por fatores ambientais precoces em futuras diferenças individuais e o risco para a psicopatologia; além disso, ela pode ser requerida para mudança terapêutica em intervenções farmacológicas e comportamentais (Davidson et al., 2000).

Verifica-se a depressão fortemente entrelaçada por fatores ambientais e orgânicos, onde cada um deles joga um papel fundamental na vida das pessoas. Prevalece a idéia do quanto é necessário focalizar e cuidar dos fatores ambientais, pois os estudos mostram, cada vez mais, que eles são os grandes responsáveis por modificações de aspectos orgânicos, principalmente durante a infância precoce, fato que deve chamar atenção de profissionais da área da saúde, tais como psicólogos e psiquiatras.

INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA DEPRESSÃO

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

A utilização de escalas, inventários e questionários de avaliação apresentam um curso histórico, que não cabe ser descrito aqui, mas a idéia de medir comportamentos vem de tempos remotos. Hoje, pode-se afirmar que são várias as razões existentes para o uso dos testes. Neste sentido, Oakland (1999 b, p.101) relata: “A principal razão é para descrever com precisão comportamentos ou outras qualidades importantes. A descrição precisa é pré-requisito para outras razões do uso do teste”.

Há muitos pré-requisitos para que um instrumento de avaliação seja bem utilizado, ou seja, eles devem apresentar parâmetros psicométricos de análise de itens, validade, precisão e normas, isto é obtido por meio do rigor científico em todo processo de construção, utilização e passos de avaliação (Pasquali, 2003, 1999 a; Anastasi & Urbina, 2000). Pode-se afirmar que o próprio instrumento é avaliado cientificamente antes que possa ser usado, isto é requisito fundamental e garantia para sua eficácia. Todos esses cuidados são fundamentais, pois os instrumentos de avaliação são utilizados para decisões importantes e apresentam influência significativa na vida do sujeito (Oakland, 1999 b), além da contribuição para o crescimento científico quando usados em pesquisas. Muitos estudos na literatura são relativos à construção ou validação dos instrumentos de avaliação da depressão infantil ou, ainda, visam fornecer aspectos específicos do funcionamento destes instrumentos.

Nas pesquisas científicas são abordadas várias escalas com o

propósito de avaliar a depressão. É relevante apontar que a utilidade e função dessas escalas não estão em realizar o diagnóstico da depressão, por si só, pois não são entrevistas diagnósticas; mas, sim, em caracterizar e detectar o grau de gravidade dos sintomas depressivos, procurando assim, auxiliar na elaboração do diagnóstico da depressão juntamente com outros dados clínicos e avaliar o acompanhamento e resultado do tratamento (Myers & Winters, 2002; Calil & Pires, 2000; Moreno & Moreno, 2000). Outra utilidade dos instrumentos de avaliação de depressão é contribuir com o diagnóstico precoce (Andriola & Cavalcante, 1999). Os testes psicológicos fornecem medidas de comportamento que são úteis; no entanto, esses dados sozinhos raramente são adequados para fornecer um diagnóstico de DSM, e são melhores interpretados quando em contexto de outros dados clínicos (Halperin & McKay, 1998).

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

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

Escala de Depressão para Crianças (*Children's Depression Scale* - CDS); e a Escala de Avaliação de Mania (*Mania Rating Scale* - MRS). Segundo Calil e Pires (2000), as escalas de avaliação de depressão diferenciam-se pelas categorias de sintomas que são incluídos nos itens.

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

Calil e Pires (2000) citam uma lista das escalas de auto-avaliação de depressão adaptadas das revisões de Thompson (1989) e Rabkin e Klein (1987): Inventário de Depressão de Beck; Zung; Lista de Adjetivos para Depressão; Questionário de Levine-Pilowsky; Escalas Analógicas Visuais; Inventário Wakefield (baseada na Zung); Escalas de von Zerssen; Desesperança (avaliação de intenção suicida); Escala de Leeds (modificação de Wakefield); Lista de Sintomas de Hopkins - 90; Carrol (adaptação de Hamilton) e Prazer.

O Inventário de Depressão de Beck é um dos instrumentos criados para avaliar a depressão em adultos e, dentre as escalas de auto-avaliação, é a mais utilizada (Calil & Pires, 2000); também tem sido muito usado com adolescentes, onde três fatores são revelados para discriminar adolescentes de outras desordens de comportamento ou comorbidades (Myers & Winters, 2002). A escala tem quarenta anos de uso em pesquisas e em clínica, e os estudos do próprio instrumento ainda estão presentes na literatura internacional (Gorenstein & Andrade, 2000). O BDI desde a década passada tem sido usado na clínica e constantemente avaliado, ele avalia quatro fatores estruturais em adultos: cognitivo, comportamental, afetivo e somático. Estudos com variabilidade de amostras têm demonstrado consistência interna e confiabilidade teste-reteste. Sua validade tem sido demonstrada por meio de correlação com outras medidas

de depressão, ele também mostra uma validade discriminativa, pois em amostras não clínicas apresenta baixa correlação com desordens de conduta e ansiedade (Myers & Winters, 2002).

A escala de avaliação do observador mais importante e utilizada, mundialmente, é a Escala de Depressão de Hamilton. Muitas outras escalas são modificações desta, ela quantifica a gravidade de um grande número de sintomas, e as categorias mais focalizadas são: manifestações somáticas e os aspectos cognitivos. Essa escala apresenta três versões: a primeira com 17 itens, a segunda com 21 itens e a terceira com 24 itens (Calil & Pires, 2000; Moreno & Moreno, 2000). A validade desta escala em amostras de adultos tem sido comprovada somente por meio da correlação de outras escalas para depressão; apesar da validade discriminativa ter sido sugerida, não há dados de controle psiquiátrico (Myers & Winters, 2002). A escala tem sido bastante utilizada com adolescentes, entretanto, mesmo que alguns estudos apontem para sensibilidade e utilidade da escala nesta amostra, a avaliação do funcionamento psicométrico dela ainda é necessária nestas amostras; entretanto a Escala de Depressão de Hamilton é correlacionado com resultado de tratamento em adolescentes, apresentando sensibilidade para farmacoterapia, terapia eletroconvulsiva e terapia cognitiva-comportamental (Myers & Winters, 2002). Outra escala de avaliação do observador é a Escala de Montgomery-Åsberg, que foi desenvolvida para avaliar as mudanças clínicas durante o tratamento (Calil & Pires, 2000; Moreno & Moreno, 2000).

Na avaliação da depressão em crianças, o Inventário de Depressão para Crianças - CDI, planejado por Maria Kovács e Beck, apresenta bons dados normativos disponíveis. O inventário tem sido amplamente utilizado nos Estados Unidos, metade de todos os estudos que focam depressão infantil usa o CDI (Fristad, Emery & Beck, 1997). Ele também tem sido utilizado em muitos estudos étnicos, desenvolvimentais e psicossociais (Myers & Winters, 2002).

O CDI é essencialmente apontado como uma extensão do Inventário de Depressão de Beck, e, embora os autores tenham incluído diversos itens para avaliar áreas escolares e sociais, a diferença é primariamente sobre o estilo. O CDI apresenta uma linguagem apropriada para sua população meta (Smucker,

Craighead, Craighead & Green, 1986). O CDI é um inventário de auto-relato elaborado para crianças de idades entre 7 e 17 anos, inclui 27 itens e tem como objetivo medir a presença e severidade de sintomas da depressão, avaliando suas diversas dimensões clinicamente relevantes: afetividade – humor disfórico (por ex. humor rebaixado, solidão e irritabilidade), cognitiva – auto-depreciação (por ex. auto-imagem negativa, auto-culpa, expectativas negativas em decisão), motivacional – perda do interesse pessoal e social (por ex. reclusão, evitamento, ideação suicida), sintomas vegetativos (por ex. distúrbio de apetite e de sono) e psicomotor – *acting out* (Myers & Winters, 2002; Hodges, Siegel, Mullins & Griffin, 1983). As respostas são escolhidas conforme o que a criança está sentindo nas duas últimas semanas. Cada item avalia um sintoma apresentado por três opções pontuadas de zero a dois, direcionando a patologia crescente. O escore total varia de zero a 54 (Hodges et al., 1983).

Em relação aos parâmetros psicométricos, o CDI tem consistência interna adequada; a precisão teste-reteste é altamente variável, sendo mais baixo para meninos do que para meninas em comunidades, pois, realmente, a instabilidade de sintomas depressivos é esperada para população geral. Sua validade é comprovada por correlações altas com outras escalas; o instrumento também mostra sensibilidade para mudanças durante a terapia. Contudo, a validade discriminante é mais problemática, os estudos se contradizem em relação às diferenças nos escores de crianças com depressão de outras desordens psiquiátricas; os itens que medem afeto disfórico demonstram a melhor força discriminatória (Myers & Winters, 2002).

Somente a utilização do CDI para o diagnóstico da depressão é um tratamento inadequado e abuso do instrumento, pois este não foi designado para o diagnóstico da depressão. Pelo contrário, coloca condições claras sobre a cautela e os limites de sua utilização, sendo este cuidado similar ao do BDI (Fristad, Emery & Beck, 1997).

Outro instrumento para avaliar a sintomatologia depressiva em crianças é o *Reynolds Child Depression Scale* - RCDS, construído por Reynolds, da Universidade de Wisconsin — Madison, nos Estados Unidos. O RCDS consiste de uma medida de auto-relato com níveis clinicamente relevantes de

sintomatologia depressiva, incluindo sintomas cognitivos, vegetativo-motor, somático e sintomas interpessoais (Reynolds, 1989).

O RCDS é breve e de fácil aplicação, individual ou em grupo. Foi construído para população infantil com idade entre 8 a 12 anos. Em crianças menores de 8 anos, crianças com dificuldade de aprendizagem, ou com outras condições de deficiência, a aplicação é oral. O objetivo do RCDS é identificar crianças deprimidas em populações clínicas e escolares, como ferramenta para usar em pesquisas sobre depressão, construtos relacionados e na análise de resultados de tratamento. A escala contém 30 itens, sendo 29 itens em formato de resposta tipo *Likert* de quatro pontos (quase nunca, algumas vezes, muitas vezes, todas às vezes), que avaliam a frequência de sintomas depressivos, e um item com formato de resposta que utiliza cinco faces demonstrando emoção, variando de feliz a triste. As crianças devem escolher a melhor resposta que indica como ela tem se sentido nas duas últimas semanas. Nesta escala sete itens são pontuados ao reverso, o que, segundo o autor, possibilita a atenção maior em cada item e no seu formato de resposta, checagem para jogo de resposta e respostas inconsistentes (Reynolds, 1989).

A escala RCDS é baseada nos critérios do DSM-III, garantindo sua validade de construto. Sua normatização, realizada por meio de mil jovens, fornece os dados normativos, porém sua sensibilidade, especificidade e corte de escores com amostras clínicas não são estabilizados, pois sua maior utilização é com amostras de crianças escolares (Myers & Winters, 2002).

No Brasil, Gongorra (1984) elaborou um instrumento para avaliar a depressão em adultos na população brasileira. Primeiramente, a autora fez um levantamento de características ou sintomas da população depressiva da região norte do Estado do Paraná, por meio de entrevistas com terapeutas especializados no atendimento a pacientes depressivos, consultas a prontuários de pacientes depressivos diagnosticados conforme o Código Internacional de Doenças (CID) e consultas à literatura. Assim, os sintomas representativos foram categorizados e transformados nos itens da escala. Anteriormente à construção dos itens, foram reduzidos os números de características de cada categoria. O tipo de instrumento a ser construído foi definido pela autora em uma escala de

sete pontos no formato da escala Z-Zung (1965) e auto-administrável. Os itens foram compostos em uma escala de intensidade e duração conforme a natureza de sua variável, e foram construídos em forma afirmativa (pontuação alta = depressão) e em forma negativa (pontuação baixa = ausência de depressão). Realizou-se uma análise rigorosa das escalas, do questionário, do teste de aplicabilidade do instrumento e da variabilidade dos itens. O instrumento final é composto de 108 itens respondidos em escalas de sete pontos variando em duração, frequência e intensidade.

Silveira e Jorge (2000) investigaram a Escala de Rastreamento Populacional para depressão em duas amostras de adolescentes e adultos jovens. O objetivo foi obter maior conhecimento das qualidades psicométricas deste instrumento no meio. Essa escala do Centro de Estudos Epidemiológicos é um instrumento auto-administrável composto de 20 itens. Foi criada em 1977, por Radloff, para detectar sintomas depressivos em populações adultas, e vem sendo utilizada em estudos clínicos e populacionais. O instrumento mostrou-se adequado para o rastreamento da depressão em populações jovens, clínicas e não clínicas.

Uma proposta para adaptar o Inventário de Depressão para Crianças (CDI) para o contexto brasileiro foi realizada por Gouveia, Barbosa, Almeida e Gaião (1995) em uma amostra de 305 crianças de escolas públicas e particulares, com idades variando entre 8 e 15 anos, sendo a maioria do sexo masculino. A amostra foi proveniente da cidade de João Pessoa – PB. Os autores relataram o instrumento como unidimensional com consistência interna aceitável e sugerem uma amostra maior, para elaboração de normas definitivas. Os autores mostram não haver diferenças significativas para as variáveis: sexo, idade, tipo de escola e escolaridade. Segundo a adaptação e normatização do CDI realizada por Gouveia, outros dois autores, Baptista e Golfeto (2000), verificaram a prevalência de depressão em escolares de 7 a 14 anos na cidade de Ribeirão Preto – SP.

Outro estudo na população brasileira foi o de Andriola e Cavalcante (1999); eles avaliaram a depressão em crianças da pré-escola utilizando a Escala de Sintomatologia Depressiva para Professores (ESDM-P), na cidade de Fortaleza – CE. A amostra foi de 345 crianças com idade média de 5,6 anos; a

maioria era de meninas. O instrumento é composto de 22 itens seguidos de uma escala *Likert* variando de um a três. Os resultados mostraram que 3,9% das crianças possuem indicativos de prevalência à depressão.

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

Pereira e Amaral (2004) submeteram a Escala de Avaliação de Depressão para Crianças à diversas modificações; os estudos de validade de construto, validade de conteúdo e precisão demonstraram boas propriedades psicométricas. A pesquisa procurou cumprir os requisitos básicos de um processo de validação de instrumentos psicométricos; a escala, então, ficou composta de 24 itens que avaliam a sintomatologia da depressão em quatro fatores: afeto disfórico, afetiva-emocional com conteúdo de ansiedade, fisiológica-autônômica e cognitiva com conteúdo de auto-estima. As autoras sugerem novos estudos, principalmente pesquisa de validação junto à população clínica, para que sua eficácia possa ser melhorada. A Escala de Avaliação de Depressão para Crianças é também uma das tentativas iniciais de auxiliar o preenchimento da lacuna de instrumentos psicométricos que meçam a depressão infantil no contexto cultural brasileiro, contribuindo para a literatura científica nacional e promovendo o conhecimento da depressão infantil, ainda carente de estudo em na população. O presente trabalho procura fornecer uma continuidade dos estudos psicométricos da Escala de Avaliação de Depressão para Crianças, como será apresentado a seguir.

Portanto, é nítida na literatura científica a importância dada ao desenvolvimento e utilização dos instrumentos de medidas, seja para os estudos epidemiológicos, nas pesquisas científicas ou na promoção de saúde mental da população mais jovem. Prevalendo ainda, a relevância de estudar a depressão em crianças brasileiras. A depressão infantil é uma questão de saúde pública, e como tal deve receber atenção dos responsáveis.

PARÂMETROS PSICOMÉTRICOS DOS INSTRUMENTOS DE MEDIDA

Os testes psicológicos são recursos que os psicólogos dispõem no campo do saber psicológico e são extensamente utilizados na prática profissional e na pesquisa. Cada vez mais, os testes psicológicos vêm demarcando sua necessidade para o desenvolvimento da ciência psicológica e para benefícios da população de um modo geral. Fato que pode ser observado pela sua extensa utilização na avaliação psicológica e nas pesquisas científicas da área, tanto a nível nacional como internacional.

Os testes psicológicos são classificados como um dos tipos de instrumentos psicológicos utilizados na avaliação psicológica (Weschler, 1999). Os testes psicológicos, segundo o critério de objetividade e padronização, podem ser classificados em testes psicométricos e testes impressionistas (Pasquali, 2003). A medida escalar é uma das várias formas de medida psicométrica, sendo bastante utilizada para medir traços de personalidade. O conceito de escala psicométrica é, geralmente, utilizado quando se visa escalonar estímulos que expressam um construto psicológico, como uma técnica de se fazer medida (Pasquali, 1999 b).

No Brasil, há profissionais pesquisadores que estão preocupados com a construção de instrumentos com qualidade, além da preocupação com a eficácia daqueles já existentes. Fato que pode ser observado pelos esforços de profissionais para o desenvolvimento e reconhecimento da área de Avaliação Psicológica. Tais esforços têm mostrado a importância da eficácia dos testes e a complexidade que envolve sua utilização para a população. Reforçando a necessidade da própria ética profissional, seja daqueles que estão construindo ou utilizando tais instrumentos.

A eficácia e qualidade dos testes estão estritamente relacionadas à sua construção, permeada pelo rigor científico. Assim, construir um teste psicológico não é tarefa para leigos ou pessoas desabilitadas. De acordo com Pasquali (1999

a), a elaboração de um instrumento psicológico envolve sério conhecimento de disciplinas ensinadas nas universidades. Principalmente, a Psicometria e disciplinas de teoria psicológica, tais como: história e sistemas; teorias de personalidade; psicopatologia e psicologia social; delineamento de pesquisa científica e conhecimentos de estatísticas. Destacando-se a Psicometria, o ramo da Psicologia responsável pela construção e validação dos testes psicológicos.

Segundo Pasquali (1996), a Psicometria é caracterizada no ramo das ciências empíricas, fundamenta-se na teoria da medida (isomorfismo) e na teoria do traço latente; trabalhando com o conceito de sistema, propriedade e magnitude. A teoria que fundamenta o isomorfismo, comportamento - processos latentes, demonstra de que modo o comportamento representa o traço-latente. Assim, os construtos só são cientificamente possíveis de serem pesquisados se puderem ter uma representação comportamental adequada (Pasquali, 2003).

Os fundamentos principais das medidas escalares são os parâmetros de medida (validade e fidedignidade), ou seja, na Psicometria, a validade e fidedignidade dos testes psicológicos são consideradas como primordiais, pois a eficácia de um teste psicológico é obtida por meio de um processo complexo de validação e precisão (Pereira, 2002). Conforme Anastasi e Urbina (2000, p.22) “[...] a pergunta mais importante a ser formulada sobre qualquer teste psicológico refere-se à validade, isto é, o grau em que o teste realmente mede aquilo que se propõe a medir”. Pasquali (1999 a) considera que o modelo de construção de um teste psicológico se baseia em três grandes pólos: os procedimentos teóricos, os procedimentos empíricos e os procedimentos analíticos (estatísticos). As dificuldades para validação de um instrumento situam-se nestes três momentos (Pasquali, 1996).

Adánez (1999, p.58) também considera que “o processo de construção de um teste consiste na execução de um plano que compreende uma série de etapas relacionadas, no sentido de que as opções adotadas em algumas delas determinam os passos a seguir posteriormente”. Considerando-se a complexidade que envolve a construção de um teste psicológico é necessário que este seja avaliado por meio de múltiplos procedimentos que visem garantir a sua validade (Pereira, 2002). A determinação do coeficiente de validade de um teste

requer procedimentos que vão além do que o teste se propõe a medir. Desse modo, envolve as condições em que foi aplicado e foram obtidas as avaliações do critério para o cálculo de correlação e também sobre a construção do teste em todas as suas fases (Cunha, 1994). Portanto, é por meio de provas estatísticas que se obtêm dados sobre a validade e fidedignidade das provas para a elaboração de normas de interpretação quantitativa, isto é, o refinamento empírico do instrumento (Adánez, 1999). Autores clássicos da literatura nacional e internacional apontam para importância de instrumentos psicológicos válidos, fidedignos e com normas diferenciadas para os diversos grupos humanos, respeitando-se as diferenças culturais.

Existem métodos estatísticos necessários para a validação de diferentes tipos de testes; quantitativamente, a validação é representada por um coeficiente de correlação. Cada método de validação requer um tipo de trabalho específico, e depende, também, da pergunta a que o método de validação irá responder (Cunha, 1994). Há diversas especificações dos autores para os diversos tipos de validade de um teste psicológico. Conforme a Associação Americana de Psicologia (1954, apud Pasquali, 1996), os tipos de validade podem ser condensados em três grandes classes: validade de construto, validade de conteúdo e validade de critério.

A validade de construto é a forma mais fundamental de validade dos instrumentos psicológicos, mas não exclusiva. A análise fatorial inclui perguntas indispensáveis para o conhecimento da validade de construto e tem sido de grande importância. Sua utilização depende do vasto conhecimento de sua aplicação e da análise de interpretação dos resultados obtidos (Adánez, 1999). Para Pasquali (1999 a) é a análise fatorial que define a dimensionalidade do instrumento, ou seja, que se pode verificar se o instrumento está medindo um único fator ou vários fatores. De acordo com Anastasi e Urbina (2000, p.119), o objetivo principal da análise fatorial “[...] é simplificar a descrição do comportamento reduzindo o número de categorias de uma multiplicidade inicial de variáveis de teste para alguns fatores ou traços comuns”. A análise fatorial é aplicada com dois propósitos: (1) determinar subconjuntos de itens homogêneos que poderiam medir o mesmo traço; (2) determinar se os itens de uma prova se ajustam empiricamente a um conjunto de dimensões ou fatores definidos

teoricamente. O primeiro objetivo diz respeito em maior parte a um caráter exploratório, em que podem ser utilizados diversos métodos de Análise Fatorial Exploratória (AFE), e o segundo refere-se à Análise Fatorial Confirmatória (AFC) (Adánez, 1999).

A validade de conteúdo visa verificar se o teste constitui uma amostra representativa de um universo finito de comportamentos – domínio (Pasquali, 2003). Esta validade também supõe o exame sistemático dos itens dos testes com o objetivo de determinar se estes compõem uma amostra representativa da forma de comportamento que será medida, ou seja, verifica-se a fundamentação teórica do teste e se as situações colocadas representam os aspectos esperados (Adánez 1999; Cunha, 1994). Experimentalmente, por meio das intercorrelações entre itens e o escore total, é realizada a análise de conteúdo; esta análise estatística possibilita o descarte e a reformulação dos itens (Cunha, 1994).

A validade de critério, diz respeito ao grau de eficácia que o teste tem em predizer um desempenho específico do sujeito. Assim, o desempenho do sujeito é o critério que deve ser medido e avaliado por outras técnicas, externas ao próprio teste que se quer validar (Pasquali, 2003; Adánez, 1999). Há dois tipos de validade de critério: a validade preditiva, quando a coleta da informação é realizada após o teste, e a validade concorrente, quando a coleta da informação se dá simultaneamente ao teste. A definição do critério pode ser feita por meio do desempenho acadêmico, desempenho em treinamento especializado, desempenho profissional, diagnóstico psiquiátrico, diagnóstico subjetivo e outros testes disponíveis; baseado na correlação entre os dados, encontra-se o coeficiente de validade (Pasquali, 2003).

É importante ressaltar que a validade dos testes psicométricos não é uma característica rígida, e sim um processo vivo, heterogêneo e nunca finalizado (Messick, 1989, apud Adánez, 1999). A validade nunca é resumida em uma única medida; é necessário que se tenha base em evidências múltiplas, progressivas e convergentes (Adánez, 1999).

Além de todo processo de validação, outra avaliação objetiva dos testes psicológicos necessária, também para sua eficácia, é a precisão. Este

termo utilizado na psicometria significa estabilidade, fidedignidade, confiabilidade, etc. A precisão de um teste: “[...] refere-se a consistência dos escores obtidos pelas mesmas pessoas quando elas são reexaminadas com o mesmo teste em diferentes ocasiões, ou com diferentes conjuntos de itens equivalentes ou sob outras condições variáveis de exame” (Anastasi & Urbina, 2000, p.84).

A avaliação da fidedignidade fornece a estimativa de variância do erro, que, para melhor definição é representada por alguma condição que não seja significativa ao construto, isto é, a variabilidade nos resultados conseqüentes de fatores aleatórios e a própria imprecisão do instrumento. Assim, as condições padronizadas de aplicação de um teste são essenciais para diminuir a variância do erro. As características da amostra também são importantes na medida da precisão. Dessa maneira, a precisão de um teste está relacionada à questão do erro da medida, e são necessárias referências sobre a variância verdadeira e variância erro; quanto maior a variância verdadeira, maior será a precisão do instrumento.

Para Adánez (1999), a confiabilidade de um teste refere-se à quantidade de erro presente nas pontuações; sendo pequena, a medida é considerada confiável. Nenhum teste é inteiramente preciso, por este motivo é relevante que todo teste esteja acompanhado de sua precisão (Pasquali, 2003). A precisão de um teste é realizada por meio de delineamentos experimentais e dois tipos de análise estatística dos dados. A definição estatística dos tipos de precisão é expressa por um coeficiente de correlação, ou seja, considera o grau de concordância entre escores de duas situações obtidas, independentemente (Pasquali, 2003). Os tipos de Precisão são: teste-reteste, formas alternativas (paralelas), e das metades (Pasquali, 2003; Anastasi & Urbina, 2000; Adánez, 1999).

A precisão do teste-reteste consiste em realizar uma nova aplicação do teste em outra ocasião ao mesmo grupo de sujeitos. Desse modo, o coeficiente de precisão se dá pela correlação dos resultados obtidos pela amostra nas duas aplicações. Aqui é importante especificar o intervalo de tempo entre as aplicações, pois a correlação tende a diminuir com o aumento deste intervalo de tempo. A correlação entre os dados obtidos é dada por um coeficiente de estabilidade ou

constância (Pasquali, 2003; Anastasi & Urbina, 2000; Adánez, 1999).

Na precisão das formas alternativas é utilizada uma forma paralela do teste avaliado; assim, uma amostra de sujeitos é testada com uma forma do teste na primeira aplicação e, em uma segunda, com outra forma do mesmo teste ou um outro teste paralelo. A correlação dos resultados obtidos expressa o coeficiente de equivalência. Aqui, também é significativo o intervalo entre as aplicações (Pasquali, 2003; Anastasi & Urbina, 2000; Adánez, 1999).

Na precisão das metades, um único teste é aplicado, uma única vez, em uma amostra de sujeitos e, depois, dividido em metades que sejam comparáveis, de modo a obter dois resultados para cada sujeito. Esse tipo de precisão expressa o coeficiente de consistência interna, ou seja, verifica a homogeneidade da amostra de itens do instrumento (Pasquali, 2003; Anastasi & Urbina, 2000; Adánez, 1999).

A análise estatística mais utilizada para verificar a consistência interna dos itens é o coeficiente alfa (α) de Cronbach (1951, apud Pasquali, 1996). A consistência interna é um dos conceitos de confiabilidade dos itens mais utilizados para análise da contribuição dos itens na homogeneidade do teste. O coeficiente alfa (α) de Cronbach será maior quanto maior forem os desvios típicos dos itens e as correlações dos itens com o teste (Adánez, 1999). A técnica de medida escalar de *Likert* geralmente utiliza o coeficiente alfa (α) de Cronbach para análise da precisão do teste (Pasquali, 1996).

Além desses três tipos de precisão descritos acima, há ainda casos particulares para a utilização do coeficiente alfa (α) de Cronbach, como é o caso da precisão de Kuder-Richardson, em que o teste é aplicado uma única vez e é avaliado de acordo com o grau de coerência das respostas dos sujeitos em todos os itens do teste, sendo utilizado somente quando a resposta ao item é dicotômica. Estes autores desenvolveram diversas fórmulas para esta avaliação. A própria técnica do coeficiente alfa (α) de Cronbach é uma extensão da técnica de Kuder-Richardson. Outros coeficientes específicos da fórmula geral de Cronbach são o de Rulon e o de Guttman-Flanagam (Pasquali, 2003).

Apesar das técnicas de precisão descritas acima, existem ainda fatores que afetam a precisão de um teste: a variabilidade da amostra e o comprimento do teste. Em relação à variabilidade da amostra, é possível levantar o aumento do índice de fidedignidade com o aumento da amostra por meio de fórmulas estatísticas. No caso de comprimento do teste, a fidedignidade aumentada pelo aumento do número de itens do teste é dada pela fórmula de Spearman-Brown (Pasquali, 2003).

Outra maneira de expressar a precisão de um teste é calculando o erro padrão de medida, em vez de utilizar um coeficiente de fidedignidade. O Erro Padrão de Medida (EPM) é representado em termos de desvio padrão do teste e do coeficiente de precisão do mesmo teste, da mesma amostra de sujeitos (Pasquali, 2003).

Depois de contemplados os parâmetros psicométricos de validade e precisão é necessário à elaboração das normas. A fase de normatização é importante em um instrumento psicométrico, visto que é por meio das normas que a interpretação quantitativa do nível do sujeito pode ser realizada. Segundo Pasquali (2003), não há uma distinção na literatura entre os termos padronização e normatização. Entretanto, a diferenciação dos termos é importante, pois aponta para duas questões distintas no âmbito da testagem psicológica. Para o autor, a padronização refere-se aos procedimentos de aplicação, incluindo as condições necessárias para a testagem, a motivação dos sujeitos para diminuição da ansiedade, as instruções e controle da situação. Já a normatização enfatiza a uniformidade na análise e interpretação dos resultados obtidos no teste. Neste último aspecto, está a relevância técnica do parâmetro psicométrico.

Deste modo, na fase da correção de um teste psicométrico, o profissional deve consultar as normas de interpretação do escore do sujeito. O resultado bruto do sujeito no teste não tem significado se este não for interpretado (Anastasi & Urbina, 2000). Pasquali (2003, p.239) diz que uma determinada norma permite: "(1) determinar a posição que o sujeito ocupa no traço medido pelo teste que produziu o tal escore e, (2) comparar o escore deste sujeito com o escore de qualquer outro sujeito". Portanto, as normas são estabelecidas empiricamente (ANASTASI; URBINA, 2000). Há diversas maneiras de se atribuir

significado aos escores dos testes: por meio do nível de desenvolvimento do indivíduo (normas desenvolvimentais); por meio do desempenho de um grupo padronizado (normas intragrupo); e segundo um critério externo (normas referentes ao critério). (Pasquali, 2003; Anastasi & Urbina, 2000).

