



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS EXATAS E DA NATUREZA
DEPARTAMENTO DE ESTATÍSTICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MODELOS DE DECISÃO E SAÚDE - MESTRADO

**DEPRESSÃO INFANTIL: ELABORAÇÃO DE UM INSTRUMENTO
PARA AVALIAÇÃO E TOMADA DE DECISÃO EM SAÚDE**

Lays Andrade de Sá

João Pessoa-PB
2017

LAYS ANDRADE DE SÁ

**DEPRESSÃO INFANTIL: ELABORAÇÃO DE UM INSTRUMENTO PARA
AVALIAÇÃO E TOMADA DE DECISÃO EM SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde – Nível Mestrado do Centro de Ciências Exatas e da Natureza da Universidade Federal da Paraíba, como requisito regulamentar para obtenção do título de Mestre.

Linha de Pesquisa: Modelos em Saúde

Orientadores:

Prof. Dr. Josemberg Moura de Andrade

Prof. Dr. João Agnaldo do Nascimento

**João Pessoa-PB
2017**

S111d Sá, Lays Andrade de.
Depressão infantil: elaboração de um instrumento para
avaliação e tomada de decisão em saúde / Lays Andrade de
Sá. - João Pessoa, 2017.
106 f. il

Orientadores: Josemberg Moura de Andrade, João
Agnaldo do Nascimento.

Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCEN

1. Depressão. 2. Avaliação Psicológica. 3. Teoria de
Resposta ao Item. I. Título.

UFPB/BC

CDU: 616.89-008.454 (043)

LAYS ANDRADE DE SÁ

**DEPRESSÃO INFANTIL: ELABORAÇÃO DE UM INSTRUMENTO
PARA AVALIAÇÃO E TOMADA DE DECISÃO EM SAÚDE**

João Pessoa, 16 de fevereiro de 2017

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Josemberg Moura de Andrade
Orientador (UFPB)

Prof. Dr. João Agnaldo do Nascimento
Orientador (UFPB)

Prof. Dr. Hemílio Fernandes Campos Coêlho
Membro interno (UFPB)

Profa. Dra. Carla Alexandra da Silva Moita Minervino
Membro externo (UFPB)

Nunca deixe que lhe digam que não vale a pena
Acreditar no sonho que se tem
Ou que seus planos nunca vão dar certo
Ou que você nunca vai ser alguém (...)
Quem acredita sempre alcança!
(Renato Russo)

AGRADECIMENTOS

Antes de tudo, a Deus, não apenas por ter conseguido alcançar mais esta vitória; mas por todas as realizações que me foram concedidas e as pessoas queridas que estão a minha volta. Sou muito grata.

À minha iluminada e querida mãe Maristela, que sempre me apoiou em todos os momentos da minha vida, não sendo diferente nesta fase desafiadora e de muito aprendizado. Sempre se esforçou ao máximo, tanto nos afazeres de casa quanto em seu trabalho, para me oferecer todas as condições das quais precisei. Durante todo o meu processo de formação, desde os primeiros anos na escola até aqui, foi ela quem me conduziu ao caminho dos estudos e me ensinou a ser responsável para andar com minhas próprias pernas. Sou eternamente grata por todo seu cuidado e apoio emocional e financeiro.

Ao meu pai que sempre acreditou em meu potencial, deixando isso muito claro para mim e me dando pleno apoio para que eu pudesse traçar e buscar minhas metas. Foi por acreditar em mim, que nos motivou a sair do interior e virmos morar em João Pessoa - para que eu tivesse maiores oportunidades de crescimento profissional.

À minha família mais próxima, que me incentiva e me alicerça nas horas mais difíceis.

Ao meu namorado Melquisedec Rodrigues, que esteve comigo desde o início nesta caminhada, ajudando-me a superar dias ruins, sendo paciente e compreensivo. Por suas palavras de incentivo e demonstrações de admiração por mim. Foram motivadores.

Aos meus queridos amigos, que me arrancaram sorrisos, ajudaram-me a tornar o processo mais leve e descontraído. Além dos vários amigos que me auxiliaram diretamente, fosse mediando algum contato importante; fosse me ajudando a sanar alguma dúvida na execução da presente dissertação. Não cito nomes para não ser injusta, mas cada um sabe da minha gratidão e que poderá sempre contar comigo.

Aos meus mestres, sem os quais eu não teria capacitação necessária para chegar até aqui. Estes representados por meus orientadores, Josemberg Moura de Andrade e João Agnaldo do Nascimento, por toda dedicação, paciência, dias de sacrifício e renúncias. Agradeço em especial ao meu querido professor Josemberg, por ter me orientado desde o 3º período da graduação em Psicologia, sendo também, para mim, exemplo de líder e conduta profissional.

À CAPES pelo apoio financeiro e incentivo à pesquisa.

RESUMO

O construto depressão infantil avaliado no presente estudo foi aquele cujos sintomas estão associados ao Transtorno Depressivo Maior descritos no DSM-5. O objetivo da presente dissertação foi elaborar e validar um Inventário para avaliação de Depressão em Crianças. Para tanto, foi aplicado o Inventário Depressão Infantil (IDI), elaborado e validado neste estudo, em uma amostra de 211 crianças; divididas em dois grupos: um com demandas de serviço psicológico e outro sem esta demanda. Esta pesquisa foi do tipo exploratória, com análise dos dados de abordagem quantitativa, embasada na Teoria Clássica dos Testes e na Teoria de Resposta ao Item. Foram realizadas análises que possibilitaram verificar evidências psicométricas: Análise Fatorial dos eixos principais (PAF) com rotação oblíqua e índices de alfa de Cronbach. A PAF indicou uma estrutura de 58 itens com uma matriz de correlação composta por 7 fatores, quais sejam: 1. Pensamentos autodestrutivos; 2. Apatia; 3. Sentimentos eufóricos; 4. Irritabilidade; 5. Sentimentos de utilidade; 6. Desânimo profundo; e 7. Agitação e retardo psicomotor. Tais fatores apresentaram, em sua grande maioria, nível de consistência interna acima de 0,70; e para o conjunto total, 0,926. Utilizou-se teste U de Mann-Whitney e t de *student* para amostras independentes a fim comparar os dois grupos de amostras. Pôde-se constatar diferenças significativamente estatísticas entre elas em ambos os testes. A análise da TRI foi realizada pelo Modelo de Resposta Gradual para itens politômicos. Sobre o parâmetro *b* (dificuldade), do total de itens, apenas 3 foram considerados fáceis; 8 como medianos e 16 considerados extremamente difíceis (59,26%). Sobre o parâmetro *a*, o item I11 foi o mais discriminativo e o I29 o menos. Os fatores 1, 4 e 5 foram os que apresentam melhor desempenho em dispor informação sobre o construto. Após a estimação de parâmetros da TRI, o instrumento resultou em 27 itens. De modo geral, pode-se afirmar que os objetivos da presente dissertação foram alcançados.

Palavras-chave: Depressão, Avaliação Psicológica, Validação, Precisão, Teoria de Resposta ao Item.

ABSTRACT

The child depression construct evaluated in the present study was one whose symptoms are associated with Major Depressive Disorder described in DSM-5. The purpose of this dissertation was to elaborate and validate an Inventory for Evaluation of Depression in Children. For this purpose, was applied to the Child Depression Inventory, developed and validated in this study, a sample of 211 children; divided into two groups: one with psychological service demands and another without this demand. The research was exploratory type, with data analysis of quantitative approach, based on the Classical Theory of Tests and the Theory of Response to the Item. Were performed Analyzes which made it possible to verify the psychometric evidence: Factorial Analysis of the main axes (PAF) with oblique rotation and Chronbach alpha indexes. PAF indicated a structure of 58 items with a correlation matrix composed of 7 factors, namely: 1. Self-destructive thoughts; 2. Apathy; 3. Euphoric feelings; 4. Irritability; 5. Feelings of utility; 6. Deep despondency; And 7. Psychomotor restlessness and retardation. These factors presented, in the great majority, a level of internal consistency above 0.70; and for the total set, 0.926. It was used Mann-Whitney U Test and t-test for independent samples in order to compare the two sets of samples. it was notes Significant statistical differences between them In both tests. The TRI analysis was done by the Gradual Response Model for polytomic items. Regarding parameter *b* (difficulty), of the total of items, only 3 were considered easy; 8 as medium and 16 considered extremely difficult (59.26%). For parameter *a*, item I11 was the most discriminatory and I29 or less. Factors 1, 4 and 5 were the ones that presented the best performance in providing information about the construct. After a TRI calculation, the instrument resulted in 27 items. Overall, the goal was achieved and the results described were informative. In general, it can be stated that the objectives of this dissertation have been reached.

Keywords: Depression, Psychological Assessment, Validation, Precision, Item Response Theory.

LISTA DE QUADROS E GRÁFICO

Quadro 1 -	Critérios diagnósticos do transtorno depressivo maior (DSM-5).....	26
Quadro 2 -	Verbal label range of values (Legenda para valores de parâmetro de discriminação.....	62
Quadro 3 -	Classificação do parâmetro de dificuldade.....	63
Quadro 4 -	Classificação da Pontuação dos sujeitos conforme os Quartis.....	79
Gráfico 1 -	Gráfico de sedimentação para extração de fatores (Scree plot).....	57

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Principais características sociodemográficas da amostra sem demanda clínica.....	38
Tabela 2 -	Principais características sociodemográficas da amostra com demanda clínica.....	39
Tabela 3 -	Parâmetros a e b dos itens partir do modelo de resposta gradual de Samejima.....	64
Tabela 4 -	Teste U de Mann-Whitney: Comparação de médias entre grupo clínico e não-clínico	76
Tabela 5 -	Teste t para amostras independentes: Comparação de médias entre grupo clínico e não-clínico.....	77
Tabela 6 -	Estatísticas e Percentis referentes aos escores habilidade em cada fator.....	78
Tabela 7 -	Quartis referentes aos escores habilidade em cada fator.....	78

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Curva característica do item I11 do fator Inventário de Depressão Infantil.....	66
Figura 2 -	Curvas Característica dos itens.....	68
Figura 3 -	Curva de informação do Teste para os 7 fatores.....	69
Figura 4	Curvas de Informação dos itens I11 e I29.....	71
Figura 5 -	Gráfico de colunas dos níveis de habilidade dos respondentes no fator 1 "Pensamentos autodestrutivos".....	72
Figura 6 -	Gráfico de colunas dos níveis de habilidade dos respondentes no fator 2 "Apatia".....	72
Figura 7 -	Gráfico de colunas dos níveis de habilidade dos respondentes no fator 3 "Pensamentos Eufóricos".....	73
Figura 8	Gráfico de colunas dos níveis de habilidade dos respondentes no fator 4 "Irritabilidade".....	73
Figura 9 -	Gráfico de colunas dos níveis de habilidade dos respondentes no fator 5 "Sentimentos de Utilidade".....	74
Figura 10 -	Gráfico de colunas dos níveis de habilidade dos respondentes no fator 6 "Desânimo Profundo".....	74
Figura 11 -	Gráfico de colunas dos níveis de habilidade dos respondentes no fator 7 "Agitação e Retardo Psicomotor".....	75

LISTA DE ABREVIATURAS

ACP	Análise de Componentes Principais
AF	Análise Fatorial
AFE	Análise Fatorial Exploratória
APA	American Psychiatric Association (Associação Americana de Psiquiatria)
BDI	Inventário de Depressão de Beck
CAPSi	Centro de Atendimento Psicossocial Infanto-juvenil
CCI	Curva Característica do Item
CDI	Children Depression Inventory
CDS	Children's Depression Scale
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIT	Curva de Informação Total
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DP	Desvio Padrão
DSM-5	Diagnostic Medical Statistic (Manual Diagnóstico e Estatística, versão cinco)
ESDM	Escala de Sintomatologia Depressiva para Mestres
GPAMP	Grupo de Pesquisa em Avaliação e Medidas Psicológicas
GRM	Graded-Response Model (Modelo de Resposta Gradual)
IDI	Inventário de Depressão Infantil (Instrumento construído no presente estudo)
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin
MSA	Measurement of Sampling Adequacy (Medida de Adequação Amostral)
NIMH	Instituto Nacional de Saúde Mental
OMS	Organização Mundial da Saúde
PDI	Poder Discriminativo Do Item
SC	Santa Catarina
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
TCT	Teoria Clássica dos Testes
TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção e/ou Hiperatividade
TRI	Teoria de Resposta ao Item
UFPB	Universidade Federal da Paraíba

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
2	OBJETIVOS.....	20
2.1	GERAL.....	20
2.2	ESPECÍFICOS.....	20
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	21
3.1	CONTEXTO HISTÓRICO.....	21
3.2	TRANSTORNOS DEPRESSIVOS.....	23
3.3	CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS.....	24
3.4	SINTOMAS DEPRESSIVOS ASSOCIADOS A OUTRAS CONDIÇÕES.....	28
3.5	CONSTRUÇÃO DE ESCALAS PSICOMÉTRICAS.....	28
3.6	ESCALAS E ESTUDOS SOBRE TRANSTORNO DEPRESSIVO INFANTIL.....	31
4	MATERIAIS E MÉTODOS.....	35
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	35
4.2	POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	35
4.2.1	Processo para coleta dos dados.....	36
4.2.2	Caracterização da amostra.....	37
4.3	ELABORAÇÃO DOS ITENS.....	40
4.4	PODER DISCRIMINATIVO DO ITEM (PDI).....	40
4.5	ANÁLISE FATORIAL.....	42
4.6	TEORIA DE RESPOSTA AO ITEM.....	45
4.7	ALFA DE CRONBACH.....	48
4.8	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO EXCLUSÃO.....	49
4.9	INSTRUMENTOS.....	50
4.10	ASPECTOS ÉTICOS.....	51
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	52
5.1	DEFINIÇÃO CONSTITUTIVA E OPERACIONAL DO TRANSTORNO DEPRESSIVO INFANTIL.....	52
5.2	ANÁLISE DOS JUÍZES.....	53
5.3	ANÁLISE SEMÂNTICA.....	54
5.4	PODER DISCRIMINATIVO DO ITEM (TCT).....	55
5.5	ANÁLISE FATORIAL EXPLORATÓRIA E ALFA DE CRONBACH.....	57
5.6	ESTIMAÇÃO DOS PARÂMETROS DE DIFICULDADE E DISCRIMINAÇÃO DOS ITENS A PARTIR DA TRI.....	62
5.7	TESTE DE COMPARAÇÃO DE MÉDIAS.....	75

5.8	MODELO DE DECISÃO.....	77
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS E LIMITAÇÕES.....	82
	REFERÊNCIAS.....	84
	Apêndice A – Comparação de médias dos grupos clínico e não clínico; superior e inferior e alfas de Cronbach por item para verificação do poder discriminativos dos itens.....	90
	Apêndice B – Solução fatorial com as cargas fatoriais, comunalidades, percentual de variância e α de Cronbach.....	96
	Apêndice C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (versão para pais e responsáveis).....	100
	Apêndice D – Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (versão para crianças).....	101
	Apêndice E - Inventário de Depressão Infantil (IDI) em versão original elaborada neste estudo.....	102
	Anexo 1 – Certidão de Aprovação do Projeto de Pesquisa pelo Conselho de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS.....	106

1 INTRODUÇÃO

A Depressão de uma forma geral vem sendo cada vez mais vista como o “mal do século”. Tal transtorno atinge a vida do indivíduo como um todo, afetando seu comportamento, sua forma de lidar com algumas situações e o convívio social. Caracteriza-se por ser um tema delicado e minucioso, sendo de grande necessidade a contribuição por parte dos pesquisadores e profissionais de saúde.

De acordo com dados obtidos no sítio da Organização Mundial da Saúde (OMS), a depressão é uma doença bastante recorrente e se estima um número de 350 milhões de pessoas acometidas. Além de afetar a vida do indivíduo de uma forma drástica, a depressão pode levar até ao suicídio em casos mais graves. Mais de 800.000 (oitocentos mil) casos de suicídio ocorrem todos os anos. Esta é a segunda principal causa de morte em jovens com idades entre 15 e 29 anos. Além disso, o transtorno depressivo é apontado como a principal causa de incapacidade de realização das tarefas diárias na população jovem de 10 a 19 anos de idade. Segundo a OMS, a depressão acomete de 8% a 12% da população infanto-juvenil. Além destes índices, pesquisas (ZAVASCHI; SATLER; POESTER, 2002; GRAEFF et al., 2006) apontam que o transtorno da depressão na fase adulta é precedida pela presença de episódios ou quadros do transtorno já na fase infantil.

De acordo com um levantamento acerca da incidência de depressão infantil no cenário mundial, Schwan e Ramires (2011) constataram um percentual de crianças afetadas entre 3% a 5% (GOLDBERG, 2007) nos Estados Unidos; 2% a 8% em crianças australianas (HAZELL, 2009) e aproximadamente 8,9% é a estimativa da prevalência de depressão em crianças e adolescentes na Alemanha (MEHLER-WEX; KÖLCH, 2008). Para o contexto brasileiro, algumas estimativas indicam que a incidência de sintomas depressivos em crianças está na margem de 0,4% a 3% (BAHLS, 2002). Estes números crescem em adolescentes, entre 3,3% a 12,4% e indicam grandes indícios de se desenvolver o transtorno depressivo quando adultos (BAHLS; BAHLS, 2003). O transtorno depressivo infantil vem sendo apontado como uma questão de saúde preocupante pelos profissionais desta área - mais especificamente a saúde mental -, assim como por profissionais da educação. Neste sentido, vem se constituindo objeto de investigações no âmbito nacional e mundial por estudiosos da temática, ficando evidente o crescimento das contribuições no sentido de identificar, caracterizar, diagnosticar, tratar e prevenir tal patologia (CRUVINEL; BORUCHOVITCH, 2014).

Os Transtornos depressivos estão incluídos nos transtornos afetivos e é verificado substancialmente devido à brusca diminuição ou perda pelo prazer nas atividades cotidianas e presença do humor triste, vazio ou irritável que duram por um período de tempo significativo. Geralmente, o transtorno depressivo caracteriza-se também por alterações somáticas e cognitivas que comprometem o funcionamento psíquico, tais como, perda/redução do sono, apetite, pensamentos negativos em relação a projetos futuros e ideias suicidas (APA, 2014).

Em crianças, especialmente, a irritabilidade vem sendo percebida em substituição ao humor deprimido, assim como afetação nas relações sociais e sintomas fisiológicos (APA 2014). A depressão na infância é um transtorno mental, cujas manifestações são perceptíveis por meio de comportamentos indevidos, demonstrando que os sintomas típicos do transtorno estão internalizados na criança. Assim como a depressão, outros transtornos também se enquadram como “problemas internalizantes”, tais quais a ansiedade e sintomas somáticos (AVANCI; ASSIS; PESCE, 2008).

O transtorno depressivo deve ser compreendido sob seus diversos fatores: sociais, familiares, psicológicos e biológicos, de modo que as variadas teorias existentes não devem ser excluídas entre si. Pelo contrário, tais teorias devem ser complementares, pois são essenciais para a compreensão multifatorial deste transtorno. É necessário também utilizá-las de maneira favorável à concepção do indivíduo que sofre com os sintomas depressivos em sua totalidade bio-psico-social (SIGOLO, 2008).

A depressão infantil, por sua vez, não se resume aos sinais e traços típicos; ela pode trazer consigo várias dificuldades na vida da criança (CRUVINEL; BORUCHOVITCH, 2009). O Transtorno Depressivo Infantil, assim como os demais transtornos depressivos, está no eixo dos transtornos do humor e tem o potencial de comprometer o desenvolvimento da criança e deteriorar seu processo de maturidade psicológica e social. Esta disfunção provoca um olhar deturpado do indivíduo para o mundo, em sua maneira de sentir emoções e de se relacionar com outras pessoas; e pode ainda resultar em disfunções físicas, no humor e na saúde mental (SALASSI; PERES, 2010).

Nos dias atuais, com o advento de um cenário mais tecnológico, no qual as pessoas estão constantemente com pressa e sem tempo, tendo cada vez mais acesso a formas virtuais de se relacionar, a incidência de depressão tem sido maior; podendo ser considerada como uma das maiores já vivenciadas pela população. Ressalta-se que as crianças não ficam imunes a tal contexto. Pelo contrário, elas ficam cada vez mais sozinhas com seus brinquedos eletrônicos e cada vez mais longe dos pais que trabalham a maior parte do dia e pouco

dispõem de tempo para prestar atenção em comportamentos atípicos e disfuncionais de um desenvolvimento sadio (HUTTEL; KISXINER; BONETTI; ROSA, 2011).

Considerando que a depressão em crianças afeta sua qualidade de vida, as dificuldades que pode apresentar na escola, nas relações pessoais e até o risco de suicídio, um diagnóstico coerente torna-se fator imprescindível para a elaboração de um tratamento adequado e que, de fato, possa proporcionar um prognóstico otimista e prevenir outras patologias. Para isso, há, portanto, que se realizar uma avaliação psicológica adequada, respaldada por procedimentos eficazes para a detecção da referida patologia.

Por diversas vezes é possível haver falhas ou omissões na detecção e diagnóstico de transtornos como a depressão, o que torna imprescindível o uso de uma ferramenta de rastreio que possibilite encaminhamento para um futuro diagnóstico. Sendo assim - conforme o objetivo principal da presente dissertação - o instrumento construído na execução deste estudo deverá ser capaz de fazer uma investigação sintomatológica da depressão infantil. Sua finalidade primeira então não é diagnóstica, mas de rastreamento do possível sintoma, de modo a facilitar um posterior processo de avaliação psicológica.

Os instrumentos de rastreio podem ser um meio bastante útil para identificar sintomas patológicos precocemente, fator importante para que possam ser articuladas ações preventivas e de melhoria na qualidade de vida. Conforme aponta estudo realizado por Bolsoni e Zuardi (2015) sobre a utilização de instrumentos breves de rastreio para múltiplos transtornos mentais pelo profissional da atenção primária à saúde, constatou-se a existência de erros na detecção e diagnóstico em metade de todos os casos atendidos de transtornos mentais por médicos especialistas em clínica geral. E, levando em conta que geralmente este atendimento é feito de forma rápida, com tempo determinado e restrito, o diagnóstico passa a ser de complexa detecção. Isso acarreta em comprometimento aos possíveis tratamentos - já disponíveis - pois, ao passo que os transtornos não são detectados, também não recebem o devido tratamento. O uso de instrumentos breves de rastreio para estas situações pode ser uma alternativa viável, de modo que a aplicação tende a apresentar pouca resistência pelos respondentes, baixo custo e bom nível de exatidão na averiguação dos sintomas (BOLSONI; ZUARDI, 2015).

O uso de instrumentos psicológicos como ferramentas de auxílio no trabalho do psicólogo vem sendo cada vez mais crescente, especialmente no âmbito da avaliação psicológica. Nesta área, os instrumentos se caracterizam como meios quase que obrigatórios e, por isso, entende-se que a qualidade psicométrica dos mesmos seja cada vez mais alta (ANASTASI; URBINA, 2000). Para uma utilização e manejo adequados da testagem

psicológica, é necessário além do conhecimento acerca das teorias que sustentam este método de avaliação, requer-se também domínio dos conhecimentos técnicos relacionados aos fundamentos básicos da Psicometria. Isso proporciona uma melhor compreensão do funcionamento dos testes e sua importância na avaliação psicológica (BORINE, 2008).