É importante que o profissional que utiliza testes ter conhecimento de como as normas de um determinado instrumento foram estabelecidas; pois, nunca são absolutas, universais ou imutáveis; elas representam somente o desempenho no teste de uma determinada amostra de padronização (Anastasi & Urbina, 2000). O ponto crucial das normas é que o traço latente medido deve ser sempre referente a uma determinada população. Ou seja, é essencial considerar as variáveis culturais de uma determinada população. Assim, as normas devem ser estabelecidas em amostras de população na qual o teste psicológico quer atingir. Segundo Almeida (1999) deve haver preocupações com as equivalências transculturais da medida. Instrumentos de avaliação com normas importadas distorcem a realidade psico-sócio-cultural própria de um determinado país. De acordo com Anastasi e Urbina (2000, p.71), “qualquer norma, independente de como é expressa, está restrita à população normativa específica da qual foi derivada”. Outro ponto relevante é que amostra de padronização possa ser representativa de uma determinada população. Então, as amostras devem ser suficientes para prover valores estáveis (Anastasi & Urbina, 2000).

Os parâmetros psicométricos: análise de itens, validade, precisão e normatização são princípios essenciais da Psicometria. Eles devem ser realizados para que o teste psicológico possa ter rigor científico. Caso contrário, o instrumento não pode ser considerado como eficaz e comprovado pela ciência. Cabe aos profissionais terem o conhecimento da relevância dos requisitos da construção dos testes psicológicos. Podendo, assim, cumprir com seu dever ético na avaliação psicológica, já que a testagem psicológica é uma parte importante e necessária deste processo.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Verificar a validade e precisão da Escala de Avaliação de Depressão para Crianças (Pereira & Amaral, 2004) e realizar estudo normativo para a região do Vale do Paraíba – SP.

Objetivos Específicos

1. Submeter a Escala de Avaliação de Depressão para Crianças a um novo estudo de validade de construto e comparar com estudo de validade realizado anteriormente por Pereira e Amaral (2004);

2. A partir da aplicação da Análise Fatorial, re-nomear, de forma mais precisa, os fatores medidos pela Escala de Avaliação de Depressão para Crianças;

3. Verificar a precisão da Escala de Avaliação de Depressão para Crianças;

4. Estabelecer normas para a Escala de Avaliação de Depressão para Crianças para a região do Vale do Paraíba – SP;

5. Investigar se há diferenças entre: tipo de escola, série escolar, idade e sexo em relação aos escores da Escala de Avaliação de Depressão para Crianças,

MÉTODO

Participantes

A presente pesquisa contou com duas amostras de participantes. A partir da primeira amostra (Amostra 1) foi realizado o estudo piloto, necessário para o cálculo de tamanho amostral para a estimação de variável quantitativa. A segunda amostra (Amostra 2) contou com uma amostra de crianças da região do Vale do Paraíba, estado de São Paulo. Essa segunda amostra serviu de base para a normatização da Escala de Avaliação de Depressão para Crianças e a partir dela também foram realizados novos estudos de análise fatorial exploratória e precisão do instrumento. Além disso, a amostra possibilitou também a realização das comparações do escore total da escala entre as variáveis estudadas (tipo de escola, série escolar, idade e sexo), assim como a análise comparativa de crianças com índice de depressão de acordo com estas variáveis.

A Amostra 1 contou com 200 crianças de uma escola pública e duas escolas particulares da região do Vale do Paraíba, Estado de São Paulo, com idades variando de 6 a 12 anos. A idade das crianças foi escolhida respeitando-se a população à qual o instrumento é destinado. As escolas participantes da pesquisa foram escolhidas de acordo com a facilidade da entrada da pesquisadora para aplicar a Escala de Avaliação de Depressão para Crianças. Os consentimentos informados foram então entregues em diversas salas de aula, segundo a população alvo da escala, e as crianças que entregaram o consentimento informado assinado participaram da pesquisa.

Na Tabela 1 é possível verificar a caracterização da Amostra 1 (N=200) de acordo com as variáveis: escola, série escolar, idade cronológica e sexo.

Tabela 1. Análise de freqüência das variáveis para Amostra 1.

VARIÁVEIS	NÍVEL	FREQÜÊNCIA	PORCENTAGEM (%)
Escola	Pública	106	53,00
	Particular	94	47,00
Série	1 ^a	41	20,50
	2 ^a	42	21,00
	3 ^a	27	13,50
	4 ^a	24	12,00
	5 ^a	34	17,00
	6 ^a	32	16,00
Idade	6 anos	16	8,00
	7 anos	41	20,50
	8 anos	28	14,00
	9 anos	26	13,00
	10 anos	35	17,50
	11 anos	34	17,00
Sexo	Masculino	95	47,50
	Feminino	105	52,50

Conforme a Tabela 1, a maioria das crianças foi de escola pública (53%) e do sexo feminino (52,5%). Entretanto, quase a metade da amostra foi de crianças de escolas particulares (47%). O sexo masculino correspondeu a 47,5% da amostra. A maior parte das crianças avaliadas freqüentava a primeira série (20,5%) e a segunda série (21%), prevalecendo a idade de 7 anos (20,5%), seguida da idade de 10 anos (17,5%). Somente 8% da amostra tinham 6 anos. Em relação à série escolar, a minoria das crianças avaliadas freqüentava a quarta-série (12%).

A Tabela 2 mostra a média e o desvio-padrão para a variável: idade para Amostra 1 (N=200), na amostra total e segundo o tipo de escola.

Tabela 2. Análise descritiva da variável idade para Amostra 1.

VARIÁVEIS	N	MÉDIA	DESVIO-PADRÃO	MÍN.	MEDIANA	MÁXIMO
Total	200	9,00	1,90	6,00	9,00	12,00
Escola Pública	106	8,97	1,91	6,00	9,00	12,00
Escola Particular	94	9,09	1,81	6,00	10,00	12,00

Conforme os dados da Tabela 1, a idade das crianças da Amostra 1 variou de 6 a 12 anos, com média de idade de 9,0 (DP=1,9). Na escola pública (n=106), a média da idade das crianças foi de 8,97 (DP=1,91), e na escola particular (n=94), a média da idade das crianças foi de 9,09 (DP=1,81).

A Tabela 3 apresenta a caracterização da Amostra 1 considerando-se a variável escola pública, analisando as outras variáveis: série escolar, idade cronológica e sexo.

Tabela 3. Análise de freqüência da variável escola pública (série, idade e sexo) para Amostra 1.

VARIÁVEIS	NÍVEL	FREQÜÊNCIA	PORCENTAGEM (%)
Série	1 ^a	26	24,50
	2 ^a	26	24,50
	3 ^a	14	13,20
	4 ^a	14	13,20
	5 ^a	5	4,70
	6 ^a	21	19,80
Idade	6 anos	6	5,70
	7 anos	27	25,50
	8 anos	17	16,00
	9 anos	15	14,20
	10 anos	10	9,40
	11 anos	17	16,00
	12 anos	14	13,20
Sexo	Masculino	53	50,00
	Feminino	53	50,00

De acordo com a Tabela 3, caracterizando-se somente a escola pública, verifica-se que 50% das crianças foram do sexo feminino e 50% do sexo masculino. A maioria das crianças submetida à pesquisa freqüentava a primeira série (24,5%) e a segunda série (24,5%), enquanto uma minoria freqüentava a quinta série (4,7%). Em relação à idade, observa-se que 25,5% da amostra possuem a idade de sete anos, seguidos pelas idades de oito anos e onze anos, representando, cada uma delas, 16% da amostra.

Na Tabela 4 encontra-se a caracterização da Amostra 1 considerando-se a variável escola particular, analisando as outras variáveis: série escolar, idade cronológica e sexo.

Tabela 4. Análise de freqüência da variável escola particular (série, idade e sexo) para Amostra 1.

VARIÁVEIS	NÍVEL	FREQÜÊNCIA	PORCENTAGEM (%)
Série	1 ^a	15	16,00
	2 ^a	16	17,00
	3 ^a	13	13,80
	4 ^a	10	10,60
	5 ^a	29	30,90
	6 ^a	11	11,70
Idade	6 anos	10	10,60
	7 anos	14	14,90
	8 anos	11	11,70
	9 anos	11	11,70
	10 anos	25	26,60
	11 anos	17	18,10
	12 anos	6	6,40
Sexo	Masculino	42	44,70
	Feminino	52	55,30

A Tabela 4 apresenta somente a escola particular. Observa-se que 55,3% das crianças foram do sexo feminino e 44,7% do sexo masculino. Sendo a amostra composta por uma maior parte de crianças com idade de 10 anos (26,6%), seguida da idade de 11 anos (18,1%). Enquanto a minoria da amostra da escola particular é composta por crianças de doze anos (6,4%). A maioria das crianças submetida à pesquisa freqüentava a quinta série (30,9%) e a minoria a quarta série (10,6%).

A Tabela 5 apresenta a caracterização da Amostra 2 (N=626) segundo as variáveis: escola, série escolar, idade cronológica e sexo.

Tabela 5. Análise de freqüência das variáveis para Amostra 2.

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

De acordo com os dados da Tabela 5, observa-se a predominância na amostra de crianças da escola pública (n=449) e uma menor quantidade de crianças de escola particular (n=177). Uma grande parte das crianças avaliadas foi da primeira série (18,7%) e da quarta série (18,7%), sendo a menor parte de crianças da sexta série (13,6 %). Em relação à idade, a maioria apresentou a idade de 10 anos (19%), seguido pela idade de 7 anos (17,9%), e a minoria a idade de 6 anos (5%), sendo a idade de 12 anos também pouco predominante (9,6%).

Na Tabela 6 encontra-se a média e o desvio-padrão para a variável: idade para Amostra 2 (N=626), na amostra total e segundo o tipo de escola.

Tabela 6. Análise descritiva da variável idade para Amostra 2.

VARIÁVEIS	N	MÉDIA	DESVIO-PADRÃO	MÍN.	MEDIANA	MÁXIMO
Total	626	9,16	1,74	6,00	9,00	12,00
Escola Pública	449	9,11	1,73	6,00	9,00	12,00
Escola Particular	177	9,31	1,78	6,00	10,00	12,00

Conforme a Tabela 6, a idade das crianças da Amostra 2 variou entre 6 e 12 anos, com média de idade de 9,16 (DP=1,74). Na escola pública (n=449), a média da idade das crianças foi de 9,11 (DP=1,73), e na escola particular (n=177), a média da idade das crianças foi de 9,31 (DP=1,78).

Considerando-se a variável escola pública (n=449), observa-se na Tabela 7, a caracterização da Amostra 2 de acordo com as variáveis: série escolar, idade cronológica e sexo.

Tabela 7. Análise de freqüência da variável escola pública (série, idade e sexo) para Amostra 2.

VARIÁVEIS	NÍVEL	FREQÜÊNCIA	PORCENTAGEM (%)
Série	1ª	87	19,40
	2ª	79	17,60
	3ª	74	16,50
	4ª	93	20,80
	5ª	59	13,20
	6ª	57	12,50
Idade	6 anos	21	4,70
	7 anos	83	18,50
	8 anos	74	16,50
	9 anos	76	17,00
	10 anos	82	18,30
	11 anos	70	15,60
	12 anos	43	9,40
Sexo	Masculino	192	42,80
	Feminino	257	57,20

Conforme a Tabela 7, a maioria das crianças do sexo feminino da Amostra 2 é da escola pública (57,2%), onde houve a predominância da idade de 7 anos (18,5%) e da idade de 10 anos (18,3%), sendo uma pequena parte de crianças de 6 anos (4,7%). Em relação à série escolar, verifica-se que a quarta série compôs a maioria desta amostra, e a sexta série a minoria (12,5%).

Na Tabela 8 verifica-se a caracterização da Amostra 2 de acordo com as variáveis: série escolar, idade cronológica e sexo, para a variável categórica escola particular (n=177).

Tabela 8. Análise de freqüência da variável escola particular (série, idade e sexo) para Amostra 2.

VARIÁVEIS	NÍVEL	FREQÜÊNCIA	PORCENTAGEM (%)
Série	1 ^a	30	16,90
	2 ^a	29	16,40
	3 ^a	23	13,00
	4 ^a	24	13,60
	5 ^a	43	24,30
	6 ^a	28	15,80
Idade	6 anos	10	5,60
	7 anos	29	16,30
	8 anos	23	12,90
	9 anos	22	12,40
	10 anos	37	20,80
	11 anos	39	21,90
	12 anos	17	9,60
Sexo	Masculino	92	52,00
	Feminino	85	48,00

Observando-se os dados apresentados na Tabela 8, em relação à escola particular na Amostra 2, a porcentagem das crianças submetidas à pesquisa foi de 52% para o sexo masculino e 48% para o sexo feminino. A maior parte das crianças freqüentava a quinta série (24,3%), enquanto a minoria freqüentava a terceira série (13%) e quarta série (13,6%). Na idade observa-se a predominância da idade de 11 anos com 21,9% da amostra, seguido pela idade de 10 anos com 20,8%.

Material

Escala de Avaliação de Depressão para Crianças.

Primeira Versão (APÊNDICE F)

A Escala de Avaliação de Depressão para Crianças foi inicialmente proposta por Amaral e Barbosa (1990) e era denominada Escala de Auto-Avaliação de Depressão para Crianças. A intenção dessa primeira proposta de elaboração da escala foi de avaliar a depressão em crianças vítimas de

queimaduras. Assim, para a criação desta escala inicial, as autoras realizaram um levantamento na literatura dos instrumentos internacionais de avaliação do comportamento depressivo utilizados na época. Conforme citado pelas autoras, os instrumentos investigados foram: Hamilton (1960), Beck et al. (1961), Zung e Durham (1965), Ponznanski et al. (1970), Knesevich et al. (1977), Ponznanski et al. (1979), Carlson e Cantwell (1980), Cytryn et al. (1980), Lefkowitz e Tesiny (1980) e, no Brasil, Gongora (1984). Os instrumentos foram traduzidos e analisados por três juizes, de acordo com o DSM-III (1978), a fim de verificar os itens mais pertinentes para o diagnóstico da depressão infantil. Deste modo, esta primeira versão da escala foi composta de 27 itens que englobaram a avaliação da depressão infantil nas seguintes dimensões: reações afetivo-emocionais (itens: 1; 4; 6; 9-12; 14; 15 e 17-25), reações fisiológicas (itens: 2; 3; 5; 7; 8; 26 e 27) e reações comportamentais (itens: 13 e 16).

As respostas aos itens foram estabelecidas com base em três intervalos da escala *Likert* (sim, às vezes e não). A forma de pontuação da escala foi estabelecida da seguinte forma: sim corresponde a dois pontos; às vezes corresponde a um ponto e não corresponde a nenhum ponto.

A pontuação final recebeu uma classificação em três níveis: não indica depressão (até 9 pontos); indica leve depressão (de 10 a 20 pontos); indica marcante depressão (mais de 20 pontos). Estes limites foram fixados de acordo com as pontuações obtidas pelos sujeitos do grupo de não-queimados.

Segunda Versão (APÊNDICE G)

Com o propósito de estudar a escala em um primeiro momento, Pereira e Amaral (2004) fizeram algumas pequenas alterações iniciais: mudança do título da escala de Auto-Avaliação para Avaliação, pois no caso das crianças de seis anos ou que ainda não sabem ler, a escala é aplicada por um profissional e não auto-aplicada; a inserção da dimensão de avaliação: Resposta Cognitiva; e a reformulação de alguns itens. Os itens reformulados foram:

Tabela 9. Reformulação dos itens para segunda versão da Escala de Avaliação de Depressão para Crianças

1. ITEM	2. DE	3. PARA
4. 9	5. “Eu sempre tenho medo de alguma coisa”	6. “Eu sinto medo sempre”
7. 10	8. “Eu sempre sinto que vou ser castigado”	9. “Eu sinto que sempre vou ser castigado”;
10. 12	11. “Eu tenho chorado ou tenho tido sempre vontade de chorar”	12. “Eu choro sempre ou tenho sempre vontade de chorar”;
13. 13	14. “Eu prefiro brincar sempre sozinho”	15. “Eu prefiro brincar sozinho”;
16. 14	17. “Eu me acho um(a) menino(a) mau”	18. “Eu sinto que sou um(a) menino(a) mau”;
19. 15	20. “Eu não tento novamente quando eu perco”	21. “Eu desisto quando erro alguma coisa”;
22. 17	23. “Eu sempre acho que não sei fazer as coisas”	24. “Eu faço tudo errado”;
25. 18	26. “Eu me preocupo muito com as coisas”	27. “Eu me preocupo muito”;
28. 19	29. “Eu acho que os outros não gostam de mim”	30. “Eu acho que os outros gostam de mim”;
31. 21	32. “Eu sempre sinto que estou fazendo alguma coisa errada”	33. “Eu sinto que sempre estou fazendo coisas erradas”;
34. 22	35. “Eu não gosto de mim”	36. “Eu gosto de mim”;
37. 24	38. “Eu perdi meu interesse pelas pessoas e não ligo para ninguém”	39. “Eu gosto das pessoas e de estar com elas”;
40. 26	41. “Eu tenho dificuldade para dormir”	42. “Eu demoro para dormir”.

Deste modo a Escala de Avaliação de Depressão para Crianças ficou composta de 27 itens, divididos em quatro dimensões de respostas da depressão em crianças: resposta afetiva-emocional (itens: 1; 4; 9; 11; 12; 14 e 19-24), resposta cognitiva (itens: 6; 10; 15; 17; 18 e 25), resposta fisiológica-autônômica (itens: 2; 3; 5; 7; 8; 26 e 27) e resposta comportamento-observável (itens: 13 e 16).

Terceira Versão (APÊNDICE H)

No segundo momento, Pereira e Amaral (2004) realizaram mais algumas alterações na escala com a intenção de submeter o instrumento a uma análise de validade de conteúdo. Assim, antes de ser realizada a análise teórica dos itens, os advérbios de frequência foram retirados dos itens, pois na instrução foi adicionada a expressão nas duas últimas semanas. As instruções foram

alteradas e ficaram mais elaboradas:

Neste caderno você encontrará algumas frases sobre como você se sente.

Leia cada frase com atenção.

Marque um X no quadradinho ao lado da resposta que você achar certa para explicar o que você está sentindo nas duas últimas semanas.

Não há respostas certas ou erradas.

As autoras também adicionaram um exemplo, retirado da Escala de Depressão de Crianças de Reynolds (RCDS) (REYNOLDS, 1989), o exemplo foi: Eu sinto vontade de ver televisão.

Além disso, as autoras fizeram as seguintes alterações:

1. O Item 12 foi alterado de “Eu choro ou tenho vontade de chorar” para “Eu sinto vontade de chorar”;

2. O Item 14 foi alterado de “Eu sinto que sou um(a) menino(a) mau” para “Eu sinto que sou mau”;

3. O Item 15 de “Eu desisto quando erro alguma coisa” para “Eu desisto quando erro”;

4. O Item 16 de “Eu durmo na sala de aula” foi eliminado por ser considerado pouco consistente com a fundamentação teórica. Este foi substituído pelo item “Eu sinto que meus pais não gostam de mim” retirado do RCDS;

5. O Item 23 foi reformulado de “Eu acho que sou culpado quando alguma coisa acontece de errado na minha casa” para “Eu acho que sou culpado quando alguma coisa acontece de errado”;

6. O Item 24 foi reformulado de “Eu gosto das pessoas e de estar com elas” para “Eu gosto das pessoas”;

7. O Item 25 “Eu me acho feio” foi eliminado por ser considerado pouco

consistente com a fundamentação teórica. Este foi substituído pelo item “Eu me sinto amado” retirado do RCDS;

Também foram incluídos mais três itens na escala que foram retirados do RCDS: Item 28 “Eu me sinto sozinho”; Item 29 “Eu me sinto importante” e item 30 “Eu sinto que ninguém se preocupa comigo”.

Segundo Pereira (2002), a adição de itens teve a finalidade de facilitar a análise estatística dos itens e tornar mais abrangente a amostra das respostas indicativas do construto depressão infantil, contribuindo também no estudo da precisão. Nesta terceira versão a Escala de Avaliação de Depressão para Crianças ficou composta de 30 itens, divididos em quatro dimensões de respostas da depressão em crianças: resposta afetiva-emocional (itens 1; 4; 9; 11; 12; 14; 16; 19-25; 28 e 29), resposta cognitiva (itens: 6; 10; 15; 17; 18 e 30), resposta fisiológica-autônômica (itens: 2; 3; 5; 7; 8; 26 e 27) e resposta comportamento-observável (item 13).

Quarta Versão (APÊNDICE I)

De acordo com Pereira (2002) após a validade de conteúdo ocorreram mudanças em alguns itens: o Item 26 “Eu demoro para dormir” foi complementado com: “... quando já estou deitado”; o Item 27 “Eu não sinto vontade de comer” foi reformulado para: “Eu não tenho fome”; e o Item 28 “Eu me sinto sozinho” foi reformulado para: “Eu me sinto abandonado”. Além disso, foi descartado o Item 23 “Eu acho que sou culpado quando alguma coisa acontece de errado”. Não foram realizadas alterações na instrução e no exemplo. A partir desta análise teórica dos itens a Escala de Avaliação de Depressão para Crianças foi submetida à análise fatorial exploratória e precisão, surgindo a quinta versão conforme descrita em seguida.

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

Quinta Versão (APÊNDICE J)

A quinta versão da Escala de Avaliação de Depressão para Crianças foi obtida após os estudos de validade de construto e precisão, deste modo foram realizadas a análise fatorial exploratória, análise estatística do poder discriminativo dos itens e o Coeficiente Alfa de Cronbach (Pereira e Amaral, 2004). Segundo as autoras, na análise fatorial exploratória observou-se que as quatro primeiras dimensões explicaram 33,36% da variabilidade total dos dados, com autovalores acima de 1,4. Quatro itens foram descartados por apresentarem a carga-fatorial menor do que 0,40; estes itens foram: Item 13 “Eu prefiro brincar sozinho”, Item 15 “Eu desisto quando erro”, Item 23 “Eu gosto das pessoas”, Item 25 “Eu demoro para dormir quando já estou deitado” e Item 26 “Eu não tenho fome”. Na análise do poder discriminativo dos itens eliminaram-se seis itens com correlações item-total próximas de zero; estes itens foram: Item 13 “Eu prefiro brincar sozinho”; Item 19 “Eu acho que os outros gostam de mim”; Item 23 “Eu gosto das pessoas”; Item 24 “Eu me sinto amado”; Item 25 “Eu demoro para dormir quando já estou deitado”; Item 26 “Eu não tenho fome”. A escala ficou composta de 24 itens distribuídos segundo quatro fatores: 1) resposta afeto-disfórico ($\alpha=0,70$), itens: 1; 10; 11; 13-15; 17; 20 e 21; 2) resposta afetiva-emocional com conteúdo de ansiedade ($\alpha=0,65$), itens: 3; 4; 6; 9; 12 e 18; 3) resposta fisiológica-autonômica ($\alpha=0,56$), itens: 2, 3, 5 e 7-9; 4) resposta cognitiva com conteúdo de auto-estima ($\alpha=0,50$), itens: 16; 19 e 22-24.

As instruções, os exemplos e a forma das respostas aos itens permaneceram sem alterações. Assim, esta quinta-versão da Escala de Avaliação de Depressão para Crianças foi utilizada na presente pesquisa. Foram realizados novos estudos, incluindo os estudos de normatização, com a pretensão da escala chegar a uma versão final que pudesse ser utilizada por psicólogos na região do Vale do Paraíba – SP.

Carta de Ciência e Autorização

A pesquisadora entrou em contato com algumas instituições escolares,

particulares e públicas, da região do Vale do Paraíba, Estado de São Paulo, e solicitou autorização aos diretores para a aplicação da pesquisa dentro destas instituições (APÊNDICE K).

Consentimento Livre e Esclarecido

Para viabilizar a realização desta pesquisa, a pesquisadora solicitou autorização dos responsáveis pelas crianças de escolas públicas e particulares, de faixa etária de 6 a 12 anos, para participação na pesquisa (APÊNDICE L). Após esta autorização, a pesquisadora distribuiu o Consentimento Livre e Esclarecido para as crianças explicando a finalidade da pesquisa.

Procedimento

As aplicações da Escala de Avaliação de Depressão para Crianças em crianças de escolas públicas e particulares da Região do Vale do Paraíba, Estado de São Paulo, possibilitaram compor as duas amostras, viabilizando o alcance dos objetivos da presente pesquisa.

A quinta versão da Escala de Avaliação de Depressão para Crianças, já descrita anteriormente, foi aplicada em crianças de ambos os sexos, com idade variando de 6 a 12 anos. A autora entrou em contato com duas escolas públicas e três escolas particulares de duas cidades do Vale do Paraíba, Estado de São Paulo, e marcou um horário com a direção das escolas com a finalidade de explicar sobre a pesquisa. Em relação às escolas particulares, a pesquisadora já havia sido indicada por outras pessoas para que fosse possível o desenvolvimento do trabalho nestes locais. Obtido o consentimento destas escolas, a pesquisa foi iniciada com a entrada das auxiliares de pesquisa nas salas de aulas de primeira à sexta série e distribuíram o consentimento livre e esclarecido para os alunos e explicaram sobre a pesquisa. Esta fase de distribuição dos consentimentos levou dois a três dias. As auxiliares de pesquisas

solicitaram que os alunos entregassem o consentimento assinado ou não no decorrer da semana, ou seja, os consentimentos eram entregues na segunda-feira e até sexta-feira da mesma semana os alunos o devolviam para a professora conforme combinado. Então, no decorrer da semana, as auxiliares de pesquisa passavam nas salas de aula para recolher os consentimentos com as professoras.

As aplicações da Escala de Avaliação de Depressão para Crianças só foram realizadas após o recebimento do Consentimento Livre e Esclarecido, devidamente assinado pelos pais ou responsável. Todas as aplicações ocorreram durante o período autorizado pelas escolas.

Durante as aplicações, as crianças tiveram tempo livre para responderem, ou seja, não houve um tempo limite, previamente estipulado. As aplicações, para crianças de 6 anos ou que não sabiam ler foram individuais, nestas ocasiões, o aplicador leu as instruções e os itens e as possíveis respostas; além disso, o aplicador marcou as respostas das crianças sem que houvesse interferências. As aplicações da escala em crianças de 7 a 12 anos foram coletivas, e sempre ocorreram em pequenos grupos. No início de todas as aplicações, individuais ou coletivas, foi realizado um breve *rapport* informal com as crianças a fim de garantir maior tranquilidade, em seguida o *rapport* formal, onde foi explicado o objetivo deste estudo e o respeito aos princípios éticos da pesquisa científica, tais como a finalidade dos resultados obtidos e à não identificação de nomes. Nas aplicações coletivas foi solicitado às crianças, que permanecessem em silêncio após o término da atividade, aguardando até que todos finalizassem a tarefa.

Logo após, foi pedido às crianças que preenchessem seus dados pessoais no cabeçalho, no qual constava: data de nascimento, sexo, série cursada e nome da escola. Após o preenchimento do cabeçalho, a instrução foi realizada verbalmente, de modo claro e objetivo. Além disso, as auxiliares de pesquisa enfatizaram que não havia respostas certas ou erradas. Os aplicadores verificaram se o preenchimento do cabeçalho e as instruções foram compreendidos por todos. Ao término da atividade, foi conferido se as crianças responderam adequadamente à escala, sem deixar nenhuma resposta em branco, diminuindo, assim, a probabilidade de erros e questões em branco. As escalas

foram recolhidas e foi agradecida a participação de todos.

Por último, nesta etapa de coleta de dados, houve a necessidade de adicionar mais uma escola pública, da mesma região. Esta escola foi inserida para se chegar ao número de crianças de sexta série escolar, estipulado anteriormente pelo estudo piloto, viabilizando o alcance de uma amostra significativa. Deste modo, mais onze participantes foram submetidos à pesquisa e todos os procedimentos, já descritos acima, foram respeitados nesta última coleta de dados.

As primeiras aplicações da escala ocorridas na primeira escola pública e na primeira escola particular compuseram a Amostra 1 (N=200) já caracterizada anteriormente. A partir da Amostra 1 foi realizado o cálculo do tamanho amostral. A Amostra 1 foi posteriormente inserida na Amostra 2 (N=626), também já descrita anteriormente, para que os objetivos da pesquisa pudessem ser contemplados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para o cumprimento dos objetivos propostos na presente pesquisa, diversas análises estatísticas foram realizadas. Primeiramente, com os dados da amostra total, foi aplicada a análise fatorial exploratória e a precisão da Escala de Avaliação de Depressão para Crianças para verificar a adequação da representação comportamental do traço latente. Esta análise constituiu uma nova investigação da validade de construto e do coeficiente alfa de Cronbach deste instrumento, e teve o intuito de comparar os resultados com o estudo realizado anteriormente por Pereira e Amaral (2004).

Em seguida, são explicitados os resultados da aplicação do estudo piloto. Tais dados deram suporte para a realização do cálculo de tamanho amostral viabilizando a construção das normas para a população do Vale do Paraíba, estado de São Paulo. O cálculo do tamanho amostral foi realizado para as seguintes variáveis: tipo de escola (particular e pública); sexo, idade cronológica e série escolar; ou ainda para diversos grupos, formados a partir da combinação destas variáveis. O cálculo do tamanho amostral viabilizou a coleta de dados posterior para composição da amostra para a construção das tabelas de normatização, de percentil e escore T.

Assim, o próximo passo da pesquisa foi a construção das tabelas de normatização. Foram criadas várias tabelas de percentil e escore T, para que houvesse várias possibilidades de análise da Escala de Avaliação de Depressão para Crianças a partir da pontuação da escala (resultado bruto) fornecendo opções de comparações com os grupos de normatização apresentados. Para investigar as devidas utilizações das tabelas de normas construídas, realizaram-se análises estatísticas para comparação do escore total e escores parciais da Escala de Avaliação de Depressão para Crianças entre as variáveis: tipo de escola, série escolar, idade e sexo.

Finalmente, para viabilizar o alcance do estudo acerca da depressão infantil na população de crianças do Vale do Paraíba, foram realizadas algumas análises comparativas de crianças com indícios de depressão, levando-se em

conta as variáveis já apresentadas.

Portanto, a partir da investigação dos parâmetros psicométricos de validade, precisão e padronização, a autora pretendeu cumprir o rigor científico necessário para a publicação e utilização da Escala de Avaliação de Depressão para Crianças. Tais requisitos são explicitados na Resolução n. 007/2003 do Conselho Federal de Psicologia (2003). Além disso, pode-se com esta pesquisa contribuir para o estudo da depressão infantil na população do Vale do Paraíba, estado de São Paulo. Com isso, procurou-se chamar a atenção dos órgãos competentes da saúde pública para a seriedade deste transtorno que tem acometido as crianças brasileiras.

Com exceção da pesquisa piloto, os estudos com a Escala de Avaliação de Depressão para Crianças foram realizados a partir da segunda amostra da pesquisa (Amostra 2). Na análise estatística destes foi utilizado o programa computacional: The SAS System for Windows (*Statistical Analysis System*), versão 8.02. SAS Institute Inc, 1999-2001, Cary, NC, USA.

Análise Fatorial Exploratória

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

Para estudar a composição interna da Escala de Avaliação de Depressão para Crianças foi utilizada a análise fatorial exploratória pelo método de componentes principais, com rotação ortogonal pelo método *Varimax*.