Tendo em vista o antigo e cada vez mais crescente interesse em aperfeiçoar o uso de instrumentos psicológicos, diversos estudos e métodos foram propostos no intuito de obter êxito nesta busca. Entre os métodos apontados na literatura científica, a Teoria de Resposta ao Item (TRI) pode ser destacada. Inicialmente, a mesma veio com o objetivo de suprir limitações indicadas na Teoria Clássica de Medidas, ainda bastante utilizada nos dias atuais. O destaque primordial da TRI é seu tratamento individual item a item, e não mais do teste como um todo, que era realizado na Teoria Clássica. A TRI veio como uma técnica revolucionária no âmbito da Psicometria, com sua evidência aos modelos para o traço latente ou habilidade (representado também como Teta). As vantagens em relação à Teoria Clássica são inegáveis, principalmente quanto à suposição de invariância. Dessa maneira, um pesquisador que deseja utilizar esta técnica deve começar identificando a natureza do item e suas características; construir itens condizentes com as definições do traço latente, de forma a buscar cobri-lo ao máximo em suas dimensões; deve ainda observar o tipo de resposta que será emitida e se existirá escala de resposta. A partir disso, poderá decidir pelo modelo mais adequado às características dos itens e então estimar os parâmetros dos mesmos, assim como verificar o nível de habilidade (teta) e por fim analisar os resultados obtidos (ARAÚJO; ANDRADE; BORTOLOTTI, 2009).

Ao se construir um instrumento psicológico, o uso da TRI proporciona uma análise de refinamento no tratamento dos itens, elevando-se o nível de qualidade psicométrica, uma vez que elenca apenas os itens com parâmetros aceitáveis para este método. Dessa maneira, o uso da TRI no presente estudo se mostra como diferencial em relação às publicações já vistas nesta área, visto que se trata de uma técnica, como já apontado, cada vez mais em destaque na construção de instrumentos; porém se tratando ainda de algo não realizado antes com o construto Depressão Infantil. Além disso, o instrumento proposto no decorrer da presente dissertação mostra-se amplo, composto por itens que compreendem os critérios diagnósticos indicados pelo DSM-5; e uma escala de resposta de cinco pontos, a qual possibilita uma captação mais próxima da realidade das respostas que as crianças gostariam de fornecer.

Ressalta-se assim a importância da construção de novos instrumentos capazes de rastrear sintomas depressivos, principalmente em crianças, de forma eficaz, simplificada e com linguagem adequada a este público. É preciso, para além disso, que tais instrumentos

apresentem as qualidades psicométricas cada vez mais refinadas e adequadas para esta finalidade. Buscou-se, portanto, com a presente pesquisa, contribuir para o enriquecimento de informações e formas de avaliação acerca da depressão infantil e então proporcionar melhoria na condição de vida de crianças e, em consequência, de todos que as cercam.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Elaborar e obter evidências de validade de um Inventário para avaliação de Depressão em Crianças.

2.2 ESPECÍFICOS

- Analisar a estrutura fatorial do Inventário de Depressão Infantil (IDI) e suas dimensões significativas;
- Obter evidências de validade preditiva do IDI;
- Verificar as características psicométricas dos itens do IDI;
- Utilizar o teta (habilidade) dos sujeitos como modelo de decisão sobre o transtorno depressivo;
- Identificar o perfil das crianças que apresentaram forte presença do sintoma.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 CONTEXTO HISTÓRICO

Antes de aprofundar o conceito da Depressão, especialmente acometida na infância - tema central deste estudo -, é relevante ressaltar bases teóricas primitivas que suscitaram o estudo sistemático de aspectos patológicos do comportamento humano.

O estudo do comportamento foi explorado pela teoria do Behaviorismo, cujo principal representante foi Skinner. Este se dedicou a investigar o comportamento em sua relação com o meio, sendo estes conceitos basilares para a referida teoria. Entretanto, tais conceitos são considerados abrangentes demais para delimitar um estudo sistemático na análise do comportamento, de forma que a ciência psicológica desta corrente de pensamento passou a adotar os conceitos de “estímulo” e “resposta” (Teoria S-R). Com isso, o ser humano começa a ser analisado como sendo resultado de um processo de aprendizagem iniciado desde a infância. O indivíduo é visto como produto das relações estabelecidas entre seu comportamento (resposta) e o meio (estímulo), no decorrer de sua vida (MIZUKAMI, 1986).

Em suas pesquisas, Bussab (1990) verificou uma consonância entre os estudos sobre desenvolvimento infantil: a compreensão de que o ser humano possui uma inerente predisposição a firmar seu desenvolvimento por meio da interação social e os vínculos que estabelecem no decorrer deste desenvolvimento. Segundo ele, a criança nasce com uma predisposição a se relacionar socialmente, de forma que constrói, aos poucos, ligações afetivas e simultaneamente explora seu contexto ambiental, sendo naturalmente disposta ao compartilhamento e à empatia.

Os primeiros esforços para investigar a depressão infantil são datados desde o início do século XIX. As primeiras formas de conceituação, entretanto, foram veementemente pautadas na visão psicanalítica de entender o processamento psicodinâmico do indivíduo que apresentava sintomas de depressão (CRUVINEL; BORUCHOVITCH, 2003). Segundo o levantamento conceitual feito por estes mesmos autores, o termo depressão foi descrito por Abraham, em 1912, como a perda de um objeto amado, acarretando sentimentos de culpa e melancolia. Freud, em 1914, enfatizara ainda a existência de sentimentos ambivalentes quanto à perda deste objeto amado. Já na visão de Melaine Klein, em 1975, o evento depressivo ocorre na infância como uma fase normal de seu desenvolvimento, sendo característico em crianças no entorno dos seis meses de vida e por meio do qual elas conseguem alcançar o reconhecimento holístico do objeto, e não mais parcial. No que concerne à visão psiquiátrica,

a depressão infantil sempre foi desacreditada, começando a ganhar espaço apenas em meados da década de 60.

Estudos como o de Rutter, Tizard e Whitmore (1970) começaram a indicar prevalências da depressão infantil em 1% numa amostra de crianças de até 10 anos de idade. Seguidamente, o IV Congresso de União Europeia de Psiquiatras da Infância, em Estocolmo, 1971, foi um marco de relevância para esta área de pesquisa, pois já se apontava a depressão como um transtorno com manifestações específicas em crianças (ANNELL, 1972). Já pelo Instituto Nacional de Saúde Mental dos EUA (NIMH), a depressão infantil e em adolescentes foi oficialmente reconhecida no ano de 1975 (BAHLS, 2002). Tais marcos foram impulsionadores para consolidar o reconhecimento do quadro depressivo infantil, evidenciado com a elaboração de critérios diagnósticos para o transtorno depressivo infantil e adolescente. Mas, apenas em meados do ano de 1980 que oficialmente os critérios diagnósticos para depressão direcionados a crianças e adolescentes foram acrescidos ao DSM-III (Manual Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais, terceira versão) (MILLER, 2003).

Mesmo com o reconhecimento da forma de manifestação depressiva em crianças, a depressão infantil era avaliada com critérios diagnósticos correspondentes àqueles utilizados em adolescentes e adultos. O DSM-IV designa que os sintomas essenciais de um Episódio Depressivo Maior aparecem igualmente em crianças e adolescentes, de forma considerar os mesmos critérios utilizados para diagnosticar crianças, adolescentes e adultos. Entretanto, um diferencial lançado pelo mesmo manual foi o reconhecimento de que as formas sintomatológicas do transtorno podem aparecer conforme eventos característicos de cada fase: infância e adolescência (CRUVINEL; BORUCHOVITCH, 2009).

Com o advento de novas pesquisas, passou-se a observar que crianças pequenas as quais não manifestavam sintomas depressivos característicos daqueles em adultos também poderiam estar acometidas com o transtorno. Apresentavam, entretanto, manifestações próprias da subjetividade de cada criança. Dessa forma, os traços e sintomas mais enraizados no conceito habitual de depressão podem ocorrer de maneiras mais típicas do mundo infantil, como perda do interesse por brincar e queda no rendimento escolar (WOO, 2003). Além dos já citados, outros sinais podem ser observados, como: “queixas somáticas; fobia escolar; cansaço matinal; aumento da sensibilidade (irritação ou choro fácil); pessimismo; enurese e encoprese; e condutas antissociais” (SILVARES, 1991). Sobre estes últimos sinais que podem ser observados, Abramovitch e Aragão (2011) indicam que estas formas depressivas são apontadas por alguns autores como sintomas “mascarados” ou que se manifestam indiretamente mediante outros comportamentos ou síndromes, os chamados “equivalentes

comportamentais”. Com isso, a depressão tem grandes chances de ser confundida com outros transtornos, tais como o de Déficit de Atenção e/ou Hiperatividade (TDAH); transtorno de aprendizagem; e transtorno de conduta.

Apesar da escassa literatura e recente reconhecimento dos critérios diagnósticos pelo DSM, Toolan (1962 apud BRASIL, 1996) relacionou os sintomas depressivos em função das diferentes fases do desenvolvimento e aponta possíveis formas de manifestação do transtorno na vivência da infância e da adolescência: enquanto na criança de tenra idade prevaleciam disfunções no sono e alimentação, cólicas, choro e balanços de cabeça; na criança com idade mais elevada seria comum o isolamento, apatia e comportamento regredido; já na criança bem crescida, são mais recorrentes os problemas comportamentais em vez dos sentimentos depressivos, tais quais: acessos de raiva, desobediência, vadiagem, fuga de casa, tendência a acidentes, agressividade, comportamento provocativo e autopunitivo.

A transição de sintomas no decorrer das idades acontece em função dos aspectos genéticos na formação da personalidade do indivíduo, dos processos psicodinâmicos e das relações psicológicas singulares vividas por cada um, abarcados pelo sofrimento real ou imaginário do evento traumático. Na fase infantil, o comportamento e aspectos biológicos podem facilmente existir no lugar dos processos mentais, ficando clara a transformação sintomatológica do transtorno depressivo no aperfeiçoamento da verbalização, em que os problemas de comportamento são mais evidentes (AVANCI; ASSIS; PESCE, 2008). Dessa maneira, ao se aproximar a fase da adolescência, o quadro clínico também passa por uma transição, chegando cada vez mais próximo daquele percebido na fase adulta (APA, 2014).

3.2 TRANSTORNOS DEPRESSIVOS

No que concerne ao fator psicopatológico acerca das síndromes depressivas, sobre estas incidem preponderantemente os sintomas de humor triste e o desânimo, podendo ainda incidir uma diversidade de outros tantos: afetivos; instintivos e neurovegetativos; ideativos e cognitivos; relativos à autoavaliação, à vontade e à psicomotricidade. A depender da forma de manifestação do transtorno, podem surgir ainda sintomas psicóticos (delírios e/ou alucinações), uma considerável alteração psicomotora e outros fenômenos biológicos relacionados (DALGALARRONDO, 2008).

Os transtornos depressivos podem se manifestar de diversas formas, sendo elas: transtorno disruptivo da desregulação do humor; transtorno depressivo maior (incluindo episódio depressivo maior); transtorno depressivo persistente (distímia); transtorno disfórico

pré-menstrual; transtorno depressivo induzido por substância/medicamento; transtorno depressivo devido à outra condição médica; outro transtorno depressivo especificado; e transtorno depressivo não especificado (APA, 2014).

Vale ressaltar uma diferenciação trazida pelo DSM-5 quanto à união dos conceitos de episódio depressivo maior e transtorno depressivo maior, anteriormente visto pelo DSM-IV como conceitos distintos. Com isso, agora o episódio é um componente do transtorno depressivo maior, de maneira que passou a ser possível fazer seu diagnóstico, mesmo com a ocorrência de um único episódio (APA, 2014).

3.3 CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

Conforme as classificações atualizadas e reconhecidas pela área da saúde - a Classificação Internacional de Doenças (CID) e o *Diagnostic Medical Statistic* (DSM) -, a depressão na infância apresenta-se com sintomas semelhantes àqueles na fase adulta, ressalvadas algumas diferenças, tais como: humor irritável (em vez de deprimido), perda ou redução pela vontade de realizar atividades típicas do mundo infantil e sentimentos de desvalia em relação a si mesmo.

Os critérios diagnósticos para o transtorno depressivo são designados para diferentes fases da vida, havendo algumas diferenças típicas quando ocorre em crianças. O construto depressão que se pretendeu averiguar no presente estudo foi aquele cujos sintomas estão associados ao Transtorno Depressivo Maior, condição mais comum dentre esse grupo de transtornos. Segundo o DSM-5 (APA, 2014), tal transtorno caracteriza-se pela ocorrência de diferentes episódios depressivos maiores no período mínimo de duas semanas de duração (mas, comumente aparece por um tempo expressivamente maior). Neste período, deve haver sintomatologias características, como, por exemplo, alterações nítidas no afeto, na cognição, em funções neurovegetativas, e remissões interepisódicas.

Além dessas características, o quadro depressivo em crianças também pode alterar o curso natural de seu desenvolvimento sadio. Muitas vezes a depressão promove a perda de habilidades e da maturação de comportamentos já alcançados pela criança. Ela passa a apresentar condutas regressivas, não condizentes com sua idade (CASTRO, 2003). O transtorno não só pode interferir no desenvolvimento natural da criança, como também, se não for tratado adequadamente, pode se tornar recorrente na vida da criança e do futuro adulto (ROSSELÓ; MARTINEZ, 1997).

Apesar de a Depressão Infantil vir crescendo com novas pesquisas e novas contribuições no sentido de designá-la como uma patologia que interfere no desenvolvimento da criança, tal entendimento não é consensual entre os estudiosos da área. Os critérios diagnósticos que caracterizam o transtorno não são entendidos da mesma forma. Outro ponto controverso diz respeito à prevalência dos sintomas depressivos, tendo em vista que os índices são bastante inconstantes, fato que vem sendo entendido como consequência de uma diversidade da população avaliada; também pelas metodologias distintas utilizadas, especialmente devido à divergência dos critérios que caracterizam o transtorno depressivo; e pela carência de uma padronização no diagnóstico do transtorno (BAPTISTA; BAPTISTA; DIAS, 2001).

Diante disso, apesar da gravidade, a manifestação dos sintomas depressivos na fase infantil pode, muitas vezes, não ser notada ou não ser dada a devida atenção, podendo ainda ser mal interpretada como uma fase no temperamento reservado e difícil da criança. Não raras as vezes, os infantes e adolescentes são censurados e repreendidos devido a seus supostos “problemas de comportamento” (CURATOLO; BRASIL, 2005), quando na verdade estão precisando de compreensão e ajuda.

Dessa forma, é necessário fazer uma clara distinção entre um Episódio Depressivo Maior e formas variadas de manifestação de desânimo de apatia. É comum o indivíduo ter em seu cotidiano experiências com sentimentos de grandes alegrias (júbilo) e grandes tristezas, o que não necessariamente se caracteriza como depressão. O sentimento de tristeza pode surgir em resposta a diversos fatores no curso natural da vida, como perdas, derrotas, desengano, trauma ou catástrofe. Este sentimento pode ser considerado como uma reação positiva do aparelho psíquico, uma vez que possibilita a percepção de uma situação ofensiva ou desagradável da qual é preciso afastar-se. O sentimento de tristeza desencadeado por tais situações não costuma desenvolver-se até ser caracterizado como um transtorno depressivo persistente e incapacitante, a não ser que o indivíduo já possuísse alguma predisposição de ser acometido por perturbações do humor (APA, 2014).

Conforme consta no Manual Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais DSM-5 (2014, p. 162-163), a depressão tem aspectos específicos de identificação:

A característica essencial de um Episódio Depressivo Maior é um período mínimo de 2 semanas, durante as quais há um humor deprimido ou perda de interesse ou prazer por quase todas as atividades (Critério A). Em crianças e adolescentes, o humor pode ser irritável ao invés de triste. O indivíduo também deve experimentar pelo menos quatro sintomas adicionais, extraídos de uma lista que inclui: alterações no apetite ou peso,

sono e atividade psicomotora; diminuição da energia; sentimentos de desvalia ou culpa; dificuldades para pensar, concentrar-se ou tomar decisões, ou pensamentos recorrentes sobre morte ou ideação suicida, planos ou tentativas de suicídio.

Os critérios diagnósticos do DSM-5, utilizados nesta pesquisa, é apresentado no quadro a seguir:

Quadro 1 - Critérios diagnósticos do transtorno depressivo maior (DSM-5)

Critério	Definição
A	Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de duas semanas e representam uma mudança em relação ao funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda de interesse ou prazer.
A1	Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, conforme indicado por relato subjetivo (p. ex., sente-se triste, vazio, sem esperança) ou por observação feita por outras pessoas (p. ex., parece choroso). (Nota: Em crianças e adolescentes, pode ser humor irritável.)
A2	Acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (indicada por relato subjetivo ou observação feita por outras pessoas).
A3	Perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta (p. ex., uma alteração de mais de 5% do peso corporal em um mês), ou redução ou aumento do apetite quase todos os dias. (Nota: Em crianças, considerar o insucesso em obter o ganho de peso esperado.)
A4	Insônia ou hipersonia quase todos os dias.
A5	Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observáveis por outras pessoas, não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento).
A6	Fadiga ou perda de energia quase todos os dias.
A7	Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada (que podem ser delirantes) quase todos os dias (não meramente autorrecreinação ou culpa por estar doente).
A8	Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outras pessoas).
A9	Pensamentos recorrentes de morte (não somente medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, uma tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.
B	Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
C	O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica.
D	A ocorrência do episódio depressivo maior não é mais bem explicada por transtorno esquizoafetivo, esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme, transtorno delirante, outro transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico especificado ou transtorno da esquizofrenia e outro transtorno psicótico não especificado.
E	Nunca houve um episódio maníaco ou um episódio hipomaníaco.

Para a realização do diagnóstico clínico, necessariamente é preciso que estejam presentes ao menos um dos seguintes sintomas descritos no DSM-5: humor deprimido ou irritável; ou a diminuição de interesse ou prazer nas atividades diárias. Ademais, os sintomas observados ou descritos devem ser causadores de sofrimento psíquico significativo, acarretando disfunções em outros aspectos da vida da criança, como a socialização e a afetividade. É importante estar atento para o fato de que tais sintomas não sejam motivados por uso de drogas ou devido a outras condições médicas, nem devido a um luto vivenciado pela perda de um ente querido (AVANCI; ASSIS; PESCE, 2008).

Um diagnóstico eficaz e confiável requer necessariamente a investigação mais profunda da patologia e a origem dos sintomas, assim como um maior conhecimento sobre o contexto no qual estes são vivenciados - especialmente situações que envolvem abuso. Faz-se necessário ainda que se realizem diagnósticos diferenciais com outros transtornos, tais quais: o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), transtornos de conduta, transtorno afetivo bipolar e transtornos de ansiedade (SUS/SC, 2015). Especialmente os transtornos afetivos estão mais propensos a estar associados aos transtornos depressivos. Conforme estudo de revisão realizado por Vianna, Campos e Landeira-Fernandez (2009), constatou-se que cerca de 33% dos estudos com amostras clínicas de transtornos ansiosos tenham associação com transtornos depressivos. Além disso, o mesmo estudo concluiu que, quando não devidamente tratados, os transtornos ansiosos na infância transformam-se principalmente em transtornos depressivos na fase adulta (VIANNA; CAMPOS; LANDEIRA-FERNANDEZ, 2009). Segundo outro estudo de revisão literária realizado por Thiengo, Cavalcante e Lovisi (2013), no qual analisaram estudos de prevalências de transtornos mentais, aqueles mais prevalentes nos resultados encontrados foi a depressão, imediatamente seguida pelos transtornos de ansiedade e TDAH.

Há ainda uma forma mais persistente, crônica e, por isso, com maior gravidade dos sintomas depressivos. É o caso do Transtorno depressivo persistente ou distímia. Sua manifestação sintomatológica é semelhante à do transtorno depressivo maior, diferenciando-se essencialmente pela persistência, cronicidade e gravidade dos sintomas. Assim, para um indivíduo ser diagnosticado com esse transtorno deve apresentar uma perturbação do humor contínua por pelo menos dois anos em adultos e um ano em crianças (APA, 2014).

3.4 SINTOMAS DEPRESSIVOS ASSOCIADOS A OUTRAS CONDIÇÕES

O diagnóstico de doenças clínicas traz consigo comorbidades, associando-se entre elas a depressão. O que torna o caso clínico ainda mais grave e de difícil tratamento, piorando tanto a patologia inicialmente diagnosticada quanto o quadro psiquiátrico. É comum haver um distanciamento das orientações terapêuticas e aumento da morbidade e mortalidade. Neste cenário, o transtorno depressivo é comumente subdiagnosticado e, ainda que tenha um diagnóstico coerente, é, muitas vezes, subtratado. Assim, é consensual que a depressão agrava os mais variados fatores atrelados à saúde em pacientes clínicos. Ademais, fatores como, por exemplo, sintomas desproporcionais àqueles previstos no quadro clínico e o aparecimento dos sintomas depressivos em meio à patologia clínica pode facilitar os erros no diagnóstico do transtorno depressivo (TENG; HUMES; DEMETRIO, 2005).

Quando as comorbidades ou sintomatologias incluem a depressão, apresentam uma dificuldade maior em serem diagnosticadas, especialmente por se relacionarem como causa ou efeito da depressão na infância. A inferência que se vem sendo feita por estudiosos é a que crianças e adolescentes que apresentam o transtorno depressivo trazem associados um quadro clínico grave e crônico - também presente em outros tipos de transtornos (BAHLS, 2002). Sobre isso, Castro (2003) relata em seus estudos que crianças com quadro clínico de doenças crônicas tendem a apresentar também um quadro depressivo. Estes casos vão estar diretamente atrelados aos danos físicos associados, à gravidade da situação e à forma que a família vai lidar com a doença. Grote e Frank (2003) acrescentam que a psicoterapia pode ter uma contribuição fundamental quanto aos contextos psicossociais singulares vivenciados pelos pacientes nas comorbidades associadas à depressão de difícil tratamento.

3.5 CONSTRUÇÃO DE ESCALAS PSICOMÉTRICAS

Não é por acaso que os psicólogos são os únicos profissionais que detém permissão de uso para os testes psicológicos. Estes são instrumentos que requerem técnicas e conhecimentos específicos em avaliação psicológica para serem construídos e utilizados. Para tanto, estes instrumentos necessariamente devem apresentar evidências psicométricas satisfatórias de padronização, validade e fidedignidade (ANASTASI; URBINA, 2000).

Esta seção irá delinear os processos na construção de um instrumento psicométrico, correspondendo a um dos objetivos da referida pesquisa, a qual se orientou na descrição das

etapas para elaboração de escalas psicométricas conforme Pasquali (1999; 2010), com contribuições de outros autores importantes da área.

A primeira etapa é formada pelos “Procedimentos Teóricos”. Tais procedimentos se iniciam na escolha de um sistema psicológico que se pretenda avaliar - neste caso, o transtorno depressivo em crianças. Esta etapa abrange o delineamento dimensional dos atributos do construto estudado. Ou seja, uma vez que o construto psicológico não pode ser diretamente mensurado, isto é feito por meio de seus atributos ou características observáveis, referidos como objeto imediato de interesse. No caso da Depressão Infantil, a escolha dos atributos foi determinada pelas indicações da literatura do DSM-5. Neste polo teórico também estão inclusas as definições constitutiva e operacional. São designadas as categorias de comportamentos correspondentes ao construto, seguido da operacionalização do mesmo em itens (PASQUALI, 1999; REPPOLD, 2005; ANDRADE, 2010).

A definição constitutiva diz respeito à definição de teoria, de acordo com o âmbito semântico. É um passo fundamental para dar continuidade aos demais, uma vez que uma definição bem delimitada e objetiva do construto é de suma importância. Esta etapa de apropriação teórica sobre o traço latente é imprescindível e necessita ser realizada antes da construção dos itens, pois fornecerá suporte conceitual para nortear tal procedimento. Seguido a isso, faz-se uma definição operacional do objeto psicológico averiguado, o qual é transformado em amostras de comportamentos, estes sim podem ser medidos e diretamente observados (REPPOLD, 2005; REPPOLD; GURGEL; HUTZ, 2014).