O primeiro passo para a aplicação da análise fatorial exploratória foi realizar a medição do *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO). O KMO é uma medida de adequação dos dados para a análise fatorial. O KMO encontrado foi de 0,87, indicando que a amostra tem alta consistência para ser utilizada na análise fatorial.

Aplicando o método dos componentes principais aos itens da Escala de Avaliação de Depressão para Crianças foi possível verificar os autovalores e suas respectivas porcentagens de explicação. De acordo com a Tabela 10, utilizando-se o critério de seleção de fatores com autovalores acima de um, foram obtidos seis fatores, resultando em uma explicação de 49,4% da variabilidade total dos dados. Entretanto, a pesquisadora optou por manter quatro fatores na escala, obtendo-se uma explicação de 40,4% da variabilidade total dos dados. O Fator 1 é responsável por 21,4% da variância total; o Fator 2 explica 8,54% da variância total; o Fator 3 é responsável por 5,45% da variância total; e o Fator 4 explica 5,04% da variância total.

Tabela 10. Explicação de seis fatores da análise fatorial a partir da análise de componentes principais.

FATOR	AUTOVALOR	EXPLICAÇÃO (%)	EXPLICAÇÃO ACUMULADA (%)
1	5,13	21,40	21,40
2	2,05	8,54	29,94
3	1,31	5,45	35,40
4	1,21	5,04	40,44
5	1,11	4,64	45,08
6	1,04	4,36	49,45

A interpretação dos fatores na análise fatorial é realizada por meio das cargas fatoriais. A Tabela 11 apresenta as comunalidades. Já a Tabela 12 mostra os resultados com os valores das cargas fatoriais de cada um dos itens em cada fator, conforme a rotação Varimax.

Tabela 11. Comunalidades referentes a uma solução com quatro fatores.

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

Na Tabela 11 encontram-se as comunalidades da solução com quatro fatores. As comunalidades são índices que expressam o quanto o item é explicado pelos fatores, avaliando a contribuição do item ao modelo da análise fatorial. Uma comunalidade baixa mostra pouca contribuição do item. O ajuste da análise fatorial será cada vez melhor quanto mais próximos de um estiverem as comunalidades. Os dados sugerem um ajuste regular, já que apenas 40,4% da variabilidade total dos dados é explicada. De acordo com as comunalidades, o item mais bem explicado pelos fatores é o Item 14, com 57%, e o pior é o Item 6, com 20%, ambos destacados em negrito.

Tabela 12. Cargas fatoriais para solução com quatro fatores com rotação Varimax.

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

Conforme a Tabela 12, verifica-se que a maioria dos itens da Escala de Avaliação de Depressão para Crianças encontra-se no Fator 1, totalizando onze itens; o Fator 2 e o Fator 3 possuem quatro itens cada um; e o Fator 4 tem cinco itens. A Tabela 13 mostra a composição dos fatores resultantes após a rotação ortogonal (Varimax), fixando a extração em quatro fatores; e apresenta também a precisão da escala conforme o coeficiente alfa (α) de Cronbach.

Tabela 13. Composição dos fatores.

FATORES	CARGAS DOS ITENS	ITENS	COEFICIENTE α
FATOR 1	0,68	12	0,78
	0,63	18	
	0,62	4	
	0,57	9	
	0,54	19	
	0,53	10	
	0,52	16	
	0,52	1	
	0,44	15	
	0,40	13	
	0,29	6	
FATOR 2	0,73	14	0,66
	0,68	24	
	0,65	22	
	0,47	11	
FATOR 3	0,66	20	0,62
	0,66	23	
	0,63	21	
	0,62	17	
FATOR 4	0,69	2	0,53
	0,61	3	
	0,52	7	
	0,42	5	
	0,39	8	
$\alpha = 0,82$			

Como um dos objetivos da pesquisa foi o de re-nomear de forma mais precisa os fatores medidos pela escala, fez-se necessário uma avaliação a partir da Tabela 13. Deste modo, primeiramente, observou-se o que cada um destes itens tem em comum para se agruparem nos respectivos fatores. Pode-se verificar:

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

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

b) O segundo critério mostra outra característica do episódio depressivo maior: o sentimento de desvalia e culpa, onde prevalece a autocrítica e autodepreciação, podendo haver uma auto-recriminação. Assim, os itens: Item 19 – Eu sinto que estou fazendo coisas erradas (0,54); Item 10 – Eu sinto que vou ser castigado (0,53); Item 16 – Eu me preocupo muito (0,52); Item 15 – Eu faço tudo errado (0,44); Item 13 – Eu sinto que sou mau (0,40); Item 6 – Eu estou preocupado com minha saúde (0,29); avaliam um forte sentimento de inutilidade ou culpa excessiva da depressão infantil. O Item 16 – Eu me preocupo muito, pode também estar relacionado a uma auto-recriminação por estar doente e o item 6 – Eu estou preocupado com minha saúde, indica a culpa por estar doente.

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

2) Os itens que compõe o Fator 2 referem-se ao sentimento de sofrimento social causado pelos sintomas da depressão, caracterizando um isolamento familiar ou social. Tal sofrimento pode ser tão intenso que o indivíduo tem desejo de morte, mostrando uma ideação suicida. Os itens: Item 14 – Eu sinto que meus pais não gostam de mim (0,73); Item 24 – Eu sinto que ninguém se preocupa comigo (0,68); e o Item 22 – Eu me sinto abandonado (0,65) avaliam o isolamento familiar e social na depressão infantil, e o Item 11 – Eu tenho vontade de morrer (0,47), avalia a ideação suicida e o desejo de morte da depressão infantil.

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

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

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

Por meio da análise do coeficiente alfa (α) de Cronbach verificou-se a precisão da escala. Trabalhou-se com a relação entre as covariâncias e variâncias internas das medidas. O valor obtido para o alfa sempre varia de um a zero, e quanto mais próximo de um, maior a confiabilidade da escala. O valor total do coeficiente alfa (α) de Cronbach na Escala de Avaliação de Depressão para Crianças foi de 0,82, já apresentado na Tabela 13. O item, com menor consistência, foi o Item 23 – Eu me sinto importante. Caso o item fosse retirado da escala o valor do alfa seria de 0,824, ou seja, a alteração seria mínima para o valor da consistência. Assim, o Item 23 foi mantido na escala. O valor de alfa encontrado na escala total ($\alpha=0,82$) demonstra uma boa consistência interna. Na Tabela 13 encontra-se os valores do coeficiente alfa (α) em cada um dos fatores. O Fator 1 apresentou consistência interna de 0,78; o Fator 2 tem uma consistência interna de 0,66; o Fator 3 possui uma consistência interna de 0,62; e o Fator 4 tem uma consistência interna de 0,53.

É interessante proceder a comparação destes resultados da análise fatorial, que consolidaram a evidência da validade de construto da Escala de Avaliação de Depressão para Crianças, com estudo realizado anteriormente por

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

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

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

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

fornecida a este fator.

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

Resultados do Estudo Piloto

Na análise estatística do estudo piloto foi utilizado o programa computacional: The SAS System for Windows (*Statistical Analysis System*), versão 6.12. SAS Institute Inc, 1989-1996, Cary, NC, USA.

A Tabela 14 caracteriza as estatísticas descritivas do escore total da escala de depressão, conforme Amostra 1 (N=200) do estudo piloto e também se verificam as estatísticas descritivas do escore total da escala de depressão para cada idade cronológica e para cada série escolar, segundo o tipo de escola na mesma amostra.

Tabela 14. Análise descritiva do escore total e do escore total por tipo de escola x idade e por tipo de escola x série escolar referente à Amostra 1.

ESCOLA	IDADE	n	MÉDIA	D.P.	MÍN.	MEDIANA	MÁX.
Pública	6 anos	6	41,83	10,65	29,00	41,00	56,00
	7 anos	27	40,04	7,06	28,00	39,00	52,00
	8 anos	17	39,18	6,71	26,00	42,00	49,00
	9 anos	15	40,00	6,82	28,00	41,00	50,00
	10 anos	10	36,60	5,17	28,00	36,00	46,00
	11 anos	17	39,47	5,77	29,00	38,00	50,00
	12 anos	14	38,50	8,08	24,00	38,50	57,00
Particular	6 anos	10	35,70	3,53	30,00	35,50	42,00
	7 anos	14	33,36	7,42	24,00	32,50	46,00
	8 anos	11	37,64	5,08	28,00	39,00	44,00
	9 anos	11	37,64	5,97	29,00	35,00	48,00
	10 anos	25	38,20	5,61	29,00	37,00	50,00
	11 anos	17	37,41	6,02	28,00	37,00	49,00
	12 anos	6	37,83	7,19	27,00	37,50	47,00
ESCOLA	SÉRIE ESCOLAR	n	MÉDIA	D.P.	MÍN.	MEDIANA	MÁX.
Pública	1ª série	62	39,02	8,20	24,00	38,00	62,00
	2ª série	71	39,10	6,61	26,00	39,00	59,00
	3ª série	73	37,71	7,97	26,00	37,00	63,00
	4ª série	93	39,68	6,14	28,00	39,00	61,00
	5ª série	42	39,74	7,64	25,00	38,50	59,00
	6ª série	36	39,64	7,73	24,00	38,00	63,00
Particular	1ª série	15	35,13	5,34	24,00	36,00	44,00
	2ª série	16	35,13	6,44	26,00	34,50	46,00
	3ª série	13	36,46	4,68	28,00	35,00	44,00
	4ª série	10	36,70	6,98	29,00	36,00	48,00
	5ª série	29	38,38	5,94	28,00	37,00	50,00
	6ª série	19	36,53	6,61	27,00	35,00	47,00
N=200; M=38,2; DP=6,6; Mínimo=24,0; Mediana=38,0; Máximo=57,0							

De acordo com a Tabela 14 observa-se a média 38,2 (DP=6,6) no escore total da escala. De modo geral, todos participantes da escola pública apresentaram uma média mais elevada no escore total da escala. Somente na idade de 10 anos os participantes da escola particular (M=38,2; DP=5,61) obtiveram um escore total mais elevado do que os participantes de 10 anos da escola pública (M=36,6; DP=5,17). As crianças da escola pública com idade de 6 anos apresentaram a média do escore total mais elevada (M=41,83; DP=10,65) e as crianças de 10 anos tiveram uma média de escore na escala menor (M=36,6;

DP=5,17) quando comparadas com as crianças de outras idades do mesmo tipo de escola. Já nas crianças de escola particular, aquelas com idade de 10 anos obtiveram uma média de escore mais elevada (M=38,20; DP=5,61) e as de sete anos apresentaram a média escore total menos elevada (M=33,36; DP=7,42) quando comparadas com os participantes do mesmo tipo de escola.

Em relação à série escolar, todos participantes da escola pública obtiveram uma média mais elevada no escore total da escala quando comparados aos participantes da escola particular, entretanto, as variações nas médias dos escores foram maiores nos participantes da escola pública do que na escola particular. As crianças, da escola pública da quarta série, apresentaram a média do escore total mais elevada (M=39,68; DP=6,14) e as crianças, de terceira série, tiveram uma média de escore na escala menor (M=37,7; DP=7,97) quando comparadas com as crianças de outras séries escolares do mesmo tipo de escola. Na escola pública, embora as crianças de sexta série (M=39,64; DP=7,73) tenham apresentado uma média de escore próxima das crianças de quarta série, as de sexta série apresentam um DP maior. Nos participantes da escola particular, a quinta série obteve uma média de escore mais elevada (M=38,38; DP=5,94) e as de primeira série (M=35,13; DP=5,34) e segunda série (M=38,38; DP=6,44) apresentaram a média de escore total menos elevada quando comparadas com as outras séries escolares do mesmo tipo de escola.

O cálculo do tamanho amostral foi realizado a partir da Amostra 1 (N=200) de perfil já descrito anteriormente. Foi utilizada a fórmula para um estudo descritivo, com variável quantitativa, para estimação da média do escore total na população, baseando-se na estimativa do desvio padrão da amostra piloto (S), no nível de significância fixado em 5% ($\alpha=0.05$; $z=1.96$) e fixando o nível de significância e o erro amostral (diferença desejada entre média amostral e populacional) em $d=1.0$ e 2.0 (Hulley & Cummings, 1988).

$$n = \{ z^2 \times [(S)^2 / (d)^2] \}$$

Os cálculos dos tamanhos amostrais foram feitos para as seguintes situações:

- Grupo 1 - combinação do tipo de escola (pública e particular) e das

três faixas etárias (6 anos e 7 anos; 8 anos até 10 anos; e 11 anos e 12 anos);

- Grupo 2 - combinação do tipo de escola (pública e particular) e das seis séries escolares (1ª série até 6ª série);
- Grupo 3 - dois tipos de escola (pública e particular).
- Grupo 4 - dois grupos de sexo (masculino e feminino).
- Grupo 5 - combinação do tipo de escola (pública e particular) e das idades cronológicas (6 anos até 12 anos);
- Grupo 6 - combinação do tipo de escola (pública e particular) e de três faixas de séries escolares (1ª e 2ª série; 3ª e 4ª série; 5ª e 6ª série);
- Grupo 7 - combinação do tipo de escola (pública e particular) e do sexo (masculino e feminino).
- Grupo 8 - seis séries escolares (1ª série até 6ª série);
- Grupo 9 - três faixas de séries escolares (1ª e 2ª série; 3ª e 4ª série; 5ª e 6ª série).

A Tabela 15 apresenta os resultados do Grupo 1, ou seja, os tamanhos amostrais necessários para estimação de média do escore total da Escala de Avaliação de Depressão para Crianças em seis subgrupos obtidos a partir da combinação do tipo de escola (pública e particular) e de três faixas etárias (6 anos e 7 anos; 8 anos até 10 anos; e 11 anos e 12 anos). A Tabela 15 também descreve os resultados do Grupo 2, Grupo 3 e Grupo 4, demonstrando os tamanhos amostrais para estimação de média do escore total da escala em 12 subgrupos obtidos a partir da combinação do tipo de escola (pública e particular) e das séries escolares (1ª série até 6ª série); dois subgrupos de escola (pública e particular) e dois subgrupos de sexo (masculino e feminino), respectivamente.

Tabela 15. Tamanhos amostrais para o Grupo 1 (tipo de escola x faixas etárias), para o Grupo 2 (tipo de escola x série escolar), Grupo 3 (tipo de escola) e Grupo 4 (sexo).

Subgrupos		Desvio Padrão do Escore Total (S)	Tamanho Amostral* (n) (erro amostral $d =$ 1.0)	Tamanho Amostral* (n) (erro amostral $d =$ 2.0)
Escola Pública	6-7 anos	7.7	228	57
	8-10 anos	6.4	158	40
	11-12 anos	6.8	178	45
Escola Particular	6-7 anos	6.1	143	36
	8-10 anos	5.5	117	30
	11-12 anos	6.2	148	37
Escola Pública	1ª série	8.2	259	65
	2ª série	6.6	168	42
	3ª série	8.0	246	62
	4ª série	6.1	143	36
	5ª série	7.6	222	56
	6ª série	7.7	228	57
Escola Particular	1ª série	5.3	108	27
	2ª série	6.4	158	40
	3ª série	4.7	85	22
	4ª série	7.0	189	48
	5ª série	5.9	134	34
	6ª série	6.6	168	42
Escola	Pública	6.9	183	46
	Particular	5.9	136	34
Sexo	Masculino	6.0	138	35
	Feminino	7.0	192	48

* considerando $\alpha=0.05$.

Conforme a Tabela 16 verifica-se os resultados do Grupo 5, ou seja, os tamanhos amostrais para estimação de média do escore total da Escala de Avaliação de Depressão para Crianças em 14 subgrupos resultantes das combinações do tipo de escola (pública e particular) e das sete idades cronológicas (seis anos até doze anos). Na Tabela 16 também se encontram os resultados do Grupo 6 e Grupo 7, apresentando os tamanhos amostrais para estimação de média do escore total da escala em seis subgrupos obtidos da combinação do tipo de escola (pública e particular); três faixas de séries escolares (1ª e 2ª série; 3ª e 4ª série; 5ª e 6ª série) e quatro subgrupos da combinação do tipo de escola (pública e particular) e sexo (masculino e feminino).

Tabela 16. Tamanhos amostrais para o Grupo 5 (tipo de escola x idade cronológica), para o Grupo 6 (tipo de escola x faixas de séries escolares) e para o Grupo 7 (tipo de escola x sexo).

Subgrupos		Desvio Padrão do Escore Total (S)	Tamanho Amostral* (n) (erro amostral $d = 1.0$)	Tamanho Amostral* (n) (erro amostral $d = 2.0$)
Escola Pública	6 anos	10.7	436	109
	7 anos	7.1	192	48
	8 anos	6.7	173	44
	9 anos	6.8	179	45
	10 anos	5.2	103	26
	11 anos	5.8	128	32
	12 anos	8.1	251	63
Escola Particular	6 anos	3.5	48	12
	7 anos	7.4	212	53
	8 anos	5.1	100	25
	9 anos	6.0	137	35
	10 anos	5.6	121	31
	11 anos	6.0	140	35
	12 anos	7.2	199	50
Escola Pública	1 ^a -2 ^a série	7.2	202	51
	3 ^a -4 ^a série	6.2	150	38
	5 ^a -6 ^a série	7.0	190	48
Escola Particular	1 ^a -2 ^a série	5.8	132	33
	3 ^a -4 ^a série	5.7	123	31
	5 ^a -6 ^a série	5.9	135	34
Escola Pública	Masculino	6.4	158	40
	Feminino	7.2	200	50
Escola Particular	Masculino	5.4	114	29
	Feminino	6.4	156	39

* considerando $\alpha=0.05$.

A Tabela 17 apresenta os resultados do Grupo 8 e do Grupo 9. Em relação ao Grupo 8, a tabela mostra o tamanho necessário das amostras para estimação de média do escore total da Escala de Avaliação de Depressão para Crianças em seis subgrupos de séries escolares, não considerando o tipo de escola. Já os resultados do Grupo 9 mostram os tamanhos amostrais para estimação de média do escore total da escala em três subgrupos de faixa de série escolar, não considerando o tipo de escola.

Tabela 17. Tamanhos amostrais para o Grupo 8 (séries escolares) e para o Grupo 9 (faixas de séries escolares).

Subgrupo	Desvio Padrão do Escore Total (S)	Tamanho Amostral* (n) (erro amostral $d = 1.0$)	Tamanho Amostral* (n) (erro amostral $d = 2.0$)
1 ^a Série	7.6	221	56
2 ^a Série	6.7	170	43
3 ^a Série	6.2	146	37
4 ^a Série	6.2	149	38
5 ^a Série	5.8	131	33
6 ^a Série	6.9	184	46
1 ^a -2 ^a Série	7.1	193	49
3 ^a -4 ^a Série	6.1	144	36
5 ^a -6 ^a Série	6.3	154	39

* considerando $\alpha=0.05$.

As análises realizadas com esta primeira amostra possibilitaram a coleta de dados posterior que visou à construção das tabelas de normatização da Escala de Avaliação de Depressão para Crianças para o percentil e escore T. A autora decidiu utilizar o erro amostral $d=2.0$.

Considerando-se os resultados apresentados a respeito do tamanho amostral, é necessário citar que, de acordo com os dados anteriormente relatados no método, sobre os participantes, verifica-se que não foi possível de ser cumprida o tamanho amostral para os seguintes grupos: Grupo 2 - combinação da escola particular e das seis séries escolares (1^a série até 6^a série); e Grupo 5 - combinação do tipo de escola (pública e particular) e das idades cronológicas (6 anos até 12 anos).

Em relação ao Grupo 2 faltaram para cumprir o tamanho amostral para escola particular: onze crianças de 2^a série (amostra alcançada=29; amostra=40); 24 crianças de 4^a série (amostra alcançada=24; amostra=48); e 14 crianças de 6^a série (amostra alcançada=28; amostra=42).

No Grupo 5 faltaram para o cumprimento do tamanho amostral da escola pública: 88 crianças de seis anos (amostra alcançada=21; amostra=109); e 20 crianças de 12 anos (amostra alcançada=43; amostra=63). Já para a escola particular faltaram: duas crianças de 6 anos (amostra alcançada=10; amostra=12); duas crianças de 8 anos (amostra alcançada=23; amostra=25); 13 crianças

de 9 anos (amostra alcançada=22; amostra=35); e 33 crianças de 12 anos (amostra alcançada=17; amostra=50).

Entretanto, como será exposto mais para frente, na investigação das variáveis: tipo de escola, série escolar, idade e sexo na Escala de Avaliação de Depressão para Crianças; verificou-se que não houve diferença estatisticamente significativa para as variáveis: série escolar e idade. Então, pode-se dizer que o não cumprimento de uma amostra esperada para o Grupo 2 e Grupo 5, não alterou a qualidade do estudo de normatização da escala.

Como já relatado, o cálculo do tamanho amostral visou à obtenção de informações para composição da amostra necessária para a construção das tabelas de normatização para a Escala de Avaliação de Depressão para Crianças. Desta forma, as tabelas, de normatização de percentil e escore T, são apresentadas a seguir.

Normatização

Com a finalidade de interpretar os resultados obtidos das crianças submetidas à aplicação da Escala de Avaliação de Depressão para Crianças esta etapa da pesquisa objetivou a construção de normas baseadas no posto percentílico e no escore padrão normalizado - escore T.

As normas percentílicas produzem uma escala ordinal de fácil compreensão, já o escore padrão normalizado fornece escalas métricas. A escala percentílica é uma transformação não-linear, e o escore T é uma transformação linear; entretanto, produzem a mesma informação e são conversíveis uma na outra (Pasquali, 2003; Anastasi & Urbina, 2000).

As normas são fornecidas para avaliar as crianças e considerá-las como pertencentes a grupos. O percentil mostra a posição relativa do sujeito na amostra de padronização, assim, eles são escores derivados expressos em termos da porcentagem de pessoas na amostra de padronização que se situa abaixo de um determinado escore bruto. Apesar de o percentil constituir uma

forma mais fácil de compreender o resultado do sujeito, ele não é tão apurado quanto o resultado padronizado. Já todo escore padrão normalizado é expresso em termos de uma distribuição que foi transformada para se ajustar a uma curva normal. O escore padrão normalizado - escore T - é um tipo de escore padrão derivado, onde os escores padrão normalizados são colocados de uma forma conveniente. Então, o escore padrão normalizado é multiplicado por dez e adicionado, ou ainda, subtraído a 50 (Anastasi & Urbina, 2000).

Deste modo, optou-se pelo estabelecimento de normas em percentil e escore T para as seguintes variáveis: 1) tipo de escola (pública e particular); 2) sexo (masculino e feminino); idade (6 anos, 7 anos, 8 anos, 9 anos, 10 anos, 11 anos e 12 anos); série escolar (primeira série, segunda série, terceira série, quarta série, quinta série e sexta série); faixas-etárias (6 e 7 anos; 8 até 10 anos; 11 e 12 anos); e faixas de séries escolares (primeira e segunda série; terceira e quarta série; quinta e sexta série). Assim, procurou-se utilizar todas as informações provenientes da amostra.

A variável — tipo de escola — foi considerada, nesta pesquisa, como uma variável principal, pois foi tida como um indicador de nível sócio-econômico. Geralmente, no Brasil, o tipo de instituição escolar freqüentada pela criança é indicativo da classe social a que pertence; isto é devido a atual situação sócio-político-econômica do país. Assim, a consideração da variável: tipo de escola foi pertinente para a investigação da associação do nível sócio-econômico na depressão infantil. Este assunto será discutido mais adiante. Desta forma, a partir desta variável elaboraram-se diversas tabelas de normas, considerando-se as outras variáveis já citadas.

A Figura 1 mostra o histograma de freqüência do escore total da Escala de Avaliação de Depressão para Crianças, considerando-se a Amostra 2 (N=626) e sua relação com a distribuição normal. Já, a Figura 2 e a Figura 3 apresentam o histograma de freqüência do escore total da Escala de Avaliação de Depressão para Crianças, também relacionados com a curva normal, segundo a variável: tipo de escola (pública e particular).

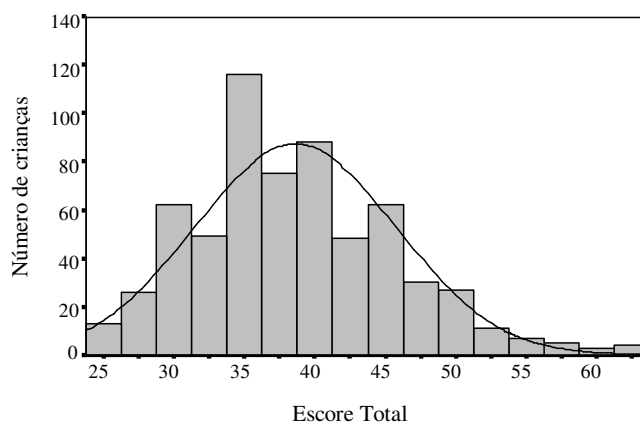


Figura 1. Frequência do escore bruto total na Amostra 2 (N=626).

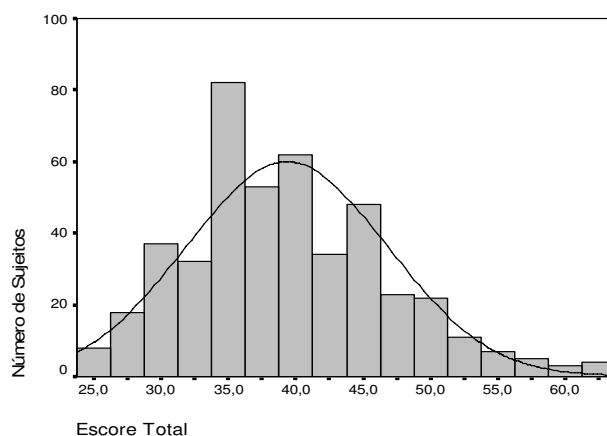


Figura 2. Frequência do escore bruto total na Amostra 2 - Escola Pública (N=449).

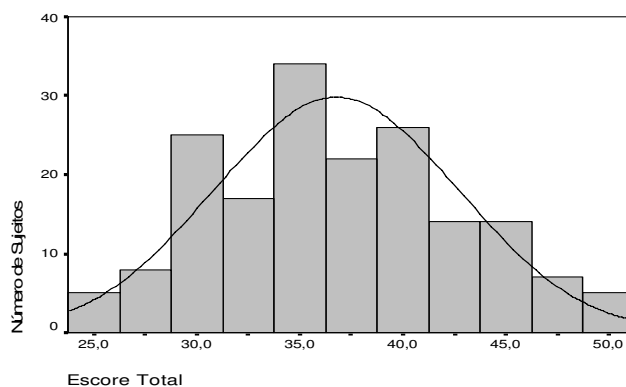


Figura 3. Frequência do escore bruto total na Amostra 2 - Escola Particular (N=177).

Com base nos resultados expressos na Figura 2, evidencia-se que, na escola pública, o escore total na faixa de 35 foi o mais alcançado pelas crianças,

seguido pelos escores nas faixas de 40 e 45, respectivamente. Por meio da Figura 3 pode-se observar que há uma forte concentração de crianças de escola particular na faixa de escore total 35, tal como na escola pública. As diferenças significativas para o escore total e os escores parciais destas variáveis são analisadas posteriormente, após a apresentação das tabelas de normatização.

Da Tabela 18 até a Tabela 25 apresentam-se as normas em percentis do escore total da Escala de Avaliação de Depressão para Crianças de acordo com as variáveis consideradas. Já a Tabela 26 até a Tabela 36 referem-se às normas em escore padrão normalizado – Escore T.

As curvas de percentil do escore bruto total da escala na Amostra 2 (N=626), para as variáveis: idade cronológica e série escolar, assim como para idade cronológica, considerando-se cada tipo de escola – pública e particular – podem ser apreciadas, respectivamente, no APÊNDICE M.

A Tabela 18 apresenta os valores dos percentis do escore total, segundo a amostra de padronização para a população geral e também se respeitando as variáveis: tipo de escola (pública e particular) e sexo (masculino e feminino).

Tabela 18. Normas percentílicas para tipo de escola, sexo e população geral.

PERCENTIL	TIPO DE ESCOLA		SEXO		POPULAÇÃO GERAL
	PÚBLICA	PARTICULAR	MACULINO	FEMININO	
1	26	25	24	26	25
5	28	27	28	29	28
10	30	29	29	31	30
15	32	30	30	33	31
20	33	31	31	34	33
25	34	33	32	35	34
30	35	33	33	35	35
40	37	35	35	37	36
50	38	36	37	39	38
60	40	38	38	41	40
70	43	40	40	43	42
75	44	41	41	44	43
80	45	42	43	46	44
85	47	43	44	47	46
90	49	45	46	49	48
95	53	48	49	53	51
99	61	49	56	62	59
<u>N</u>	449	177	284	342	626

Na Tabela 19 encontram-se os percentis da amostra de padronização para a Escala de Avaliação de Depressão para Crianças, segundo cada idade cronológica (6 até 12 anos) e nas seguintes faixas-etárias: 6 e 7 anos; 8 até 10 anos; e 11 e 12 anos.

Tabela 19. Normas percentílicas para idade e faixas-etárias.

PERCENTIL	IDADE							FAIXA-ETÁRIA		
	6 anos	7 anos	8 anos	9 anos	10 anos	11 anos	12 anos	6 e 7 anos	8 a 10 anos	11 e 12 anos
1	25	24	26	26	25	28	24	24	26	25
5	28	27	28	28	29	29	27	27	28	28
10	30	30	29	30	31	29	29	30	30	29
15	33	30	30	31	32	31	33	31	31	31
20	34	32	32	31	34	32	33	32	33	33
25	34	33	34	33	35	33	34	33	34	34
30	35	33	35	34	35	35	35	34	35	35
40	35	36	36	35	37	37	36	36	36	37
50	36	38	38	38	38	38	38	37	38	38
60	38	40	39	39	40	41	40	40	39	41
70	41	42	42	41	41	43	43	42	41	43
75	42	43	43	42	42	44	44	43	42	44
80	43	44	44	45	43	45	45	44	44	45
85	48	46	45	46	45	47	47	47	45	47
90	48	48	47	47	48	49	49	48	47	49
95	56	51	52	52	50	52	52	51	50	52
99	56	54	59	63	54	59	63	56	58	62
<u>n</u>	31	112	97	98	119	109	60	143	314	169

A Tabela 20 reúne as normas percentílicas na amostra de padronização para a escala, de acordo com cada série escolar: primeira série, segunda série, terceira série, quarta série, quinta série e sexta série. Assim como, para cada faixa de série escolar: primeira e segunda série; terceira e quarta série; e quinta e sexta série.

Tabela 20. Normas percentílicas para série-escolar e faixas de séries escolares.