Os itens elaborados devem apresentar algumas características fundamentais que os qualifiquem para alcançar seu objetivo de mensurar o construto. Segundo Pasquali (2010), essas características incluem: itens com possibilidade de resposta; devem conter uma única ideia para que as respostas possam ser dadas a cada uma delas; devem ser claros e objetivos, de modo a poderem ser compreendidos pelo estrato da população-alvo com menor nível educacional; deve ainda ter variabilidade para que o respondente não se acostume à leitura e responda automaticamente ou fadiga. Além disso, para que um conjunto de itens avalie um traço latente específico, ele deve ser capaz de medi-lo e tê-lo como principal referência, sendo capaz de abranger este traço de forma ampla.

Outro ponto importante sugerido por Pasquali (2003) é que a estrutura de itens deve apresentar itens fáceis, que encorajem o participante a continuar a pesquisa; itens medianos e itens difíceis, os quais possam discriminar as diferentes magnitudes na mensuração do traço latente. Deve-se considerar ainda que itens muito fáceis e muito difíceis não enriquecem em informações, pois se o respondente acerta ou erra todas as questões (ou marca apenas um

ponto na escala, quando for possível) não haverá contribuição de informação em relação ao construto averiguado.

Findado os procedimentos do polo teórico, parte-se para a etapa dos procedimentos empíricos. Entretanto, antes de partir para as aplicações de fato, o conjunto de itens deve passar por uma verificação de evidências de validade, especificamente a de conteúdo, realizado por juízes especialistas e análise semântica; a fim de constatar se eles de fato investigam aquilo que se propuseram. Verifica-se a capacidade dos itens para o alcance teórico em relação ao construto e se existe algum fator super ou subvalorizado no instrumento, tendo em vista evitar tal viés (PASQUALI, 1999). A partir de então começa de fato a etapa dos procedimentos empíricos, os quais abarcam desde o delineamento de estratégias até a aplicação do instrumento. Para esta etapa, o pesquisador ou o conjunto deles, deve estar bem preparado, para que a coleta seja a mais neutra e padronizada quanto possível, evitando vieses de aplicação que interfira nos resultados (REPPOLD; GURGEL; HUTZ, 2014).

A terceira e última etapa é o polo analítico e corresponde às análises estatísticas e psicométricas realizadas no conjunto de dados para o alcance dos objetivos iniciais. Inicialmente verificam-se as características e adequação dos dados para proceder-se às demais análises (PASQUALI, 1999). Testa-se a priori as evidências de validade, um procedimento delicado devido às diversas formas de classificação apontadas na literatura psicométrica. A validade envolve: evidências de validade relativas ao conteúdo ou domínio; as evidências designadas nas correlações com variáveis externas; aquelas que se referem à estrutura interna; e as pautadas no processo de resposta. As classificações ainda se subdividem e por esse motivo as evidências de validade são de difícil verificação (NUNES; PRIMI, 2010). Porém não raras as vezes, assume-se por validade, a validade relativa ao conteúdo, verificando-se se o instrumento mede aquilo que se propõe medir por meio da análise dos fatores (PASQUALI, 2009).

Outra evidência psicométrica que se deve verificar inicialmente é a consistência interna, o que pode ser feito por meio de diversas técnicas a depender das características dos itens: Kuder-Richardson, apropriado quando os itens são dicotômicos, é o mais comumente utilizado; e alpha de Cronbach, o mais frequente para itens politômicos. Para averiguar a homogeneidade semântica dos itens e em que medida eles estão correlacionados, há ainda técnica pela divisão do teste em duas metades e se realiza uma correlação entre ambas (ANASTASI; URBINA, 2000). A fidedignidade pode ainda ser verificada na sua estabilidade com decorrer do tempo, também chamada “teste-reteste”. O nome da técnica já sugere como

ela é realizada. O teste é aplicado em dois momentos distintos e os resultados são comparados mediante correlação, com o intuito de verificar se não apresentam flutuações significativas. Um aspecto negativo neste procedimento é que se o tempo for muito curto, pode causar a lembrança das respostas e enviesá-las; caso seja muito longo, pode não haver as mesmas condições para a reaplicação do teste. Um aspecto positivo, além da possibilidade de verificar a estabilidade ao longo do tempo, é de poder generalizar os resultados (NUNES; PRIMI, 2010).

Além das técnicas da Teoria Clássica, há ainda a possibilidade de aprimorar a qualidade dos itens com análises de refinamento dos mesmos por meio das técnicas da Teoria de Resposta ao Item. Nesta etapa é possível investigar os parâmetros dos itens: dificuldade relativa à magnitude do traço latente necessário para que o respondente acerte ou erre o item; e a discriminação, o qual designa a capacidade que um item possui para distinguir os sujeitos em seus diferentes níveis de magnitude do traço latente (PASQUALI, 1999).

3.6 ESCALAS E ESTUDOS SOBRE TRANSTORNO DEPRESSIVO INFANTIL

Mesmo sendo a Depressão considerada por muitos como a doença do século XXI e vir ganhando espaço com o reconhecimento de uma doença não exclusiva em adultos, a depressão na infância como fenômeno singular ainda é pouco explorada, se levado em conta sua relevância. A partir da década de 1970, surgiram os primeiros instrumentos de avaliação objetiva para depressão na infância, com a publicação da *Children Depression Inventory* (CDI) e do *Children's Depression Scale* (CDS) – desenvolvida por Lang e Tischer em 1978, tendo sido desenvolvida ainda uma escala reduzida (CDS-R) por Poznanski, em 1984. Esta consiste em uma entrevista semiestruturada composta por 18 itens, com fins para uso específico de diagnóstico (BARBOSA; LUCENA, 1995; SIGOLO, 2008). Existe ainda o instrumento RCDS (*Reynolds Child Depression Scale*) ou Escala de Depressão para Crianças de Reynolds em 1989 (PEREIRA, 2007).

Ainda que tenham sido criados instrumentos de avaliação para o referido transtorno, é possível surgir inconsistências que devem ser consideradas, a exemplos da não preocupação em adequar a linguagem do teste ao público-alvo; de muitas vezes os itens serem reduzidos a apenas um sintoma, em detrimento dos demais, considerados pouco importantes para o diagnóstico; e ainda da inconsistência de construir um instrumento designado para avaliar depressão em crianças e não incluir itens especificamente referentes à sintomatologia infantil

(BARBOSA; LUCENA, 1995). Ainda segundo estes autores, tais inconsistências podem ser encontradas tanto no CDI, como no CDS-R.

O inventário de depressão Infantil (CDI) merece ser melhor detalhado, tendo em vista que trata-se de um dos instrumentos mais utilizados para rastrear sintomas do transtorno depressivo em crianças. É um instrumento de autorrelato, inicialmente proposto por Kovacs (1983, 1992), nos EUA, o qual partiu de uma adaptação do Inventário de Depressão de Beck (BDI) para adultos. Este instrumento foi pensado com o propósito de averiguar sintomas depressivos em crianças na faixa etária entre 7 e 17 anos, não tendo a finalidade de proporcionar diagnósticos clínicos de fato. Originalmente, o CDI é uma medida de estrutura unifatorial, formado por 27 itens, abarcando sintomas afetivos, cognitivos, somáticos e de conduta (GOMES et al., 2013). Nele, para emitirem as respostas, os sujeitos utilizam uma escala de resposta de três pontos: 0 (ausência de sintomas), 1 (presença de sintomas) e 2 (gravidade dos sintomas) (COUTINHO et al., 2008).

Para o Brasil, o CDI também é um dos mais utilizados quando se trata de pesquisa com depressão infantil. Inicialmente, foi adaptado para tal população por Gouveia et al. (1995). Nesta versão, o instrumento é composto por 20 itens, com ponto de corte em 17 pontos. Segundo os autores, apresenta adequação de evidências psicométricas na avaliação do construto (CRUVINEL; BORUCHOVITCH; SANTOS, 2008).

Outro estudo para o contexto brasileiro foi o realizado por Amaral e Barbosa (1990), que propuseram um instrumento para avaliar a depressão infantil, em princípio analisado mediante um estudo piloto e aplicado em uma população de crianças vítimas de queimadura. A escala final é composta por 27 itens para autoavaliação de reações fisiológicas, comportamentais e afetivo-emocionais. Além desta, Pereira e Amaral (2004) desenvolveram uma Escala de Avaliação de Depressão para Crianças e submeteram-na a diversas modificações, de modo que ao final foi composta de 24 itens que avaliam a sintomatologia depressiva dividida em quatro fatores: afeto disfórico, afetiva-emocional com conteúdo de ansiedade, fisiológica-autônômica e cognitiva com conteúdo de autoestima (PEREIRA; AMARAL, 2007).

Os instrumentos legalmente utilizados por profissionais devidamente competentes para o uso devem ser aprovados pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP). Em consulta ao Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos – SATEPSI (CFP, 2016), na seção que trata de testes psicológicos, foi encontrado apenas o teste intitulado “Escala de Depressão para Crianças”, cujos autores Pereira e Amaral submeteram o mesmo no ano de 2008. No endereço eletrônico do CFP consta que o instrumento ainda está em processo de avaliação.

Sobre os aspectos epidemiológicos e sintomáticos, Schwan e Ramires (2011) constataram neste cenário que a depressão infantil é um quadro cada vez mais crescente, ocorrendo cada vez mais precocemente. Destacam que, apesar de vir sendo reconhecida como uma patologia e ser verificada como uma das queixas mais recorrentes na prática clínica, ainda é baixo o número de diagnósticos realizados. Consequentemente, os pacientes não recebem o devido tratamento.

Os estudos acerca desta temática são ainda limitados. Segundo uma pesquisa realizada por Cruvinel e Boruchovitch (2003), a epidemiologia referente à incidência de depressão em crianças apresenta-se em números bastante flutuantes, tanto no Brasil quanto no contexto internacional. Não obstante, é sabido que esta demanda é real. O que se confirma por meio de diversos índices apontados por autores como Hallak (2001) e Curatolo (2001), que investigaram escolares entre 7 e 12 anos. O primeiro constatou um índice de 21,1% de sintomatologia depressiva dentre os estudantes; e o segundo obteve que, quando avaliada pelo Inventário de Depressão Infantil (CDI), 6% de sua amostra apresentava tal característica e 3% quando avaliado pela Escala de Sintomatologia Depressiva para professores (ESDM) - instrumento de 22 itens respondidos por meio de uma escala tipo *Likert* variando de um a três. Em uma faixa etária um pouco mais abrangente, Barbosa e Gaião (2001) investigaram crianças e adolescentes de 07 a 17 anos do interior da Paraíba e encontraram uma prevalência de depressão consideravelmente expressiva (22%).

Outro levantamento realizado mais recentemente, por Thiengo, Cavalcante e Lovisi (2013) aponta em seus resultados que os índices de prevalências para depressão, no contexto nacional e internacional, variaram entre 0,6% e 30%. Neste mesmo estudo, foram apontadas também prevalências para ansiedade (3,3% a 32,3%), transtorno de déficit de atenção e hiperatividade - TDAH (0,9% a 19%). Verificou-se que os instrumentos utilizados nos estudos analisados foram variados, sobressaindo-se, especialmente nos estudos internacionais, aqueles que se pautam nos critérios diagnósticos descritos no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV): Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA) e o Composite International Diagnostic Interview (CIDI).

É importante ressaltar que os instrumentos utilizados nas pesquisas acima apontadas foram de rastreio de sintomas, não tendo finalidade de emitir diagnósticos. Além disso, a população investigada foi predominantemente de escolares com professores que apontavam indícios da sintomatologia depressiva na criança com a qual convivia. Por não se tratarem de pesquisas diretamente realizadas com amostra clínica (aquelas cujos responsáveis procuraram

ajuda profissional), os índices podem se apresentar de uma forma não condizente com a realidade das crianças que de fato sofrem e são diagnosticadas com sintomas depressivos.

Além disso, como pode ser observado por meio desses dados, a incidência do Transtorno de Depressão Infantil vem sendo de fato investigada por alguns autores. Entretanto, vale ressaltar que, como os resultados acima delineados apresentaram uma ampla variabilidade, devem-se considerar as distintas regiões onde os estudos foram realizados e consequentemente a diversidade da população avaliada. Diante disso, pode-se inferir que uma questão emergente nesta temática esteja na expressiva divergência nos critérios de avaliação, em função da carência de mais estudos na área e ausência de um instrumento válido e legal elaborado para o contexto brasileiro que possa fornecer dados mais homogêneos e convergentes, possibilitando a facilitação do diagnóstico. Tais estudos são de suma importância para a detecção cada vez mais precoce e intervenções de caráter preventivo.

Diante do que foi pesquisado na literatura da área, é inegável que vários autores (BARBOSA; GAIÃO, 2001; CURATOLO, 2001; GOUVEIA et al., 1995; CRUVINEL; BORUCHOVITCH, 2008; HALLAK, 2001) vêm cada vez mais explorando tal temática, na tentativa de contribuir para construir um arcabouço teórico-técnico mais abrangente. Entretanto, em sua maioria, este trabalho vem sendo feito na direção de adaptação de instrumentos estrangeiros para o uso na população brasileira. Levando em consideração a influência dos fatores ambientais, culturais, regionais e econômicos, faz-se extremamente necessária a elaboração de um instrumento para investigar a Depressão Infantil em crianças brasileiras (PEREIRA, 2002). É relevante esclarecer que tais instrumentos de medida destinados ao rastreio sintomatológico não devem ser utilizados isoladamente, de forma a pretender, por si, concluir o diagnóstico de depressão, e sim, caracterizar o grau da magnitude dos sintomas depressivos, juntamente com outros dados relevantes para o processo avaliativo (PEREIRA, 2007).

4 MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo contou com a parceria do Grupo de Pesquisa em Avaliação e Medidas Psicológicas (GPAMP) do Departamento de Psicologia, na Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Alguns de seus membros auxiliaram na coleta e análise dos dados.

A seguir será exposto o delineamento do estudo e a metodologia utilizada para o alcance dos objetivos aqui pretendidos. Nas subseções deste tópico, serão abordados o tipo de estudo, descrição das análises estatísticas realizadas, amostra, critérios, instrumentos, aspectos éticos e as etapas para elaboração da medida.

4.1 TIPO DE ESTUDO

A pesquisa realizada foi do tipo exploratória, com análise dos dados de abordagem quantitativa, embasada na Teoria Clássica dos Testes e na Teoria de Resposta ao Item para construção e validação de um instrumento que avalia o construto Depressão Infantil.

4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população alvo deste estudo foi constituída por dois tipos de amostras: 57 crianças com expressa demanda clínica de psicoterapia e 154 crianças sem a indicação desta demanda, ambas com faixa etária de 7 a 10 anos. Esta foi uma amostra coletada por conveniência e, para o alcance da mesma, contou-se com a colaboração de três escolas do Ensino Fundamental II da cidade de João Pessoa-PB e do Centro de Atendimento Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi) que abrange a cidade.

É importante ressaltar que, para a amostra com demanda clínica, fizeram parte todas as crianças que apontaram no questionário serem usuárias de algum serviço psicológico regularmente no período do último ano. Desta forma, compuseram esta amostra as crianças pesquisadas no âmbito do CAPS Infantil e aquelas que foram buscadas nas escolas e indicaram frequentar serviço psicológico.

No estudo final, fizeram parte desta pesquisa 211 crianças. Vale destacar que a pesquisa com crianças tem processo dificultado devido a etapas adicionais, como a permissão dos responsáveis. Para o desenvolvimento da pesquisa no âmbito escolar, além do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (para pais e responsáveis) que detalhava a pesquisa, foi

elaborado também um comunicado solicitando a colaboração deles e explicando resumidamente do que se tratava a pesquisa. Entretanto, vários foram os casos em que os responsáveis (ou um deles) impediram a participação das crianças justificando, por intermédio do(a) professor(a), com discursos que demonstravam preconceitos enraizados ou falta de maiores informações sobre as contribuições e benefícios da pesquisa científica. Segundo estudo realizado por Stelko-Pereira, Williams e Bem (2012), um dos maiores desafios encontrados pelos pesquisadores em escolas é a busca pela autorização dos pais/responsáveis.

4.2.1 Processo para coleta dos dados

Durante a construção do projeto de pesquisa, as instituições-alvo dos objetivos deste estudo eram as escolas e clínicas de atendimento psicoterápico, especialmente a clínica escola de Psicologia da UFPB. Entretanto, as clínicas procuradas demonstraram certa resistência em colaborar com a pesquisa, à exceção da clínica escola de Psicologia da UFPB, que se mostrou bastante solícita, por meio da coordenação da mesma. Entretanto, havia um período de recesso nos atendimentos, acrescido ao fato de haver um baixíssimo número de atendimentos a crianças naquele momento. Apenas cerca de onze pacientes infantis estavam em processo de terapia, o que seria insuficiente para os objetivos da pesquisa. Então esta pequena amostra foi deixada para posteriori, quando fosse possível acessá-la.

Diante disso, a fim de alcançar a amostra clínica do estudo, recorreu-se ao CAPSi, onde houve excelente recepção e acolhimento da pesquisadora. Antes da pesquisa em si, foi pedida autorização à diretora da instituição, com a devida explanação do projeto da pesquisa, seus objetivos e compromissos éticos; logo após, foram iniciadas as aplicações. Tendo em vista que as crianças iam para o CAPSi acompanhadas com algum responsável, o contato para obter permissão com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi facilitado e sempre bem aceito. Neste ambiente, estas aplicações foram realizadas por apenas uma pesquisadora, de forma que a maioria delas se deu de forma individual, uma vez que muitas crianças necessitavam de total atenção para entendimento dos itens e emissão das respostas. Porém, quando foi possível, as aplicações se deram em grupos de até cinco crianças. Dessa forma, foram lidos item a item e suas possíveis respostas, sendo estas marcadas conforme indicação da criança, sem interferências da aplicadora.

Nas escolas, o processo para entrar em contato e pedir autorização foi bastante semelhante ao do CAPSi. Cerca de dez escolas foram solicitadas, de modo que apenas cinco se dispuseram a contribuir com a pesquisa. Após autorização para as aplicações no âmbito da

escola, o contato com os responsáveis para obtenção do TCLE foi realizado por meio de comunicado nas agendas dos alunos. Estes comunicados foram emitidos para todos os alunos com idade compreendida pelos objetivos do estudo (entre 7 e 10 anos), em todas as escolas participantes. Entretanto, muitos foram os casos em que não houve resposta por parte dos responsáveis autorizando a participação da criança. Com o intuito de não atrapalhar o andamento das aulas e funcionamento da escola, as aplicações foram realizadas por duas pesquisadoras simultaneamente em grupos de aproximadamente dez crianças.

Apesar dos empecilhos encontrados na coleta, buscou-se para a pesquisa um quantitativo de respondentes que fosse possível haver verificação apropriada das evidências psicométricas do instrumento construído por meio das análises clássicas, assim como também da etapa de refinamento dos itens (TRI). Conforme concluiu Nunes e Primi (2005) em um estudo de verificação de impacto do tamanho da amostra para pesquisas com estimação de parâmetros (TRI), um quantitativo mínimo de 200 respondentes pressupõe confiabilidade das estimativas dos itens, especialmente quanto aos parâmetros de dificuldade e capacidade dos sujeitos. Nesta mesma pesquisa, foram analisadas nove amostras distintas de um banco de dados com as respostas de 44.000 estudantes a um exame educacional; e foi possível concluir que amostras bem menores, de 200 ou 500 sujeitos, quando comparadas a amostras de 40.000, apresentavam resultados muito semelhantes.

4.2.2 Caracterização da amostra

Conforme o questionário sociodemográfico, foi possível fazer a caracterização da amostra de respondentes. Para uma melhor visualização das duas amostras estudadas, elas foram caracterizadas de forma separada. O grupo de crianças sem demanda clínica (Tabela 1) apresentou média de idade de 8,89 anos ($DP = 1,093$); de ambos os sexos, dentre elas 42,2% masculino e 57,8% feminino. A maior parte delas cursava os 2º (29,9%); 3º (27,9%) e 4º (24%) anos do Ensino Fundamental. A maioria (81,8,7%) dos participantes relatou ter irmãos: 2 irmãos em média ($DP = 1,38$); 40,3% afirmou morar com os pais e irmão(ã)(s), seguido de 17,5% que informou morar apenas com os pais; e 9,1% apenas com a mãe; nos demais incluíam moradia com avós, tios, e outras formas de combinações, porém com percentagens bem menores. Sobre a renda mensal da família, 83,8% não souberam responder.

O questionário abrangia ainda perguntas relacionadas a problemas de saúde e medicamentos, pois tais informações são consideradas de suma importância para o diagnóstico do Transtorno Depressivo Maior, segundo o DSM-5. Para a pergunta de se

apresentavam algum problema de saúde, 75,3% dos participantes indicaram não apresentar nenhum; e 24,7% afirmaram ter algum problema de saúde. Entretanto, ao se indagar qual seria o problema, estes eram os mais variados tipos, como alergia, visão, sinusite, mas nenhum envolvendo transtornos mentais.

Sobre as medicações, 92,2% dos sujeitos informaram não fazer uso de nenhuma medicação controlada (tomada todos os dias de forma regular), de modo que dos três (1,3%) que afirmaram fazer uso de alguma medicação, dois informaram ingerir vitaminas suplementares e um deles, Ritalina. Um adendo importante a fazer é que, na maioria dos casos, a pesquisa era realizada apenas com a criança e não houve chance de contato com os responsáveis. Assim ressalta-se que essas informações sobre problemas de saúde e medicação podem não ser totalmente confiáveis, tendo em vista que muitos não tinham certeza sobre elas.

Tabela 1 – Principais características sociodemográficas da amostra sem demanda clínica

	Frequência	Porcentagem
Idade		
7	25	16,2
8	47	30,5
9	32	20,8
10	50	32,5
Sexo		
Masculino	65	42,2
Feminino	89	57,8
Série		
1º ano	-	0
2º ano	46	29,9
3º ano	43	27,9
4º ano	37	24,0
5º ano	28	18,2
Renda		
Não soube responder	129	83,8
Até 1 salário mínimo	3	1,9
Entre 1 e 3 salários mínimos	11	7,1
Entre 3 e 5 salários mínimos	7	4,5
Entre 5 e 10 salários mínimos	4	2,6

Sobre a amostra que relatou apresentar demanda clínica (Tabela 2), apresentou média de idade de 8,59 anos (DP = 1,073); 59,3% do sexo masculino e 40,7% feminino. A maior parte das crianças deste grupo cursava o 2º ano do Ensino Fundamental (35,2%); logo seguido pelo 3º (33,3%) e 4º (24,1%) anos. Destes participantes, 83,3% relataram ter irmãos,

sendo 2 em média ($DP = 0,376$); 33,3% afirmou morar com os pais e irmão(ã)(s) e 20,4% apenas com os pais. Em relação à renda mensal da família, 61,1% não souberam responder e 27,8% afirmaram receber até um salário mínimo. Destaca-se que, no grupo de crianças que compuseram o grupo clínico, muitas delas foi consultada no âmbito do CAPSi, onde foi possível ter contato e obter informações mais precisas por meio dos responsáveis.

Quando questionados sobre ter problemas de saúde, 53,7% dos participantes indicaram não os ter; enquanto que 46,3% afirmaram apresentar algum tipo deste problema. Tendo em vista que o grupo clínico abarcou tanto crianças do CAPSi quanto crianças das escolas que afirmaram frequentar serviço psicológico, os problemas de saúde indicados foram bastante variados, desde alergias; refluxo; e obesidade a transtornos mentais. Sobre estes, existiram casos de TDAH (6 casos); dificuldades de aprendizagem (1 caso); autismo leve (1 caso); transtorno mental leve (1 caso); e transtorno bipolar (1 caso).

No tocante aos medicamentos, dentre os 42,6% (33 casos) que afirmaram fazer uso, a “Risperidona” foi a mais recorrente (12 casos – 22,3%). Foram presentes também medicações como “Ritalina”; “Fenergan (Prometazina)”; e outros apenas mencionados pelas crianças como sendo “para ansiedade” ou “psicológico”. Sobre a renda, 61,1% não souberam informar e 27,8% afirmaram renda familiar de até um salário mínimo.

Tabela 2 – Principais características sociodemográficas da amostra com demanda clínica

	Frequência	Porcentagem
Idade		
7	12	22,2
8	10	18,5
9	20	37,0
10	12	22,2
Sexo		
Masculino	32	59,3
Feminino	22	40,7
Série		
1º ano	1	1,9
2º ano	19	35,2
3º ano	18	33,3
4º ano	13	24,1
5º ano	3	5,6
Renda		
Não soube responder	33	61,1
Até 1 salário mínimo	15	27,8
Entre 1 e 3 salários mínimos	4	7,4
Entre 3 e 5 salários mínimos	-	0
Entre 5 e 10 salários mínimos	2	3,7

4.3 ELABORAÇÃO DOS ITENS

Inicialmente foi realizada uma vasta e complexa revisão da literatura disponível acerca dos transtornos de depressão, especialmente voltado para o público infantil. Para garantir maior abrangência do construto com base nas definições da teoria especializada acerca da Depressão Infantil (neste caso, os critérios diagnósticos do Transtorno Depressivo Maior segundo o DSM-5), foram realizadas definições operacionais, as quais especificam e elencam categorias de comportamentos. Para construção do instrumento, realizou-se uma representação comportamental do construto por meio dos itens.

No processo de elaboração dos itens, foram levados em consideração os critérios sugeridos por Pasquali, (2010, p. 177 - 179):

1. Critério comportamental: O item deve expressar um comportamento, não uma abstração ou construto (...);
2. Critério de desejabilidade: os itens devem cobrir comportamentos desejáveis (atitudes) ou característicos (personalidade). O respondente, nesse caso, deve concordar ou discordar ou opinar sobre se tal comportamento convém ou não para ele (...);
3. Critério de simplicidade: um item deve expressar uma única ideia (...);
4. Critério de clareza: utilizar frases curtas, com expressões simples e inequívocas (...);
5. Critério de relevância (pertinência, saturação, unidimensionalidade): a expressão (frase) deve ser consistente com o traço (...) definido e com as outras frases que cobrem o mesmo atributo (...);
7. Critério de variedade: deve-se variar a linguagem, pois o uso dos mesmos termos em todos os itens confunde as frases e dificulta diferenciá-las, além de provocar monotonia, cansaço e aborrecimento (...);
8. Critério de modalidade: formular frases com expressão de reação modal, isto é, não utilizar expressões extremadas (...);
9. Critério de tipicidade: formar frases com expressões condizentes (típicas, próprias, inerentes) com o atributo (...);
10. Critério da credibilidade (face validity): o item deve ser formulado de modo que não apareça sendo ridículo, despropositado ou infantil (...).

4.4 PODER DISCRIMINATIVO DO ITEM (PDI)

O poder discriminativo do item (PDI) está relacionado à capacidade deste em distinguir os diferentes respondentes de um teste em suas mais variadas magnitudes acerca do traço latente. Quanto mais um item puder diferenciar magnitudes muito semelhantes, mais este item pode ser considerado discriminativo. Esta é uma técnica que, pela ótica da Teoria Clássica dos Testes (TCT), possibilita diferenciar os sujeitos com escores baixos daqueles com escores altos (FIGUEIREDO et al., 2008; PASQUALI, 2009).

Para a realização da análise de discriminação dos itens, existem tanto critérios externos quanto critérios internos ao teste do qual se pretende avaliar a adequação dos itens.

Quanto aos externos, designam-se grupos que apresentam comportamentos diferentes em algum aspecto importante para o objetivo final da avaliação do teste. Verifica-se ainda se os itens, os quais representarão os comportamentos, serão capazes de diferenciá-los. Já sobre os critérios internos ao próprio teste, estes mesmos serão utilizados para estabelecer os grupos-critério. Normalmente se escolhe o escore total obtido no próprio teste e então se verifica quais os sujeitos que se encontram com pontuações mais altas (grupo superior) e os com pontuações mais baixas (grupo inferior) (PASQUALI, 1996). Em amostras grandes, selecionam-se os 27% superiores e os 27% inferiores para formarem os grupos (KELLY, 1939 apud PASQUALI, 1996). Para amostras menos numerosas, esse percentual tende a subir, ficando em torno de 30% para cada extremidade (PASQUALI, 1996).

Há uma diversidade de técnicas estatísticas na análise discriminativa do item. A técnica da análise de diferença de médias ou de percentagens entre os grupos é a mais utilizada. Há ainda os coeficientes de correlação, destacando-se o coeficiente, destacando-se a correlação bisserial (PASQUALI, 1996). Esta última é utilizada frequentemente para avaliar em que medida um item pode auxiliar na discriminação entre os sujeitos, calculando assim a correlação entre o item e o escore total no teste (Correlação Item-Total). A correlação ponto bisserial (r_{pbi}) corresponde à correlação entre uma variável categórica dicotômica (resposta certa ou errada) e uma variável intervalar (o escore obtido no teste que é assim considerada). O cálculo do r_{pbi} ou poder discriminativo do item é dado pela equação abaixo (PRIMI, 2012). Dessa forma, para que um teste seja considerado com alta variância e capaz de detectar diferentes magnitudes acerca do traço latente mensurado, ele deve conter itens com alta variância (ID) e com alta correlação com o escore total (r_{pbi}), conforme equação 1 a seguir.

$$r_{pbi} = \frac{\bar{X}_p - \bar{X}_q}{S_x} \sqrt{pq}$$

Em que:

p representa a probabilidade de acerto do item em causa;

$q=1-p$;

S_x representa o desvio padrão da variável contínua;

$\bar{X}_p, \bar{X}_q$ a média dos escores dos sujeitos que acertaram o item e a dos que erraram, respectivamente.

Tendo em vista um dos objetivos do presente estudo, optou-se por analisar o PDI utilizando-se critérios externos ao teste, ou seja, aplicando-o em dois grupos supostamente de características distintas: um buscado por conveniência na população escolar; outro, composto por crianças em que elas próprias ou responsáveis assinalaram frequentar algum serviço psicológico com frequência (demanda clínica). Dessa forma, realizando-se análises de comparação de médias entre as amostras com demanda clínica e sem demanda clínica, foi verificado se havia diferenças significativamente estatísticas entre as mesmas, e se o grupo clínico de fato correspondia a um grupo critério. Este procedimento possibilita ainda obter evidências de validade preditiva do instrumento construído, verificando o alcance deste em discriminar um grupo clínico com sintomas depressivos de um grupo da população em geral.

4.5 ANÁLISE FATORIAL

Análise fatorial (AF) é uma das técnicas psicométricas mais utilizadas por pesquisadores que objetivam tanto desenvolver como refutar e avaliar teorias psicológicas. Esta técnica também é bastante útil para aqueles que utilizam a Teoria de Resposta ao Item (TRI) e precisam constatar a unidimensionalidade de um grupo de itens - requisito da TRI. A AF é um recurso estatístico o qual permite que um maior número de informações seja representado por um menor número de possíveis fatores ou variáveis de uma base de dados - princípio da parcimônia. Existem alguns tipos distintos de AF, que irá ser elencado a depender do objetivo da análise. Na análise fatorial exploratória (AFE), busca-se descobrir as variáveis latentes contidas na escala. Para tanto, identifica-se o padrão de correlações ou de covariância entre estas variáveis. Ainda por meio da AFE, é possível buscar reduzir dados, de modo que um conjunto de variáveis maior é transformado em um número menor de novas variáveis latentes com a maior variabilidade e fidedignidade possíveis (LAROS, 2012).

Apesar de muitas vezes as técnicas de AF serem utilizadas indistintamente, por terem elas o mesmo objetivo - reduzir um conjunto de itens a um menor número de variáveis, a redução de dados tem um resultado mais consolidado quando realizado pelo método da Análise de Componentes Principais (ACP). Mas é preciso esclarecer que há diferença entre a técnica de AFE e a ACP. Estas geram componentes, ao passo que as AFEs geram fatores. Componentes e fatores são distintos quanto à maneira como os itens são retidos, de modo que, na retenção dos componentes, a variância comum se mistura à variância específica de cada item. No referido projeto ater-se-á à AFE, por ser este um método comumente utilizado quando o pesquisador não possui o aparato de uma teoria anterior que embase empiricamente

seus estudos, nem está certificado como se deu a construção e validação de um instrumento (LAROS, 2012).

Alguns critérios precisam ser observados para o devido uso da técnica aqui mencionada. Entre eles está a observância do tamanho da amostra - que deve ser adequado ao tratamento que os dados terão -, além de aspectos como a normalidade, linearidade e homocedasticidade. O Teste de esfericidade de Bartlett verifica se a matriz é ou não identidade, na qual não há evidências de relação entre as variáveis. Aceitando-se esse teste, supor-se-á que a matriz de correlação é uma matriz identidade. Se $p < 0,05$, rejeita-se H_0 (hipótese nula de que não há relação entre as variáveis; então é matriz identidade). A estatística do teste é dada pela equação 2 (PASQUALI, 2009; TABACHNICK; FIDELL, 2007):

$$\chi^2 = - \left[(n-1) - \frac{2p+5}{6} \right] \ln |R|$$

Em que:

n = tamanho da amostra;

p = número de variáveis;

$|R|$ = determinante da matriz de correlação.

O KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) é uma medida de adequação da amostra (MSA), também aponta sobre a viabilidade de usar esta análise, cujo índice é calculado pela equação que segue (PASQUALI, 2009). Os valores para este índice variam (no intervalo de [0,1]) entre autores. Kaiser e Rice (1974), por exemplo, apontam que o valor do KMO para uma boa adequação de ajuste de um modelo de análise fatorial deve se enquadrar acima de 0,80. Já Pasquali (2009) aponta 0,60 como sendo um valor mínimo aceitável para estudos em ciências humanas. Por meio de uma matriz de correlação anti-imagem, é possível mensurar o nível de inter-correlações entre as variáveis, de modo que as correlações abaixo de 0,50 são consideradas inadequadas e aquelas ao entorno de 0,80 são excelentes (HAIR JR. et al., 2009). O KMO é definido segundo a equação 3 abaixo.

$$KMO = \frac{\sum_{i=1}^p \sum_{j=1}^p r_{ij}^2}{\sum_{i=1}^p \sum_{j=1}^p r_{ij}^2 + \sum_{i=1}^p \sum_{j=1}^p a_{ij}^2}$$

Em que r_{ij} é o coeficiente de correlação simples entre as variáveis X_i e X_j , e a_{ij} é o coeficiente de correlação parcial entre X_i e X_j .

Ao realizar a AFE é necessário definir um critério de retenção dos fatores. Há uma diversidade de critérios disponíveis na literatura especializada para este fim, sendo os mais utilizados: o critério do autovalor maior que 1,0 de Guttman-Kaiser (GUTTMAN, 1954; KAISER, 1960); o critério baseado no teste de qui-quadrado de Bartlett (BARTLETT, 1950); o teste scree plot de Cattell (CATTELL, 1966); o critério da média mínima de correlações parciais de Velicer (VELICER, 1976); e o critério de análise paralela de Horn (HORN, 1965; LAROS, 2012).

O critério do autovalor (ou eigenvalue) é um dos utilizados, visto sua facilidade de ser verificado. Ele aparece como opção padrão no pacote estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*). Segundo esse critério, o autovalor deverá ser maior que 1,0. Por autovalor entende-se a porcentagem total da variância explicada por uma só variável. Uma propriedade de tal critério é que o número total de autovalores é igual ao número de variáveis analisadas. É consenso, porém, que este critério superestima o número de fatores para o conjunto de dados avaliados (LAROS, 2012).

Outro critério que se pode utilizar para a retenção de fatores é o da análise paralela (ou critério de Horn). Segundo ele, a proposta é comparar os autovalores obtidos empiricamente com aqueles advindos de matrizes gerada através de variáveis aleatórias e não-correlacionadas. A partir dos autovalores obtidos pelas variáveis randômicas, surgem critérios para julgar o grau de randomicidade dos autovalores obtidos empiricamente. Assim, autovalores empíricos menores ou iguais aos randômicos seriam considerados como resultantes de variância amostral randômica (LAROS, 2012).

Desse modo também é possível averiguar evidências psicométricas para uma base de dados, principalmente no que se refere à validade, verificando-se assim se um conjunto de itens realmente avalia o que se propôs a medir, seja por meio de respostas dicotômicas ou por escalas tipo *Likert*. Deve-se destacar a possibilidade de que algum fator seja descartado para

melhor leitura dos dados, havendo ainda divergências quanto aos critérios que determinam quando um fator é estatisticamente relevante ou não (PASQUALI, 2009; PRIMI, 2006).

Comumente realiza-se um método de rotação nos eixos para que haja uma melhor visualização e interpretação da relação entre as variáveis e os fatores, deixando mais claro o grau de associação de cada variável em cada fator. Há uma diversidade de tipos de rotações que podem ser utilizadas para a matriz fatorial, podendo ser ortogonais ou oblíquas. A rotação mais frequentemente utilizada é a Varimax. Esta rotação é um método ortogonal que busca maximizar a variância e o poder interpretativo do fator em sua simplicidade. Porém, requer que os fatores não tenham relação entre si. Já na rotação oblíqua, apesar de ser mais difícil de interpretar se comparado com a anterior, é um método rotacional realizado de modo a admitir a correlação entre os fatores (TABACHNICK; FIDELL, 2007).

Dessa maneira, o presente estudo inicialmente faz uso desta técnica como recurso para determinar a estrutura fatorial do instrumento, assim como do construto que o mesmo se propõe a medir (sintomas de Depressão Infantil), tratando-se de uma evidência de validade de construto. Ao visualizar a estrutura fatorial, é possível identificar se os itens elaborados se agruparam em fatores que representem adequadamente sintomas depressivos na infância.

4.6 TEORIA DE RESPOSTA AO ITEM

A Teoria de Resposta ao Item (TRI) ou Teoria do Traço Latente pode ser compreendida como um conjunto de modelos matemáticos que considera o item como unidade básica de análise e procura verificar qual a probabilidade de um indivíduo dar uma resposta a um item em função dos parâmetros deste e da magnitude do traço latente do indivíduo. Segundo essa perspectiva, objetiva-se avaliar o desempenho do respondente ao item (comportamento ou efeito diretamente observável) e de que forma essa resposta é dada (causas), levando-se em conta o conjunto de variáveis e a magnitude do traço latente presente no indivíduo. A relação de causalidade entre o desempenho atribuído ao item e o grau de traço latente é representado graficamente pela Curva Característica do Item (CCI), por meio da qual é possível observar a probabilidade de que um item seja respondido em função dos diferentes graus de aptidão (ANDRADE; TAVARES; VALLE, 2000).

A TRI foi inicialmente proposta para suprir limitações presentes na TCT (Teoria Clássica dos Testes), como, por exemplo, a dependência do instrumento de medida das características do total de participantes que se submetem ao teste ou ao questionário nos estudos de normatização. Vale ressaltar, entretanto, que ambas teorias – TRI e TCT – não são

mutuamente exclusivas e devem ser pensadas como complementares, proporcionando uma visão mais ampla das possíveis análises dos dados. Apesar disso, a TRI notadamente apresenta alguns aspectos vantajosos que valem a pena serem destacados: permite comparações entre as habilidades (tetras) de sujeitos de populações distintas, se submetidos a instrumentos com itens em comum, uma vez que o item é avaliado individualmente e não o teste como um todo; permite ainda a comparação entre indivíduos da mesma população que respondam a instrumentos completamente diferentes; considera item a item do instrumento de medida possibilitando uma melhor análise individual em suas peculiaridades no processo de construção de escalas; os itens e os indivíduos estão contidos na mesma escala, de maneira que os níveis de uma característica do indivíduo podem ser comparados à característica requerida pelo item, facilitando então a interpretação da escala construída e quais itens de fato fornecem informação relevante para a escala; permite a utilização de técnicas de análise com as próprias respostas dadas quando existirem dados omissos; entre outros (ARAÚJO; ANDRADE; BORTOLOTTI, 2009).

Os modelos utilizados na TRI se pautam em dois pressupostos essenciais. O primeiro deles é a Unidimensionalidade. Esta diz respeito à necessidade de se haver apenas uma aptidão (traço latente) responsável pelas respostas dadas – ou seja, seria a principal motivação para emissão de um conjunto de comportamentos relacionados a um traço latente, representado pelos itens. Para que tal postulado seja respeitado, assume-se a predominância de uma única aptidão ou fator dominante. A partir desse pressuposto, pode-se concluir que o teste realmente estaria avaliando o fator que se sobressai. Já o segundo pressuposto é relativo à Independência Local. Conforme ele indica, ao passo que se considera estáveis as aptidões que influenciam o teste, tem-se que as respostas dadas pelos respondentes são estatisticamente independentes. Dessa forma, a resposta que o indivíduo dá a um item não deve afetar a resposta dada a outro item do teste. Sobre os dois pressupostos, entende-se que, ao se alcançar a unidimensionalidade, também se alcança a independência local (PASQUALI, 2007).

Os modelos propostos dependem fundamentalmente de três fatores: a) da natureza do item – dicotômicos ou não dicotômicos; b) do número de populações envolvidas – apenas uma ou mais de uma; c) do número de traços latentes que estão sendo medidos – apenas um ou mais de um (VALLE, 1999). Os principais modelos unidimensionais da TRI podem ser classificados como acumulativos ou não acumulativos. Os primeiros são modelos em que a probabilidade do indivíduo acertar um item é diretamente proporcional à magnitude do traço latente (teta), sendo características equações monotônicas na CCI. Os modelos acumulativos para itens dicotômicos ou com respostas certas/erradas evidenciam-se o Modelo Logístico de

1 parâmetro, o Modelo Logístico de 2 parâmetros e o Modelo Logístico de 3 parâmetros (ARAUJO; ANDRADE; BORTOLOTTI, 2009).

Embora seja ilimitado o número de modelos matemáticos que podem expressar a relação de probabilidade de sucesso em um item e a aptidão medida pelo teste (isto é, a CCI), na prática estes três que predominam: Modelo Logístico de 1 parâmetro – Rasch (1960) – avalia somente a dificuldade dos itens ou parâmetro b ; Modelo Logístico de 2 parâmetros – Birnbaum (1968) – avalia, além da dificuldade, a discriminação do item (parâmetro a), também apontado na literatura como inclinação; e Modelo Logístico de 3 parâmetros – Lord (1980) – além-se à dificuldade, discriminação do item e probabilidade de resposta correta dada ao acaso (chute) (PASQUALI, 2007).

O Modelo Logístico de 3 parâmetros é representado pela equação 4:

$$P_{ij} = P(U_{ij} = 1 | \theta_j) = c_i + (1 - c_i) \frac{1}{1 + e^{-Da_i(\theta_j - b_i)}}$$

Neste caso, $i = 1, 2, \dots, I$ (representa os I itens propostos para avaliar o traço latente considerado) e $j = 1, 2, \dots, n$ (representa os n elementos que compõem a amostra, que podem ser indivíduos, empresas etc.);

U_{ij} é uma variável dicotômica que assume os valores 1, quando o respondente j responde corretamente, concorda ou satisfaz as condições do item i , ou 0 caso contrário;

θ_j pode representar o traço latente do respondente j ;

$P(U_{ij}=1 | \theta_j)$ é a probabilidade de o respondente j , condicionado no seu traço latente θ_j , responder corretamente, ou concordar ou satisfazer as condições do item i e é denominada de Função de Resposta do Item – FRI;

b_i é o parâmetro de dificuldade (ou de posição) do item i , medido na mesma escala do traço latente;

a_i é o parâmetro de discriminação (ou de inclinação) do item i , com valor proporcional à inclinação da curva característica do item no ponto b_i . Itens com maiores valores de a_i fornecem melhores discriminações;

c_i é o parâmetro do acerto casual;

D é uma constante de escala igual a 1, mas se utiliza o valor 1,7, quando se quer que os valores da função logística se aproximem da função ogiva normal.

Na interpretação do modelo logístico de 3 parâmetros, a $P(U_{ij} = 1 | \theta_j)$ é considerada como a proporção de respostas corretas ou proporção de respostas de concordância ou proporção de respostas que satisfazem o item i dentre todos os indivíduos da população com um traço latente.

Sobre os modelos para itens politômicos, estes variam em função da natureza das categorias de respostas. Para testes cujas opções de respostas são múltiplas com categorias que não se encontram de forma ordenada, é adequado o Modelo Nominal; nas categorias ordenadas, adequa-se o Modelo Ordinal, a exemplo das respostas dadas em uma escala *Likert*. Outros modelos podem ser citados nessa linha: Modelo de Escala Gradual proposto por Andrich (1978) e o Modelo de Crédito Parcial Generalizado, por Muraki (1992) (ARAÚJO; ANDRADE; BORTOLOTTI, 2009). Para além dos modelos paramétricos, é possível encontrar ainda na literatura da área exemplos de modelos não paramétricos, dos quais tem destaque a escala Mokken (ARK, 2007).

Apesar da variação de modelos supracitados, é consenso na teoria que, para instrumentos cujas respostas são dadas de forma politômica, o Modelo politômico de Resposta Gradual (Graded-Response Model - GRM), também conhecido como Modelo Samejima (Samejima, 1969) seja o que apresenta melhor adequação nas análises. Tal adequação é justificada por ser este um modelo que pressupõe a possibilidade das categorias de resposta de um item serem ordenadas entre si (CASTRO; TRENTINI; RIBOLDI, 2010).

A TRI tem grande relevância na presente pesquisa devido ao seu poder de refinamento na análise dos itens, atuando na melhor qualidade destes. Dessa maneira, trabalha-se com informações fornecidas pelos parâmetros de dificuldade e discriminação de cada item, realizada por meio do modelo de dois parâmetros (discriminação - parâmetro a -, também chamado de *slope*, *discrimination* ou *dispersion* e dificuldade - parâmetro b , também chamado de *location*, *threshold* ou *position*). Já o índice do traço latente (θ) corresponderá à inclinação que o indivíduo terá para aceitar o item, tornando-se subsídio para tomada de decisão em relação à presença significativa ou não de sintomas depressivos.

4.7 ALFA DE CRONBACH

Outro aspecto de grande importância para construir um instrumento de qualidade psicométrica e que possibilite bons resultados e replicação do estudo é a fidedignidade ou grau de precisão que ele apresenta. Trata-se de quão estável é o instrumento em relação aos resultados que apresenta em situações distintas. Há diferentes maneiras de verificar se um

instrumento é preciso, sendo a consistência interna o método comumente mais utilizado pelos pesquisadores. Consistência interna pode ser compreendida como a medida de quanto um conjunto de itens está mensurando de forma homogênea o construto relativo ao qual o teste foi construído. Frequentemente, essa medida é observada por meio do cálculo do coeficiente Alfa de Cronbach (HOGAN, 2006; URBINA, 2007).

De acordo com um estudo dedicado à confiabilidade de questionários, realizado por Freitas e Rodrigues (2005), o coeficiente α de Cronbach, assim convencionado cientificamente, foi proposto por Lee J. Cronbach em 1951. É uma estimativa de confiabilidade variando no intervalo [0,1] e tem seu cálculo realizado a partir da variância dos itens individualmente e das covariâncias entre os mesmos, conforme a equação 5 a seguir:

$$\alpha = \left(\frac{k}{k-1} \right) \left(1 - \frac{\sum_{i=1}^k S_i^2}{S_t^2} \right)$$

Em que:

k é o número de itens do questionário;

S_i^2 é a variância do item i ; e

S_t^2 é a variância total.

A sugestão de Urbina (2007) é que estimativas de fidedignidade devem estar no entorno de 0,80 para cima. Um coeficiente 0,70 ou menor já indicaria estimativas baixas de precisão do teste, não se apresentando muito confiável. Entretanto, é necessário atentar-se para a necessidade de um olhar estatisticamente menos robusto quando se trata de pesquisas com ciências exploratórias, principalmente na área da ciência humana - mais complexa e imprecisa do que as ciências exatas. Nestas, costuma-se aceitar valores próximos ou superiores a 0,60 (DANCEY; REIDY, 2006).