PERCENTIL	SÉRIE ESCOLAR						FAIXA DE SÉRIE ESCOLAR		
	1ª série	2ª série	3ª série	4ª série	5ª série	6ª série	1ª e 2ª séries	3ª e 4ª séries	5ª e 6ª séries
1	24	26	26	28	25	24	25	26	25
5	28	27	28	29	28	29	28	28	28
10	30	29	29	31	29	29	30	30	29
15	31	32	30	33	31	31	31	31	31
20	32	33	30	34	33	33	32	33	33
25	33	34	31	35	35	34	33	34	34
30	34	35	34	35	35	35	34	35	35
40	35	36	35	37	37	37	36	36	37
50	37	38	37	38	38	38	38	38	38
60	40	39	38	40	41	40	39	39	40
70	42	42	40	41	43	44	42	41	43
75	43	43	41	43	44	44	43	42	44
80	44	44	43	44	45	45	44	44	45
85	48	45	45	46	47	48	46	45	47
90	48	46	46	48	49	50	48	47	49
95	53	48	53	50	51	55	50	50	52
99	56	58	63	54	59	63	58	58	62
<u>n</u>	117	108	97	117	102	85	225	214	187

A Tabela 21 mostra os percentis para a Escala de Avaliação de Depressão para Crianças incluindo-se na variável principal: tipo de escola (pública e particular) e a variável, sexo (masculino e feminino).

Tabela 21. Normas percentílicas para tipo de escola x sexo.

PERCENTIL	TIPO DE ESCOLA			
	PÚBLICA		PARTICULAR	
	MASCULINO	FEMININO	MASCULINO	FEMININO
1	24	26	24	25
5	28	29	29	27
10	29	32	30	28
15	30	34	30	29
20	31	35	31	31
25	32	35	33	33
30	33	36	33	34
40	35	38	35	35
50	37	40	37	36
60	38	42	38	37
70	40	44	40	40
75	41	45	41	41
80	43	47	42	42
85	44	49	44	43
90	46	51	45	45
95	50	54	48	47
99	57	62	49	50
<u>N</u>	192	257	92	85

Na Tabela 22 verifica-se as normas percentílicas para a escala, de acordo com a variável: tipo de escola (pública e particular), inserindo-se nela cada idade cronológica (6 anos, 7 anos, 8 anos, 9 anos, 10 anos, 11 anos e 12 anos).

Tabela 22. Normas percentílicas para tipo de escola x idade.

PERCENTIL	ESCOLA PÚBLICA							ESCOLA PARTICULAR						
	6 anos	7 anos	8 anos	9 anos	10 anos	11 anos	12 anos	6 anos	7 anos	8 anos	9 anos	10 anos	11 anos	12 anos
1	25	24	26	26	25	28	24	30	24	28	29	25	25	27
5	28	29	28	28	30	29	29	30	26	29	30	28	28	27
10	29	30	29	29	32	31	33	31	26	30	30	29	29	27
15	34	32	30	31	33	32	34	33	27	34	31	31	29	28
20	34	33	31	32	34	33	35	33	30	35	31	35	31	30
25	35	34	33	33	35	35	36	33	30	35	33	35	32	33
30	35	35	35	34	36	36	36	33	31	36	34	35	33	33
40	36	37	36	35	37	37	38	34	32	38	34	36	35	33
50	38	39	37	38	38	39	40	35	33	39	37	37	37	35
60	41	41	39	39	40	42	42	36	36	40	39	39	38	38
70	43	44	42	41	41	44	44	37	37	42	40	40	41	38
75	47	44	43	44	42	45	45	37	38	43	41	40	43	39
80	48	46	44	45	44	46	45	38	41	43	41	42	44	39
85	48	48	45	46	46	49	48	40	42	44	42	43	46	44
90	50	50	48	48	48	51	50	41	44	45	43	45	47	47
95	56	52	54	52	50	57	53	42	44	46	47	49	48	49
99	56	62	59	63	61	62	63	42	46	48	48	50	49	49
<u>N</u>	21	83	74	76	82	70	43	10	29	23	22	37	39	17

A Tabela 23 apresenta as normas percentílicas do escore total, de acordo com a amostra de padronização, para a escala segundo a variável denominada faixa-etária (6 e 7 anos; 8 até 10 anos; e 11 e 12 anos), considerando-se a variável principal: tipo de escola (pública e particular).

Tabela 23. Normas percentílicas para tipo de escola x faixa-etária.

PERCENTIL	TIPO DE ESCOLA					
	PÚBLICA			PARTICULAR		
	6 e 7 anos	8 a 10 anos	11 e 12 anos	6 e 7 anos	8 a 10 anos	11 e 12 anos
1	25	26	28	24	25	25
5	28	28	29	26	29	27
10	30	30	31	27	30	29
15	32	31	33	30	31	29
20	33	33	34	30	34	31
25	34	34	35	31	35	32
30	35	35	36	32	35	33
40	36	36	38	33	36	35
50	39	38	39	34	37	36
60	41	39	42	36	39	38
70	43	41	44	37	40	40
75	44	43	45	38	41	42
80	47	45	46	40	42	44
85	48	46	49	42	43	45
90	50	48	51	42	45	47
95	53	52	57	44	48	48
99	56	59	62	46	50	49
<u>N</u>	104	232	113	39	82	56

A Tabela 24 reúne as normas percentílicas do escore total para a escala, inserindo-se na variável principal: tipo de escola (pública e particular), a variável denominada série escolar (primeira série até sexta série).

Tabela 24. Normas percentílicas para tipo de escola x série escolar.

PERCENTIL	ESCOLA PÚBLICA						ESCOLA PARTICULAR					
	1ª série	2ª série	3ª série	4ª série	5ª série	6ª série	1ª série	2ª série	3ª série	4ª série	5ª série	6ª série
1	24	26	26	28	25	24	24	26	28	25	25	25
5	28	28	28	31	28	29	27	26	30	28	28	28
10	30	30	29	33	29	31	30	27	30	29	29	29
15	32	32	30	34	31	34	30	30	31	29	29	29
20	32	33	30	34	32	35	31	30	31	29	29	29
25	34	35	31	36	34	36	32	33	33	31	31	31
30	35	35	33	36	35	37	33	33	34	33	33	32
40	36	37	35	38	36	38	34	36	35	35	35	33
50	38	38	37	39	38	39	35	37	37	35	37	35
60	41	40	38	40	41	42	36	39	38	37	40	37
70	43	43	41	41	43	44	37	41	40	40	41	38
75	44	43	42	44	45	45	39	42	40	41	42	41
80	48	44	45	45	46	48	40	43	40	42	45	43
85	48	45	46	46	49	50	42	44	41	45	45	44
90	50	47	48	48	51	53	42	46	43	45	47	46
95	54	51	53	52	53	57	43	46	43	47	49	47
99	62	59	63	61	62	63	44	48	44	48	50	48
<u>N</u>	87	79	74	93	59	57	30	29	23	24	43	28

A Tabela 25 mostra as normas percentílicas do escore total para a Escala de Avaliação de Depressão para Crianças respeitando a variável principal: tipo de escola (pública e particular), incluindo-se nela a variável denominada faixa de série escolar (primeira e segunda série; terceira e quarta série; e quinta e sexta série).

Tabela 25. Normas percentílicas para tipo de escola x faixas de séries escolares.

PERCENTIL	TIPO DE ESCOLA					
	PÚBLICA			PARTICULAR		
	1ª e 2ª séries	3ª e 4ª séries	5ª e 6ª séries	1ª e 2ª séries	3ª e 4ª séries	5ª e 6ª séries
1	25	26	25	24	25	25
5	28	28	28	26	28	28
10	30	30	30	29	29	29
15	32	32	32	30	30	30
20	33	33	34	31	31	32
25	34	34	35	32	31	33
30	35	35	36	33	34	34
40	36	36	37	35	35	36
50	38	38	39	36	36	37
60	40	40	42	37	38	38
70	43	41	44	39	40	40
75	44	44	45	41	40	42
80	45	45	47	42	41	44
85	47	46	49	42	42	46
90	48	48	51	44	44	47
95	52	52	57	46	45	49
99	59	61	62	48	48	50
N	166	167	116	59	47	71

Na Tabela 26 encontra-se as normas em escore T para a Escala de Avaliação de Depressão para Crianças, na população geral e, também, de acordo com as variáveis: tipo de escola (pública e particular) e sexo (masculino e feminino).

Tabela 26. Normas escores - T para população geral, tipo de escola e gênero.

POPULAÇÃO GERAL		TIPO DE ESCOLA				SEXO			
		PÚBLICA		PÁRTICULAR		MASCULINO		FEMININO	
ESCORE T	RB	ESCORE T	RB	ESCORE T	RB	ESCORE T	RB	ESCORE T	RB
22	24	22	24	23	24	24	24	22	25
26	25	25	25	27	25	28	25	27	26
29	26	28	26	30	26	30	26	30	27
31	27	30	27	32	27	31	27	32	28
33	28	33	28	35	28	34	28	35	29
36	29	35	29	37	29	37	29	37	30
38	30	37	30	40	30	39	30	38	31
39	31	39	31	41	31	41	31	39	32
41	32	40	32	42	32	43	32	40	33
42	33	41	33	44	33	44	33	42	34
44	34	43	34	46	34	46	34	44	35
45	35	45	35	47	35	47	35	46	36
47	36	46	36	49	36	49	36	47	37
49	37	48	37	51	37	50	37	49	38
50	38	49	38	53	38	52	38	50	39
52	39	51	39	54	39	54	39	51	40
53	40	52	40	56	40	55	40	53	41
54	41	53	41	57	41	56	41	54	42
55	42	54	42	58	42	57	42	55	43
57	43	55	43	60	43	59	43	56	44
58	44	57	44	61	44	60	44	57	45
59	45	58	45	63	45	62	45	59	46
60	46	59	46	64	46	63	46	60	47
61	47	60	47	66	47	64	47	61	48
63	48	61	48	68	48	65	48	62	49
64	49	62	49	71	49	67	49	64	50
65	50	64	50	77	50	68	50	65	51
66	51	65	51			69	51	65	52
67	52	66	52			71	52	66	54
68	53	67	53			72	54	68	56
69	54	68	54			74	56	68	57
70	55	68	55			75	57	69	58
70	56	69	56			78	58	69	
71	57	70	57					70	
72	58	71	58					71	
73	59	72	59					72	
74	61	73	61					74	
76	62	75	62					78	
79	63	78	63						
$\underline{n} = 626$		$\underline{n} = 449$		$\underline{n} = 177$		$\underline{n} = 284$		$\underline{n} = 342$	

A Tabela 27 apresenta as normas em escore T, considerando-se a amostra de padronização, para a Escala de Avaliação de Depressão para

Crianças segundo a variável idade (6 a 12 anos).

Tabela 27. Normas escores - T para idade.

IDADE													
6 anos		7 anos		8 anos		9 anos		10 anos		11 anos		12 anos	
Escore T	RB	Escore T	RB	Escore T	RB	Escore T	RB	Escore T	RB	Escore T	RB	Escore T	RB
29	25	26	24	25	26	27	26	26	25	25	25	27	24
34	28	31	26	30	27	31	27	30	27	31	28	32	27
36	29	34	27	34	28	33	28	32	28	36	29	34	28
38	30	35	28	37	29	36	29	34	29	39	31	36	29
40	33	36	29	39	30	38	30	35	30	41	32	38	30
43	34	38	30	41	31	41	31	37	31	43	33	39	31
46	35	40	31	42	32	42	32	39	32	44	34	40	33
49	36	42	32	43	33	43	33	40	33	45	35	42	34
51	37	44	33	43	34	45	34	41	34	46	36	44	35
52	38	45	34	45	35	47	35	44	35	48	37	46	36
54	40	47	35	47	36	49	36	46	36	50	38	48	37
55	41	48	36	49	37	49	37	48	37	51	39	50	38
56	42	49	37	50	38	51	38	50	38	52	40	51	39
58	43	50	38	52	39	53	39	52	39	53	41	53	40
59	47	52	39	54	40	54	40	54	40	54	42	54	42
61	48	53	40	55	41	56	41	56	41	55	43	55	43
64	50	54	41	55	42	57	42	57	42	56	44	56	44
68	56	55	42	57	43	57	43	58	43	58	45	58	45
		56	43	59	44	58	44	59	44	59	46	60	47
		58	44	60	45	59	45	60	45	60	47	61	48
		60	46	62	46	61	46	61	46	61	48	63	49
		61	47	63	47	63	47	62	47	62	49	64	50
		63	48	64	48	64	48	63	48	64	50	66	51
		65	50	65	49	65	49	64	49	65	51	67	53
		66	51	67	52	66	50	67	50	66	52	69	57
		67	52	68	54	67	52	69	52	67	55	73	63
		68	53	70	58	70	53	70	53	69	57		
		71	54	75	59	75	63	72	54	72	59		
		75	62					76	61	75	62		
n = 31		n = 112		n = 97		n = 98		n = 119		n = 109		n = 60	

A Tabela 28 reúne as normas em escore T, segundo a amostra de

padronização, para a escala respeitando a variável série escolar (primeira-série, segunda série, terceira série, quarta série, quinta série e sexta série).

Tabela 28. Normas escores - T para série escolar.

SÉRIE - ESCOLAR											
1ª série		2ª série		3ª série		4ª série		5ª série		6ª série	
Escore T	RB	Escore T	RB	Escore T	RB	Escore T	RB	Escore T	RB	Escore T	RB
26	24	28	26	27	26	24	25	27	25	26	24
30	25	33	27	31	27	30	28	31	27	30	27
31	26	35	28	34	28	33	29	33	28	33	28
32	27	37	29	37	29	35	30	37	29	36	29
34	28	38	30	40	30	36	31	38	30	38	30
36	29	39	31	43	31	38	32	40	31	39	31
38	30	40	32	44	32	40	33	41	32	40	32
39	31	42	33	44	33	42	34	42	33	41	33
41	32	43	34	46	34	44	35	43	34	43	34
43	33	45	35	48	35	46	36	44	35	45	35
45	34	47	36	49	36	48	37	46	36	47	36
47	35	48	37	50	37	49	38	49	37	48	37
48	36	50	38	52	38	51	39	50	38	49	38
50	37	52	39	54	39	53	40	51	39	51	39
51	38	53	40	55	40	55	41	52	40	53	40
52	39	54	41	56	41	56	42	53	41	53	41
53	40	55	42	57	42	57	43	54	42	54	42
54	41	57	43	58	43	58	44	56	43	55	43
56	42	59	44	59	44	59	45	57	44	56	44
57	43	60	45	60	45	61	46	58	45	58	45
58	44	62	46	62	46	62	47	59	46	59	46
59	46	64	47	63	47	63	48	60	47	60	47
60	47	66	48	64	48	65	49	61	48	60	48
62	48	67	49	65	49	67	50	62	49	62	49
64	50	68	51	66	50	69	52	64	50	63	50
66	52	70	52	67	53	72	54	67	51	64	52
67	53	72	58	69	54	76	61	69	53	65	53
68	54	75	59	71	58			71	59	66	55
71	56			75	63			75	62	69	57
76										74	63
$\underline{n} = 117$		$\underline{n} = 108$		$\underline{n} = 97$		$\underline{n} = 117$		$\underline{n} = 102$		$\underline{n} = 85$	

Na Tabela 29 verifica-se as normas em escore T para a escala, nas seguintes faixas-etárias: 6 e 7 anos; 8 até 10 anos; e 11 e 12 anos. Assim como

para as seguintes faixas de série escolar: primeira e segunda série; terceira e quarta série; e quinta e sexta série.

Tabela 29. Normas escores - T para faixas-etárias e faixas de séries escolares.

FAIXAS - ETÁRIAS						FAIXAS DE SÉRIES ESCOLARES					
6 e 7 anos		8 a 10 anos		11 e 12 anos		1ª e 2ª séries		3ª e 4ª séries		5ª e 6ª séries	
Escore T	RB	Escore T	RB	Escore T	RB	Escore T	RB	Escore T	RB	Escore T	RB
25	24	23	25	23	24	24	24	22	25	23	24
29	25	27	26	27	25	27	25	27	26	27	25
31	26	30	27	29	27	30	26	29	27	30	27
34	27	33	28	32	28	33	27	32	28	33	28
35	28	35	29	36	29	34	28	35	29	36	29
36	29	38	30	38	30	36	29	38	30	38	30
38	30	40	31	39	31	38	30	40	31	39	31
40	31	41	32	40	32	39	31	41	32	41	32
41	32	42	33	42	33	41	32	42	33	42	33
43	33	43	34	43	34	43	33	44	34	43	34
45	34	45	35	45	35	44	34	46	35	45	35
47	35	47	36	46	36	46	35	48	36	46	36
48	36	49	37	48	37	48	36	49	37	48	37
50	37	50	38	50	38	49	37	50	38	50	38
51	38	52	39	51	39	50	38	52	39	51	39
52	39	54	40	52	40	52	39	54	40	52	40
53	40	55	41	53	41	53	40	56	41	53	41
54	41	56	42	54	42	54	41	57	42	54	42
55	42	58	43	55	43	55	42	57	43	55	43
57	43	59	44	56	44	57	43	58	44	57	44
58	44	60	45	58	45	58	44	60	45	58	45
60	46	61	46	59	46	60	45	61	46	59	46
61	47	62	47	60	47	61	46	63	47	60	47
62	48	63	48	61	48	62	47	64	48	61	48
65	50	65	49	63	49	63	48	65	49	62	49
66	51	66	50	64	50	65	49	66	50	64	50
67	52	68	52	65	51	66	50	67	52	65	51
68	53	69	53	66	52	67	51	69	53	66	52
69	54	71	54	67	53	67	52	71	54	67	53
72	56	72	58	68	55	68	53	72	58	68	55
76	62	74	59	69	57	69	54	74	61	70	57
		76	61	72	59	71	56	78	63	72	59
		79	63	73	62	73	58			74	62
				77	63	74	59			77	63
						78	62				
$\underline{n} = 143$		$\underline{n} = 314$		$\underline{n} = 169$		$\underline{n} = 225$		$\underline{n} = 214$		$\underline{n} = 187$	

A Tabela 30 mostra os valores das normas em escore T para a Escala de Avaliação de Depressão para Crianças, respeitando-se a variável principal:

tipo de escola (pública e particular) incluindo-se nela a variável, sexo (masculino e feminino).

Tabela 30. Normas escores - T para tipo de escola x sexo.

ESCOLA PÚBLICA				ESCOLA PARTICULAR			
MASCULINO		FEMININO		MASCULINO		FEMININO	
Escore T	RB	Escore T	RB	Escore T	RB	Escore T	RB
24	24	22	25	25	24	26	25
28	25	26	26	29	25	30	26
30	26	28	27	31	27	34	27
32	27	30	28	32	28	37	28
35	28	33	29	35	29	39	29
38	29	35	30	38	30	41	30
40	30	36	31	41	31	41	31
41	31	37	32	43	32	42	32
43	32	38	33	44	33	44	33
44	33	40	34	46	34	45	34
46	34	42	35	48	35	47	35
47	35	45	36	49	36	50	36
49	36	46	37	50	37	52	37
50	37	47	38	52	38	53	38
52	38	49	39	54	39	54	39
54	39	50	40	56	40	56	40
55	40	51	41	57	41	57	41
56	41	52	42	58	42	59	42
57	42	54	43	59	43	60	43
58	43	55	44	61	44	62	44
60	44	56	45	63	45	63	45
61	45	57	46	64	46	64	46
62	46	58	47	65	47	67	47
64	48	60	48	67	48	70	49
65	49	61	49	73	49	74	50
66	50	62	50				
68	51	63	51				
69	52	64	52				
71	54	65	53				
72	56	66	54				
74	57	67	55				
77	58	67	56				
		68	57				
		69	58				
		70	59				
		71	61				
		73	62				
		77	63				
$\underline{n} = 192$		$\underline{n} = 257$		$\underline{n} = 92$		$\underline{n} = 85$	

Na Tabela 31 encontra-se as normas em escore T, segundo a amostra de padronização, para a escala na variável escola pública, inserindo-se nela cada idade cronológica (6 a 12 anos).

Tabela 31. Normas escores - T para escola pública x idade.

ESCOLA PÚBLICA													
6 anos		7 anos		8 anos		9 anos		10 anos		11 anos		12 anos	
ESCORE T	RB	ESCORE T	RB	ESCORE T	RB	ESCORE T	RB	ESCORE T	RB	ESCORE T	RB	ESCORE T	RB
31	25	26	24	26	26	28	26	26	25	30	28	28	24
36	28	29	26	31	27	32	27	29	27	35	29	33	29
38	29	32	28	35	28	34	28	31	28	38	31	36	31
41	34	34	29	38	29	37	29	34	30	40	32	38	33
45	35	36	30	40	30	39	30	36	31	41	33	39	34
48	36	39	32	41	31	41	31	38	32	42	34	41	35
50	38	42	33	42	32	42	32	40	33	43	35	44	36
51	40	43	34	43	33	43	33	41	34	45	36	46	37
52	41	45	35	44	34	45	34	43	35	47	37	48	38
54	42	46	36	46	35	47	35	46	36	48	38	49	39
55	43	47	37	47	36	49	36	47	37	50	39	50	40
56	47	48	38	49	37	49	37	49	38	51	40	52	42
59	48	50	39	51	38	51	38	51	39	51	41	53	43
62	50	51	40	53	39	53	39	53	40	52	42	55	44
67	56	52	41	54	40	54	40	55	41	53	43	57	45
		53	42	55	42	55	41	56	42	55	44	59	47
		55	43	57	43	56	42	57	43	57	45	60	48
		56	44	59	44	57	44	58	44	58	46	61	49
		58	46	60	45	58	45	59	45	59	47	62	50
		59	47	61	46	60	46	60	46	60	49	64	51
		61	48	62	47	62	47	61	47	61	50	65	53
		63	50	63	48	63	48	62	48	63	51	68	57
		65	51	64	49	64	49	64	49	64	52	72	63
		66	52	65	52	64	50	65	50	65	55		
		67	53	67	54	66	52	67	52	67	57		
		70	54	69	58	69	53	69	53	70	59		
		74	62	74	59	74	63	71	54	74	62		
								74	61				
$\underline{n} = 21$		$\underline{n} = 83$		$\underline{n} = 74$		$\underline{n} = 76$		$\underline{n} = 82$		$\underline{n} = 70$		$\underline{n} = 43$	

A Tabela 32 apresenta as normas em escore T, de acordo com a amostra de padronização, para a escala na escola particular, incluindo-se nesta variável cada idade cronológica (6 a 12 anos).

Tabela 32. Normas escores - T para escola particular x idade.

ESCOLA PARTICULAR													
6 anos		7 anos		8 anos		9 anos		10 anos		11 anos		12 anos	
ESCORE T	RB	ESCORE T	RB	ESCORE T	RB	ESCORE T	RB	ESCORE T	RB	ESCORE T	RB	ESCORE T	RB
35	30	30	24	31	28	31	29	29	25	29	25	34	27
42	33	35	26	35	29	37	30	33	28	33	28	40	28
46	34	39	27	38	30	41	31	36	29	38	29	42	30
49	35	42	30	40	34	43	33	40	31	41	31	45	33
51	36	45	31	42	35	46	34	44	35	43	32	49	34
55	37	47	32	46	36	48	35	47	36	45	33	50	35
60	40	49	33	48	38	49	36	50	37	47	35	51	36
65	42	51	34	50	39	51	38	52	38	49	36	54	38
		52	35	52	40	53	39	53	39	50	37	57	39
		53	36	53	41	55	40	56	40	52	38	60	44
		55	37	55	42	57	41	59	42	53	39	63	47
		56	38	58	43	60	42	60	43	54	40	68	49
		58	39	60	44	62	43	62	44	55	41		
		59	41	62	45	65	47	63	45	57	43		
		61	42	65	46	69	48	66	49	58	44		
		65	44	69	48			71	50	60	45		
		70	46							61	46		
										63	47		
										66	48		
										71	49		
$\underline{n} = 10$		$\underline{n} = 29$		$\underline{n} = 23$		$\underline{n} = 22$		$\underline{n} = 37$		$\underline{n} = 39$		$\underline{n} = 17$	

A Tabela 33 reúne as normas em escore T para a escala, considerando-se a variável série escolar (primeira-série, segunda série, terceira série, quarta série, quinta série e sexta série) de acordo com a variável escola pública.

Tabela 33. Normas escores - T para escola pública x série escolar.

ESCOLA PÚBLICA											
1ª Série		2ª Série		3ª Série		4ª Série		5ª Série		6ª Série	
ESCORE T	RB	ESCORE T	RB	ESCORE T	RB	ESCORE T	RB	ESCORE T	RB	ESCORE T	RB
26	24	26	26	28	26	27	28	27	25	24	24
29	25	31	27	32	27	31	30	31	27	29	29
31	26	34	28	35	28	33	31	34	28	31	31
34	28	36	29	38	29	35	32	37	29	32	32
36	29	37	30	41	30	38	33	39	30	33	33
37	30	38	31	43	31	41	34	40	31	34	34
40	32	39	32	44	32	43	35	41	32	35	35
42	33	41	33	45	33	45	36	42	33	36	36
44	34	42	34	46	34	46	37	43	34	37	37
46	35	44	35	48	35	48	38	45	35	38	38
48	36	46	36	49	36	50	39	47	36	39	39
49	38	48	37	50	37	52	40	49	37	40	40
51	39	49	38	52	38	54	41	50	38	41	41
52	40	51	39	53	39	56	42	51	39	42	42
53	41	53	40	54	40	56	43	52	41	43	43
54	42	53	41	55	41	57	44	53	42	44	44
55	43	54	42	57	42	59	45	54	43	45	45
56	44	56	43	57	43	60	46	56	44	47	47
57	46	58	44	58	44	61	47	57	45	48	48
58	47	60	45	59	45	62	48	59	46	49	49
60	48	61	46	60	46	64	49	60	47	50	50
63	50	63	47	62	47	66	50	61	49	52	52
64	52	65	48	63	48	68	52	62	50	53	53
65	53	66	49	63	49	71	54	64	51	55	55
67	54	67	51	64	50	75	61	67	53	57	57
70	56	68	52	66	53			69	59	63	63
74	62	70	58	68	54			73	62		
		74	59	70	58						
				74	63						
$\underline{n} = 87$		$\underline{n} = 79$		$\underline{n} = 74$		$\underline{n} = 93$		$\underline{n} = 59$		$\underline{n} = 57$	

Na Tabela 34 verifica-se os valores das normas em escore T para a Escala de Avaliação de Depressão para Crianças, segundo a variável série

escolar (primeira-série, segunda série, terceira série, quarta série, quinta série e sexta série) respeitando-se a variável escola particular.

Tabela 34. Normas escores - T para escola particular x série escolar.

ESCOLA PARTICULAR											
1ª Série		2ª Série		3ª Série		4ª Série		5ª Série		6ª Série	
ESCORE T	RB	ESCORE T	RB	ESCORE T	RB	ESCORE T	RB	ESCORE T	RB	ESCORE T	RB
30	24	32	26	31	28	31	25	28	25	32	27
34	27	37	27	37	30	35	28	32	28	37	28
38	30	38	29	41	31	40	29	36	29	39	29
42	31	41	30	43	33	43	31	39	31	42	30
43	32	42	32	45	34	45	33	40	33	43	31
45	33	44	33	47	35	46	34	42	35	45	33
47	34	46	34	49	36	49	35	44	36	48	34
49	35	47	35	50	37	52	36	46	37	50	35
51	36	48	36	52	38	53	37	49	38	51	36
54	37	50	37	54	39	54	39	51	39	53	38
56	38	51	38	57	40	55	40	52	40	55	39
57	39	53	39	60	41	58	42	54	41	57	40
58	40	55	41	63	43	61	45	55	42	59	44
59	41	57	42	69	44	65	47	56	45	62	46
62	42	59	43			69	48	57	44	66	47
66	45	60	44					59	47	70	49
70	44	62	45					60	48		
		65	46					62	49		
		70	48					66	50		
								72			
$\underline{n} = 30$		$\underline{n} = 29$		$\underline{n} = 23$		$\underline{n} = 24$		$\underline{n} = 43$		$\underline{n} = 28$	

A Tabela 35 mostra as normas em escore T, de acordo com amostra de padronização, para a Escala de Avaliação de Depressão para Crianças segundo a variável principal: tipo de escola (pública e particular), incluindo-se a variável denominada faixas de séries escolares (primeira e segunda série; terceira e quarta série; e quinta e sexta série).

Tabela 35. Normas escores - T para tipo de escola x faixas de séries escolares.

ESCOLA PÚBLICA						ESCOLA PARTICULAR					
1ª e 2ª Séries		3ª e 4ª Séries		5ª e 6ª Séries		1ª e 2ª Séries		3ª e 4ª Séries		5ª e 6ª Séries	
ESCORE T	RB	ESCORE T	RB	ESCORE T	RB	ESCORE T	RB	ESCORE T	RB	ESCORE T	RB
23	24	25	26	24	24	27	24	28	25	26	25
27	25	28	27	28	25	32	26	33	28	31	27
29	26	32	28	30	27	35	27	37	29	34	28
31	27	35	29	32	28	37	29	40	30	38	29
34	28	37	30	35	29	39	30	42	31	40	30
36	29	39	31	37	30	42	31	44	33	40	31
37	30	40	32	39	31	43	32	46	34	42	32
38	31	42	33	40	32	45	33	48	35	43	33
40	32	43	34	41	33	47	34	50	36	45	34
42	33	45	35	42	34	48	35	51	37	46	35
43	34	47	36	44	35	50	36	53	38	48	36
45	35	48	37	45	36	52	37	54	39	50	37
47	36	50	38	47	37	53	38	56	40	52	38
48	37	52	39	49	38	55	39	58	41	53	39
49	38	53	40	50	39	56	40	59	42	55	40
51	39	55	41	51	40	57	41	61	43	56	41
52	40	56	42	51	41	59	42	63	44	57	42
53	41	57	43	53	42	62	43	65	45	58	43
54	42	57	44	54	43	64	44	68	47	59	44
55	43	59	45	55	44	65	45	72	48	61	46
57	44	60	46	57	45	68	46			62	47
58	45	62	47	58	46	73	48			64	48
59	46	63	48	59	47					67	49
60	47	64	49	59	48					74	50
62	48	65	50	60	49						
63	49	66	52	61	50						
64	50	68	53	63	51						
65	51	70	54	64	52						
66	52	72	58	65	53						
67	53	73	61	66	55						
68	54	77	63	68	57						
70	56			70	59						
71	58			72	62						
73	59			76	63						
77	62										
$\underline{n} = 166$		$\underline{n} = 167$		$\underline{n} = 116$		$\underline{n} = 59$		$\underline{n} = 47$		$\underline{n} = 71$	

Na Tabela 36 encontra-se as normas em escore T para a escala,

respeitando-se a variável principal: tipo de escola (pública e particular), inserindo-se a variável denominada faixas etárias (6 a 12 anos).

Tabela 36. Normas escores - T para tipo de escola x faixas etárias.