4.8 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO EXCLUSÃO

Foram inclusas crianças de ambos os sexos, com idades variando entre 07 e 10 anos, as quais tiveram uma compreensão mínima acerca dos itens, mesmo que com auxílio da pesquisadora. Foram excluídos deste estudo os casos em que os participantes tiveram algum

comprometimento na compreensão e/ou resposta dos itens e aqueles que apresentaram algum tipo de desconforto físico ou emocional.

4.9 INSTRUMENTOS

Inicialmente, foi realizado um estudo piloto com o objetivo de aperfeiçoar o procedimento, materiais e método da pesquisa. Este consistiu em experiências realizadas em uma versão anterior ao estudo final. O estudo piloto é um recurso empírico ou experimental que permite um refinamento do instrumento e da metodologia utilizada. Conforme aponta Canhota (2008), considera-se 10% da amostra pretendida um número satisfatório para a execução do estudo piloto.

Para o estudo piloto, pretendeu-se atingir o número mínimo de participantes proporcional e necessário para verificação das características psicométricas iniciais, respeitando os critérios psicométricos exigidos para validação de instrumentos (PASQUALI, 2010).

Ademais, os instrumentos utilizados nesta pesquisa foram:

1) Questionário sociodemográfico: Junto ao inventário de Depressão para Crianças, foi aplicado um questionário sociodemográfico com o intuito de caracterizar as crianças da amostra de respondentes. A partir deste foi possível conhecer informações como: sexo; idade; nível educacional, além de outras características importantes reportadas pelo DSM-5 como critérios para o diagnóstico do transtorno depressivo.

2) Inventário de Depressão Infantil (IDI): Para a realização da presente pesquisa, foi construído e validado um instrumento de rastreio que discrimina sintomas do construto depressão em crianças, com o auxílio da literatura psicométrica de construção de instrumentos. Foram elaborados inicialmente 68 itens com base na descrição do Transtorno Depressivo Maior e seus cinco critérios diagnósticos (A-E), especialmente voltados para crianças, presente no Manual de Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais em sua versão de nº 5 (DSM-5). Tais itens são voltados para o público infantil, levando em conta seus níveis cognitivos diferenciados e em desenvolvimento. Para o estudo final, o instrumento foi aplicado com 62 itens.

Fez-se uso de uma escala tipo *Likert* de quatro pontos que representa desde quase ausência de sintoma (ponto 0) até forte presença (ponto 4), gradativamente crescente. A escala foi construída buscando maior interação junto ao público infantil e teve seus quatro pontos representados juntamente com uma escala de cor em quatro tons de vermelho associados a

cada um deles. Buscou-se esta interação lúdica devido ao público específico estudado. O IDI é apresentado no Apêndice E.

4.10 ASPECTOS ÉTICOS

O presente projeto de pesquisa foi encaminhado para avaliação e aprovação do Comitê de Ética (CAAE - Certidão de Aprovação pelo Comitê de Ética: 58557416.9.0000.5188), levando-se em consideração as resoluções Éticas Brasileiras e especial atenção para Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta a pesquisa com seres humanos.

Especificamente considerando ser um projeto no âmbito da Psicologia, como Ciência e Profissão, posiciona-se pelo compromisso social e pela defesa de princípios éticos, notadamente aqueles que se fundamentam no respeito e na promoção da liberdade, da dignidade, da igualdade e da integridade do ser humano, conforme a Declaração Universal dos Direitos Humanos. Dessa maneira, atentou-se especialmente para a Resolução 005/12, a qual altera a Resolução CFP nº 002/2003, que define e regulamenta o uso, a elaboração e a comercialização de testes psicológicos.

Ademais, visando assegurar os esclarecimentos necessários e a proteção legal e moral do pesquisador e do pesquisado, a pesquisadora entrou em contato com instituições que viabilizaram o contato com as crianças dos dois grupos de amostra avaliados no estudo: com demanda clínica e sem demanda clínica. Após o contato inicial com as instituições, foram solicitadas aos pais/responsáveis das crianças as autorizações necessárias para a participação no estudo, por meio de uma breve explanação deste (quando possível o contato) e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Pais/Responsáveis (Apêndice C). Requereu-se também uma autorização às próprias crianças mediante um Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (Apêndice D).

Nas aplicações, a pesquisadora se apresentou e acolheu as crianças no local de aplicação, explicitando (buscando a linguagem mais compreensível possível) os objetivos do estudo, o respeito aos preceitos éticos da pesquisa científica e as instruções necessárias.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tendo em vista o objetivo geral da presente dissertação, de elaborar e validar um instrumento de rastreio para avaliar sintomas do transtorno depressivo infantil, a seguir são apresentados os resultados obtidos seguindo os objetivos específicos anteriormente descritos.

5.1 DEFINIÇÃO CONSTITUTIVA E OPERACIONAL DO TRANSTORNO DEPRESSIVO INFANTIL

Para o alcance do objetivo principal, inicialmente recorreu-se a uma base teórica vasta e diversificada, pautada primordialmente segundo os critérios diagnósticos elencados pelo DSM-5 (APA, 2014), além das informações extraídas de pesquisas e artigos científicos. Dessa maneira foi possível reunir conceitos, teorias e dados subsidiários para construção de uma definição constitutiva acerca do construto investigado. A Depressão Infantil pode ser entendida como um transtorno psíquico do humor, que afeta a criança de uma forma diferenciada, tendo em vista os ambientes típicos em que vivem e a fase de desenvolvimento ainda em processo maturacional que se encontram; mas não menos danosa ou relevante que na fase adulta.

No que diz respeito à definição operacional – aquela que podemos representar o construto por meio de comportamentos –, foram elaborados itens com base na descrição do Transtorno Depressivo Maior, especialmente voltado para crianças, presente no Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais em sua quinta versão (DSM-5). Neste, o Transtorno Depressivo Maior é caracterizado segundo seis critérios, elencados de “A” até “E”, sendo que o critério A se ramifica em nove subcritérios (de A1 até A9). Entretanto, segundo o próprio Manual: “Os Critérios A-C representam um episódio depressivo maior”, de forma que apenas estes foram os utilizados para a construção dos itens. Os critérios utilizados estão detalhados no quadro 1, sessão de referencial teórico.

5.2 ANÁLISE DOS JUÍZES

Considerou-se como estudo piloto as formas de aperfeiçoamento da medida fornecidas pelas análises de conteúdo: dos Juízes Especialistas e Semântica; por meio das quais foi possível rever o instrumento, sua adequação e compressão para aplicação no estudo final. Tais análises serão detalhadas a seguir.

Finalizada a elaboração dos itens, é necessário certificar-se da adequação destes em relação ao conteúdo abordado no instrumento com o auxílio de especialistas no assunto, os juízes. Estes devem avaliar a adequação da representação comportamental do traço latente, se está sendo correta e amplamente abarcada pelos itens (PASQUALI, 2010).

Existem vários métodos de se verificar o nível de confiabilidade e concordância entre juízes, entre eles estão técnicas de porcentagem, correlação, coeficiente Kappa de Cohen, e outras (HANEY; RUSSELL; BEBELL, 2004). Na presente pesquisa, foi adotada a medida do grau de concordância entre juízes (*inter-rater agreement*). A avaliação se dá por meio de uma tabela contendo as definições constitutivas dos construtos/fatores e outra de dupla entrada composta pelos fatores e itens, que devem ser relacionados pelos juízes. Convenciona-se uma concordância mínima de 80% entre os especialistas para designar a pertinência de um item a um dado construto (PASQUALI, 2010).

Procedeu-se à análise dos juízes para o conjunto de itens. Para tanto, contou-se com a participação de três juízes especialistas, sendo um deles mestre em Psicologia Social com atuação e notórios conhecimentos em Psicologia do Desenvolvimento e Escolar; o segundo, psicóloga clínica atuante; e a terceira, psicóloga, Doutora em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, Professora Adjunta do Departamento de Psicologia da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e professora/orientadora do programa de Pós graduação em Neurociências Cognitiva e Comportamento da UFPB, com experiência na área de psicologia clínica de ênfase na intervenção terapêutica nos transtornos ansiosos, depressivos e de personalidade pela Terapia Cognitivo - Comportamental.

No que tange à análise propriamente dita, foram levados em consideração tanto fatores quantitativos, quanto qualitativos do conjunto de itens construído. Na verificação quantitativa, procedeu-se segundo a técnica embasada de grau de concordância mínima de 80% (PASQUALI, 2010) entre os juízes para que o item fosse mantido. Tal concordância foi analisada por meio da frequência de respostas dadas em função de dois aspectos: a) adequação do item ao critério: verificação de adequação de cada item ao critério indicado,

tendo como base a definição apresentada (segundo DSM-5); b) clareza: avaliação do quanto esses itens são compreensíveis (diretos, claros e objetivos).

Qualitativamente, foi analisado se o item em análise era compreensível ou incompreensível. No caso de ser incompreensível, foi possível sugerir alguma adequação, a critério. Para facilitar essas atividades, em cada página do instrumento poderiam ser encontradas as definições constitutivas dos critérios dadas pelo DSM-5. Dessa maneira, a verificação qualitativa se deu em função das discordâncias e sugestões feitas pelos juízes. Dos 68 itens elaborados, dezenove foram alterados por terem sido acatadas as sugestões feitas.

No que tange à verificação quantitativa, 4 itens foram excluídos do conjunto total de itens, visto que foram considerados unanimemente (100% de concordância) inadequados ao critério indicado.

5.3 ANÁLISE SEMÂNTICA

Posterior à análise dos juízes, é necessário realizar uma análise semântica com uma pequena parcela da amostra pretendida para averiguação da compreensão dos itens. Assim, os itens precisam estar compreensíveis quanto ao seu conteúdo semântico para toda a amostra pretendida, evitando vieses nas respostas (PASQUALI, 2010).

Conforme aponta Pasquali (2010, p. 181), é preciso ter duas preocupações ao realizar esta análise:

1. verificar se os itens são inteligíveis para o estrato mais baixo (de habilidade) da população-meta e, por isso, a amostra para esta análise deve ser feita com este estrato;
2. para evitar deselegância na formulação dos itens, a análise semântica deverá ser feita também com uma amostra mais sofisticada (de maior habilidade) da população-meta (para garantir a chamada ‘validade aparente’ do teste).

Seguindo o processo da construção de uma escala aqui adotado, após a elaboração dos itens e retenção daqueles itens considerados adequados aos critérios pelos juízes especialistas, procedeu-se à análise semântica com uma pequena parcela da população-alvo do estudo. O conjunto de itens foi submetido ao crivo de 10 crianças entre 07 e 10 anos de idade retiradas intencionalmente desta população. Por meio desta análise foi possível verificar e dissolver as dificuldades de compreensão dos itens durante a aplicação do instrumento no momento do estudo final.

Por se tratar de um público peculiar, a análise foi realizada com duas pesquisadoras supervisionando pequenos grupos de três (03) crianças, procurando-se fornecer a atenção necessária ao participante. Cada item foi lido por uma das pesquisadoras da forma mais neutra possível para não interferir nas respostas, sendo estas respostas dadas apenas de maneira a informar se os itens estavam compreensíveis ou incompreensíveis. Foram levadas em conta as considerações feitas pelos participantes quando surgiam alguma dúvida e sugestão. Mais uma vez, após a análise semântica, 4 itens foram revistos e ajustados, devido a anotações das pesquisadoras sobre sugestões das crianças consultadas. Nesta etapa, outros 2 itens foram excluídos por terem suscitado bastante incompreensão entre a maioria delas. Dessa forma, resultou-se em um conjunto de 62 itens, o qual constituiu o instrumento IDI utilizado no estudo final.

Ressalta-se que o estudo piloto proposto como recurso empírico ou experimental com vistas à verificação das características psicométricas iniciais do instrumento construído não pôde ser realizado da maneira que foi inicialmente pretendido. Considerando que a sua realização seria com cerca de 10% da amostra pretendida (CANHOTA, 2008), verificou-se que as análises iniciais foram insatisfatórias e até mesmo com resultados ausentes devido ao baixo número amostral (20 participantes).

5.4 PODER DISCRIMINATIVO DO ITEM (TCT)

O banco de itens foi submetido a análises estatísticas iniciais de frequências descritivas, com intuito de detectar dados omissos; erros de digitação; respostas dadas com apenas um valor da escala em todo questionário e respostas dadas apenas com os extremos da escala. Vale ressaltar que esse cuidado foi tido ainda durante a digitação das respostas, mas foi novamente verificado por meio de análises descritivas que auxiliam na limpeza do banco.

Para alcance do objetivo específico que buscava obter evidências de validade preditiva do instrumento, iniciaram-se as análises propriamente ditas pelo Poder Discriminativo do Item (PDI) sob a ótica da TCT. Para tanto, foi realizado um somatório total das pontuações dos itens no instrumento. Seguidamente, verificou-se a distribuição dos dados mediante um teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov, adequado para o tipo de variável investigada (SOUZA; VICINI, 2005). Tendo em vista que a hipótese nula (H_0) é de que os dados seguem uma distribuição normal e que o p-valor constatado foi $p < 0,001$, há evidências estatísticas para rejeitar H_0 . Com isto, apesar do teste evidenciar a não-normalidade dos dados, considerou-se para este estudo uma normalidade, por apresentar uma amostra acima de 200

sujeitos. Segundo aponta Hair Jr. et al. (2009), embora a distribuição por meio da qual os dados se desviam da normalidade seja importante, em amostras contendo 200 ou mais observações, estes desvios se tornam insignificantes.

Tendo em vista que existem dois grupos pré-definidos (crianças com demanda clínica e crianças sem demanda clínica), estes foram utilizados inicialmente como grupos critério para realizar as análises de comparação. Realizou-se o teste paramétrico *t* de *Student* para amostras independentes em cada um dos 62 itens. Neste primeiro momento, 33 itens não apresentaram $p < 0,05$, indicando não haver diferenças estatisticamente significativas e, portanto, considerados como itens com baixo poder discriminativo. Entretanto, foi levado em consideração que há uma discrepância relevante entre o número amostral dos dois grupos, de modo que esta diferença possa ter influenciado nos resultados do teste com grupos critério pré-definidos (154 crianças sem demanda clínica e 57 com demanda clínica).

As análises de comparações de médias para cada item com o teste *t* de *Student* para amostras independentes foram refeitas. Desta vez, extraíndo-se a mediana da pontuação total no instrumento, a qual foi igual a 55,00 (DP = 34,52). A partir desta, foram obtidos dois novos grupos critério: grupo superior (um ponto acima da mediana); e grupo inferior (um ponto abaixo da mediana). Nesta segunda perspectiva, todos os itens indicaram haver diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$), podendo ser considerados itens com relevante poder discriminativo. Uma vez que na análise segundo a mediana considerou grupos com números mais equilibrados (102 acima da mediana; e 103 abaixo), optou-se por considerar este resultado e não excluir nenhum item.

No intuito de confirmar a decisão de manter todos os itens, foram verificados ainda os índices do coeficiente α de Cronbach para cada situação do item ser excluído, informando sobre a capacidade do item de cobrir o construto analisado (CORTINA, 1993). Nesta análise verificou-se uma constância nos coeficientes α de Cronbach ($\alpha = 0,92$) para todos os 62 casos, se cada um dos itens fosse excluído. Tais resultados demonstram harmonia entre o conjunto total de itens, uma vez que a retirada de nenhum deles resultaria em melhora da confiabilidade da estrutura total e o coeficiente α de Cronbach se manteve constante.

Todos os índices relacionados à análise do poder discriminativo dos itens são mais bem detalhados no Apêndice A.

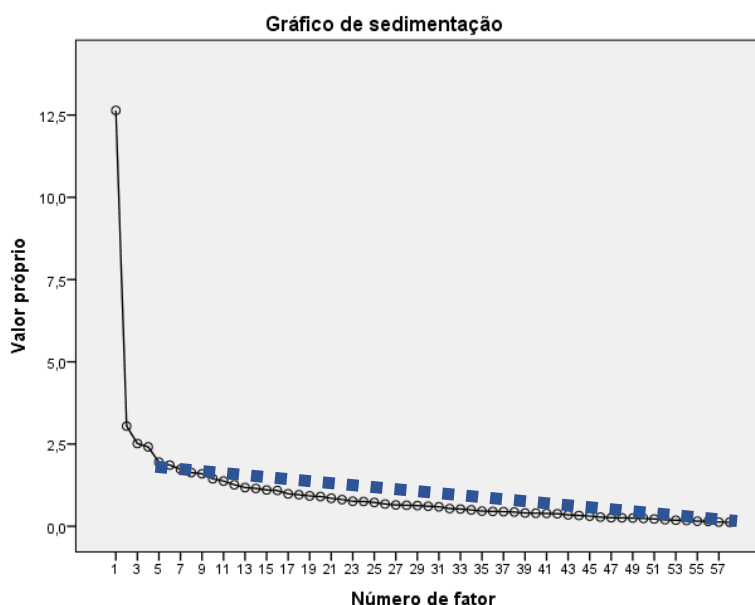
5.5 ANÁLISE FATORIAL EXPLORATÓRIA E ALFA DE CRONBACH

Em continuidade à consecução dos objetivos, um dos quais especifica analisar a estrutura fatorial do instrumento e suas dimensões significativas, procedeu-se na realização de uma Análise Fatorial Exploratória (AFE), por meio da qual são gerados fatores. Optou-se por este método, uma vez que não houve aparato em um instrumento já construído e validado para embasar empiricamente o presente estudo (LAROS, 2012).

Para a utilização adequada deste método, alguns critérios foram observados anteriormente: os testes de esfericidade de Bartlett (*Qui-quadrado*= 5715,364, $p < 0,001$), o que significa que a matriz correlação analisada não é uma matriz identidade; e o de homogeneidade ($KMO = 0,827$). Estes índices indicam, portanto, que os dados utilizados apresentam características plausíveis para serem investigados por meio da análise fatorial segundo aponta a teoria especializada. Kaiser e Rice (1974), que apontam o valor do KMO um pouco mais rigoroso, indica ser acima de 0,80. Dessa maneira, os dados demonstram uma adequação prestigiada para a utilização do método de fatoração.

A princípio, levando-se em consideração o critério do autovalor (maior que 1,0 de Guttman-Kaiser), constatou-se 18 autovalores acima de 1,0, explicando 53,5% da variância total. Além deste, verificou-se também o teste *scree plot* (ou critério de Cattell), por meio do qual foram detectados 4 fatores, conforme o gráfico 1. Porém, de forma subjetiva, o que não se pode considerar confiável. Como anteriormente citado, o critério do autovalor (ou *eigenvalue*) é um dos mais utilizados, visto sua facilidade de ser verificado, entretanto é consensual que ele superestima o número de fatores para o conjunto de dados avaliados (LAROS, 2012).

Gráfico 1 - Gráfico de sedimentação para extração de fatores (Scree plot)



Tendo em vista que a análise fatorial é uma técnica estatística que busca parcimônia nos resultados, uma superestimação de fatores não seria viável para a pesquisa; e um critério subjetivo não seria suficiente. Assim, achou-se coerente verificar o número de fatores por meio de outro critério. Para tanto, foi utilizado também o critério de Horn (ou análise paralela). Comparando os autovalores obtidos empiricamente pelo banco de dados com aqueles gerados por matrizes de variáveis aleatórias e não-correlacionadas, emergiram 7 autovalores empíricos menores que os randômicos, correspondendo a 7 fatores, segundo o critério de Horn.

Dessa maneira, a análise fatorial foi refeita fixando-se os 7 fatores e com a técnica da rotação oblíqua, a qual pressupõe que os fatores se correlacionam entre si (TABACHNICK; FIDELL, 2007). Os critérios também foram reavaliados e permaneceram satisfatórios: testes de esfericidade de Bartlett ($Qui-quadrado = 5324,755$, $p < 0,001$); e o de homogeneidade ($KMO = 0,829$). Além destes, também foi observado o grau de inter-correlações entre as variáveis, de modo que os índices de MSA foram todos satisfatórios - correlações abaixo de 0,50 são consideradas inadequadas e aquelas ao entorno de 0,80 são exemplares (HAIR JR. et al., 2009). Estes índices variaram entre $MSA = 0,559$ e $0,918$, sendo que a maioria ficou nas proximidades de 0,80.

Nesse contexto, verificou-se o conjunto de itens e suas cargas fatoriais, que foram consideradas satisfatórias quando superior a 0,30 no fator. Hair Jr. et al. (2009), sugere que o valor da carga fatorial aceitável depende de vários determinantes, como o número de variáveis analisadas e tamanho da amostra, mas na prática aponta valores entre $|0,30|$ e $|0,40|$ minimamente aceitáveis. Nesse sentido, apenas um item apresentou carga abaixo de 0,30 em todos os fatores e foi, por este motivo, abandonado. O percentual da variância total explicada ficou em 37,9%. Apesar de não ser um valor tão alto, tendo em vista que o ideal seria a explicação mais próxima de 100%, leva-se em consideração o fato de que a pesquisa trata sobre um construto psicológico e que as escalas psicométricas se destinam a investigar problemas de alta complexidade. Conforme aponta Dancey e Reidy (2006), pesquisas com ciências exploratórias, como é o caso das ciências humanas, requerem um olhar estatisticamente menos rigoroso.

Os itens foram observados de forma conjunta, conforme seu fator correspondente apontado pelas cargas fatoriais, as quais foram analisadas de forma decrescente e ordenada, sendo apontados os itens que apresentavam cargas mais altas em cada fator. A partir disso, tendo em vista que se partiu de uma pesquisa empírica acerca da construção dos itens e que não se teve como ponto de partida uma teoria psicométrica de um instrumento já consolidado,

os fatores foram nomeados tomando como base a identificação dos itens que se agruparam e com o auxílio dos critérios diagnósticos apontados no DSM-5.

Outro aspecto observado foi o de que três itens apresentaram cargas fatoriais em blocos com os quais não tinham identificação teórica. Ao serem observadas suas comunalidades e o impacto que teria para a confiabilidade do conjunto de itens caso fossem excluídos, ambos critérios estatísticos não se mostraram satisfatórios para manter os itens (apresentaram comunalidades baixas e alfa de Cronbach constante se fosse retirado) e estes foram excluídos por entendimento de que não contribuíam para interpretação do fator.

Além disso, outros três itens apresentaram cargas fatoriais próximas em mais de um fator, de modo que a carga mais alta não era aquela com melhor identificação teórica. Dessa forma optou-se por fixar estes itens nos fatores com os quais apresentavam melhor identificação de acordo com a interpretação teórica na construção dos itens. Mediante uma análise teórica mais crítica quanto à distribuição dos itens em blocos, as análises foram refeitas e os valores de confiabilidade por cada fator e para o conjunto total de itens foram comparados antes e após estas mudanças. Constatou-se uma constância para a maioria dos valores anteriormente obtidos, com um alfa de Cronbach levemente superior para o fator 5 (subiu de $\alpha = 0,780$ para $\alpha = 0,813$).

Pode-se notar com este fato que a decisão tanto de excluir os quatro itens quanto de fixar outros três em fatores com identificação teórica adequada não prejudicou os resultados. Pelo contrário, contribuiu para uma visão mais clara e bem delimitada dos itens, vindo até a aumentar a consistência interna dos itens. Ao final destas análises, o instrumento resultou em 58 itens, todos em mesmo sentido, os quais apresentaram cargas fatoriais satisfatórias em 7 fatores. As cargas fatoriais, percentuais de variância explicada, comunalidades e coeficiente α de Cronbach para cada item são mais bem detalhados no Apêndice B.

O fator 1 ficou composto por 11 itens, sendo que os itens que apresentaram maiores cargas fatoriais foram os itens: 57. “Acho que seria melhor eu não viver”; 54. “Acho que seria melhor para as pessoas se eu não existisse”; e 55. “Penso que eu não queria existir”. Levando em consideração o conjunto de itens e aqueles que tiveram maior impacto nas correlações, este fator foi intitulado como “Pensamentos autodestrutivos”. As correlações do item com o fator foram relativamente expressivas, variando entre 0,45 e foi 0,79. O índice de alfa de Cronbach para este fator ficou $\alpha = 0,86$, o que pode ser considerado satisfatório se considerarmos o que diz a literatura especializada - Urbina (2007) sugere estimativas de fidedignidade acima de 0,80.

No fator 2, fixaram-se 10 itens. Os itens que se mostraram mais relacionados foram: 41. “Sinto-me cansado(a) a maior parte do dia”; e 39. Sinto-me muito cansado(a) quando vou brincar. Desse modo, o fator foi nomeado por “Apatia”. A menor carga fatorial aqui encontrada foi 0,31 e a maior foi 0,65. O índice de alfa de Cronbach para este fator foi $\alpha = 0,71$. Se for considerado o que diz Urbina (2007) em relação a um coeficiente de 0,70 ou menor já indicar estimativas baixas de precisão do teste, o índice encontrado já se encontraria no limite e poderia ser duvidoso. Entretanto, autores como Dancey e Reidy (2006), já alertam para construtos complexos como os de natureza humana, apontando como valores aceitáveis aqueles acima de 0,60. Com esse adendo, pode-se considerar como satisfatório o valor de confiabilidade encontrado.

O fator 3 abarcou 6 itens, dos quais sobressaíram-se com cargas fatoriais muito próximas os itens 05. “Meus dias são tristes”; 02. “Minha família diz que pareço triste”; e 01. “Quando acordo, sinto que meu dia será triste”. Neste fator, assim como no fator 5, todas as correlações se apresentaram negativas. Tendo em vista que para a análise fatorial utilizou-se o método de rotação oblíqua e que esta pressupõe haver relação entre os fatores, entende-se que este fato ocorreu devido a uma relação em sentido oposto entre os fatores 3 e 5 com os demais. Isso se corrobora quando se observa a matriz de correlações de fator apontada ao utilizar a rotação oblíqua. Quando se verifica a correlação do fator 3 com o fator 2, por exemplo, temos um valor negativo, (-0,21). Ao observar a correlação entre os fatores 3 e 5 (0,20), ela indica que estes estão em mesmo sentido. Diante desta situação, o fator 3 foi nomeado por “Sentimentos eufóricos”. As cargas fatoriais variaram de -0,31 a -0,56 e o índice alfa de Cronbach foi $\alpha = 0,71$.

Para o fator 4 agruparam-se 9 itens que tratavam sobre o tema “Irritabilidade” e assim foi nomeado este bloco. Os itens 11. “Sou bravo com minha família”; 13. “Sinto vontade de brigar com as pessoas, mesmo sem motivo”; 10 “Sou bravo com meus amigos” e 15. “Falo gritando com minha família porque me sinto irritado” se destacaram em termos correlacionais com o fator, sendo a carga mais alta 0,776 e a mais baixa 0,387. O índice alfa de Cronbach para este fator se mostrou bastante satisfatório ($\alpha = 0,85$).

O fator 5 compreendeu 6 itens, de modo a se destacarem o 45. “Sinto que as pessoas acham que não sirvo para nada”; o 46. “Sinto que as pessoas acham que não sei fazer nada certo”; e o 44. “Penso que não sei fazer nada certo”. Assim como o fator 3, todas as correlações apresentaram-se negativas, levando à conclusão de que este fator vai em sentido oposto ao demais. Nesse sentido, foi nomeado por “Sentimentos de utilidade”. As cargas

fatoriais se mostraram relativamente exemplares em todos os itens, variando de -0,45 a -0,71 e o índice alfa de Cronbach para este fator também foi bastante expressivo ($\alpha = 0,81$).

No fator 6, fixaram-se 10 itens. As cargas fatoriais destes, se comparadas às dos demais, foram as mais baixas, entretanto, satisfatórias; sendo a mínima 0,33 e a máxima, 0,47. Os itens 23. “Tudo que faço é sem graça”; e 17. “Não sinto mais vontade de brincar”. Desse modo, o fator foi intitulado “Desânimo profundo”, cujo índice alfa de Cronbach foi de $\alpha = 0,72$.

Por fim, o fator 7 foi delineado com 6 itens, destacando-se os itens 32. “Sinto que sou agitado(a)”; 33. “Não consigo ficar muito tempo parado”; e 52. “Penso muitas coisas ao mesmo tempo”, resultando o nome do fator em “Agitação e retardo psicomotor”. As cargas fatoriais flutuaram entre 0,31 e 0,56 e o índice alfa de Cronbach foi o menor de todos os 7 fatores ($\alpha = 0,65$), mas ainda se mostrou satisfatório (acima de 0,60) – tendo em vista as que se trata de um estudo inicial e o instrumento se destina a rastreio. Uma questão que pode ser discutida com estes resultados referentes ao fator 7, é que o mesmo diz respeito a características psicomotoras e de inquietação, sintomas que estão presentes em diversos outros transtornos, como os de ansiedade e o TDAH (APA, 2014). Tendo em vista que a amostra clínica investigada não foi composta por crianças de fato com o diagnóstico de depressão infantil, mas sim com demandas de serviços psicológicos, tal amostra pode ter abarcado diagnósticos de outros transtornos mentais, que podem inclusive aparecer associados. Sobre isto, o estudo de revisão realizado por Vianna, Campos e Landeira-Fernandez (2009), informa, por exemplo, que cerca de 33% dos estudos realizados com amostras clínicas de transtornos ansiosos tenham associação com transtornos depressivos.

Com a execução destas análises, foi viável também alcançar o objetivo específico de “verificar as características psicométricas dos itens do instrumento construído”. Por meio da análise fatorial, em especial, averiguou-se evidências psicométricas para os dados coletados, principalmente no que se refere à validade de construto, constatando-se assim que o instrumento de fato avalia o que se propõe a medir (PASQUALI, 2009; PRIMI, 2006). Ademais, o conjunto total de itens apresentou um índice alfa de Cronbach de $\alpha = 0,926$, demonstrando evidência bastante satisfatória de consistência interna entre as variáveis (URBINA, 2007).

5.6 ESTIMAÇÃO DOS PARÂMETROS DE DIFICULDADE E DISCRIMINAÇÃO DOS ITENS A PARTIR DA TRI

A Teoria de Resposta ao Item (TRI) foi utilizada em completo à análise fatorial, como método de refinamento dos itens construídos, aprimorando a análise psicométrica do IDI. A técnica de fatoração, por sua vez, possibilitou o respeito aos pressupostos necessários ao uso na TRI, de unidimensionalidade - ao constatar que os itens são representativos do construto - e independência local - ao considerar que este construto é o maior responsável para emissão das respostas ao instrumento. Para isso, contou-se com o software PASRCAL, versão 4.1, recorrendo-se ao modelo de Resposta Gradual de Samejima, por tratar-se de itens politômicos. Assim como norteia Castro, Trentini e Riboldi (2010), que, apesar de haver uma variação de modelos para este tipo de itens, é consenso na teoria ser o Modelo politômico de Resposta Gradual (Graded-Response Model - GRM ou Modelo Samejima) o que apresenta melhor adequação nas análises. Neste, analisam-se dois parâmetros: o de discriminação (parâmetro *a* - também chamado de *slope, discrimination ou dispersion*) e o de dificuldade (parâmetro *b* - também chamado de *location, threshold ou position*) – este, no caso de não haverem respostas certas ou erradas, pode ser analisado como grau de presença do sintoma (CASTRO; TRENTINI; RIBOLDI, 2010).

O parâmetro de discriminação (parâmetro *a*) diz respeito à capacidade que um item possui em discriminar magnitudes próximas das respostas emitidas pelos sujeitos a um instrumento psicométrico que representa um traço latente. A escala padrão utilizada para classificar esse parâmetro vai de 0 (nada discriminativo) até próximo de 4 (extremamente discriminativo). Entretanto, nas análises práticas, habitualmente têm-se verificado que o valor máximo que se alcança é 2 (ALBUQUERQUE; TRÓCCOLI, 2004). Existe ainda uma classificação mais detalhada proposta por Baker (2001), a qual está descrita a seguir em sua forma original (Quadro 2) e será utilizada como base para análise do parâmetro dos itens.

Quadro 2 - Verbal label Range of values (Legenda para valores de parâmetro de discriminação de item)

none (nenhum)	0
very low (muito baixa)	0.01 - 0.34
Low (baixa)	0.35 - 0.64
moderate (moderada)	0.65 - 1.34
High (alta)	1.35 - 1.69
Very high (muito alta)	> 1.70
Perfect (perfeita)	+ infinity

O parâmetro dificuldade corresponde ao valor necessário de teta (traço latente) para o indivíduo aceitar o item. Fixando-se uma probabilidade de aceitar o item em 0,50 de acerto do item, representada por escores padrão que variam de -3 (itens muito fáceis) até +3 (itens muito difíceis), o valor 0 indica itens de dificuldade mediana. Assim, o sujeito que possuir um nível elevado de traço latente terá uma maior probabilidade de aceitar o item da escala. Para a avaliação dos índices de dificuldade, foram utilizadas as categorias apresentadas por Albuquerque e Trócoli (2004) em seus resultados, cuja nomenclatura de níveis já havia sido apontada por Baker (2001), conforme quadro 3.

Quadro 3- Classificação do parâmetro de dificuldade

Pontos	Dificuldade
Menor que -1,28	Extremamente fáceis
-1,28 a -0,52	Fáceis
-0,52 a 0,52	Medianos
0,52 a 1,28	Difíceis
Maior que 1,28	Extremamente difíceis

Iniciando de fato a descrição das análises de TRI, teve-se acesso à fase de número 0, a qual é responsável por fazer uma checagem tanto dos dados quanto da sintaxe elaborada para a execução dos resultados. Ela contém informações acerca de pontos de quadratura; especificidades de análises; e entrada e resposta recodificada das duas primeiras observações (sujeitos), o que pode ser de pouca importância para a maioria dos pesquisadores. Nesta fase, todas as 211 observações foram checadas, lidas e processadas normalmente. Executou-se por consequente a fase seguinte, a qual dispõe de várias informações úteis em tabelas que designam estatísticas de resumos dos itens – tais quais: a proporção de sujeitos com respostas dadas para cada categoria; a média e o desvio padrão para cada item; o perfil e as correlações polisseriais entre cada item e as pontuações totais.

Ao tentar executar a fase 2, percebeu-se que alguns itens impediam a convergência dos modelos. Esta fase detalha informações sobre as estimativas e, se o algoritmo convergir, as estimativas finais dos parâmetros do item. Assim, aqueles itens que possuíam correlações polisseriais mais baixas (informadas na fase 1) foram abandonados, de maneira que foram sendo testadas várias estimativas até que todos os itens do instrumento contribuíssem para convergir os modelos. Ao final, foram abandonados 31 itens, restando apenas 27. Em todas as situações, foi recorrido à escala métrica padrão com média igual a 0,0 e desvio padrão igual

a 1,0. Na tabela 3 apresenta os parâmetros dos itens para o instrumento total, na ordem de 7 fatores.

Tabela 3 – Parâmetros a e b dos itens partir do modelo de resposta gradual de Samejima

	ITEM	Correl. Poliss.	Parâm.	Parâm.	$b_{i,1}$	$b_{i,2}$	$b_{i,3}$	$b_{i,4}$
			a <i>discriminação</i>	b <i>dificuldade</i>				
Fator 1	150	0,830	1,803	1,320	-0,758	-1,176	,555	1,791
	151	0,812	1,706	1,314	-0,752	-1,170	,549	1,785
	152	0,722	1,012	1,406	-0,844	-1,262	,641	1,877
	153	0,792	1,877	1,513	-0,951	-1,369	,748	1,984
	158	0,675	1,092	1,070	-0,508	-0,926	,305	1,541
Fator 2	129	0,781	0,515	0,885	0,007	-0,663	,286	1,599
	136	0,745	1,220	0,728	0,164	-0,506	,129	1,442
	138	0,744	0,892	1,495	-0,603	-1,273	,896	2,209
Fator 3	101	0,739	0,899	1,383	-0,405	-1,149	,800	2,178
	107	0,795	0,993	1,894	-0,916	-1,660	,311	2,689
	109	0,777	1,012	1,941	-0,963	-1,707	,358	2,736
Fator 4	111	0,855	2,683	1,271	-0,416	-1,103	,588	1,978
	113	0,784	0,992	1,744	-0,889	-1,576	,061	2,451
	115	0,791	1,192	1,577	-0,722	-1,409	,894	2,284
	146	0,765	0,766	1,800	-0,945	-1,632	,117	2,507
Fator 5	140	0,718	0,997	1,376	-0,496	-1,141	,743	2,124
	141	0,776	1,549	0,986	-0,106	-0,751	,353	1,734
	142	0,784	1,208	1,256	-0,376	-1,021	,623	2,004
	143	0,674	1,053	1,514	-0,634	-1,279	,881	2,262
	144	0,698	1,032	0,935	-0,055	-0,700	,302	1,683
	145	0,674	0,911	1,318	-0,438	-1,083	,685	2,066
Fator 6	106	0,681	0,793	1,210	0,256	-1,065	,810	2,221
	117	0,746	0,735	1,039	0,427	-0,894	,639	2,050
	119	0,773	0,621	1,519	-0,053	-1,374	,119	2,530
Fator 7	130	0,730	0,575	-0,352	1,065	0,458	,109	0,224
	131	0,711	0,780	-0,311	1,024	0,417	,068	0,265
	132	0,752	1,005	-0,379	1,092	0,485	,136	0,197
Número de itens: 27								

Nota: $b_{i,1}$: parâmetro de dificuldade entre categorias de respostas 0 e 1; $b_{i,2}$: parâmetro de dificuldade entre categorias de respostas 1 e 2; $b_{i,3}$: parâmetro de dificuldade entre categorias de respostas 2 e 3; $b_{i,4}$: parâmetro de dificuldade entre categorias de respostas 3 e 4. Correl. Poliss.: correlação polisserial; parâm. a: parâmetro de discriminação.

Para o instrumento avaliado, conforme o escore informado pelo parâmetro b de forma geral, nenhum dos itens resultantes nas análises de refinamento, são considerados extremamente fáceis ou fáceis, conforme a classificação do parâmetro de dificuldade (ALBUQUERQUE; TRÓCOLI, 2004). Dos 27, apenas 3 foram considerados fáceis; 8 como medianos e 16 considerados extremamente difíceis (59,26%). Considerando que o parâmetro b para itens que não consideram respostas certas e erradas equivale ao grau de presença do sintoma, pode-se entender estes resultados como sendo a maioria dos itens correspondentes a sintomas difíceis de serem encontrados na amostra estudada. O item considerado mais fácil foi o I32 “Não consigo ficar muito tempo parado”, com “ b ” igual a -0,379, indicando que há uma maior probabilidade de um sujeito aceitar o referido item e que seu teta (traço latente) não precisa ser tão alto para isto. Em contrapartida, o item I07 “Sinto vontade de chorar na escola, mesmo se nada tenha acontecido”, com “ b ” igual a 1,894 foi considerado o mais difícil (extremamente difícil), com menor probabilidade de os sujeitos concordarem com o mesmo, o que requer maior nível de habilidade (teta).

Para itens politômicos (estimativa do modelo GRM), são calculadas as probabilidades de cada intervalo entre categorias de respostas a partir de valores encontrados para os limiares de respostas (“ $b_{i,k}$ ”). Estas probabilidades são calculadas em função da posição em que se encontram nas categorias (b_i) e um conjunto de parâmetros designado para cada item ($c_{i,k}$). Assim, $b_{i,k} = b_i - c_{i,k}$ (CASTRO; TRENTINI; RIBOLDI, 2008).

No que diz respeito aos parâmetros b (dificuldade) entre as categorias de respostas da escala do tipo *Likert*, a grande maioria dos limiares de respostas foram classificados como fáceis ou extremamente fáceis. Os itens do fator 7 (Agitação e alterações psicomotoras) foram os que apresentaram limiares com maiores dificuldades de serem aceitos pelos respondentes, o que pode levar ao entendimento de que é o fator que demanda maior nível de traço latente (teta) para ser aceito. Neste fator, para o limiar $b_{i,1}$ - entre as categorias de respostas 0 e 1 - encontraram-se os valores mais altos do parâmetro b (classificação difícil).

À exceção dos itens do fator 7, os limiares de $b_{i,3}$ - entre categorias de respostas 2 e 3 - e $b_{i,4}$ - entre categorias de respostas 3 e 4 (sempre), apresentaram classificação “extremamente fáceis” para todos os demais itens. Isso implica que o limiar entre as categorias de respostas “2 e 3”; e “3 e 4” possuem maior facilidade de serem aceitas pelos sujeitos, o que não demanda níveis altos de traço latente.

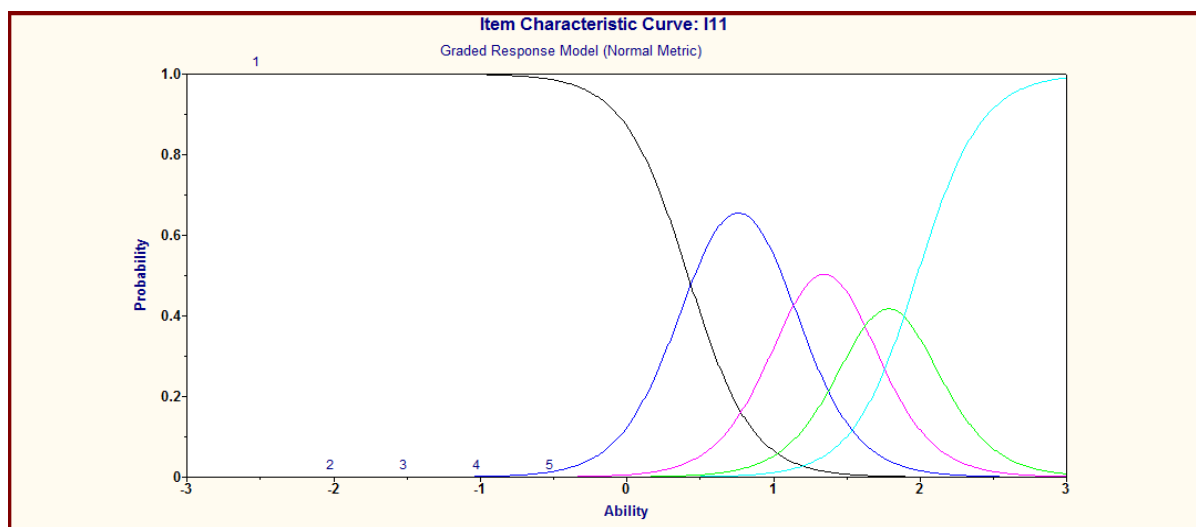
O parâmetro a (discriminação ou *slope*) esteve entre os valores 0,515 e 2,683. Como já assinalado, os valores do parâmetro a podem variar entre 0,0 (nada discriminativo) e 4,0 (extremamente discriminativo). Porém, com o adendo de que factualmente o 2,0 é o teto de variabilidade para este parâmetro e considerando a classificação do parâmetro de discriminação sugerido por Baker (2001), a grande maioria (74,1%) dos itens mostraram ter

uma discriminação moderada para os níveis próximos de teta (traço latente) necessários para emitir uma resposta. Do total, o item I11 “Sou bravo com minha família” se destacou por se apresentar perfeitamente discriminativo - valor 2,683 para o parâmetro a -; 4 itens foram altamente discriminativos e 2 com discriminação baixa, com destaque negativo para o I29 “Se eu pudesse, passaria o dia todo dormindo” – parâmetro $a = 0,515$. Dessa maneira, conclui-se que o conjunto total de itens do Inventário de Depressão Infantil, de uma forma geral, tem um poder mediano para distinguir respondentes com níveis próximos do traço latente sintomas depressivos.

O parâmetro a também é apontado na literatura como inclinação. Isto porque está atrelado ao grau de inclinação da Curva Característica do Item (CCI); quanto mais íngreme esta for, mais discriminativo o item será. Como já descrito em subseção anterior, a CCI é uma representação gráfica da relação de causalidade entre o desempenho do sujeito no item e o grau de traço latente. O gráfico possibilita observar a probabilidade de que um item seja respondido em função dos diferentes graus de aptidão (ANDRADE; TAVARES; VALLE, 2000).

Para uma melhor visualização da CCI, segue na figura 1 o exemplo de uma das curvas características, a do item I11, o qual se mostrou com maior poder discriminativo segundo o parâmetro a . Cada linha do gráfico representa uma categoria de resposta na escala do tipo *Likert* de quatro pontos (nunca; poucas vezes; às vezes; muitas vezes; e sempre). Vale ressaltar que originalmente essa escala vai de 0 a 4. Entretanto, a mesma foi recodificada para melhor visualização das respostas dadas nas análises no *software* PARSCALE.

Figura 1 - Curva característica do item I11 do fator Inventário de Depressão Infantil

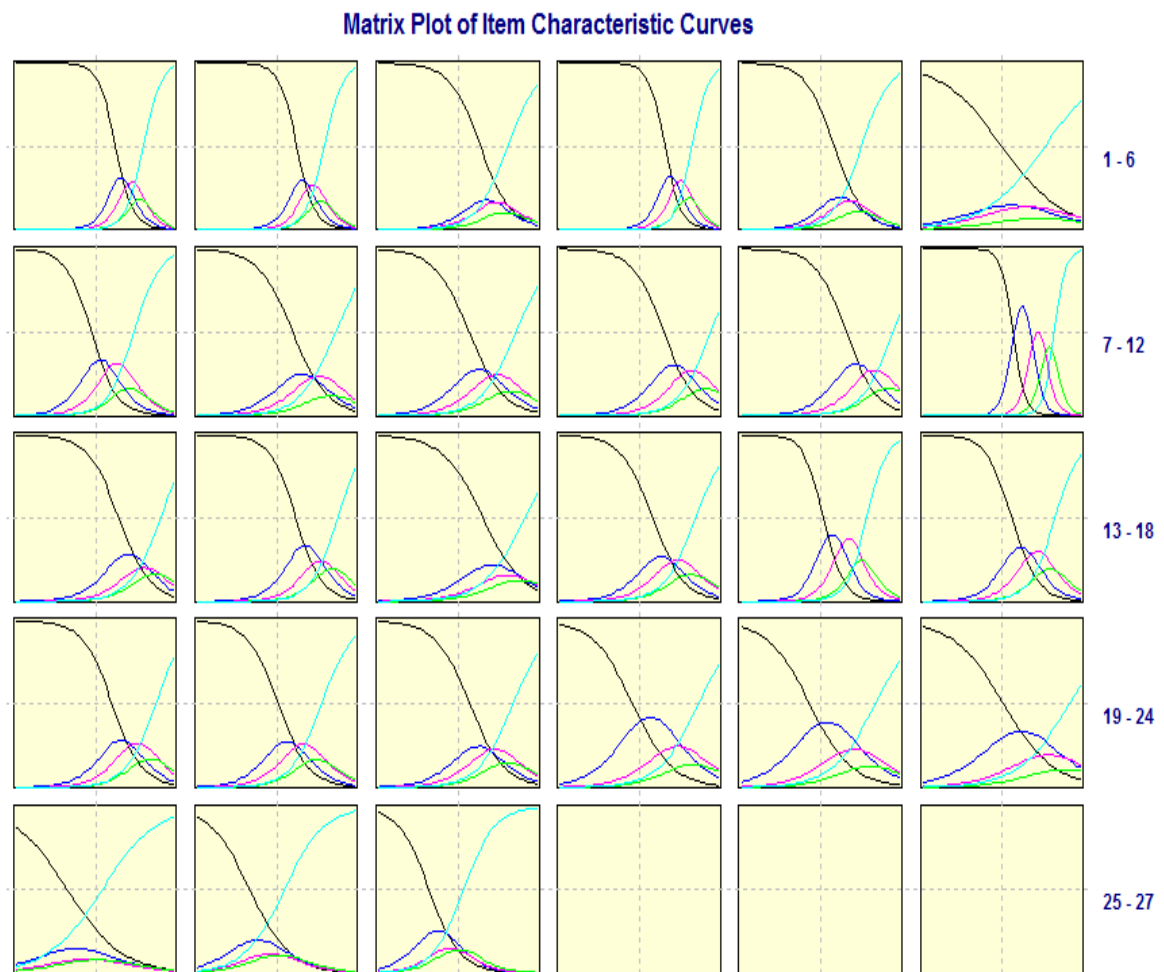


Legenda: linha preta: categoria 1; linha azul escuro: categoria 2; linha rosa (megenta): categoria 3; linha verde: categoria 4; linha azul clara (cyan): categoria 5

Conforme o gráfico acima (Figura 1), para o item I11: quanto mais elevado o nível de traço latente no respondente; menor é a probabilidade de endosso na categoria 1 de resposta. Isto indica que, quanto maior a inclinação do sujeito a apresentar sintomas depressivos; menos chances haverá de ele marcar o ponto 0 (nunca ocorre) na escala – ponto que significa quase ausência de sintoma. Por outro lado, na categoria 5 de resposta ocorre o inverso: quanto maior o nível de habilidade (teta); maior também é a probabilidade de endosso nesta categoria. Assim, quanto maior inclinação do sujeito a apresentar sintomas depressivos, mais chances existe de ele marcar o ponto 4 na escala original (sempre ocorre). Sobre as demais categorias, é notório que todas elas apresentam probabilidade de serem endossadas em função dos diferentes níveis de habilidade (teta).