ESCOLA PÚBLICA						ESCOLA PARTICULAR					
6 e 7 anos		8 a 10 anos		11 e 12 anos		6 e 7 anos		8 a 10 anos		11 e 12 anos	
ESCORE T	RB	ESCORE T	RB	ESCORE T	RB	ESCORE T	RB	ESCORE T	RB	ESCORE T	RB
25	24	22	25	25	24	29	24	26	25	27	25
28	25	27	26	30	28	34	26	30	28	32	27
30	26	31	27	34	29	37	27	35	29	35	28
33	28	34	28	37	31	41	30	37	30	39	29
35	29	36	29	39	32	43	31	40	31	41	30
37	30	38	30	40	33	45	32	41	33	42	31
39	32	39	31	41	34	47	33	42	34	43	32
41	33	41	32	43	35	50	34	45	35	45	33
43	34	42	33	45	36	51	35	47	36	47	34
45	35	44	34	46	37	53	36	49	37	48	35
47	36	45	35	48	38	55	37	51	38	50	36
48	37	47	36	50	39	57	38	52	39	51	37
49	38	49	37	51	40	58	39	54	40	52	38
50	39	50	38	52	41	59	40	56	41	54	39
51	40	52	39	53	42	60	41	58	42	55	40
52	41	53	40	55	43	62	42	60	43	56	41
53	42	55	41	57	44	66	44	62	44	57	43
55	43	56	42	58	45	71	46	63	45	59	44
56	44	57	43	59	46			64	46	60	45
58	46	58	44	60	47			65	47	61	46
58	47	59	45	61	48			66	48	63	47
60	48	60	46	62	49			70	49	66	48
63	50	62	47	63	50			74	50	71	49
65	51	63	48	64	52						
65	52	64	49	65	53						
66	53	65	50	66	55						
68	54	66	52	67	57						
71	56	68	53	70	59						
75	62	69	54	72	62						
		71	58	75	63						
		73	59								
		75	61								
		78	63								
n = 104		n = 232		n = 113		n = 39		n = 82		n = 56	

Como serão demonstradas mais adiante, as análises estatísticas significativas foram entre as seguintes variáveis: sexo; tipo de escola; e sexo x tipo de escola. Portanto, serão apresentadas, a seguir, as normas em percentil e escore T para os quatro fatores da Escala de Avaliação de Depressão para Crianças apenas em relação a essas variáveis.

Na Tabela 37 até a Tabela 39 são apresentados os valores dos percentis dos escores nos quatro fatores (Fator 1 - Humor Deprimido; fator 2 - Relacionamento Social; Fator 3 - Auto-Estima e Fator 4 - Resposta Fisiológica-Autonômica) medidos pela Escala de Avaliação de Depressão para Crianças, para a população geral, assim como para as variáveis: tipo de escola (pública e particular) e sexo (masculino e feminino) respectivamente. Já na Tabela 40 se encontra os valores dos percentis, segundo o tipo de escola para cada sexo (masculino e feminino).

Tabela 37. Normas percentílicas dos fatores para população geral.

PERC	POPULAÇÃO GERAL			
	F ATOR 1	FATOR 2	FATOR 3	FATOR 4
1	11	4	4	5
5	12	4	4	5
10	13	4	4	6
15	14	4	4	6
20	15	4	4	7
25	16	4	4	7
30	16	4	4	7
40	18	4	5	8
50	19	5	5	8
60	20	5	6	9
70	21	6	6	9
75	22	6	7	10
80	23	7	7	10
85	23	7	8	11
90	25	8	8	11
95	27	9	9	12
99	30	11	11	15
<u>N</u>	626			

Tabela 38. Normas percentílicas dos fatores para tipo de escola.

PERC	ESCOLA PÚBLICA				ESCOLA PARTICULAR			
	F ATOR 1	FATOR 2	FATOR 3	FATOR 4	F ATOR 1	FATOR 2	FATOR 3	FATOR 4
1	11	4	4	5	11	4	4	5
5	12	4	4	5	12	4	4	6
10	14	4	4	6	13	4	4	6
15	15	4	4	7	14	4	4	6
20	15	4	4	7	14	4	4	6
25	16	4	4	7	15	4	4	7
30	17	4	4	7	16	4	4	7
40	18	4	5	8	17	4	5	8
50	19	5	5	9	18	5	5	8
60	21	5	6	9	19	5	6	9
70	22	6	6	9	20	6	7	9
75	23	6	7	10	20	6	7	9
80	23	7	7	10	21	6	7	9
85	24	8	8	11	22	7	8	10
90	25	8	8	12	22	7	8	10
95	28	9	9	13	24	8	9	11
99	30	12	11	15	29	9	11	12
N	449				177			

Tabela 39. Normas percentílicas dos fatores para sexo.

PERC	SEXO MASCULINO				SEXO FEMININO			
	F ATOR 1	FATOR 2	FATOR 3	FATOR 4	F ATOR 1	FATOR 2	FATOR 3	FATOR 4
1	11	4	4	5	12	4	4	5
5	11	4	4	5	13	4	4	6
10	13	4	4	6	14	4	4	6
15	14	4	4	6	15	4	4	7
20	14	4	4	7	16	4	4	7
25	15	4	4	7	17	4	4	7
30	15	4	4	7	17	4	4	8
40	17	4	5	8	18	4	5	8
50	18	5	5	8	19	5	5	9
60	19	5	6	9	21	6	6	9
70	20	6	6	9	22	6	6	9
75	21	6	7	9	23	7	7	10
80	22	6	7	10	23	7	7	10
85	22	6	8	10	25	8	8	11
90	23	7	8	11	26	8	8	12
95	25	8	9	12	28	9	9	13
99	30	10	11	13	30	12	11	15
N	284				342			

Tabela 40. Normas percentílicas dos fatores para tipo de escola x sexo.

PERC	ESCOLA PÚBLICA							
	SEXO MASCULINO				SEXO FEMININO			
	F ATOR 1	FATOR 2	FATOR 3	FATOR 4	F ATOR 1	FATOR 2	FATOR 3	FATOR 4
1	11	4	4	5	12	4	4	5
5	11	4	4	5	13	4	4	6
10	13	4	4	6	14	4	4	6
15	14	4	4	6	15	4	4	7
20	14	4	4	7	16	4	4	7
25	15	4	4	7	17	4	4	7
30	15	4	4	7	18	4	5	8
40	17	4	5	8	19	5	5	8
50	18	4	5	8	20	5	5	9
60	19	5	6	9	21	6	6	9
70	21	6	6	9	23	6	6	10
75	21	6	7	9	23	7	7	10
80	22	6	7	10	24	8	7	11
85	23	6	7	10	25	8	8	11
90	23	7	8	11	26	9	8	12
95	25	8	9	12	29	10	9	13
99	30	10	12	14	31	12	10	15
<u>N</u>			192				257	
PERC	ESCOLA PARTICULAR							
	SEXO MASCULINO				SEXO FEMININO			
	F ATOR 1	FATOR 2	FATOR 3	FATOR 4	F ATOR 1	FATOR 2	FATOR 3	FATOR 4
1	11	4	4	5	11	4	4	5
5	12	4	4	6	13	4	4	6
10	13	4	4	6	14	4	4	6
15	14	4	4	6	14	4	4	6
20	14	4	4	7	15	4	4	6
25	14,5	4	4	7	15	4	4	7
30	15	4	4	7	16	4	4	7
40	16	4	5	8	17	4	5	7
50	18	5	5	8	18	4	5	8
60	19	5	6	8	19	5	6	9
70	20	6	7	9	20	5	7	9
75	21	6	7	9,5	20	6	7	9
80	21	6	7	10	21	6	7	9
85	22	7	8	10	22	7	8	9
90	22	7	8	10	22	7	8	10
95	24	8	9	12	24	7	8	10
99	29	10	9	12	29	9	12	13
<u>N</u>			92				85	

Na Tabela 41 até a Tabela 43 são estabelecidos os valores dos

escores T dos quatro fatores da Escala de Avaliação de Depressão para Crianças, para a população geral, assim como para as variáveis: tipo de escola (pública e particular) e sexo (masculino e feminino). Enquanto os valores dos escores T, segundo o tipo de escola para cada sexo (masculino e feminino) se encontram na Tabela 44.

Tabela 41. Escore T dos fatores para população geral.

POPULAÇÃO GERAL							
FATOR 1		FATOR 2		FATOR 3		FATOR 4	
ESCORE T	RB	ESCORE T	RB	ESCORE T	RB	ESCORE T	RB
28	11	41	4	39	4	30	5
33	12	51	5	48	5	37	6
36	13	56	6	53	6	43	7
39	14	60	7	58	7	48	8
42	15	63	8	62	8	53	9
44	16	66	9	66	9	58	10
46	17	70	10	70	10	62	11
48	18	73	11	73	11	65	12
51	19	77	12	78	12	69	13
53	20					72	14
55	21					76	15
57	22						
59	23						
61	24						
63	25						
65	26						
67	27						
68	28						
70	29						
73	30						
77	31						
81	32						

N = 626

Tabela 42. Escore T dos fatores tipo de escola.

TIPO DE ESCOLA															
ESCOLA PÚBLICA								ESCOLA PARTICULAR							
FATOR 1		FATOR 2		FATOR 3		FATOR 4		FATOR 1		FATOR 2		FATOR 3		FATOR 4	
ESC T	RB	ESC T	RB	ESC T	RB	ESC T	RB	ESC T	RB	ESC T	RB	ESC T	RB	ESC T	RB
28	11	41	4	39	4	30	5	27	11	42	4	39	4	29	5
33	12	51	5	48	5	37	6	32	12	52	5	48	5	38	6
36	13	55	6	53	6	42	7	36	13	57	6	53	6	45	7
38	14	59	7	58	7	48	8	40	14	62	7	57	7	50	8
41	15	62	8	62	8	53	9	43	15	67	8	62	8	55	9
43	16	65	9	66	9	57	10	46	16	71	9	67	9	61	10
45	17	69	10	69	10	61	11	48	17	77	10	72	10	66	11
48	18	72	11	73	11	64	12	50	18			74	11	70	12
50	19	76	12	77	12	67	13	53	19			77	12	77	13
52	20					71	14	56	20						
54	21					75	15	59	21						
56	22							62	22						
58	23							65	23						
60	24							67	24						
62	25							71	26						
64	26							75	29						
65	27														
67	28														
69	29														
72	30														
75	31														
80	32														
$\underline{n} = 449$								$\underline{n} = 177$							

Tabela 43. Escore T dos fatores para sexo.

SEXO															
MASCULINO								FEMININO							
FATOR 1		FATOR 2		FATOR 3		FATOR 4		FATOR 1		FATOR 2		FATOR 3		FATOR 4	
ESC T	RB	ESC T	RB	ESC T	RB	ESC T	RB	ESC T	RB	ESC T	RB	ESC T	RB	ESC T	RB
30	11	42	4	40	4	31	5	24	11	41	4	39	4	28	5
35	12	52	5	48	5	38	6	29	12	50	5	48	5	36	6
38	13	57	6	53	6	44	7	34	13	54	6	53	6	42	7
41	14	62	7	58	7	49	8	37	14	58	7	57	7	47	8
44	15	65	8	62	8	54	9	40	15	61	8	62	8	53	9
46	16	69	9	66	9	59	10	42	16	65	9	66	9	57	10
48	17	73	10	70	10	63	11	44	17	68	10	70	10	61	11
50	18			72	11	67	12	47	18	71	11	74	11	64	12
52	19			77	12	71	13	49	19	75	12	78	12	67	13
55	20					75	14	51	20					70	14
57	21					78	15	53	21					74	15
60	22							55	22						
62	23							58	23						
64	24							59	24						
66	25							61	25						
68	26							63	26						
70	27							65	27						
72	29							66	28						
74	30							68	29						
78	32							72	30						
								76	31						
$\underline{n} = 284$								$\underline{n} = 342$							

Tabela 44. Escore T dos fatores para tipo de escola x sexo.

ESCOLA PÚBLICA															
SEXO MASCULINO								SEXO FEMININO							
F ATOR 1		FATOR 2		FATOR 3		FATOR 4		F ATOR 1		FATOR 2		FATOR 3		FATOR 4	
ESC T	RB	ESC T	RB	ESC T	RB	ESC T	RB	ESC T	RB	ESC T	RB	ESC T	RB	ESC T	RB
31	11	42	4	40	4	32	5	22	11	40	4	38	4	27	5
36	12	52	5	48	5	39	6	28	12	49	5	48	5	35	6
38	13	57	6	53	6	44	7	33	13	53	6	53	6	41	7
41	14	62	7	59	7	49	8	36	14	57	7	57	7	46	8
43	15	65	8	62	8	54	9	39	15	60	8	61	8	52	9
46	16	68	9	65	9	59	10	41	16	63	9	66	9	59	10
48	17	72	10	68	10	62	11	43	17	67	10	71	10	62	11
50	18			71	11	66	12	46	18	70	11	75	11	66	12
52	19			76	12	70	13	48	19	74	12	78	12	69	13
54	20					74	14	50	20					73	14
56	21					77	15	52	21						15
59	22							54	22						
61	23							56	23						
63	24							58	24						
65	25							60	25						
67	26							62	26						
69	27							64	27						
73	30							65	28						
77	32							67	29						
								71	30						
								75	31						
$\underline{n} = 192$								$\underline{n} = 257$							
ESCOLA PARTICULAR															
SEXO MASCULINO								SEXO FEMININO							
F ATOR 1		FATOR 2		FATOR 3		FATOR 4		F ATOR 1		FATOR 2		FATOR 3		FATOR 4	
ESC T	RB	ESC T	RB	ESC T	RB	ESC T	RB	ESC T	RB	ESC T	RB	ESC T	RB	ESC T	RB
27	11	41	4	39	4	29	5	27	11	42	4	39	4	30	5
32	12	51	5	48	5	38	6	32	12	53	5	48	5	39	6
36	13	56	6	53	6	44	7	35	13	58	6	53	6	45	7
41	14	61	7	57	7	50	8	39	14	63	7	57	7	50	8
44	15	65	8	61	8	55	9	42	15	69	8	63	8	56	9
47	16	70	9	67	9	60	10	45	16	73	9	67	9	63	10
49	17	75	10			65	11	47	17			69	10	68	11
50	18					70	12	50	18			71	11	71	12
53	19							53	19			74	12	74	13
56	20							56	20						
58	21							59	21						
62	22							62	22						
65	23							65	23						
67	24							67	24						
71	26							71	26						
75	29							74	29						
$\underline{n} = 92$								$\underline{n} = 85$							

Relações Entre as Variáveis

Foram realizadas análises estatísticas para verificar as relações provenientes entre o escore total da Escala de Avaliação de Depressão para Crianças e as variáveis: tipo de escola, série escolar, idade e sexo. Estas análises visam fornecer mais informações sobre a manifestação dos escores obtidos pelos sujeitos da amostra de normatização na escala com intenção de tomar decisões referentes às normas, no sentido de investigar quais as tabelas de normatização poderão ser mais adequadas de serem utilizadas. Os resultados são apresentados para o resultado total e para cada um dos fatores da Escala de Avaliação de Depressão para Crianças.

Em relação à análise estatística empregada, foi utilizada para a comparação entre duas categorias de uma mesma variável o teste de Mann-Whitney, e para comparação entre três ou mais categorias de uma ou duas variáveis foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis.

Tabela 45. Análise descritiva e comparativa do escore total para escola e sexo.

Escola	N	Média	DP	Min.	Mediana	Máx	P-valor*
Pública	449	39,34	7,46	24	38	63	$p < 0,001$
Particular	177	36,76	5,91	24	36	50	
Sexo	N	Média	DP	Min.	Mediana	Máx	P-valor*
Masculino	284	37,18	6,53	24	37	58	$p < 0,001$
Feminino	342	39,80	7,42	25	39	63	

* p -valor referente ao teste de Mann-Whitney.

De acordo com a Tabela 45, realizada a análise estatística, verificou-se que houve diferença significativa ao nível de $p < 0,001$, entre a escola pública e a escola particular. A análise estatística também evidenciou uma diferença significativa, ao nível de $p < 0,001$, na variável sexo, demonstrando o efeito destas variáveis na Escala de Avaliação de Depressão para Crianças, portanto é necessário um conjunto de normas específicas para cada tipo de escola e para cada sexo.

Tabela 46. Análise descritiva e comparativa do escore total para idade e para série-escolar.

Idade	N	Média	DP	Min.	Mediana	Máx	P-valor*
6	31	38,48	7,53	25	36	56	$p = 0,809$
7	112	38,24	7,38	24	38	62	
8	97	38,37	7,11	26	38	59	
9	98	37,98	7,04	26	38	63	
10	119	38,67	6,33	25	38	61	
11	109	39,34	7,61	25	38	62	
12	60	39,35	7,57	24	38	63	
Série-escolar	N	Média	DP	Min.	Mediana	Máx	P-valor*
1ª	117	38,41	7,50	24	37	62	$p = 0,374$
2ª	108	38,39	6,63	26	38	59	
3ª	97	37,46	7,28	26	37	63	
4ª	117	38,97	6,32	25	38	61	
5ª	102	38,99	7,39	25	38	62	
6ª	85	39,53	7,88	24	38	63	

* p-valor referente ao teste de Kruskal-Wallis.

A Tabela 46 mostra que não houve diferenças significativas em relação às médias nas variáveis: idade ($p=0,809$) e série-escolar ($p=0,374$); portanto, não há recomendação para considerar ambas as variáveis nas tabelas de normalização da Escala de Avaliação de Depressão para Crianças.

Tabela 47. Análise descritiva e comparativa do escore total para faixas etárias e para faixas de séries escolares.

Faixas etárias	N	Média	DP	Min.	Mediana	Máx	P-valor*
6 e 7 anos	143	38,29	7,38	24	37	62	$p = 0,367$
8 a 10 anos	314	38,36	6,78	25	38	63	
11 e 12 anos	169	39,34	7,57	24	38	63	
Faixas de séries escolares	N	Média	DP	Min.	Mediana	Máx	P-valor*
1ª e 2ª Séries	225	38,40	7,08	24	38	62	$p = 0,458$
3ª e 4ª Séries	214	38,29	6,80	25	38	63	
5ª e 6ª Séries	187	39,24	7,60	24	38	63	

* p-valor referente ao teste de Kruskal-Wallis.

Na Tabela 47 evidencia-se, após aplicação da análise estatística, que

não houve diferenças significativas em relação às médias nas variáveis: faixas etárias ($p=0,367$) e faixas de séries-escolares ($p=0,374$); assim, não se justifica a consideração de ambas as variáveis nas tabelas de normatização da Escala de Avaliação de Depressão para Crianças.

Tabela 48. Análise descritiva e comparativa do escore total para escola x sexo.

Escola	Sexo	N	Média	DP	Min.	Mediana	Máx	P-valor*
Pública	Masculino	192	37,32	6,83	24	37	58	$p < 0,001$
	Feminino	257	40,85	7,56	25	40	63	
Particular	Masculino	92	36,89	5,89	24	37	49	$p = 0,782$
	Feminino	85	36,62	5,97	25	36	50	

* p-valor referente ao teste de Mann-Whitney.

Conforme a Tabela 48, observa-se uma diferença significativa, ao nível de $p < 0,001$, na variável sexo para a escola pública, os participantes do sexo feminino prevelem com maior escore do que aqueles do sexo masculino. Assim, demonstra-se a importância de normas isoladas para a variável: sexo, considerando-se a escola pública. Já na escola particular não houve diferença significativa na variável sexo ($p=0,782$), sendo no sexo masculino a média 36,89 (DP=5,89) no escore total da escala, muito próxima ao sexo feminino (M=36,62; DP=5,97).

Tabela 49. Análise descritiva e comparativa do escore total para tipo de escola x idade e para tipo de escola x série-escolar.

Escola	Idade	N	Média	DP	Min.	Mediana	Máx	P-valor*
Pública	6 anos	21	39,81	8,59	25	38	56	$p = 0,353$
	7 anos	83	39,60	7,37	24	39	62	
	8 anos	74	38,30	7,60	26	37,50	59	
	9 anos	76	38,26	7,45	26	38	63	
	10 anos	82	39,21	6,54	25	38,50	61	
	11 anos	70	40,47	7,95	28	39	62	
	12 anos	43	40,72	7,59	24	40	63	
Particular	6 anos	10	35,70	3,53	30	35,50	42	$p = 0,180$
	7 anos	29	34,34	5,94	24	33	46	
	8 anos	23	38,61	5,35	28	39	48	
	9 anos	22	37,00	5,43	29	37	48	
	10 anos	37	37,49	5,75	25	37	50	
	11 anos	39	37,31	6,56	25	37	49	
	12 anos	17	35,88	6,49	27	35	49	
Escola	Séries Escolares	N	Média	DP	Min.	Mediana	Máx	P-valor*
Pública	1ª série	87	39,45	7,96	24	38	62	$p = 0,191$
	2ª série	79	38,90	6,72	26	38	59	
	3ª série	74	37,78	7,94	26	37	63	
	4ª série	93	39,68	6,14	28	39	61	
	5ª série	59	39,49	8,09	25	38	62	
	6ª série	57	41,11	8,12	24	39	63	
Particular	1ª série	30	35,40	4,92	24	35,50	44	$p = 0,486$
	2ª série	29	37,00	6,28	26	37	48	
	3ª série	23	36,43	4,56	28	37	44	
	4ª série	24	36,25	6,39	25	35	48	
	5ª série	43	38,30	6,33	25	37	50	
	6ª série	28	36,32	6,37	27	35	49	

* p-valor referente ao teste de Kruskal-Wallis.

Considerando-se os dados da Tabela 49 verifica-se, após aplicação da análise estatística, que não houve diferenças significativas em relação à diferença das médias entre as variáveis: escola pública e idade cronológica ($p=0,353$), escola particular e idade cronológica ($p=0,353$), assim como entre escola pública e séries escolares ($p=0,191$) e escola particular e séries escolares ($p=0,486$).

Deste modo, não há evidência para a consideração destas variáveis inter-relacionadas nas tabelas de normatização da Escala de Avaliação de Depressão para Crianças.

Tabela 50. Análise descritiva e comparativa do escore total para tipo de escola x faixas etárias e para tipo de escola x faixas de séries escolares.

Escola	Faixas etárias	N	Média	DP	Min.	Mediana	Máx	P-valor*
Pública	6 e 7 anos	104	39,64	7,59	24	39	62	$p = 0,074$
	8 a 10 anos	232	38,61	7,17	25	38	63	
	11 e 12 anos	113	40,57	7,78	24	39	63	
Particular	6 e 7 anos	39	34,69	5,42	24	34	46	$p = 0,035$
	8 a 10 anos	82	37,67	5,52	25	37,50	50	
	11 e 12 anos	56	36,88	6,51	25	36,50	49	
Escola	Faixas de séries escolares	N	Média	DP	Min.	Mediana	Máx	P-valor*
Pública	1ª e 2ª Séries	166	39,19	7,38	24	38	62	$p = 0,347$
	3ª e 4ª Séries	167	38,84	7,03	26	38	63	
	5ª e 6ª Séries	116	40,28	8,11	24	39	63	
Particular	1ª e 2ª Séries	59	36,19	5,64	24	36	48	$p = 0,527$
	3ª e 4ª Séries	47	36,34	5,51	25	36	48	
	5ª e 6ª Séries	71	37,52	6,37	25	37	50	

* p-valor referente ao teste de Kruskal-Wallis.

A Tabela 50 mostra que não houve diferenças significativas em relação às médias nas variáveis: escola pública e faixas-etárias ($p=0,074$); escola pública e faixas de séries escolares ($p=0,347$); e escola particular e faixas de séries escolares ($p=0,527$). Entretanto, em relação à escola particular e as faixas etárias houve uma diferença significativa ($p=0,035$), porém tal achado não se justifica, pois foi um dado isolado, portanto foi desconsiderado. Analisando as inter-relações das variáveis citadas julgou-se que não há recomendação para considerá-las nas tabelas de normatização da Escala de Avaliação de Depressão para Crianças.

Segundo os resultados acima encontrados para o escore total da Escala de Avaliação de Depressão para Crianças foram realizados os estudos das relações entre as variáveis: tipo de escola; sexo; e sexo x tipo de escola para os escores parciais da Escala de Avaliação de Depressão para Crianças, ou seja,

para cada um dos quatro fatores que compõem a escala (Fator 1 – Humor Deprimido; Fator 2 - Relacionamento Social; Fator 3 – Auto-Estima; e Fator 4 – Resposta Fisiológica-Autonômica). Esta investigação visou verificar se as diferenças significativas entre as médias encontradas nestas variáveis para o escore total, prevalecem ou não entre os fatores medidos pela escala. Tal estudo verifica, com mais rigor, a importância da construção de tabelas de normas para os escores parciais na escala.

A Tabela 51 e a Tabela 52 apresentam, respectivamente, as análises descritivas e comparativas dos escores parciais da escala para tipo de escola; sexo; e sexo x tipo de escola. A consideração dos escores parciais para a análise da escala é fundamental, pois possibilita a realização de uma análise mais refinada do construto por parte do profissional, facilitando o enfoque do tratamento da depressão, uma vez que possibilita a investigação de fatores mais específicos.

Tabela 51. Análise descritiva e comparativa dos escores parciais para tipo de escola e sexo.

Escola	Fator	N	Média	DP	Min.	Mediana	Máx	P-valor*
Pública	1	449	19,42	4,58	11	19	32	$p < 0,001$ $p = 0,111$ $p = 0,898$ $p = 0,004$
	2		5,50	1,85	4	5	12	
	3		5,74	1,75	4	5	12	
	4		8,68	2,14	5	9	15	
Particular	1	177	17,85	3,56	11	18	29	$p = 0,898$ $p = 0,004$
	2		5,12	1,38	4	5	10	
	3		5,71	1,72	4	5	12	
	4		8,08	1,70	5	8	13	
Gênero	Fator	N	Média	DP	Min.	Mediana	Máx	P-valor*
Masculino	1	284	18,07	4,14	11	18	32	$p < 0,001$ $p = 0,013$ $p = 0,387$ $p = 0,016$
	2		5,15	1,48	4	5	10	
	3		5,69	1,76	4	5	12	
	4		8,27	1,95	5	8	15	
Feminino	1	342	19,73	4,42	11	19	31	$p = 0,387$ $p = 0,016$
	2		5,59	1,90	4	5	12	
	3		5,77	1,73	4	5	12	
	4		8,71	2,10	5	9	15	

* p-valor referente ao teste de Mann-Whitney.

Tabela 52. Análise descritiva e comparativa dos escores parciais para sexo x tipo de escola

Escola	Sexo	Fator	N	Média	DP	Min.	Mediana	Máx	P-valor*
Pública	Masculino	1	192	18,22	4,34	11	18	32	$p < 0,001$ $p < 0,001$ $p = 0,307$ $p = 0,003$
		2		5,11	1,49	4	4	10	
		3		5,68	1,80	4	5	12	
		4		8,31	2,04	5	8	15	
	Feminino	1	257	20,31	4,56	11	20	31	
		2		5,79	2,03	4	5	12	
		3		5,79	1,72	4	5	12	
		4		8,96	2,18	5	9	15	
Particular	Masculino	1	92	17,75	3,69	11	18	29	$p = 0,697$ $p = 0,280$ $p = 0,957$ $p = 0,411$
		2		5,24	1,46	4	5	10	
		3		5,71	1,69	4	5	9	
		4		8,20	1,76	5	8	12	
	Feminino	1	85	17,95	3,44	11	18	29	
		2		5,00	1,29	4	4	9	
		3		5,72	1,76	4	5	12	
		4		7,95	1,65	5	8	13	

* p-valor referente ao teste de Mann-Whitney.

Conforme a Tabela 51 evidencia-se diferença significativa para tipo de escola, no Fator 1 ($p < 0,001$) e Fator 4 ($p = 0,004$), ou seja, as crianças de escola pública mostram maior índice de depressão no humor deprimido e na resposta fisiológica-autônômica do que as crianças de escola particular. Conforme este resultado pode-se dizer que as crianças de escola pública em comparação com as crianças de escola particular, experimentam mais o humor deprimido e a culpabilidade, característicos do episódio depressivo maior. Elas também se mostram com mais fadiga, perda de energia e desconforto, sintomas também característicos do episódio depressivo maior. Em relação a variável sexo, o resultado mostra uma diferença significativa para as crianças do sexo feminino, no Fator 1 ($p < 0,001$), no Fator 2 ($p = 0,013$) e no Fator 4 ($p = 0,016$) quando comparadas com as crianças do sexo masculino. Na variável sexo, as meninas vivenciam mais sintomas característicos do episódio depressivo maior, relacionados ao humor deprimido e à culpabilidade; mais sofrimento na relação familiar e/ou social e ideação suicida; e mais fadiga, perda de energia e

desconforto; do que os meninos. A Tabela 52 mostra que as diferenças significativas destes mesmos fatores são mantidas para as crianças do sexo feminino da escola pública: no Fator 1 ($p < 0,001$), no Fator 2 ($p < 0,001$) e no Fator 4 ($p = 0,003$). Não houve diferenças significativas na variável sexo para a escola particular.

Resultados das Crianças com Indícios de Depressão

Na literatura nacional ainda são poucas as tentativas para compreensão da depressão infantil, pouco se conhece sobre este tema na população brasileira. Deste modo, as pesquisas sobre este construto devem ser estimuladas, considerando Kaplan e Sadock (1993) que citam a depressão como o segundo distúrbio psiquiátrico mais comum; além do *National Institute of Mental Health* com estimativas de que pelo menos 2,5% ou 1,5 milhões de jovens americanos com idade menor que 18 anos sofrem de depressão (Fassler & Dumas, 1997). No Brasil, são poucos os estudos sobre a epidemiologia da depressão (Pereira, 2002; Bandim; Sougey & Carvalho, 1995).

Os estudos brasileiros de Andriola e Calvalcante (1999) mostraram que 3,9% das crianças, numa amostra de 345, possuem indicativos de prevalência à depressão. Os dados foram coletados a partir da aplicação da Escala de Sintomatologia Depressiva para Professores. Enfim, os autores ressaltam a necessidade de pesquisas com o objetivo de avaliar a depressão infantil.

Com a intenção de contribuir para o estudo da depressão infantil na população do Vale do Paraíba, Estado de São Paulo, este estudo voltou-se para uma análise das crianças da amostra geral que apresentaram um percentil acima de 75, ou seja, aquelas com mais de 43 pontos do escore bruto total da Escala de Avaliação de Depressão para Crianças. Então, essa análise consistiu em comparar novamente as variáveis já consideradas anteriormente de acordo com os grupos de crianças com indícios de depressão. Para tanto, a análise estatística utilizada foi o teste Qui-Quadrado.