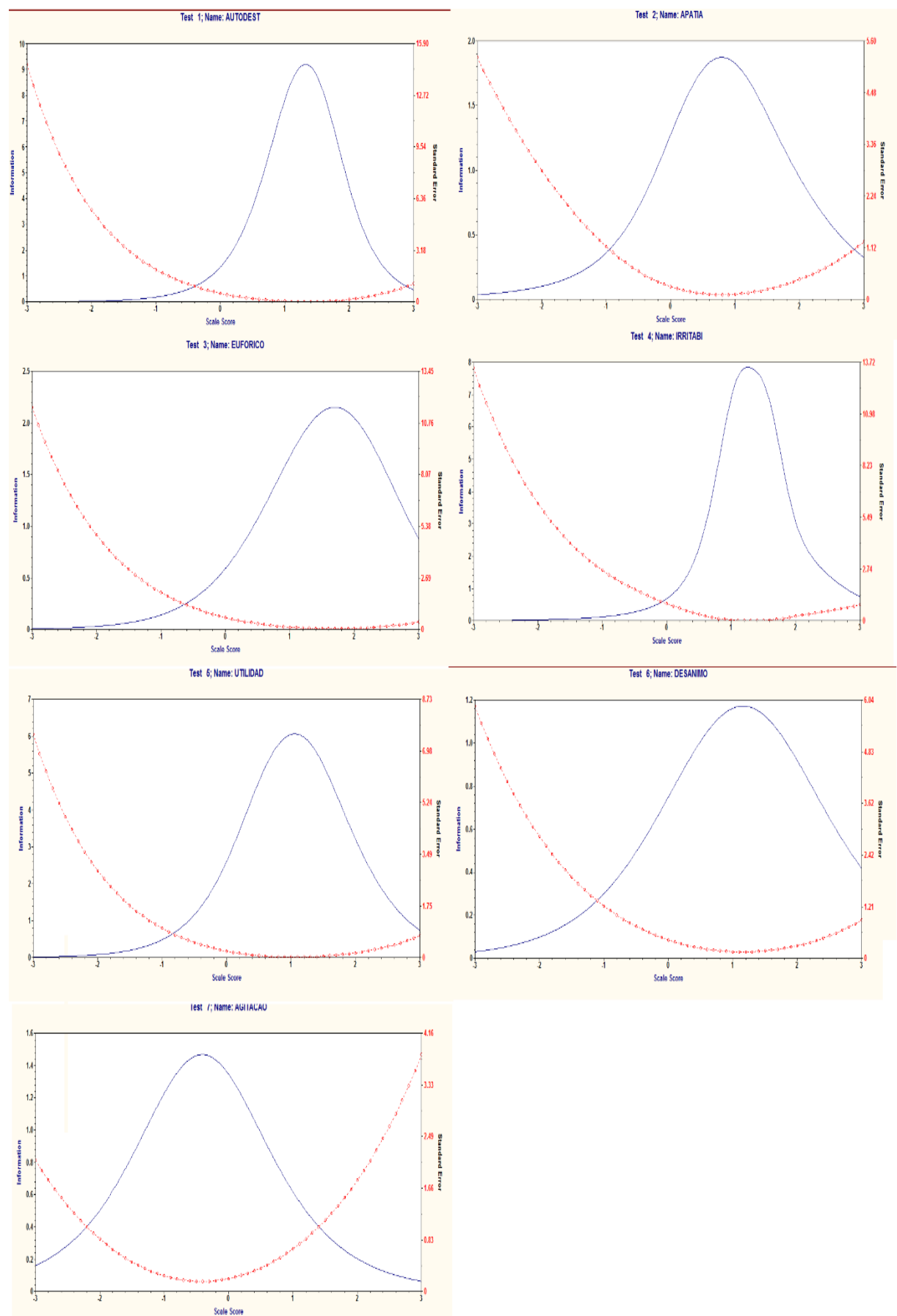
Ainda referente ao I11, tendo em vista seus parâmetros: $a_{11} = 2,683$; $b_{i,1} = -0,416$; $b_{i,2} = -1,103$; $b_{i,3} = -1,588$; $b_{i,4} = -1,978$, é possível observar que as crianças com gravidade de sintomas depressivos até $-0,416$ têm probabilidade maior de endossar a categoria 1 (curva preta); crianças com gravidade de sintomas depressivos entre $-0,416$ e $-1,103$ têm probabilidade maior de endossar a categoria 2 (curva azul escura); aquelas com gravidade de sintomas depressivos entre $-1,103$ e $-1,588$ têm probabilidade maior de endossar a categoria 3 (curva rosa); aquelas com gravidade de sintomas depressivos entre $-1,588$ e $-1,978$ têm probabilidade maior de endossar a categoria 4 (curva verde); e os que apresentam maior probabilidade de endossar a categoria 5 (curva azul clara) são aqueles a partir de $-1,978$.

Para exposição de informações mais completas, a seguir são apresentados os gráficos da CCI de todos os itens do conjunto total de itens do IDI (Figura 2). Segundo estes gráficos fica notório que, para todos os 27 itens, as 5 categorias de respostas apresentam probabilidades de serem endossadas em função do nível traço latente (teta). Entretanto, a categoria 1 é a que mais se destaca por atingir valores sempre altos de probabilidades de endosso.

Figura 2 - Curvas Característica dos itens

Na sequência é apresentada a curva de informação total (CIT) para cada um dos subtestes da escala (Figura 3). Essa curva também apresenta relação estreita com parâmetro α e promove uma visualização ampla da dimensão. Segundo ela é possível saber em qual intervalo o nível de habilidade (θ) deve estar para o fator dispor de sua maior capacidade de informação. A curva de informação total é representada no gráfico pela curva de cor azul, ao passo que a linha pontilhada em vermelho representa o erro padrão da medida.

Figura 3 - Curva de informação do Teste para os 7 fatores



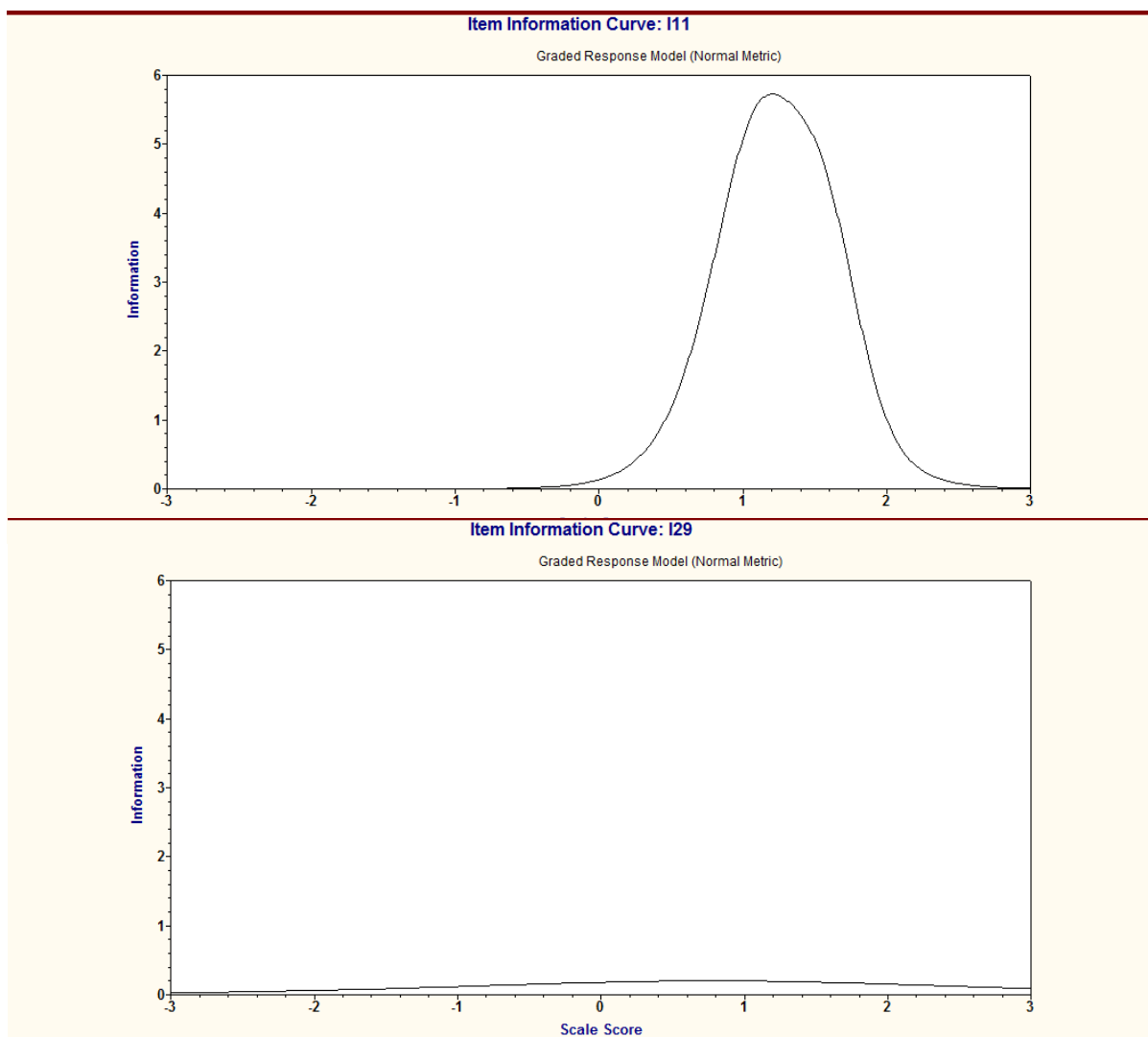
O traço latente pode ser descrito ainda conforme funções de informações do item - representado por um gráfico chamado de Curva de Informação do Item (CII), por meio do qual é possível verificar o nível de informação que um item consegue explicar sobre o construto em questão. Dessa forma, para cada item, gera-se uma curva que demonstra a quantidade de informação psicométrica que um comportamento representado em um item contribui para a medida do traço latente, sendo possível ainda observar o intervalo onde o item comporta maior grau informação. Esta curva também atrelada ao parâmetro a (discriminação) - aspecto que permite analisar quais sintomas depressivos melhor discriminam os sujeitos em relação a sua gravidade. Para os modelos politômicos utilizados pela TRI, o grau de informação fornecido por um item está em função dos valores do parâmetro a e dos intervalos designados pelas categorias de respostas ($b_{i,k}$) no decorrer dos diferentes níveis de traço latente (CASTRO; TRENTINI; RIBOLDI, 2008). Na prática, ao analisar as CII, foi considerado como ponto de corte o número 1,0 sugerido por Andrade, Tavares e Vale (2000) nas estimativas deste parâmetro (para um item ser consideravelmente discriminativo, $a > 1$).

A verificação de tais aspectos métricos é importante para a técnica utilizada por meio da TRI, tendo em vista que a quantia geral de informação dada por um conjunto de itens para cada magnitude do traço latente está inversamente relacionada ao erro padrão associado com a estimativa deste traço. Da mesma forma, a função fornecida pelo gráfico de informação do teste se caracteriza como substituta para os parâmetros essenciais à medida psicométrica de confiabilidade e erro padrão, características da TCT (CASTRO; TRENTINI; RIBOLDI, 2008).

Sobre a quantidade de informações fornecidas, o item que apresentou curva com maior alcance de informação foi o I11. Além disso, ao traçar uma linha horizontal no ponto igual a 1,0 da função de informação do item, observa-se que o I11 apresenta maior poder de discriminação da população estudada quanto ao grau de sintomas depressivos infantis principalmente quando o escore métrico da escala está no intervalo de [0,5; 2,1]. Em contrapartida, o I29 foi o que apresentou curva com menor alcance (bem abaixo do ponto de corte 1,0). Estes resultados corroboram com os valores já fornecidos pelo parâmetro a anteriormente e indicando serem estes os itens com maior e menor poder discriminativo, respectivamente. Quanto aos fatores, o 3, o 6 e o 7 são os que menos dispõem de informação à medida depressiva infantil, ou seja, são os com menor capacidade discriminativa da população quanto a este traço latente. Já os fatores 1, 4 e 5 foram os que apresentam melhor

desempenho em dispor informação sobre o construto. A seguir são apresentadas as curvas de informação para os itens I11 e I29 (Figura 4).

Figura 4 - Curvas de Informação dos itens I11 e I29



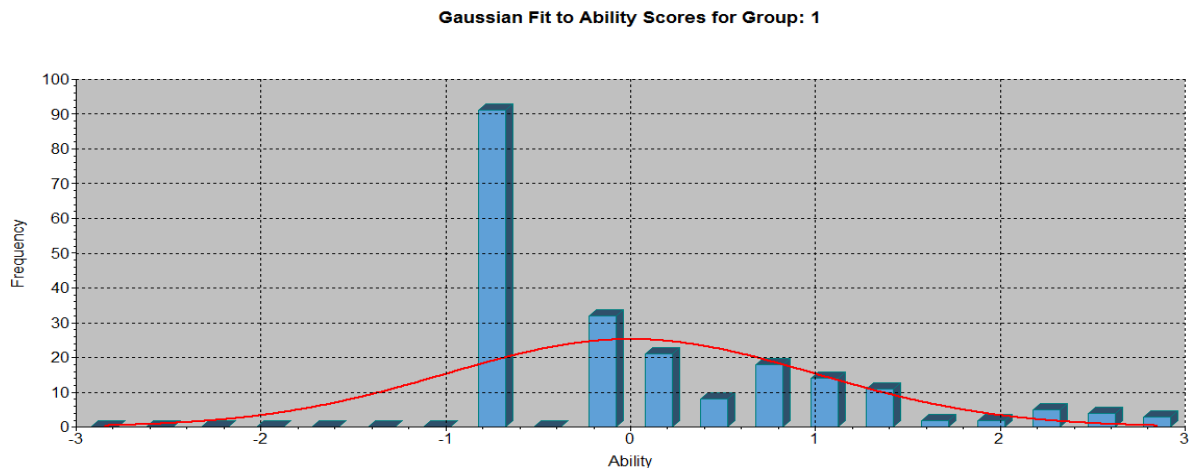
Na fase 3 executada pelo PARSCALE, contém as informações de pontuação dos sujeitos para o teste (neste caso, o IDI). A estimativa do examinado e erros padrão estão contidos neste arquivo. A parte das estimativas do examinado contém a habilidade (teta) (estimativa de traço latente) e para cada estimativa, o erro padrão associado.

Apesar de se admitir uma métrica entre -3 e +3 para classificação do teta (habilidade), esta escala é arbitrária, de modo que as estimativas de intensidade do sintoma depressivo infantil (neste caso) podem alcançar valores que vão de infinito negativo a um infinito positivo em um *continuum*. Assim, a escala serve como parâmetro para se ter uma origem e uma unidade de medida da estimativa. O que de fato interessa são as relações existentes entre

seus pontos, e não seu valor propriamente dito (CASTRO; TRENTINI; RIBOLDI, 2008). Neste estudo, foi definido que os escores da escala métrica para o teta (habilidade) tivessem média zero e desvio padrão um - escala (0,1).

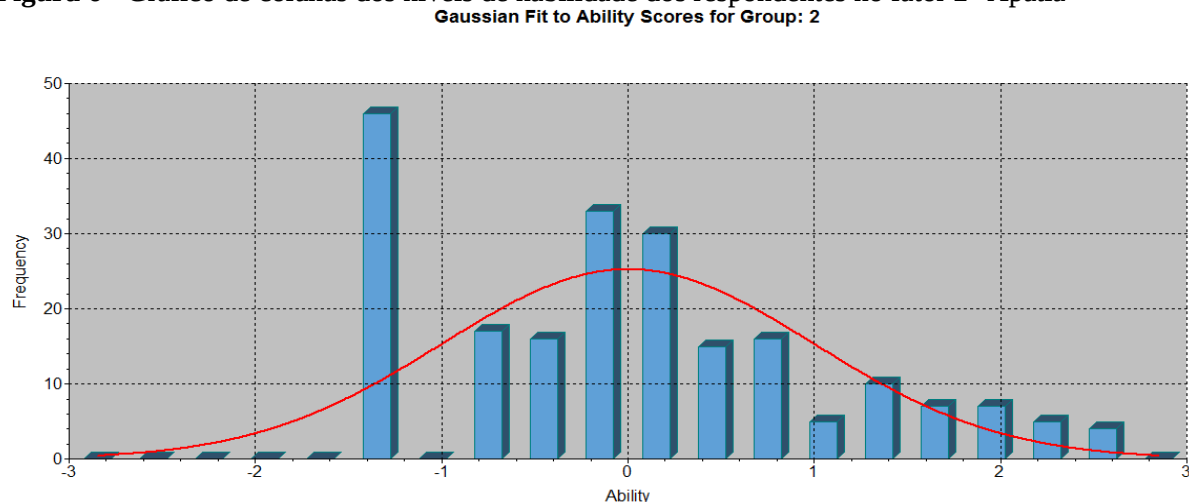
Como forma de melhor visualizar inicialmente os níveis de habilidade (teta) em função da frequência, a seguir são apresentados os valores dos tetas distribuídos em um gráfico de colunas, referentes a cada fator.

Figura 5 - Gráfico de colunas dos níveis de habilidade dos respondentes no fator 1 "Pensamentos autodestrutivos"



O gráfico acima (Figura 5) indica que os sujeitos se distribuíram nos níveis de habilidade (teta) relativamente altos (a partir de -2,0 até o ponto 3,0). Entretanto houve uma grande concentração sujeitos com níveis de habilidade (teta) aproximadamente situados em -0,8. Este fato sugere que, em geral, neste fator há vários respondentes bem distribuídos com altos níveis de habilidade (teta), mas uma grande quantidade deles apresentou habilidade (teta) próximo de -0,8.

Figura 6 - Gráfico de colunas dos níveis de habilidade dos respondentes no fator 2 "Apatia"



No gráfico de colunas referente ao fator 2 “apatia” (Figura 6), a frequência de respondentes foi maior para o nível de habilidade (teta) aproximado de -1,4. Seguidos dos níveis -0,2 e 0,2.

Figura 7 - Gráfico de colunas dos níveis de habilidade dos respondentes no fator 3 "Pensamentos Eufóricos"

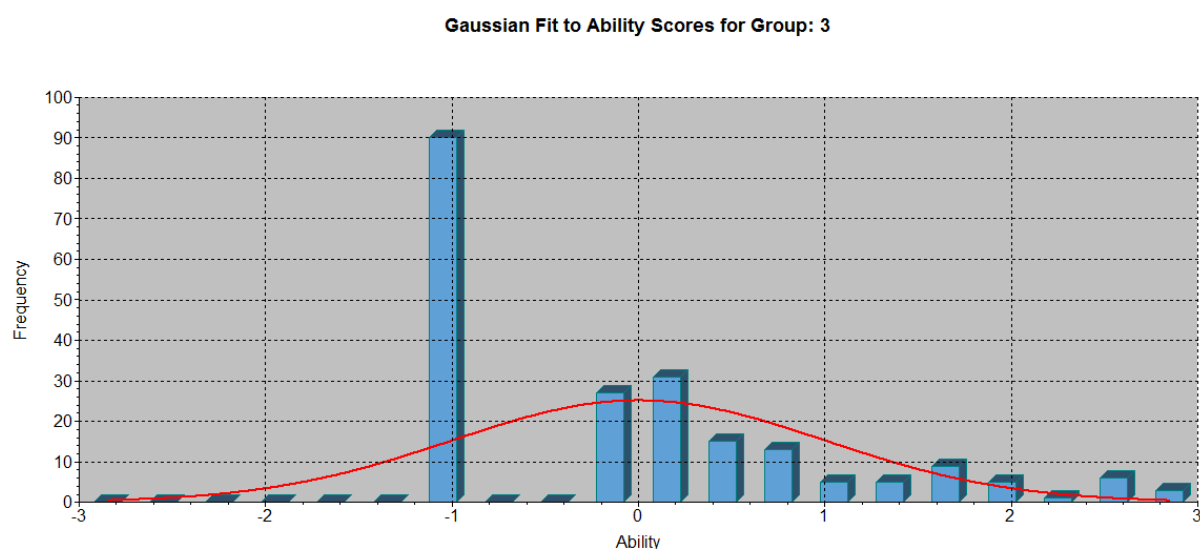
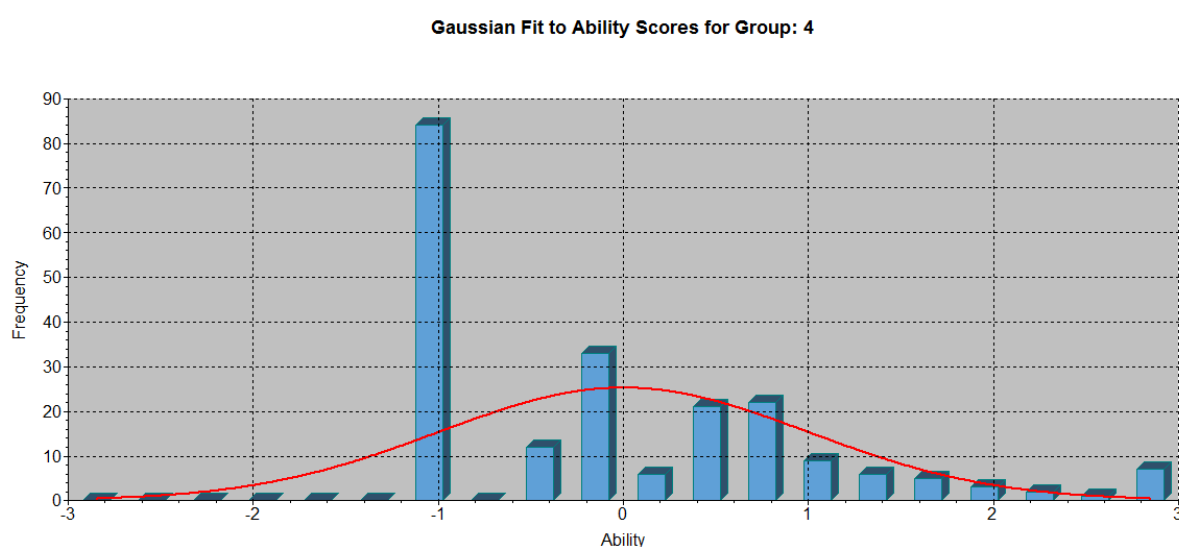
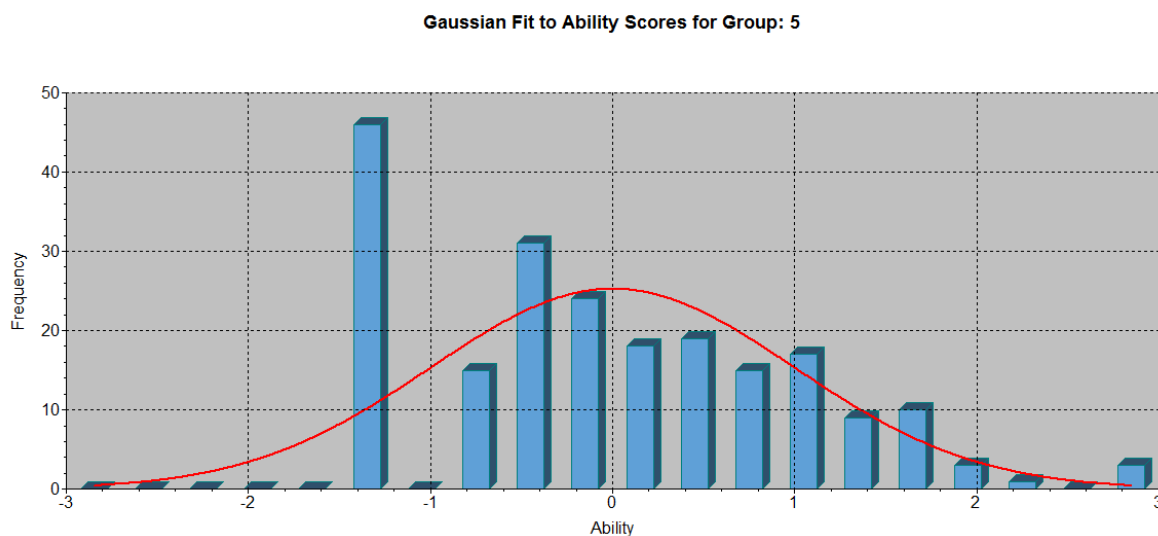