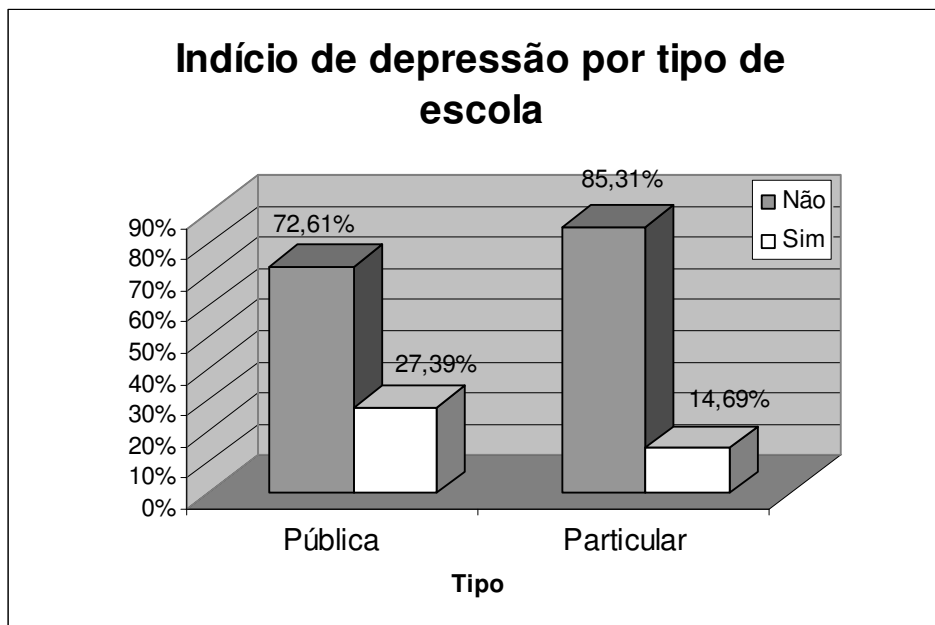


Figura 4. Indício de depressão por tipo de escola.

Os dados mostrados na Figura 4 permitem a observação de crianças com indícios de depressão e sem indícios de depressão na amostra total (N=626), conforme a Escala de Avaliação de Depressão para Crianças segundo o tipo de escola. Verifica-se que 123 crianças de escolas públicas (27,39%) e 26 crianças de escolas particulares (14,69%) apresentam indícios de depressão, enquanto 326 crianças de escolas públicas (72,61%) e 151 crianças de escolas particulares (85,31%) não evidenciaram indícios de depressão. O teste Qui-Quadrado ($\chi^2=11,30$; GL=1; $p<0,001$) mostrou diferença estatisticamente significativa em relação ao tipo de escola para indício de depressão.

A variável: tipo de escola foi utilizada como indicador do nível sócio-econômico da população estudada. Sabe-se que a depressão pode ser resultado de fatores sociais e/ou biológicos (Cytryn & Mcknew, 1998). Assim, conforme alguns achados de pesquisa na literatura científica há uma estreita relação entre o nível sócio-econômico e a depressão da fase adulta. O baixo nível sócio-econômico na infância é associado com elevado risco durante a vida para a depressão na fase adulta (Gilman, Kawachi, Fitzmaurice & Buka, 2002, Gilman et al., 2003) e também, ainda, durante a infância (Gilman et al., 2003). Pelo resultado apresentado pode-se inferir que as crianças advindas de um baixo nível

econômico estão com maiores indícios de depressão do que as crianças de nível sócio-econômico médio e alto. Portanto, o baixo nível sócio-econômico na infância está associado com a depressão ainda nesta fase. Muitas pesquisas ainda serão necessárias para investigar esse dado, pois, no Brasil, não há outras pesquisas que mostrem a associação do nível sócio-econômico na população infantil para a depressão. Neste sentido, seria interessante que outras pesquisas pudessem verificar a associação do nível sócio-econômico na depressão infantil utilizando-se de outros indicadores de nível sócio-econômico, tal como a renda familiar, ou local geográfico de moradia (por exemplo, os bairros).

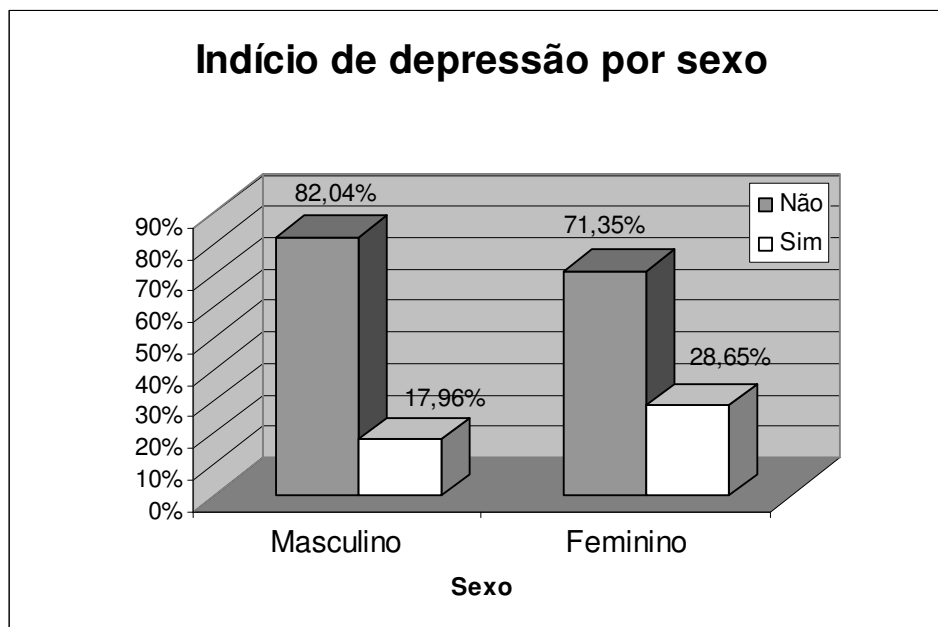


Figura 5. Índice de depressão por sexo.

A Figura 5 apresenta os dados da variável sexo para índice de depressão. Realizada a análise desses dados verificou-se uma diferença estatisticamente significativa ($\chi^2=9,79$; GL=1; $p=0,002$). As crianças do sexo feminino se encontram com maior índice de depressão do que as crianças do sexo masculino. A seguir, a Figura 6 e Figura 7 mostram a diferença entre os sexos considerando-se a escola pública e a escola particular.

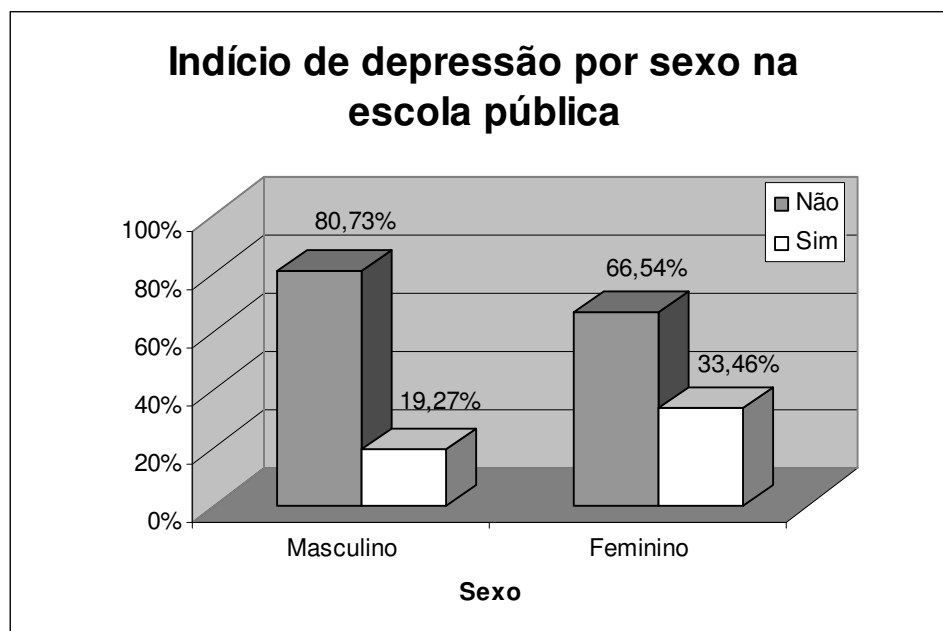


Figura 6. Indício de depressão por sexo na escola pública.

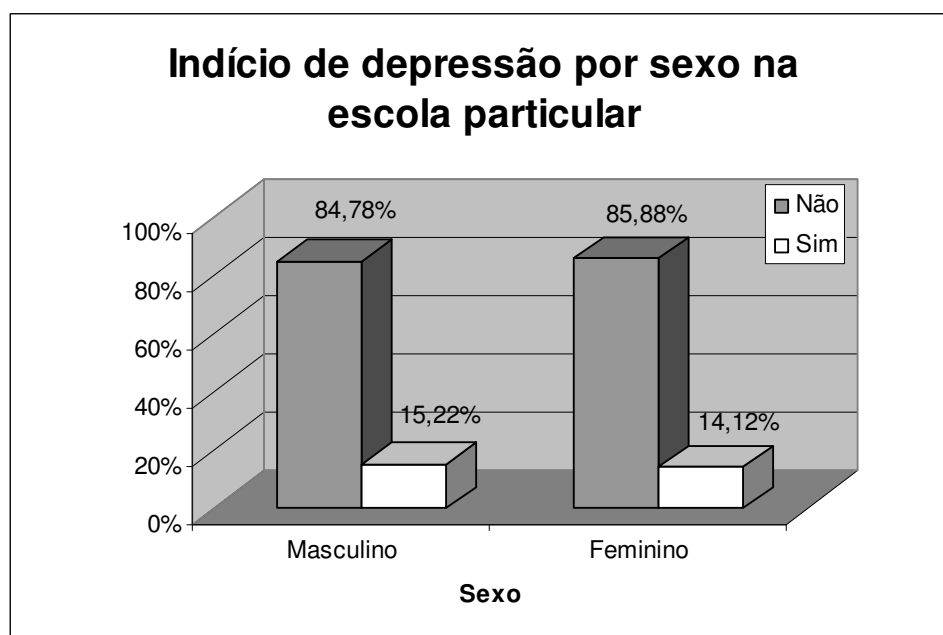


Figura 7. Indício de depressão por sexo na escola particular.

Conforme a Figura 6 verifica-se que permanece uma diferença estatisticamente significativa ($\chi^2=11,13$; $GL=1$; $p<0,001$) de sexo na escola pública. As crianças do sexo feminino se encontram com maior índice de depressão do que as crianças do sexo masculino nas escolas públicas. Já na escola particular,

de acordo com a Figura 7, a diferença entre os sexos, para indício de depressão, não é significativa ($\chi^2=0,04$; GL=1; $p=0,836$).

A evidência da variável sexo encontrada no presente estudo é praticamente um achado de pesquisa inovador na literatura nacional. Como já apresentado no resultado, a depressão acometeu mais crianças do sexo feminino do que as crianças do sexo masculino, sendo que ao considerar a classe social que a criança pertence, evidencia-se que no nível sócio-econômico mais baixo, as crianças do sexo feminino mostram maior índice de depressão ao serem comparadas com as crianças do sexo masculino. Esse resultado é divergente, na literatura nacional, daquele encontrado por Gouveia, Barbosa, Almeida e Gaião (1995). Andriola e Calvalcante (1999) também não encontram diferença significativa entre os sexos ao avaliarem a depressão em alunos da pré-escola na cidade de Fortaleza. A influência das variáveis idade e sexo também tem sido considerada em estudos recentes da literatura internacional. Rice, Harold e Thapar (2002) encontraram um efeito significativo da variável sexo para sintomas depressivos de adolescentes, mas não de crianças; eles relatam que as meninas adolescentes estão mais sujeitas aos fatores ambientais do que os genéticos para os sintomas depressivos.

Assim, no presente estudo, o fato de as meninas apresentarem mais sintomas depressivos do que os meninos, merece especial atenção para futuras investigações que possam esclarecer quais fatores (genéticos ou ambientais) estão mais envolvidos nesta diferença significativa. É importante ressaltar que este dado deverá também ser mais bem investigado para confirmação. Assim, futuras investigações poderão esclarecer sobre a depressão infantil aos profissionais da área da saúde e educação; para aqueles que convivem com as crianças; e para as políticas públicas de saúde. Estratégias deverão ser pensadas e aplicadas objetivando uma melhora no tratamento e na prevenção. Portanto, deverão ser projetados estudos futuros que possam realizar a investigação do sexo nas amostras de crianças, viabilizando que este achado possa ser comparado com outras pesquisas.

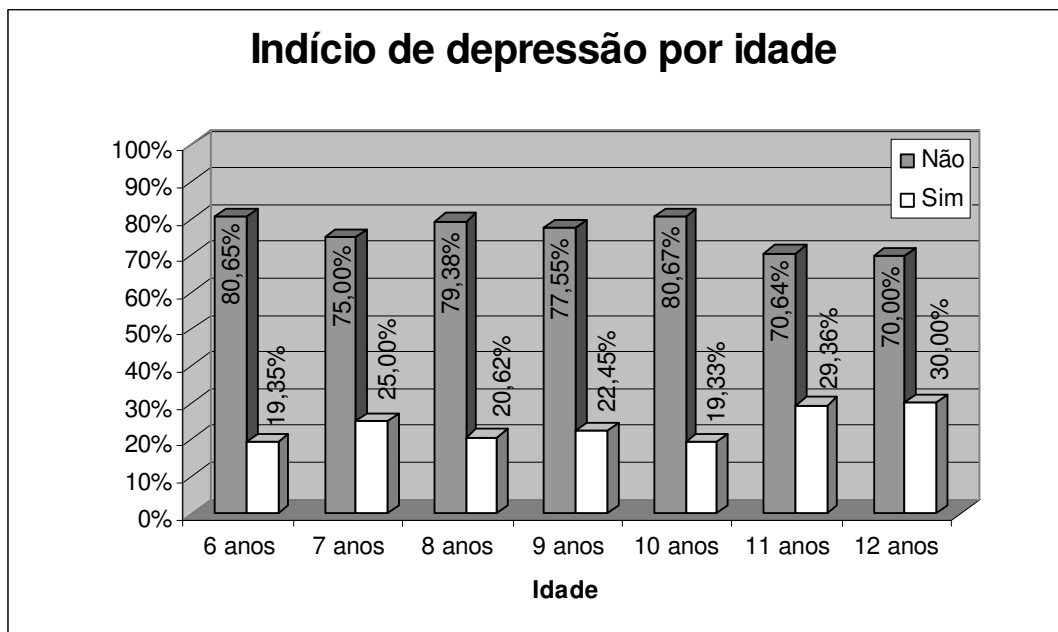


Figura 8. Indício de depressão por idade.

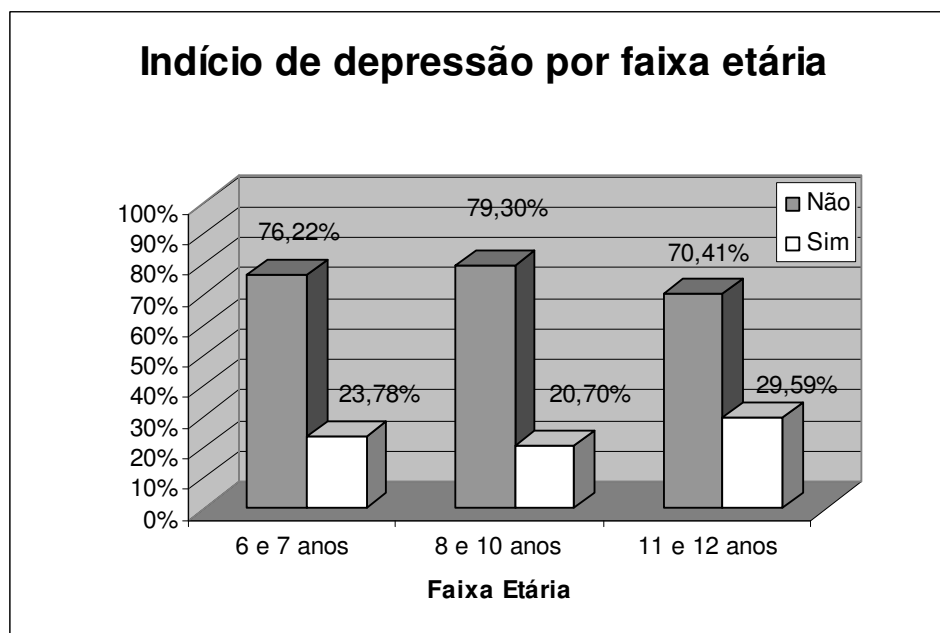


Figura 9. Indício de depressão por faixa etária.

Nos dados da Figura 8 observa-se que, a partir das idades cronológicas das crianças avaliadas, não há diferenças significativas entre aquelas com indício de depressão e aquelas sem indício de depressão ($\chi^2=5,51$; GL=6; $p=0,481$). O mesmo pode ser afirmado em relação às faixas etárias

consideradas no estudo (6 e 7 anos; 8 a 10 anos; 11 a 12 anos), como mostra a Figura 9; a diferença não é significativa ($\chi^2=4,78$; GL=2; $p=0,092$). Realizada a análise estatística, ao se considerar as faixas etárias conforme o tipo de escola, também se verificou que não houve diferença significativa para início de depressão na escola pública ($\chi^2=4,49$; GL=2; $p=0,106$) ou na escola particular ($\chi^2=3,66$; GL=2; $p=0,160$). Esses dados podem ser apreciados, respectivamente, no APÊNDICE N. Cabe lembrar que Gouveia, Barbosa, Almeida e Gaião (1995) também não encontraram diferença significativa para a variável idade.

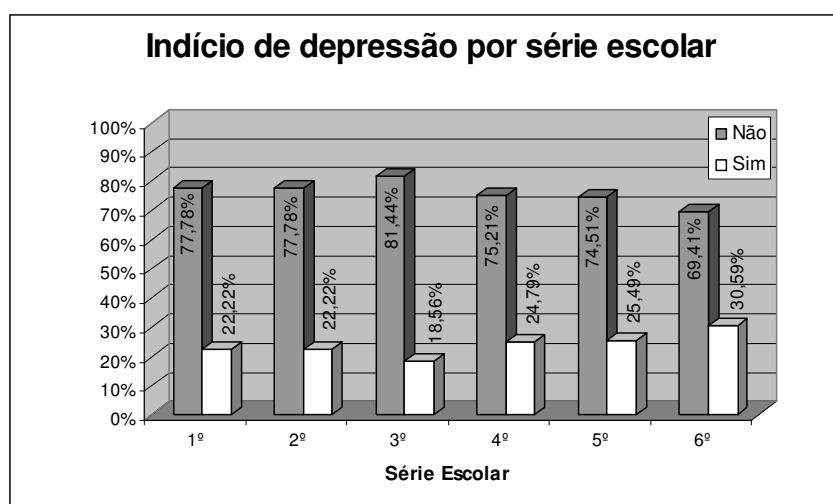


Figura 10. Índice de depressão por série escolar.

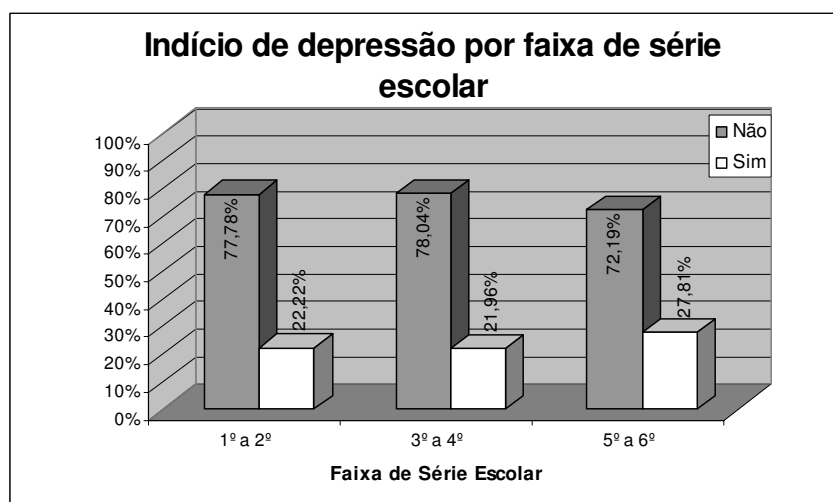


Figura 11. Índice de depressão por faixa de série escolar.

Aplicada a análise estatística aos dados mostrados nas Figura 8 e Figura 9, encontrou-se que não houve diferença significativa para o índice de depressão para série escolar ($\chi^2=4,16$; GL=5; $p=0,526$) e também para as faixas de séries escolares ($\chi^2=2,36$; GL=2; $p=0,307$). Ao se considerar o tipo de escola para a variável faixa de série escolar, também não se evidenciou diferença significativa para índice de depressão na escola pública ($\chi^2=1,67$; GL=2; $p=0,434$) e na escola particular ($\chi^2=3,93$; GL=2; $p=0,140$). Os dados referentes para as faixas de série escolar na escola pública e na escola particular podem ser vistos, respectivamente, no APÊNDICE O.

Assim como no estudo de Gouveia, Barbosa, Almeida e Gaião (1995), já citados acima, os resultados encontrados nesta pesquisa mostram que a série escolar independe da depressão infantil, isto mostra que a depressão infantil independe da série que a criança cursa. Por outro lado, em relação aos fatores de risco da depressão infantil relatados na literatura internacional, percebe-se que, mesmo a escola sendo o ambiente onde a criança passa a maior parte do tempo, parece não haver pesquisas investigando os fatores ambientais do contexto escolar. Em contrapartida, os fatores ambientais familiares são mais investigados. Sendo a escola um ambiente secundário de socialização, pesquisas poderiam ser traçadas enfocando, por exemplo, a exposição das crianças a sentimentos e comportamentos negativos da professora e a depressão infantil; a exposição dos alunos à depressão do professor; os prejuízos no vínculo professor-aluno e a depressão infantil; entre outros. Assim, relacionando este achado com os fatores de risco da depressão infantil, é lícito lançar o seguinte questionamento: se a série escolar não está associada com a depressão, será que outras variáveis do contexto escolar estão relacionadas com a depressão em crianças?

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como foi abordado, teoricamente ainda existe polêmica sobre a depressão infantil, há muitas dificuldades na compreensão deste construto caracteristicamente heterogêneo e que, portanto, pode se expressar de diversas formas. Os estudos sobre a depressão em crianças têm um longo caminho a ser percorrido para que as evidências encontradas nas pesquisas científicas possam ser confirmadas e muitas lacunas respondidas.

As dificuldades teóricas acerca da manifestação da depressão na infância se refletem na atuação profissional, desembocando em obstáculos na avaliação e conseqüentemente no diagnóstico propriamente dito. Como visto, o fenômeno da comorbidade é freqüente na depressão infantil, sendo mais um fator que dificulta o diagnóstico. Assim, a depressão infantil existe, entretanto não há ainda uma sólida compreensão teórica deste construto que permita a realização de um diagnóstico fidedigno e eficaz. Este fato pôde ser vivenciado durante a realização desta pesquisa, onde uma das pretensões da autora era a de fornecer a validade de critério concorrente da Escala de Avaliação de Depressão para Crianças. Porém, a pesquisadora encontrou sérias dificuldades para encontrar essas crianças; houve oportunidades nas quais se deparou com algumas crianças que apresentavam sintomas depressivos, mas não eram crianças com diagnóstico de depressão, além disso, elas já se encontravam medicadas.

Diante disto, a autora percebeu que muitos obstáculos encontrados na avaliação extrapolam a compreensão teórica do construto depressão infantil. Constatou-se que, as dificuldades em torno do diagnóstico também advêm da ausência de instrumentos psicométricos que meçam o construto depressão infantil de modo válido para a população brasileira. No Brasil, um único estudo de adaptação do *Children Depression Inventory* (CDI), de Kóvacs, foi realizado por Gouveia, Barbosa, Almeida e Gaião (1995) na cidade de João Pessoa – PB. Outra contribuição nacional que visa suprir essa lacuna é a Escala de Avaliação de Depressão para Crianças que foi inicialmente proposta, no Brasil, por Amaral e Barbosa (1990) para avaliar crianças vítimas de queimadura. Esta escala passou

por um extenso trabalho de pesquisa e chega a sua forma atual neste presente estudo, com a intenção de poder ser extensamente usado na prática profissional e na pesquisa científica.

Nesta pesquisa, além do estudo de validade e precisão, foi realizada a normatização da Escala de Avaliação de Depressão para Crianças para a região do Vale do Paraíba – SP. As normas são apresentadas em percentil e escore T, segundo as variáveis: tipo de escola, sexo, idade, série escolar, faixas-etárias e faixas de séries escolares. Os resultados mostraram a necessidade de normas específicas para o tipo de escola, sexo e tipo de escola x sexo. O tipo de escola foi uma variável usada como indicador do nível sócio-econômico da criança, logo foi encontrado uma diferença significativa em função do nível sócio-econômico, sendo que as crianças de nível sócio-econômico mais baixo demonstram mais sintomas depressivos do que as de nível sócio-econômico mais elevado. Crianças de baixo nível sócio-econômico experimentam mais o humor deprimido e a culpabilidade, elas também sentem mais fadiga, perda de energia e desconforto. Os resultados também apresentaram uma diferença significativa para a variável sexo, as meninas vivenciam mais sintomas característicos do episódio depressivo maior relacionados ao humor deprimido e à culpabilidade; sentem mais sofrimento na relação familiar e/ou social, e ideação suicida; e também demonstram mais fadiga, perda de energia e desconforto. Essa diferença significativa do sexo persiste na escola pública.

Nas análises realizadas nas crianças com indícios de depressão as diferenças significativas encontradas nas variáveis para a amostra geral permaneceram. Então, os resultados evidenciaram diferenças significativas para o indício de depressão em crianças de escolas públicas, em crianças do sexo feminino e em crianças de escola pública do sexo feminino. Tais resultados deverão ser mais explorados com outros estudos para que se possa afirmar que a depressão acomete mais crianças do sexo feminino de escolas públicas.

Cabe lembrar que em estudo realizado por Pereira e Amaral (2004) foram cumpridos outros parâmetros psicométricos da Escala de Avaliação de Depressão para Crianças: validade de conteúdo (análise semântica dos itens e análise de juizes) e poder de discriminação dos itens. Além da validade de

construto (análise fatorial) e precisão (coeficiente alfa de Cronbach) que acabaram sendo refeitos no presente trabalho.

A finalização deste trabalho possibilitou a versão da primeira escala construída no Brasil para a avaliação da depressão infantil, denominada Escala de Avaliação de Depressão para Crianças (EADC). A EADC apresenta 24 itens e permite a avaliação da depressão infantil em quatro fatores: 1 - Humor Deprimido; 2 - Relacionamento Social; 3 - Auto-Estima; e 4 - Resposta Fisiológico-Autonômica. Trata-se de um instrumento rápido, econômico e objetivo que cumpre os requisitos para publicação de acordo com as exigências atuais do Conselho Federal de Psicologia.

Portanto, a Escala de Avaliação de Depressão para Crianças mostra ser válida e fidedigna para uso na população brasileira, principalmente da região do Vale do Paraíba, Estado de São Paulo, constituindo-se com sendo de grande valor para pesquisa, prevenção e tratamento da saúde mental. Nas pesquisas epidemiológicas, a escala contribui para conhecer as características da depressão infantil no nosso contexto econômico e cultural; assim promovendo o estudo da depressão infantil e viabilizando propostas e estratégias de tratamento para a população de crianças brasileiras. Neste sentido, a escala é recomendada para a realização de um *screening* na população brasileira. Na clínica, a escala é de grande auxílio para a avaliação, diagnóstico e na conduta do tratamento da depressão infantil. A escala facilita o acesso ao mundo interno das crianças, permitindo a avaliação das especificidades deste transtorno e possibilitando uma intervenção mais rápida e focada. A escala também é útil para o acompanhamento do tratamento, verificando a modificação dos sintomas.

A depressão infantil deve ser conhecida evitando-se que seja tratada como algo puramente orgânico, onde prevalece simplesmente o tratamento medicamentoso. Os psicólogos devem estar atentos para o tratamento comportamental da depressão. As técnicas de regulação da emoção, como as fornecidas pela Terapia Cognitiva Comportamental, devem ser mais exploradas nas pesquisas, fornecendo um imenso campo de trabalho que poderá comprovar sua eficácia nas mudanças de padrões de ativação do cérebro; sendo capaz de aumentar o afeto positivo e fornecer efeitos que possam ser comparáveis com as

mudanças produzidas pela medicação.

Diversos aspectos das pesquisas científicas mostram e afirmam a importância de investimentos em pesquisas sobre as causas ambientais da depressão, considerando-se os aspectos sociais e psicológicos. Além de estas pesquisas contribuírem para uma melhor compreensão da depressão infantil, a autora acredita na importância de tais estudos, principalmente, pela possibilidade inerente destes em fornecer dados para auxiliar em futuros planejamentos de intervenção para a população. Desta forma, chamando a atenção das políticas públicas de atendimento à saúde mental para viabilizar um melhor atendimento e, assim, melhorar o diagnóstico da depressão infantil. Tais estudos também irão possibilitar uma real possibilidade para prevenção, pois mostrará quais fatores precisam ser cuidados na sociedade para que se possa evitar a ocorrência da depressão. O ambiente onde as crianças vivem tem sérias conseqüências na saúde mental delas e os psicólogos e outros profissionais da área da saúde mental devem estar atentos para as causas da depressão infantil.

No Brasil, deve haver investimentos nas pesquisas de padronização e validação de instrumentos psicométricos da depressão infantil. Neste sentido, ainda são necessárias as pesquisas a ampliação da amostra de normatização da EADC para outras regiões do país. A EADC também poderá ser usada como um instrumento de validade de critério de outros instrumentos psicométricos deste mesmo construto.

Finalizando, cabe aos profissionais o uso ético da Escala de Avaliação de Depressão para Crianças proposta neste presente trabalho. As limitações na utilização da escala devem ser consideradas e sua padronização deve ser respeitada, evitando-se, assim, o comprometimento de futuras avaliações das crianças.

REFERÊNCIAS

- Abela, J. R. Z. (2001). The Hopelessness Theory of Depression: A Test of the Diathesis-Stress and Causal Mediation Components in Third and Seventh Grade Children. Journal of Abnormal Child Psychology. June. <http://www.fidarticles.com>.
- Abela, J. R. Z. (2002). An Examination of the Response Styles Theory of Depression in Third and Seventh Grade Children: A Short-Term Longitudinal Study. Journal of Abnormal Child Psychology. October. <http://www.fidarticles.com>.
- Abercrombie, H. C., Schaefer, S. M., Larson, C. L., Oakes, T. R., Lindgren, K. A., Holden, J. E., Perlman, S. E., Turski, P. A., Krahn, D. D., Benca, R. M., & Davidson, R. J. (1998). Metabolic Rate in the Right Amygdala Predicts Negative Affect in Depressed Patients. NeuroReport, 9, 3301-3307.
- Adánez, G. P. (1999). Procedimentos de Construcción y Analisis de Tests Psicometricos. Em Wechsler, S. M., & Guzzo, R. S. L. (org.), Avaliação Psicológica: Perspectiva Internacional (pp.57-100). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Almeida, L. S. (1999). Avaliação Psicologia – Exigências e Desenvolvimentos nos Seus Métodos. In Wechsler, S. M., & Guzzo, R. S. L. (org.), Avaliação Psicológica: Perspectiva Internacional (pp.41-55). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Amaral, V. L. A. R, & Barbosa, M. K. (1990). Crianças Vítimas de Queimaduras: Um Estudo Sobre Depressão. Estudos de Psicologia, 7 (1), 31-59.
- Anastasi, A., & Urbina, S. (2000). Testagem Psicológica (7ª ed.). (M. A. V. Veronese, trad.). Porto Alegre: Artes Médicas Sul.

- Andriola, W. B., & Cavalcante, L. R. (1999). Avaliação da Depressão Infantil em Alunos da Pré-Escola. Psicologia: Reflexão e Crítica, 12 (2), 419-428.
- Associação Americana de Psiquiatria (2002). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (4^a ed. ver.). (C. Dornelles, trad.). Porto Alegre: Artes Médicas Sul. (original de 1994).
- Assumpção Jr., F. B. (2000). Diagnóstico e Quadro Clínico da Depressão na Infância e na Adolescência. Em Lafer, B., Almeida, O. P., Fráguas, R., & Miguel, E. C., Depressão no Ciclo da Vida (pp.37-44). Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Bahls, S. (2002). Aspectos Clínicos da Depressão em Crianças e Adolescentes. Jornal de Pediatria, 78 (5), 359-366.
- Bandim, J. M., Sougey, E. B., & Carvalho, T. F. R. (1995). Depressão em Crianças: Características Demográficas e Sintomatologia. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 44 (1), 27-32.
- Bandura, A., Pastorelli, C., Barbaranelli, C., & Caprara, G. (1999). Self-Efficacy Pathways to Childhood. Journal of Personality and Social Psychology, 76 (2), 258-269.
- Baptista, C. A., & Golfeto, J. H. (2000). Prevalência de Depressão em Escolares de 7 a 14 anos. [http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/27\(5\)/artigos/art253.htm](http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/27(5)/artigos/art253.htm). 27/05/2000.
- Beardslee, W. R., Versage M. E, & Gladstone, T. R. G. (1998). Children of Affectively Ill Parents: A Review of the Past 10 Years. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 37 (11), 1134-1141.
- Birmaher, B., & Brent, D. A. (1998). Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Depressive Disorders. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 37 (10), 63S-83S.

- Birmaher, B., Brent, D. A., & Benson, R. S. (1998). Summary of the Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Depressive Disorders. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 37 (11), 1234-1238.
- Birmaher, B., Ryan, N. D., Williamson, D. E., Brent, D. A., & Kaufman, J. (1996 a). Childhood and Adolescent Depression: A Review of the Past 10 Years. Part II. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 35 (12), 1575-1583.
- Birmaher, B., Ryan, N. D., Williamson, D. E., Brent, D. A., Kaufman, J., Dahl, R. E., Perel, J., & Nelson, B. (1996 b). Childhood and Adolescent Depression: A Review of the Past 10 Years. Part I. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 35 (11), 1427-1439.
- Birmaher, B., Williamson, D. E., Dahl, R. E., Kaufman, J., Dorn, L. D., & Ryan, N. D. (2004). Clinical Presentation and Course of Depression in Youth: Does Onset in Childhood Differ from Onset in Adolescence?. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 43 (1), 63-70.
- Calil, M. H., & Pires, M. L. N. (2000). Aspectos Gerais das escalas de Avaliação de Depressão. In Gorestein, C., Andrade, L. H. S. G., & Zuardi, A. W. (eds.). Escalas de Avaliação Clínica em Psicologia e Psicofarmacologia (pp. 65-69). São Paulo: Lemos-Editorial.
- Chorpita, B. F. (2002). The Tripartite Model and Dimensions of Anxiety and Depression: An Examination of Structure in a Large School. Journal of Abnormal Child Psychology. April. <http://www.fidarticles.com>.
- Chorpita, B. F., Plummer, C. M., & Moffitt, C. E. (2000). Relations of Tripartite Dimensions of Emotion to Childhood Anxiety and Mood Disorders. Journal of Abnormal Child Psychology, 28 (3), 299-310.

- Conselho Federal de Psicologia (2003). Define e regulamenta o uso, a elaboração e a comercialização de testes psicológicos e revoga a Resolução CFP nº. 025/2001. Resolução CFP 007/2003. Brasília, DF.
- Cottrel, D. (2003). Outcome Studies of Family Therapy in Child and Adolescent Depression. Journal of Family Therapy. 25, 406-416.
- Crawford, A. M., & Manassis, K. (2001). Familial Predictors of Treatment Outcome in Childhood Anxiety Disorders. Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 40 (10), 1182-1189.
- Cruvinel, M. (2003). Depressão Infantil, Rendimento Escolar e Estratégias de Aprendizagem em Alunos do Ensino Fundamental. Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, p.126.
- Cunha, S. E. (1994). A Noção de Validade de Testes Psicológicos. Rio de Janeiro: CEPA.
- Cury, J. F. (2001). Specific Psychotherapies for Childhood and Adolescent Depression. Biological Psychiatry. 49, 1091-1100.
- Cytryn, L. (2003). Recognition of Childhood Depression Personal Reminiscences. Journal of Affective Disorders. 77, 1-9.
- Cytryn, L., & McKnew, D. (1998). Growing up Sad: Childhood Depression and its Treatment. New York, N.Y.: Norton.
- Davidson, R. J. (2000). Affective Style, Psychopathology and Resilience: Brain, Mechanisms and Plasticity. American Psychologist. 55, 1196-1214.
- Davidson, R. J., & Irwin, W. (1999). The Functional Neuroanatomy of emotion and Affective Style. Trends in Cognitive Science. 3, 11-21.

- Davidson, R. J., Abercrombie, H. C., Nitschke, J., & Putnam, K. (1999). Regional Brain Function, Emotion and Disorders of Emotion. Current Opinion in Neurobiology, *9*, 228-234.
- Davidson, R. J., Jackson, D. C., & Kalin, N. H. (2000). Emotion, Plasticity, Context and Regulation: Perspective from Affective Neuroscience. Psychological Bulletin, *126*, 890-906.
- Del Porto, J. A. (2000). O Conceito de Depressão e seus Limites. Em Lafer, B., Almeida, O. P., Fráguas, R., & Miguel, E. C., Depressão no Ciclo da Vida (pp.20-28). Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Digdon, N., & Gotlib, I. H. (1985). Developmental Considerations in the Study of Childhood Depression. Developmental Review, *5*, 162-199.
- Eley, T. C., & Stevenson, J. (2000). Specific Life Events and Chronic Experiences Differentially Associated with Depression and Anxiety in Young Twins. Journal of Abnormal Child Psychology. August. <http://www.findarticles.com>.
- Fassler, D. G., & Dumas, L. S. (1997). "Help Me, I'm Sad": Recognizing, Treating, and Preventing Childhood and Adolescent Depression. New York, N.Y.: A Penguin Book.
- Flory, V. (2004). A Novel Clinical Intervention for Severe Childhood Depression and Anxiety. Clinical Child Psychology and Psychiatry, *9* (1), 9-23.
- Fristad, M. A., Emery, B. L., & Beck, S. J. (1997). Use and Abuse of the Children's Depression Inventory. Journal of Consulting and Clinical Psychology, *65* (4), 699-702.
- Gill, K. S., Coffey, B. J & Park, K. S. (2000 a). Depressão na Infância e na Adolescência: Manifestações Clínicas, Patogênese e Tratamento. Em Lafer, B., Almeida, O. P., Fráguas, R., & Miguel, E. C., Depressão no Ciclo da Vida (pp.232-245). Porto Alegre: Artes Médicas Sul.

- Gill, K. S., Coffey, B. J. & Park, K. S. (2000 b). Transtorno Bipolar na Infância e na Adolescência. Em Lafer, B., Almeida, O. P., Fráguas, R., & Miguel, E. C., Depressão no Ciclo da Vida (pp.110-114). Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Gilman, S. E., Kawachi, I., & Fitzmaurice, G. M., & Buka, S. L. (2003). Socio-economic Status, Family Disruption and Residential Stability in Childhood: Relation to Onset, Recurrence and Remission of Major Depression. Psychological Medicine. *33*, 1341-1355.
- Gilman, S. E., Kawachi, I., Fitzmaurice, G. M., & Buka, S. L. (2002). Socioeconomic Status in Childhood and the Lifetime Risk of Major Depression. International Journal of Epidemiology. *31*, 359-367.
- Gongorra, M. A. N. (1984). Construção de um Instrumento Brasileiro para Avaliar Depressão. Estudos de Psicologia. *2*, 07-30.
- Goodman, S., & Gotlib, I. (1999). Risk for Psychopathology in the Children of Depressed Mothers: A Developmental Model for Understanding Mechanism Transmission. Psychological Review, *106* (3), 458-490.
- Gorenstein, C., & Andrade, L (2000). Inventário de Depressão de Beck – Propriedades Psicométricas da Versão em Português. Em Gorenstein, C., Andrade, L. H. S. G. & Zuardi, A. W. (eds.). Escalas de Avaliação Clínica em Psicologia e Psicofarmacologia (pp. 89-95). São Paulo: Lemos-Editorial.
- Gouveia, V. V., Barbosa, G. A., Almeida, H. J. F., & Gaião, A. A. (1995). Inventário de Depressão Infantil - CDI: Estudo de Adaptação com Escolares de João Pessoa. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, *44* (7), 345-349.
- Halperin, J. M., & McKay, K. E. (1998). Psychological Testing for Child and Adolescent Psychiatrists: A Review of the Past 10 years. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, *173*, 291-298.

- Harrington, R., Whittaker, J., & Shoubridge, P. (1998). Psychological Treatment of Depression in Children and Adolescents – A Review of Treatment Research. British Journal of Psychiatry, *37* (6), 575-584.
- Hodges, K. K., Siegel, L. J., Mullins, L., & Griffin, N. (1983). Factor Analysis of the Children's Depression Inventory. Psychological Reports, *53*, 759-763.
- Hulley, S. B., & Cummings, S. R. (1988). Designing Clinical Research. Baltimore, USA: Williams and Wilkins.
- Jaffe, S. R., Moffitt, T. E., Caspi, A., Fombonne, E., Poulton, R., & Martin, J. (2002). Differences in Early Childhood Risk Factors for Juvenile-Onset and Adult-Onset Depression. Archives of General Psychiatry, *59* (3), 215-222.
- Kandel, E. R., Schwartz, J. H. & Jessell, T. M. (2003). Princípios Básicos da Neurociência (4ª ed.). São Paulo, SP: Manole.
- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (1993). Compêndio de Psiquiatria: Ciências Comportamentais, Psiquiatria Clínica. (D. Batista, trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (original de 1991).
- Kendall, P. C., Brady, E. U., & Verduin, T. L. (2001). Comorbidity in Childhood Anxiety Disorders and Treatment Outcome. Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, *40* (7), 787-794.
- Lee, L. (2002). Anxiety and Depression in Children: A Test of the Positive-Negative Affect Model. Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. April. <http://www.fidarticles.com>.
- Luby, J. L., Heffelfinger, A. K., Mrakotsky, C., Brown, K., Hessler, M. J., Wallis, J. M., & Spitznagel, E. L. (2003). The Clinical Picture of Depression in Preschool Children. Journal American Adcademy Child and Adolescent Psychiatry, *42* (3), 340-348.

- Luby, J. L., Heffelfinger, A. K., Mrakotsky, C., Hessler, M. J., Brown, K. M., & Hildebrand, T. (2002). Preschool Major Depressive Disorder: Preliminary Validation for Developmentally Modified DSM-IV Criteria. Journal American Adcademy Child and Adolescente Psychiatry, 41 (8), 928-937.
- Manassis, K., & Hood, J. (1998). Individual and Familial Predictors of Impairment in Childhood Anxiety Disorders. Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 37 (4), 428-434.
- Manassis, K., Mendlowitz, S. L., Scapillato, D., Avery, D., Fiksenbaum, L., Freire, M., Monga, S., & Owens, M. (2002) Group and Individual Cognitive-Behavioral Therapy for Childhood Anxiety Disorders: A Randomized Trial. Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 41 (12), 1423-1230.
- Martinelli, J. C. M. (1997). Classificação Diagnóstica na Clínica Comportamental: Função e Utilidade. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas, São Paulo.
- Massa, J. L. P. (2002). Actualidad de los Trastornos Depresivos em la Infancia. Psiquiatria.com. 6 (4).
- Maugban, B., Rowe, R., Loeber, R., & Stouthamer-Loeber, M. (2003). Reading Problems and Depressed Mood. Journal of Abnormal Child Psychology, 31 (2), 219-229.
- McCauley, E., Carlson, G. A., & Calderon, R. (1991). The Role of Somatic Complaints in the Diagnosis of Depression in Children and Adolescents. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 30 (4), 631-635.
- McClellan, J., & Werry, J. S. (1997). Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Bipolar Disorder. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 36 (10), 157S-176S.

- McClure, E. B., Kubiszyn, T., & Kaslow, N. (2002). Advances in the Diagnosis and Treatment of Childhood Mood Disorders. Professional Psychology: Research and Practice, 33 (2), 125-134.
- Mendolowitz, S. L., Manassis, K., Bradley, S., Scapillato, D., Mieztis, S., & Shaw, B. F. (1999) Cognitive-Behavioral Group Treatments in Childhood Anxiety Disorders: The Role of Parental Involvement. Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38 (10), 1223-9.
- Menezes, R. P., & Nascimento, A. F. (2000). Epidemiologia da Depressão nas Diversas Fases da Vida. Em Lafer, B., Almeida, O. P., Fráguas, R., & Miguel, E. C., Depressão no Ciclo da Vida (pp.29-36). Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Mesquita, P. B., & Gilliam, W. S. (1994). Differential Diagnosis of Childhood Depression: Using Comorbidity and Symptom Overlap to Generate Multiple Hypotheses. Child Psychiatry and Human Development, 24 (3), 157-172.
- Miller, J. A. (1998). The Childhood Depression Sourcebook. Los Angeles: NTC/Contemporary Publishing Group.
- Miller, L., Weissman, M., Gur, M., & Greenwald, S. (2002). Adult Religiousness and History of Childhood Depression: Eleven-Year Follow-up Study. Journal of Nervous and Mental Disease, 190 (2), 86-93.
- Mohr, W. K. (2001). Bipolar Disorder in Children. Journal of Psychosocial Nursing, 39 (3), 12-23.
- Moreno, A. R. & Moreno, D. H (2000). Escalas de Avaliação para Depressão de Hamilton (HAM-D) e Montgomery-Åsberg (MADRS). Em Gorestein, C., Andrade, L. H. S. G. & Zuardi, A. W. (eds.). Escalas de Avaliação Clínica em Psicologia e Psicofarmacologia (pp. 71-87). São Paulo: Lemos-Editorial.
- Myazaki, M. C. O. S. (1995). Aspectos Teóricos e Metodológicos do Estudo da Depressão na Infância. Estudos de Psicologia, 12 (3), 67-78.

- Nelson, E., Barnard, M., & Cain, S. (2003). Treating Childhood Depression Over Videoconferencing. Telemedicine Journal and e-Health, 9 (1), 49-55.
- Nilzon, R. K., & Palmérus, K. (1997). The Influence of Familial Factors on Anxiety and Depression in Childhood and Early Adolescence. Adolescence, 32 (128), 935-943.
- Nottelmann, E. D., & Jensen, P. S. (1995). Bipolar Affective Disorder in Children and Adolescents. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 34 (6), 705-708.
- Nunes, E. V., Weissman, M. M., Goldstein, R. B., McAvay, G., Seracini, A. M., Verdelli, H., & Wickramaratne, P. J. (1998). Psychopathology in Children of Parents With Opiate Dependence and/ or Major Depression. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 37 (11), 1142-1151.
- Nunes, S. O. V. (1987). Depressão na Infância e na Adolescência. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 36 (4), 223-228.
- Oakland, T. (1999 a). Emerging Testing and Assessment Practices With Children and Youth. Em Wechsler, S. M., & Guzzo, R. S. L. (org.), Avaliação Psicológica: Perspectiva Internacional (pp.119-131). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Oakland, T. (1999 b). Developing Standardized Tests. Em Wechsler, S. M., & Guzzo, R. S. L. (org.), Avaliação Psicológica: Perspectiva Internacional (pp.101-118). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Olfson, M., Gameroff, M. J., Marcus, S. C., & Waslick, B. D. (2003). Outpatient Treatment of Child and Adolescent Depression in the United States. Archives of General Psychiatry. 60, 1236-1242.
- Pasquali, L. (1996). Medida Psicométrica. Teorias e Métodos de Medida em Ciências do Comportamento (pp. 73-115). Brasília: INEP.

- Pasquali, L. (1999 a). Testes Referentes à Construto: Teoria e Modelo de Construção. Instrumentos Psicológicos: Manual Prático de Elaboração (pp.37-71). Brasília: LabPAM/ IBAP.
- Pasquali, L. (1999 b). Escalas Psicométricas. Instrumentos Psicológicos: Manual Prático de Elaboração (pp.105-127). Brasília: LabPAM/ IBAP.
- Pasquali, L. (2003). Psicometria: Teoria dos Testes na Psicologia e na Educação. Petrópolis: Editora Vozes.
- Pereira, D. A. P. (2002). Escala de Avaliação de Depressão para Crianças: Um Estudo de Validação. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, p.143.
- Pereira, D. A. P., & Amaral, V. L. A. R. (2004). Escala de Avaliação de Depressão para Crianças: Um Estudo de Validação. Revista Estudos de Psicologia, PUC-Campinas, 21 (1), 5-23.
- Pfeffer, C. R., Martins, P., Mann, J., Sunkenberg, M., Ice, A., Damore, J. P., Gallo, C., Karpenos, I., & Jiang, H. (1997). Child Survivors of Suicide: Psychosocial Characteristics. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 36 (1), 65-74.
- Pine, D. S., Goldstein, R. B., Wolk, S., & Weissman. M. M. (2001). The Association Between Childhood Depression and Adulthood Body Mass Index. Pediatrics, 107 (5), 1049-1056.
- Pliszka, S. R. (2004). Neurociência para o Clínico de Saúde Mental. Tradução Carlos Alberto Silveira Neto. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Polaino-Lorente, A., & Villamisar, D. A. G. (1993). La Depresión Infantil en Madrid: Un Estudio Epidemiológico. Madrid: Editorial AC, libros científicos y técnicos.

- Reinherz, H. Z., Giaconia, R. M., Hauf, A. M. C., Wasserman M. S., & Paradis, A. D. (2000). General and Specific Childhood Risk Factors for Depression and Drug Disorders by Early Adulthood. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 39 (2), 223-231.
- Reynolds, W. M. (1989). Reynolds Child Depression Scale - RCDS - Professional Manual. USA: PAR, Psychological Assessment Resources, Inc.
- Rice, F., Harold, G. T., & Thapar, A. (2002). Assessing the Effects of Age, Sex and Shared Environment on the Genetic Aetiology of Depression in Childhood and Adolescence. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 43 (8), 1039-1051.
- Silveira, D. X., & Jorge, M. R. (2000). Escala de Rastreamento Populacional para Depressão (CES-D) em Populações Clínicas e Não-Clínica de Adolescentes e Adultos Jovens. Em Gorenstein, C., Andrade, L. H. S. G., & Zuardi, A. W. (eds.). Escalas de Avaliação Clínica em Psicologia e Psicofarmacologia (pp. 125-135). São Paulo: Lemos-Editorial.
- Smucker, M. R., Craighead, W. E., Craighead, L. W., & Green, B. J. (1986). Normative and Reliability Data for the Children's Depression Inventory. Journal of Abnormal Child Psychology, 14 (1), 25-39.
- Stark, K. D., Swearer, S., Delaune, M., Knox, L., & Winter, J. (1995). Depressive Disorders. Em Ammerman, R. T., & Hersen, Michel, Handbook of Child Behavior Therapy In the Psychiatric Setting (pp. 269-300). New York: A Wiley-Interscience Publication.
- Stein, D., Williamson, D. E., Birmaher, B., Brent, D. A., Kaufman, J., Dahl, R. E., Perel, J. M., & Ryan, N. D. (2000). Parent-Child Bonding and Family Functioning in Depressed Children and Children at High Risk and Low Risk for Future Depression. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 39 (11), 1387-1395.

- Tisher, M., Tong, B. J., & Horne, D. J. L. (1994). Childhood Depression, stressors and Parental Depression. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 28, 635-641.
- Treuting, J. J., & Hinshaw, S. P. (2001). Depression and Self-Esteem in Boys With Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder: Associations with Comorbid Aggression and Explanatory Attributional Mechanisms. Journal of Abnormal Child Psychology. February. <http://www.fidarticles.com>.
- Trowell, J., Rhode, M., Miles, G., & Sherwood, I. (2003). Childhood Depression: Work in Progress – Individual Child Therapy and Parent Work. Journal of Child Psychotherapy, 29 (2), 147-169.
- Turner, C. M., & Barrett, P. M. (2003). Does Age Play a Role in the Structure of Anxiety and Depression in Children and Youths? An Investigation of the Tripartite Model in Three Age Cohorts. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71 (4), 826-833.
- Waslick, B., & Pizarro, D. S. R. (2003). Diagnosis and Treatment of Chronic Depression in Children and Adolescents. Journal of Psychiatric Practice, 9 (5), 354-366.
- Wechsler, S. M. (1999). Guia de Procedimentos Éticos para a Avaliação Psicológica. Em Wechsler, S. M., & Guzzo, R. S. L. (org.), Avaliação Psicológica: Perspectiva Internacional (pp.57-100). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- World Health Organization (1993). Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. (D. Caetano, trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (original de 1992).
- Zeanah, C. H., Boris, N. W., & Larrieu, J. A. (1997). Infant Development and Developmental Risk: A Review of the Past 10 Years. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 36 (2), 165-178.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Critérios para Episódio Depressivo Maior

Critérios para Episódio Depressivo Maior DSM-IV-TR (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – Texto Revisado; ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSQUIATRIA, 2002)

A. No mínimo cinco dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de 2 semanas e representam uma alteração a partir do funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda do interesse ou prazer.

Nota: Não incluir sintomas nitidamente devidos a uma condição médica geral ou alucinações ou delírios incongruentes com o humor.

1- humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, indicado por relato subjetivo (p. ex., sente-se triste ou vazio) ou observação feita por terceiros (p. ex., chora muito). **Nota:** Em crianças e adolescentes, pode ser humor irritável.

2- acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (indicado por relato subjetivo ou observação feita por terceiros).

3- perda ou ganho significativo de peso sem estar em dieta (p. ex., mais de 5 % do peso corporal em 1 mês), ou diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias. **Nota:** Em crianças, considerar incapacidade de apresentar os ganhos de peso esperados.

4- insônia ou hipersonia quase todos os dias.

5- agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observáveis por outros, não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento).

6- fadiga ou perda de energia quase todos os dias.

7- Sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada (que pode ser delirante), quase todos os dias (não meramente auto-recriminação ou culpa por estar doente).

8- capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se, ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outros).

9- pensamentos de morte recorrentes (não apenas medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.

B. Os sintomas não satisfazem os critérios para um Episódio Misto.

C. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

D. Os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (p. ex., droga de abuso ou medicamento) ou de uma condição médica geral (p. ex., hipotireoidismo).

E. Os sintomas não são mais bem explicados por Luto, ou seja, após a perda de um ente querido, os sintomas persistem por mais de 2 meses ou são caracterizados por acentuado prejuízo funcional, preocupação mórbida com desvalia, ideação suicida, sintomas psicóticos ou retardo psicomotor.

APÊNDICE B – Critérios para Episódio Maníaco

Critérios para Episódio Maníaco DSM-IV-TR (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – Texto Revisado; ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2002)

A. Um período distinto de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável, com duração mínima de 1 semana (ou qualquer duração, se a hospitalização se fizer necessária).

B. Durante o período de perturbação do humor, três (ou mais) dos seguintes sintomas persistiram (quatro, se o humor é apenas irritável) e estiveram presentes em um grau significativo:

1- auto-estima inflada ou grandiosidade.

2- redução da necessidade de sono (p. ex. sente-se refeito depois de apenas 3 horas de sono).

3- mais loquaz do que o habitual ou pressão por falar.

4- fuga de idéias ou experiência subjetiva de que os pensamentos estão correndo.

5- distrabilidade (i. é, a atenção é desviada com excessiva facilidade por estímulos externos insignificantes ou irrelevantes).

6- aumento da atividade dirigida a objetivos (socialmente, no trabalho, na escola, ou sexualmente) ou agitação psicomotora.

7- envolvimento excessivo em atividades prazerosas com um alto potencial para conseqüências dolorosas (p. ex., envolvimento em surtos incontidos de compras, indiscrições sexuais ou investimentos financeiros insensatos)

C. Os sintomas não satisfazem os critérios para Episódio Misto.

D. A perturbação do humor é suficientemente grave a ponto de causar prejuízo acentuado no funcionamento ocupacional, nas atividades sociais ou relacionamentos costumeiros com outros, ou de exigir a hospitalização, como um meio de evitar danos a si mesmo e a terceiros, ou existem características psicóticas.

E. Os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (p. ex., uma droga de abuso, um medicamento ou outro tratamento) ou de uma condição médica geral (p. ex., hipertireoidismo).

Nota: Episódios do tipo maníaco nitidamente causados por um tratamento antidepressivo somático (p. ex., medicamentos, terapia eletroconvulsiva e fototerapia) não devem contar para um diagnóstico de Transtorno Bipolar I.

APÊNDICE C – Critérios para Episódio Misto

Critérios para Episódio Misto DSM-IV-TR (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – Texto Revisado; ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2002)

A. Satisfazem-se os critérios tanto para Episódio Maníaco quanto para Episódio depressivo Maior (exceto pela duração), quase todos os dias, durante o período mínimo de 1 semana.

B. A perturbação do humor é suficientemente grave a ponto de causar acentuado prejuízo no funcionamento ocupacional, em atividades sociais costumeiras ou relacionamentos com terceiros ou de exigir a hospitalização para prevenir danos ao indivíduo e a terceiros, ou existem características psicóticas.

C. Os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento ou outro tratamento) ou de uma condição médica geral (p. ex., hipertiroidismo).

Nota: Episódios do tipo misto causados por um tratamento antidepressivo somático (p. ex., medicamentos, terapia eletroconvulsiva e fototerapia) não devem contar para um diagnóstico de Transtorno Bipolar I.

APÊNDICE D – Critérios para Episódio Hipomaníaco

Critérios para Episódio Hipomaníaco DSM-IV-TR Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – Texto Revisado; ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2002

A. Um período distinto de humor persistentemente elevado, expansivo ou irritável, durando todo o tempo ao longo de um período mínimo de 4 dias, nitidamente diferente do humor habitual não-deprimido.

B. Durante o período da perturbação do humor, três (ou mais) dos seguintes sintomas persistiram (quatro se o humor for apenas irritável) e estiveram presentes em um grau significativo:

1- auto-estima ou grandiosidade.

2- redução da necessidade de sono (p. ex. sente-se refeito após 3 horas de sono).

3- mais loquaz do que o habitual ou pressão por falar.

4- fuga de idéias ou experiência subjetiva de que os pensamentos estão correndo.

5- distrabilidade (i. é, a atenção é desviada com demasiada facilidade por estímulos externos insignificantes ou irrelevantes).

6- aumento da atividade dirigida a objetivos (socialmente, no trabalho, na escola ou sexualmente) ou agitação psicomotora.

7- envolvimento excessivo em atividades prazerosas com um alto potencial para conseqüências dolorosas (p. ex., envolvimento em surtos desenfreados de compras, indiscrições sexuais ou investimentos financeiros insensatos)

C. O episódio está associado com uma inequívoca alteração no funcionamento, que não é característica do indivíduo quando assintomático.

D. A perturbação do humor e a alteração no funcionamento são observáveis por terceiros.

E. O episódio não é suficientemente grave a ponto de causar prejuízo acentuado no funcionamento social ou ocupacional, ou de exigir hospitalização, nem existem características psicóticas.

F. Os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento, ou outro tratamento) ou de uma condição médica geral (p. ex., hipertireoidismo).

Nota: Os episódios do tipo hipomaníaco nitidamente causados por um tratamento antidepressivo somático (p. ex., medicamentos, terapia eletroconvulsiva e fototerapia) não devem contar para um diagnóstico de Transtorno Bipolar II.

APÊNDICE E – Critérios Modificados para Desordem de Depressão Maior

Critérios Modificados para Desordem de Depressão Maior (sublinhados)
Luby, Heffelfinger, Mrakitsky, Hessler, Brown e Hildebrand (2002) – p.931.

A. Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas estão presentes, mas não necessariamente persistentemente em um período de 2 semanas e representa uma mudança de comportamento anterior; pelo menos um dos sintomas é ou (1) humor deprimido ou (2) perda do interesse ou prazer em atividades ou brincadeiras. Se ambos (1) e (2) estão presentes um total de apenas quatro sintomas são necessários.

1- Humor deprimido para uma parte do dia por vários dias conforme observado (ou relatado) em comportamento. Nota: pode ser humor irritável.

2- Interesse ou prazer em geral ou quase geral, atividades ou brincadeiras para uma parte do dia por vários dias (conforme indicado ou por avaliação subjetiva ou observação feita por outros) notadamente diminuídos.

3- Significativa perda de peso quando não em dieta ou ganho de peso ou perda ou aumento de apetite praticamente todo o dia.

4- Sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada (que pode ser delirante), quase todos os dias (não meramente auto-recriminação ou culpa por estar doente).

5- Insônia ou hipersonia quase todos os dias.

6- Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observáveis por outros, não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento).

7- Fadiga ou perda de energia quase todos os dias.

8- Sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada (que pode ser delirante), que possam ser evidentes em temas de brincadeiras.

9- Capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se, ou indecisão, por vários dias (por relato subjetivo ou observação feita por outros).

10- Pensamentos de morte recorrentes (não apenas medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio. Temas suicidas ou auto-destrutivos são persistentemente evidentes somente em brincadeiras.

APÊNDICE F – 1º Versão da Escala de Auto-Avaliação de Depressão Para Crianças

**ESCALA DE AUTO-AVALIAÇÃO DE DEPRESSÃO PARA CRIANÇAS
(1º Versão)**

Instrução

Coloque um **X** no quadradinho abaixo da resposta que você achar certa para explicar o que você está sentindo:

43. Eu me sinto sempre irritado.

Sim Às vezes Não

44. Eu me sinto cansado para fazer qualquer coisa.

Sim Às vezes Não

45. Eu tenho vontade de ficar sempre deitado.

Sim Às vezes Não

46. Eu me sinto triste.

Sim Às vezes Não

47. Eu tenho sentido dor de cabeça.

Sim Às vezes Não

48. Eu estou preocupado com a minha saúde.

Sim Às vezes Não

49. Eu sinto fraqueza no meu corpo.

Sim Às vezes Não

50. Eu tenho desmaiado ultimamente.

Sim Às vezes Não

51. Eu sempre tenho medo de alguma coisa.
- | | | |
|-----|----------|-----|
| Sim | Às vezes | Não |
|-----|----------|-----|
52. Eu sempre sinto que vou ser castigado.
- | | | |
|-----|----------|-----|
| Sim | Às vezes | Não |
|-----|----------|-----|
53. Eu tenho vontade de morrer.
- | | | |
|-----|----------|-----|
| Sim | Às vezes | Não |
|-----|----------|-----|
54. Eu tenho chorado ou tenho tido sempre vontade de chorar.
- | | | |
|-----|----------|-----|
| Sim | Às vezes | Não |
|-----|----------|-----|
55. Eu prefiro brincar sempre sozinho.
- | | | |
|-----|----------|-----|
| Sim | Às vezes | Não |
|-----|----------|-----|
56. Eu me acho um(a) menino(a) mau.
- | | | |
|-----|----------|-----|
| Sim | Às vezes | Não |
|-----|----------|-----|
57. Eu não tento novamente quando eu perco.
- | | | |
|-----|----------|-----|
| Sim | Às vezes | Não |
|-----|----------|-----|
58. Eu durmo sempre em sala de aula.
- | | | |
|-----|----------|-----|
| Sim | Às vezes | Não |
|-----|----------|-----|
59. Eu sempre acho que não sei fazer as coisas.
- | | | |
|-----|----------|-----|
| Sim | Às vezes | Não |
|-----|----------|-----|
60. Eu me preocupo muito com as coisas.
- | | | |
|-----|----------|-----|
| Sim | Às vezes | Não |
|-----|----------|-----|
61. Eu acho que os outros não gostam de mim.
- | | | |
|-----|----------|-----|
| Sim | Às vezes | Não |
|-----|----------|-----|
62. Eu me sinto sempre aborrecido.
- | | | |
|-----|----------|-----|
| Sim | Às vezes | Não |
|-----|----------|-----|

63. Eu sempre sinto que estou fazendo alguma coisa errada.

Sim Às vezes Não

64. Eu não gosto de mim.

Sim Às vezes Não

65. Eu acho que sou culpado quando qualquer coisa acontece de errado na minha casa.

Sim Às vezes Não

66. Eu perdi meu interesse pelas pessoas e não ligo para ninguém.

Sim Às vezes Não

67. Eu me acho feio.

Sim Às vezes Não

68. Eu tenho dificuldade para dormir.

Sim Às vezes Não

69. Eu não sinto vontade de comer.

Sim Às vezes Não

**APÊNDICE G – 2ª Versão da Escala de Avaliação de Depressão Para
Crianças**

**ESCALA DE AVALIAÇÃO DE DEPRESSÃO PARA CRIANÇAS
(2ª Versão)**

Examinador:

_____.

Data de Aplicação: ___/___/___.

Informações do Examinando

Data de Nascimento: ___/___/___.

Sexo: _____

Escola: _____ . Série: _____ .

Instrução:

Coloque um **X** no quadradinho ao lado da resposta que você achar certa para explicar o que você está sentindo.

1. Eu me sinto sempre irritado.

Sim

Às vezes

Não

2. Eu me sinto cansado para fazer qualquer coisa.

Sim

Às vezes

Não

3. Eu tenho vontade de ficar sempre deitado.

Sim

Às vezes

Não

4. Eu me sinto triste.

Sim

Às vezes

Não

5. Eu tenho sentido dor de cabeça.

Sim

Às vezes

Não

6. Eu estou preocupado com a minha saúde.

Sim

Às vezes

Não

7. Eu sinto fraqueza no meu corpo.
- | | | |
|-----|----------|-----|
| Sim | Às vezes | Não |
|-----|----------|-----|
8. Eu tenho desmaiado ultimamente.
- | | | |
|-----|----------|-----|
| Sim | Às vezes | Não |
|-----|----------|-----|
9. Eu sinto medo sempre.
- | | | |
|-----|----------|-----|
| Sim | Às vezes | Não |
|-----|----------|-----|
10. Eu sinto que sempre vou ser castigado.
- | | | |
|-----|----------|-----|
| Sim | Às vezes | Não |
|-----|----------|-----|
11. Eu tenho vontade de morrer.
- | | | |
|-----|----------|-----|
| Sim | Às vezes | Não |
|-----|----------|-----|
12. Eu choro sempre ou tenho sempre vontade de chorar.
- | | | |
|-----|----------|-----|
| Sim | Às vezes | Não |
|-----|----------|-----|
13. Eu prefiro brincar sozinho.
- | | | |
|-----|----------|-----|
| Sim | Às vezes | Não |
|-----|----------|-----|
14. Eu sinto que sou um(a) menino(a) mau.
- | | | |
|-----|----------|-----|
| Sim | Às vezes | Não |
|-----|----------|-----|
15. Eu desisto quando erro alguma coisa.
- | | | |
|-----|----------|-----|
| Sim | Às vezes | Não |
|-----|----------|-----|
16. Eu durmo sempre na sala de aula.
- | | | |
|-----|----------|-----|
| Sim | Às vezes | Não |
|-----|----------|-----|
17. Eu faço tudo errado.
- | | | |
|-----|----------|-----|
| Sim | Às vezes | Não |
|-----|----------|-----|
18. Eu me preocupo muito.
- | | | |
|-----|----------|-----|
| Sim | Às vezes | Não |
|-----|----------|-----|

19. Eu acho que os outros gostam de mim.

Sim Às vezes Não

20. Eu me sinto sempre aborrecido.

Sim Às vezes Não

21. Eu sinto que sempre estou fazendo coisas erradas.

Sim Às vezes Não

22. Eu gosto de mim.

Sim Às vezes Não

23. Eu acho que sou culpado(a) quando alguma coisa acontece de errado na minha casa.

Sim Às vezes Não

24. Eu gosto das pessoas e de estar com elas.

Sim Às vezes Não

25. Eu me acho feio(a).

Sim Às vezes Não

26. Eu demoro para dormir.

Sim Às vezes Não

27. Eu não sinto vontade de comer.

Sim Às vezes Não

**APÊNDICE H – 3ª Versão da Escala de Avaliação de Depressão Para
Crianças**

**ESCALA DE AVALIAÇÃO DE DEPRESSÃO PARA CRIANÇAS
(3ª Versão)**

Examinador:

_____.

Data de Aplicação: ___/___/___.

Informações do Examinando

Data de Nascimento: ___/___/___.

Sexo: _____

Escola: _____ . Série: _____ .

INSTRUÇÃO:

Neste caderno você encontrará algumas frases sobre como você se sente.

Leia cada frase com atenção.

Marque um **X** no quadradinho ao lado da resposta que você achar certa para explicar o que você está sentindo nas duas últimas semanas.

Não há respostas certas ou erradas.

EXEMPLO

Eu sinto vontade de ver televisão.		
Sim	Às vezes	Não

1. Eu me sinto irritado.

Sim Às vezes Não

2. Eu me sinto cansado.

Sim Às vezes Não

3. Eu tenho vontade de ficar deitado.

Sim Às vezes Não

- | | | | |
|---|-----|----------|-----|
| 4. Eu me sinto triste. | Sim | Às vezes | Não |
| 5. Eu tenho sentido dor de cabeça. | Sim | Às vezes | Não |
| 6. Eu estou preocupado com a minha saúde. | Sim | Às vezes | Não |
| 7. Eu sinto fraqueza no meu corpo. | Sim | Às vezes | Não |
| 8. Eu tenho desmaiado. | Sim | Às vezes | Não |
| 9. Eu sinto medo. | Sim | Às vezes | Não |
| 10. Eu sinto que vou ser castigado. | Sim | Às vezes | Não |
| 11. Eu tenho vontade de morrer. | Sim | Às vezes | Não |
| 12. Eu sinto vontade de chorar. | Sim | Às vezes | Não |
| 13. Eu prefiro brincar sozinho. | Sim | Às vezes | Não |
| 14. Eu sinto que sou mau. | Sim | Às vezes | Não |
| 15. Eu desisto quando erro. | Sim | Às vezes | Não |

16. Eu sinto que meus pais não gostam de mim.

Sim Às vezes Não

17. Eu faço tudo errado.

Sim Às vezes Não

18. Eu me preocupo muito.

Sim Às vezes Não

19. Eu acho que os outros gostam de mim.

Sim Às vezes Não

20. Eu me sinto aborrecido.

Sim Às vezes Não

21. Eu sinto que estou fazendo coisas erradas.

Sim Às vezes Não

22. Eu gosto de mim.

Sim Às vezes Não

23. Eu acho que sou culpado quando alguma coisa acontece de errado.

Sim Às vezes Não

24. Eu gosto das pessoas.

Sim Às vezes Não

25. Eu me sinto amado.

Sim Às vezes Não

26. Eu demoro para dormir.

Sim Às vezes Não

27. Eu não sinto vontade de comer.

Sim Às vezes Não

28. Eu me sinto sozinho.

Sim

Às vezes

Não

29. Eu me sinto importante.

Sim

Às vezes

Não

30. Eu sinto que ninguém se preocupa comigo.

Sim

Às vezes

Não

APÊNDICE I – 4ª Versão da Escala de Avaliação de Depressão Para Crianças

ESCALA DE AVALIAÇÃO DE DEPRESSÃO PARA CRIANÇAS (4ª Versão)

Examinador:

_____.

Data de Aplicação: ___/___/___.

Informações do Examinando

Data de Nascimento: ___/___/___.

Sexo: _____

Escola: _____ . Série: _____.

INSTRUÇÃO:

Neste caderno você encontrará algumas frases sobre como você se sente.
Leia cada frase com atenção.

Marque um **X** no quadradinho ao lado da resposta que você achar certa para explicar o que você está sentindo nas duas últimas semanas.

Não há respostas certas ou erradas.

EXEMPLO

Eu sinto vontade de ver televisão.		
Sim	Às vezes	Não

1. Eu me sinto irritado.

Sim Às vezes Não

2. Eu me sinto cansado.

Sim Às vezes Não

3. Eu tenho vontade de ficar deitado.

Sim Às vezes Não

- | | | | |
|---|-----|----------|-----|
| 4. Eu me sinto triste. | Sim | Às vezes | Não |
| 5. Eu tenho sentido dor de cabeça. | Sim | Às vezes | Não |
| 6. Eu estou preocupado com a minha saúde. | Sim | Às vezes | Não |
| 7. Eu sinto fraqueza no meu corpo. | Sim | Às vezes | Não |
| 8. Eu tenho desmaiado. | Sim | Às vezes | Não |
| 9. Eu sinto medo. | Sim | Às vezes | Não |
| 10. Eu sinto que vou ser castigado. | Sim | Às vezes | Não |
| 11. Eu tenho vontade de morrer. | Sim | Às vezes | Não |
| 12. Eu sinto vontade de chorar. | Sim | Às vezes | Não |
| 13. Eu prefiro brincar sozinho. | Sim | Às vezes | Não |
| 14. Eu sinto que sou mau. | Sim | Às vezes | Não |
| 15. Eu desisto quando erro. | Sim | Às vezes | Não |

16. Eu sinto que meus pais não gostam de mim.

Sim Às vezes Não

17. Eu faço tudo errado.

Sim Às vezes Não

18. Eu me preocupo muito.

Sim Às vezes Não

19. Eu acho que os outros gostam de mim.

Sim Às vezes Não

20. Eu me sinto aborrecido.

Sim Às vezes Não

21. Eu sinto que estou fazendo coisas erradas.

Sim Às vezes Não

22. Eu gosto de mim.

Sim Às vezes Não

23. Eu gosto das pessoas.

Sim Às vezes Não

24. Eu me sinto amado.

Sim Às vezes Não

25. Eu demoro para dormir quando já estou deitado.

Sim Às vezes Não

26. Eu não tenho fome.

Sim Às vezes Não

27. Eu me sinto abandonado.

Sim Às vezes Não

28. Eu me sinto importante.

Sim

Às vezes

Não

29. Eu sinto que ninguém se preocupa comigo.

Sim

Às vezes

Não

APÊNDICE J – 5ª Versão da Escala de Avaliação de Depressão Para Crianças

**ESCALA DE AVALIAÇÃO DE DEPRESSÃO PARA CRIANÇAS
(5ª Versão)**

Examinador:

_____.

Data de Aplicação: ___/___/___.

Informações do Examinando

Data de Nascimento: ___/___/___.

Sexo: _____

Escola: _____ . Série: _____ .

INSTRUÇÃO:

Neste caderno você encontrará algumas frases sobre como você se sente.

Leia cada frase com atenção.

Marque um **X** no quadradinho ao lado da resposta que você achar certa para explicar o que você está sentindo nas duas últimas semanas.

Não há respostas certas ou erradas.

EXEMPLO

Eu sinto vontade de ver televisão.		
Sim	Às vezes	Não

1. Eu me sinto irritado.

Sim Às vezes Não

2. Eu me sinto cansado.

Sim Às vezes Não

3. Eu tenho vontade de ficar deitado.

Sim Às vezes Não

- | | | | |
|---|-----|----------|-----|
| 4. Eu me sinto triste. | Sim | Às vezes | Não |
| 5. Eu tenho sentido dor de cabeça. | Sim | Às vezes | Não |
| 6. Eu estou preocupado com minha saúde. | Sim | Às vezes | Não |
| 7. Eu sinto fraqueza no meu corpo. | Sim | Às vezes | Não |
| 8. Eu tenho desmaiado. | Sim | Às vezes | Não |
| 9. Eu sinto medo. | Sim | Às vezes | Não |
| 10. Eu sinto que vou ser castigado. | Sim | Às vezes | Não |
| 11. Eu tenho vontade de morrer. | Sim | Às vezes | Não |
| 12. Eu sinto vontade de chorar. | Sim | Às vezes | Não |
| 13. Eu sinto que sou mau. | Sim | Às vezes | Não |
| 14. Eu sinto que meus pais não gostam de mim. | Sim | Às vezes | Não |
| 15. Eu faço tudo errado. | Sim | Às vezes | Não |

16. Eu me preocupo muito.

Sim Às vezes Não

17. Eu acho que os outros gostam de mim.

Sim Às vezes Não

18. Eu me sinto aborrecido.

Sim Às vezes Não

19. Eu sinto que estou fazendo coisas erradas.

Sim Às vezes Não

20. Eu gosto de mim.

Sim Às vezes Não

21. Eu me sinto amado.

Sim Às vezes Não

22. Eu me sinto abandonado.

Sim Às vezes Não

23. Eu me sinto importante.

Sim Às vezes Não

24. Eu sinto que ninguém se preocupa comigo.

Sim Às vezes Não

APÊNDICE K – Carta de Ciência e Autorização**CARTA DE CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO**

Prezado Diretor,

Estamos realizando uma pesquisa com o objetivo de finalizar a construção de uma escala de depressão para crianças, denominada Escala de Avaliação de Depressão para Crianças. A sua colaboração é extremamente importante porque as escalas de depressão infantil ajudam os profissionais de saúde a identificar de modo mais rápido indícios de depressão. Infelizmente, muitas crianças com depressão não são identificadas de modo rápido na escola ou nos consultórios clínicos. A rápida identificação destas crianças é muito importante para a eficácia do tratamento da depressão.

A nossa pesquisa deverá ser aplicada em estudantes de 6 a 12 anos, em escolas públicas e particulares da região do Vale do Paraíba, Estado de São Paulo. Inicialmente será feito um contato com as crianças em sala de aula para convidá-las para participar deste estudo. Em seguida, cartas de consentimento serão enviadas para os pais dos alunos solicitando permissão para participação na pesquisa. A participação dos estudantes não trará qualquer desconforto ou possíveis riscos, e será correspondente à segunda fase da pesquisa, que visa obter a normatização da presente escala.

A administração da Escala de Avaliação de Depressão para Crianças será feita de modo individual para crianças de 6 anos ou com dificuldade de leitura e coletiva para as outras crianças, num único encontro. No início do encontro será realizada uma breve conversa informal para garantir maior tranquilidade às crianças, e em seguida uma conversa formal, onde serão explicados o objetivo deste estudo e a garantia de sigilo das informações. O diretor e professor poderão dar permissão para que a pesquisa seja aplicada durante o horário escolar. Somente as crianças que receberem autorização de seus pais poderão participar.

De acordo com as diretrizes éticas da pesquisa científica os resultados obtidos da Escala de Avaliação de Depressão para Crianças serão utilizados somente para finalidade científica, não sendo estes divulgados para os pais, escola ou qualquer outra pessoa. Do mesmo modo, não constará o nome da criança ou da escola no trabalho final ou em qualquer outra publicação desta pesquisa.

Finalizando, gostaria de agradecer desde já a participação da escola, enfatizando sua importância para que os objetivos desta pesquisa sejam alcançados, e contribuindo para o desenvolvimento da pesquisa científica em nosso país. Estamos a disposição para esclarecer quaisquer dúvidas.

Atenciosamente,

Dra. Vera Lúcia Adami Raposo do Amaral
Ms. Dejenane Aparecida Pascoal Pereira
Pontifícia Universidade Católica de Campinas - PUCAMP
pereiradap@uol.com.br

DECLARO ESTAR DE ACORDO COM A PESQUISA CITADA

Nome da escola: _____
Nome do diretor: _____
Assinatura do diretor: _____
Local: _____

APÊNDICE L – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos realizando uma pesquisa com o objetivo de finalizar a construção de uma escala de depressão para crianças, denominada Escala de Avaliação de Depressão para Crianças. A colaboração de seu filho é extremamente importante porque as escalas de depressão infantil ajudam os profissionais de saúde a identificar de modo mais rápido indícios de depressão. Infelizmente, muitas crianças com depressão não são identificadas de modo rápido na escola ou nos consultórios clínicos. A rápida identificação destas crianças é muito importante para a eficácia do tratamento da depressão.

A Escala de Avaliação de Depressão para Crianças abrange a faixa etária de 6 a 12 anos de idade, e apresenta 24 itens que verificam a sintomatologia da depressão. A participação de seu filho não trará a ele qualquer desconforto ou possíveis riscos.

A administração da Escala de Avaliação de Depressão para Crianças será feita de modo individual para crianças de 6 anos ou com dificuldade de leitura e coletiva para as outras crianças, num único encontro. No início do encontro será realizada uma breve conversa informal para garantir maior tranquilidade às crianças, e em seguida uma conversa formal, onde serão explicados o objetivo deste estudo e a garantia de sigilo das informações.

De acordo com as diretrizes éticas da pesquisa científica os resultados obtidos da Escala de Avaliação de Depressão para Crianças serão utilizados somente para finalidade científica, não sendo estes divulgados para os pais, escola ou qualquer outra pessoa. Do mesmo modo, não constará o nome do seu filho ou qualquer outro dado que possa identificá-lo no trabalho final ou em qualquer outra publicação desta pesquisa.

Você tem total liberdade para recusar a participação de seu (sua) filho (a) em qualquer fase da pesquisa. Ela não é obrigatória e não acarretará em qualquer penalização. A criança tem o direito de se recusar a participar em qualquer momento da pesquisa sem prejuízo algum, mesmo que seu responsável tenha autorizado. Qualquer outra informação, ou maiores esclarecimentos, poderá ser fornecido a qualquer momento pela pesquisadora responsável.

Caso concorde com a participação de seu filho, por favor, assine abaixo e devolva esta folha para a coordenação da escola. A administração da escala será nos dias estipulados pela escola.

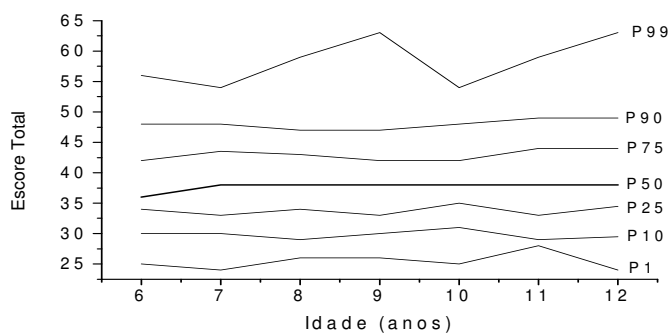
Finalizando, gostaria de agradecer desde já a participação de seu (sua) filho (a), enfatizando sua importância para que os objetivos desta pesquisa sejam alcançados, e contribuindo para o desenvolvimento da pesquisa científica em nosso país. Estamos a disposição para esclarecer quaisquer dúvidas.

Atenciosamente,
 Dra. Vera Lúcia Adami Raposo do Amaral
 Ms. Dejenane Aparecida Pascoal Pereira
 Pontifícia Universidade Católica de Campinas - PUCAMP
 pereiradap@uol.com.br

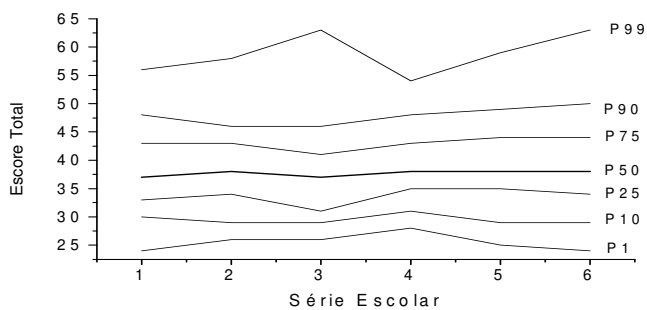
Concordo com a participação de meu (minha) filho (a) na pesquisa citada.

Nome do responsável: _____
 Endereço: _____ Bairro: _____ Cidade: _____
 Nome da criança: _____ Data de Nascimento: ____/____/____.
 Sexo: _____ Série escolar: _____ Telefone Residencial: _____
 Melhores dias e horários para participar: _____
 Assinatura do responsável: _____ Data: ____/____/____.

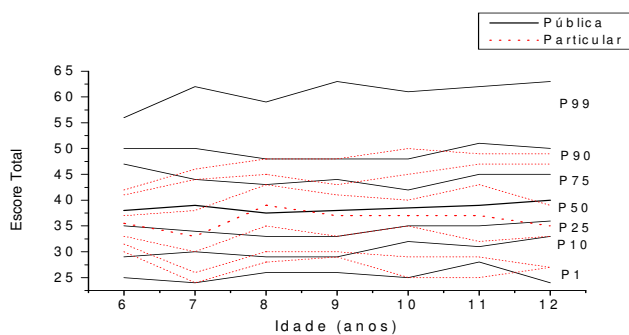
APÊNDICE M – Curva de Percentil na Amostra 2



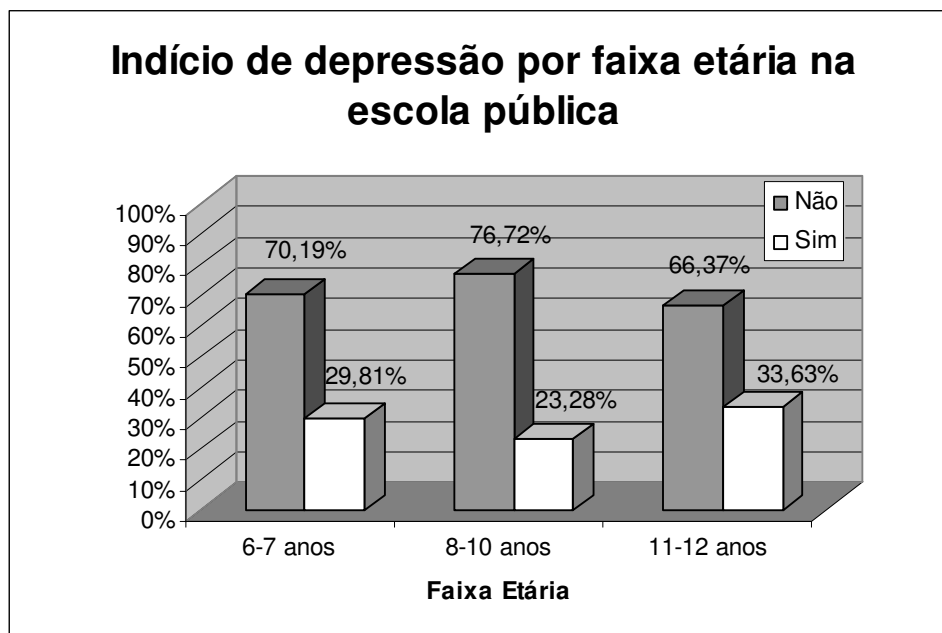
Curva de Percentil na Amostra 2 – Idade Cronológica



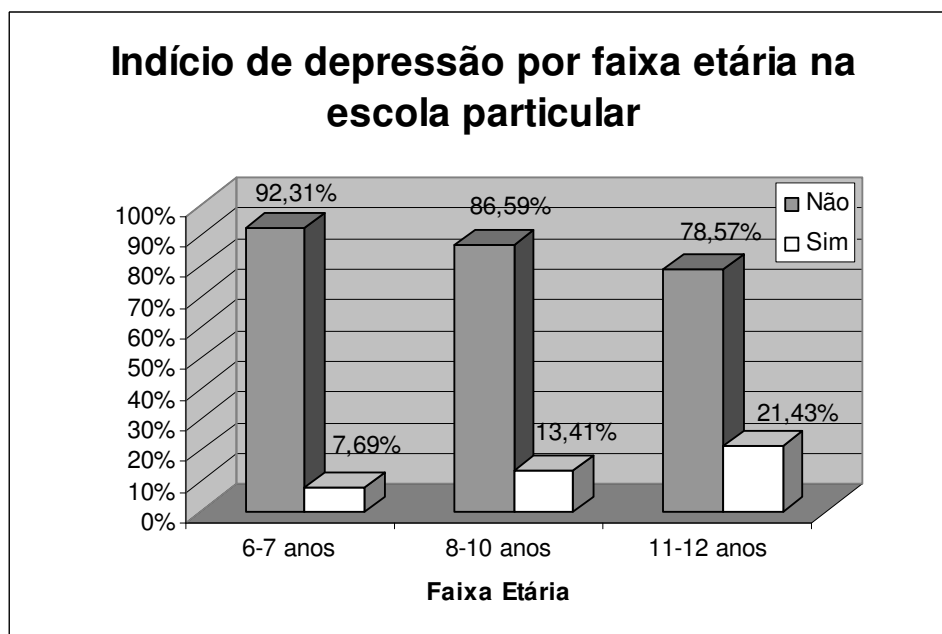
Curva de Percentil na Amostra 2 – Série Escolar



Curva de Percentil na Amostra 2 – Idade Cronológica x Tipo de Escola

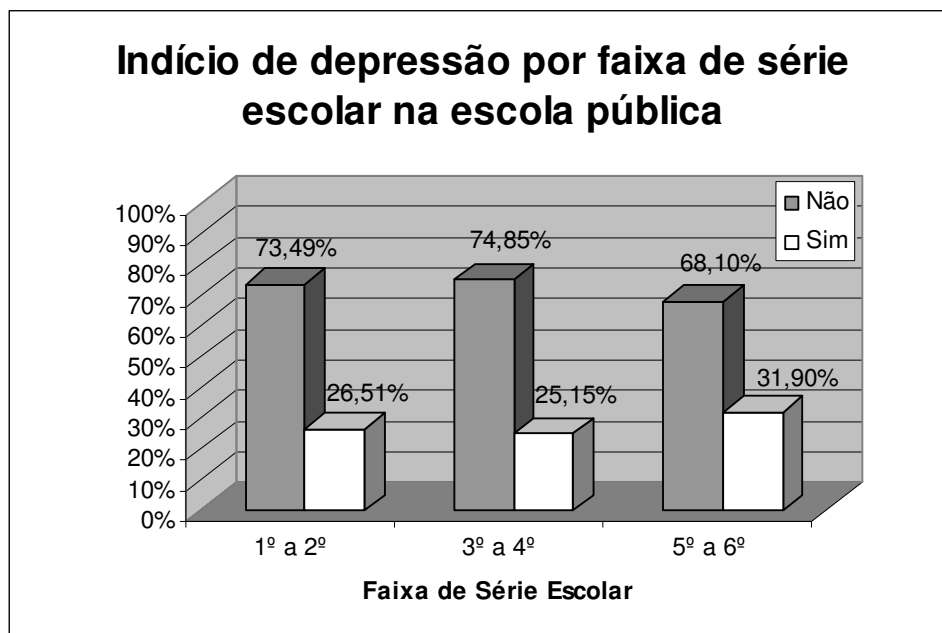
APÊNDICE N – Índicios de Depressão por Faixa Etária

Índice de depressão por faixa etária na escola pública

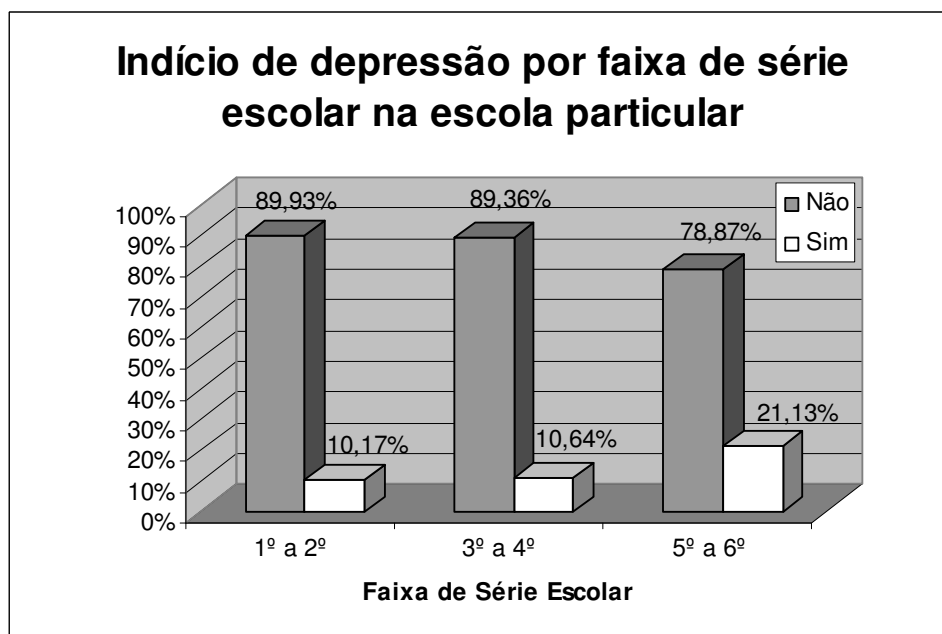


Índice de depressão por faixa etária na escola particular.

APÊNDICE O – Indício de Depressão por Faixa de Série



Indício de depressão por faixa de série escolar na escola pública



Indício de depressão por faixa de série escolar na escola particular