Figura 8 - Gráfico de colunas dos níveis de habilidade dos respondentes no fator 4 "Iritabilidade"



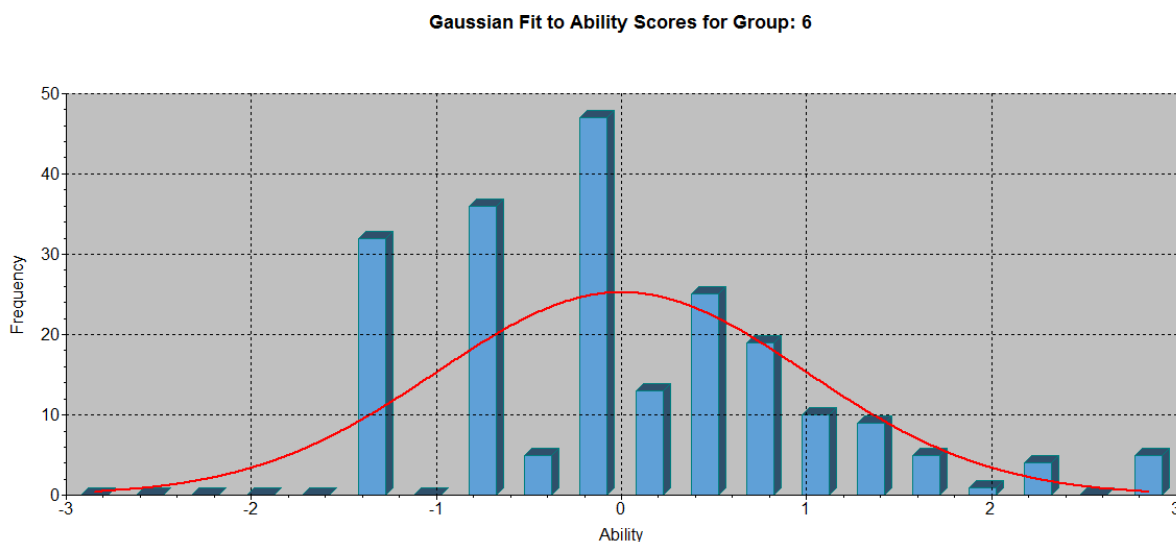
O gráfico de funções entre frequência de respondentes e níveis de habilidade (teta) para os fatores 3 (Figura 7) e 4 (Figura 8) ficaram bem semelhantes entre si e também com o fator 1. O adendo e fato curioso é que, tanto no fator 3 quanto no 4, a maior frequência de crianças pontuou em -1,0 na estimativa de intensidade do sintoma depressivo infantil.

Figura 9 - Gráfico de colunas dos níveis de habilidade dos respondentes no fator 5 "Sentimentos de Utilidade"



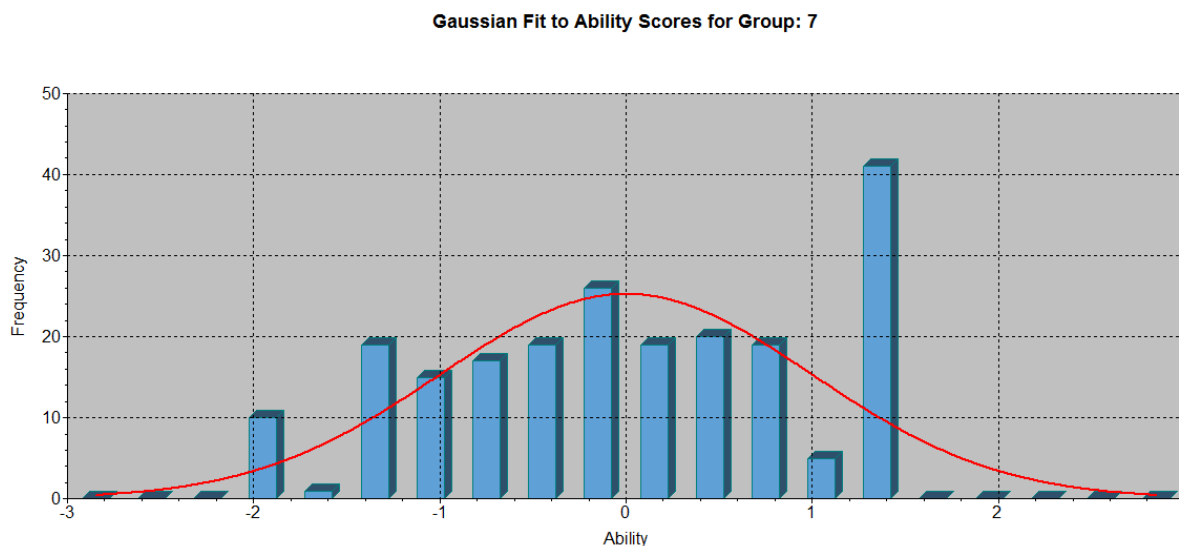
Para o fator 5 (Figura 9), o gráfico chegou próximo de uma curva normal. Entretanto, a frequência de respondentes com níveis de habilidade (teta) -0,4 se sobressaiu.

Figura 10 - Gráfico de colunas dos níveis de habilidade dos respondentes no fator 6 "Desânimo Profundo"



No gráfico de colunas referente ao fator 6 (Figura 10), houve picos de frequências em diferentes níveis de habilidade (teta). O maior deles foi de crianças com habilidade (teta) próximos de -0,2. Seguidos de -0,8 e -1,4.

Figura 11 - Gráfico de colunas dos níveis de habilidade dos respondentes no fator 7 "Agitação e Retardo Psicomotor"



Por último, a distribuição de frequência referente ao fator 7 (Figura 11), assim como a do fator 5, chegou próximo à de uma curva normal. Entretanto a maior quantidade de crianças se concentrou no nível 1,4 aproximado de habilidade (teta). Isso aponta que foi neste fator a maior concentração de respondentes para o maior nível de estimação de gravidade do sintoma depressivo.

Ao concluir estas análises de refinamento dos itens com base na TRI, em uma visão geral, é possível presumir que os itens possíveis de terem seus parâmetros avaliados se mostraram satisfatórios para o contexto que foram construídos. Entretanto vale ressaltar que alguns itens precisaram ser excluídos desta análise por apresentarem correlações polisserais baixas (inicialmente, após a análise fatorial foram propostos 58 itens; e restaram apenas 27 destes). Diante disso, a capacidade de cobertura do construto pelo instrumento pode ter sido prejudicada.

5.7 TESTE DE COMPARAÇÃO DE MÉDIAS

Tendo em vista um dos objetivos específicos deste estudo de obter evidências de validade preditiva do instrumento de Depressão infantil, realizou-se análises de comparações de médias entre os grupos pré-definidos: com demanda clínica; sem demanda clínica.

Ao considerar a amostra utilizada, era notória a discrepância entre o número de sujeito nos dois grupos: 57 crianças com expressa demanda clínica de psicoterapia e 154 crianças sem a indicação desta demanda. Por considerar que tamanhos distintos dos grupos

influenciam nos resultados e necessitam de interpretações e/ou tratamentos complementares nas análises (HAIR JR. et al., 2009), utilizou-se uma técnica de sorteio aleatório simples de 57 participantes, no grupo de 154 participantes sem demanda clínica com o intuito de equilibrar o número amostral em ambos os grupos, 57 em cada.

Uma vez que a distribuição dos dados não apresentaram evidências estatísticas para normalidade, inicialmente realizou-se um método não paramétrico para o objetivo de comparar dois grupos independentes, o Teste U de Mann-Whitney, conforme a tabela 4.

Tabela 4 - Teste U de Mann-Whitney: Comparação de médias entre grupo clínico e não-clínico

	U de Mann-Whitney	p-valor	Média	
			Grupo clínico	Grupo não-clínico
Sintomatologia Depressiva (IDI) Pontuação geral	960,000	0,000	69,16	45,84

Segundo tais resultados, o p-valor pode ser considerado significativo ($p < 0,001$), indicando haver evidências estatísticas para rejeitar a hipótese nula de que as medianas são iguais ($U = 960,000$; $Z = -3,766$; $p < 0,001$), ou seja, há evidências estatísticas para afirmar que a mediana em relação à sintomatologia depressiva total no teste do grupo clínico difere da mediana do grupo não-clínico.

Tendo em vista a consideração de que, ao aumentar o número de sujeitos, os resultados não paramétricos se aproximam daqueles cujos dados apresentam distribuição normal (HAIR JR. et al., 2009), a fim de corroborar com estes indícios, realizou-se também uma análise paramétrica teste t de *Student* para amostras independentes.

Dessa forma, realizando-se análises de comparação de médias entre as amostras com demanda clínica e sem demanda clínica (Tabela 5), constatarem-se diferenças significativamente estatísticas entre as mesmas, de modo que, para esta análise, o grupo com demandas clínicas ($M = 77,67$, $DP = 37,90$) [$t(112) = 3,33$; $p \leq 0,001$] apresentou média maior que o outro grupo analisado. Por meio de tais resultados, pode-se também inferir que o instrumento construído apresenta evidências de validade preditiva, uma vez que conseguiu diferenciar um grupo com demandas clínicas de serviço psicológico de um grupo sem tal característica.

Apesar disso, seria interessante realizar os mesmos procedimentos de pesquisa e análises com um grupo mais específico, composto por crianças com queixas sintomáticas especificamente de depressão ou mesmo com o diagnóstico do transtorno. Isto tornaria mais acuradas as conclusões acerca dos resultados de comparação de médias que apontam evidências de validade preditiva para o instrumento. Este estudo não foi possível no momento devido às evidências de dificuldades em encontrar crianças diagnosticadas com depressão. Conforme já citado, Teng, Humes e Demetrio (2005) indicam que este transtorno ainda é subdiagnosticado e também subtratado.

Tabela 5 – Teste t para amostras independentes: Comparação de médias entre grupo clínico e não-clínico

	Grupo clínico		Grupo não-clínico		<i>t</i>	<i>g.l.</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Sintomatologia						
Depressiva						
(IDI)	77,67	37,90	54,51	36,40	3,33***	112
Pontuação						
geral						

Nota: *** $p \leq 0,001$.

5.8 MODELO DE DECISÃO

Para elaboração de um modelo de decisão com base nos níveis de habilidade (teta) (referente ao objetivo específico: utilizar o teta – habilidade – dos sujeitos como decisão sobre o transtorno depressivo), foi realizada uma análise descritiva dos dados que permitiu traçar níveis de percentis (Tabela 6) e quartis (Tabela 7) para cada um dos 7 fatores. A fim de uma melhor visualização dos mesmos, estes dados foram recodificados da métrica anteriormente utilizada (-3 a +3, arbitrariamente adotada) para uma métrica de 0 a 100, em que o 0, neste caso, indica ausência de sintomatologia depressiva; e o 100, uma alta incidência desta. Para tanto, foi utilizado média igual a 50 e desvio padrão igual a 10 – escala (50,10).

O Percentil é uma pontuação transformada do escore bruto utilizada frequentemente para interpretação dos dados. Esta é dada em função dos resultados alcançados por um sujeito em relação às dos demais respondentes. Para obtenção do percentil, a distribuição dos dados é particionada em iguais extensões. Ele situa um ponto abaixo do qual está um percentual de sujeitos de toda amostra, de forma crescente (HOGAN, 2006).

Tabela 6 – Estatísticas e Percentis referentes aos escores habilidade em cada fator

	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Fator 5	Fator 6	Fator 7
Média	50,0002	49,9999	49,9998	50,0001	49,9999	49,9999	49,9999
Desvio padrão	10,02357	10,02381	10,02410	10,02374	10,02380	10,02392	10,02371
Mínimo	40,99	37,68	40,83	40,92	37,30	35,15	29,96
Máximo	80,10	74,90	80,49	81,77	80,60	77,96	64,49
Percentis	10	40,9930	37,6770	40,8310	40,9220	37,3030	35,1470
	20	40,9930	37,6770	40,8310	40,9220	37,3030	41,9590
	25	40,9930	41,8910	40,8310	40,9220	43,2700	42,7910
	30	40,9930	44,0936	40,8310	40,9220	43,9978	43,6600
	40	40,9930	47,2830	40,8310	45,4516	45,7590	47,5610
	50	49,0140	48,9440	49,7580	47,9720	48,7630	49,0020
	60	50,1910	51,0820	51,5950	49,9190	51,9676	52,8360
	70	53,4512	53,6680	52,2320	54,4550	55,4302	53,7570
	75	56,8220	56,0750	54,6930	56,1210	56,7150	56,0260
	80	58,6506	58,2282	57,0600	57,0410	59,2080	57,0124
	90	63,5734	65,1310	66,6638	63,4016	63,5016	62,7628

Conforme aponta a tabela 6, é possível inicialmente verificar que alguns fatores apresentaram escores máximos superiores a outros. O fator 4 - Irritabilidade -, por exemplo, foi o que apresentou o maior escore máximo obtido no fator (81,77) e o 7 - Agitação e Retardo Psicomotor -, o que apresentou menor escore máximo obtido (64,49). Isso pode indicar que os fatores com maiores escores podem ter maior impacto para a interpretação dos resultados acerca dos sintomas depressivos. Ademais, por indicação dos percentis, é possível afirmar que 90% da amostra estudada pontuaram até 63,57 no fator 1; 65,13 no fator 2; 66,66 no fator 3; 63,4 no fator 4; 63,5 no fator 6; e 64,49 no fator 7. Entende-se neste ponto que aqueles que obtiveram escores ao entorno de 80,00 são sujeitos que destoam da grande maioria dos respondentes (chamados *outliers*).

Tabela 7 – Quartis referentes aos escores habilidade em cada fator

Quartis	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Fator 5	Fator 6	Fator 7
25	40,9930	41,8910	40,8310	40,9220	43,2700	42,7910	42,2850
50	49,0140	48,9440	49,7580	47,9720	48,7630	49,0020	49,3740
75	56,8220	56,0750	54,6930	56,1210	56,7150	56,0260	57,1040

A partir dos quartis obtidos, foi possível categorizar a variável (Quadro 4), antes numérica, com o intuito de classificar os sujeitos de acordo com os níveis de habilidade (teta) obtidos em cada dimensão do IDI. Dessa forma, aquele indivíduo que, por exemplo, pontuar

no fator 1 (Pensamentos autodestrutivos) dos menores valores até aproximadamente 41 pontos, poderá ser classificado como apresentando baixa sintomatologia depressiva referente a sentimentos de autodestruição; desinteresse pela própria vida; e até suicídio. Caso este padrão de pontuação se repita nos demais fatores componentes do Transtorno Depressivo Maior, este indivíduo provavelmente aponta baixa probabilidade de desenvolver o transtorno, conforme as respostas concedidas no instrumento de avaliação. Entretanto, se ele pontuar entre 42 e 49 nos fatores, indica que os sintomas depressivos estão um pouco mais presentes e, portanto, que apresenta maiores chances de desenvolver o transtorno do que o exemplo acima mencionado. E assim segue a lógica à medida que cresce a pontuação do sujeito nos fatores.

Quadro 4 – Classificação da Pontuação dos sujeitos conforme os Quartis

Categorias	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Fator 5	Fator 6	Fator 7
1. Baixa presença da sintomatologia	≤ 41	≤ Até 42	≤ Até 41	≤ Até 41	≤ Até 43	≤ Até 43	≤ Até 42
2. Razoável presença da sintomatologia	42 a 49	43 a 49	42 a 49	41 a 48	44 a 49	44 a 49	43 a 49
3. Significativa presença da sintomatologia	50 a 57	50 a 57	50 a 55	49 a 56	49 a 57	50 a 56	50 a 57
4. Forte presença da sintomatologia	≥ 57	≥ 57	≥ 55	≥ 56	≥ 57	≥ 56	≥ 57

Na classificação acima (Quadro 4), construída com números aproximados para facilitar o posicionamento da pontuação, é notório que os valores para os 7 fatores ficaram muito próximos (quando não foram iguais), demonstrando um padrão de mensuração equilibrado entre eles. Diante disso, fazendo uma média aritmética dos valores referentes às categorias nº 4, chegou-se a um valor aproximado de 56 pontos. Este pode então ser considerado um ponto de corte para indicar um nível preocupante da presença de sintomatologia depressiva na criança. Um fato curioso que deve ser ressaltado na presente discussão é que, ao realizar as análises de poder discriminativo dos itens por meio da extração da mediana da pontuação total no instrumento (a fim de encontrar um grupo superior e outro inferior para comparação de médias), encontrou-se o valor igual a 55,00 (DP= 34,52), resultado bem próximo do valor de ponto de corte acima descrito.

Por ser um instrumento de rastreio, isso não indica que ela apresente o transtorno, mas aponta indícios que precisam ser levados em consideração no contexto de saúde: prevenção, diagnóstico e tratamento. Ressalta-se ainda que a forma de classificação a partir do teta (traço latente) e em cada fator permite uma melhor visualização dos dados. Por exemplo, é possível verificar em quais tipos de sintomas o sujeito se sobressai e assim traçar estratégias mais adequadas e específicas de tratamento, quando necessário.

Por fim, em busca ao último objetivo específico “identificar o perfil das crianças que apresentaram forte presença do sintoma”, foi selecionado para análise aquelas crianças cujos escores ficaram acima do ponto de corte encontrado para o total do teste (56 pontos). Dentre os 211 respondentes, 24 foram (11,37%) classificadas como apresentando forte presença da sintomatologia depressiva por meio do IDI. Sobre tais achados, Cruvinel e Boruchovitch (2003), já apontavam que a epidemiologia referente à incidência de depressão em crianças apresenta-se em números bastante flutuantes, tanto no Brasil quanto no contexto internacional. Especificamente para o Brasil, Bahls (2002) aponta estimativas de que a incidência de sintomas depressivos em crianças está na margem de 0,4% a 3%. Diante desses índices, é possível considerar que a incidência encontrada no estudo (11,37%) para a classificação de forte sintomatologia do transtorno ficou acima dos valores anteriormente encontrados. Porém, é preciso considerar o grande espaço de tempo que se passou desde a publicação deste estudo de referência, levando em consideração que o diagnóstico da depressão infantil ainda hoje é de difícil realização e que os estudos, especialmente para o contexto brasileiro, ainda são escassos (BAPTISTA; BAPTISTA; DIAS, 2001; TENG; HUMES; DEMETRIO, 2005).

O valor total mínimo encontrado foi o escore 57 e o máximo foi 71. Por meio do questionário sociodemográfico, constatou-se que exatos 50% eram do sexo masculino e 50% do sexo feminino, de modo que a maioria (37,5%) possuía 8 anos de idade; e 83,3% afirmaram possuir irmão ou irmãs.

Curiosamente, a maior parte (66,%) dos que apresentaram forte sintomatologia depressiva pertenciam ao grupo dos que não frequentavam um serviço psicológico no último ano; 62,5% afirmaram não fazer uso diário de medicamentos (que poderiam ser dos mais variados); e 54,2% responderam não apresentar algum problema de saúde (os quais não se restringiram aos transtornos mentais). Diante desses resultados e tendo em vista que o IDI apresentou evidências de validade e consistência interna para avaliar o que se propôs, pode-se inferir - com base nos casos estudados - que a sintomatologia depressiva em crianças independe de sua condição clínica e de estar frequentando algum serviço psicológico ou não.

Pressupõe-se que tais sintomas podem acometer crianças em quaisquer ambientes, desde que apresentem alguma queixa que os desencadeie. Desse modo, enfatiza-se a emergência de se investigar o Transtorno Depressivo Infantil mais a fundo e nos mais variados contextos; de se padronizar a forma diagnóstica para que os dados sejam condizentes com a realidade da criança. Ou seja, aquelas que apresentam forte presença do sintoma e até o diagnóstico concreto deveria estar frequentando um serviço psicológico que lhe oferecesse suporte necessário, haja vista a natureza psíquica da patologia.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS E LIMITAÇÕES

No decorrer desta pesquisa, pode-se afirmar que seu principal objetivo de elaborar e obter evidências de validade de um Inventário para avaliação de Depressão em crianças foi alcançado com êxito. Em todo delineamento e execução da pesquisa, foi crescendo o entendimento de que o construto Depressão Infantil é bastante relevante de ser investigado, uma vez que afeta a vida das crianças de forma devastadora e pode trazer consequências irreversíveis para sua vida adulta, tais quais insegurança, insucesso profissional, relações interpessoais comprometidas e até o risco eminente de suicídio. Foi possível constatar que, apesar desta temática vir crescendo em termos de estudos e contribuições, ainda é bastante prejudicada em informações claras e precisas. A depressão na infância ainda é negligenciada enquanto diagnóstico, pois pode ser confundida quando vem associada a outras sintomatologias associadas.

Ademais, infere-se que o transtorno depressivo ainda carrega um estigma social forte por ser julgado estar associado a maus cuidados e falta de responsabilidade dos pais. Presume-se que este tenha sido o maior motivo quando da etapa da coleta de dados. Os pais muitas vezes não permitiam a participação das crianças, justificando, por meio dos professores ou coordenadores, que o questionário traria prejuízos para as crianças ou com a afirmação de que suas crianças não eram portadoras de transtornos mentais e que não precisava passar por tal procedimento. Diante do que foi vivenciado durante a obtenção do consentimento dos sujeitos da amostra, pressupõe-se que ainda existe um estigma de que assuntos relacionados à saúde mental/psique devem ser mantidos obscuros, pois discutir claramente sobre eles pode implicar em assumir que a criança sofre negligência ou apresenta algum transtorno mental do qual deve se envergonhar perante a sociedade.

Entende-se que a grande importância de se propor um novo instrumento de rastreio de sintomas depressivos em crianças, ainda que já existam outros instrumentos que também os façam, foi pelo fato de que o IDI foi composto por itens que compreendem os critérios diagnósticos indicados pelo DSM-5 (o que vem sendo predominante em estudos internacionais); e uma escala de resposta ampla de cinco pontos, a qual possibilita uma captação mais próxima da realidade das respostas que as crianças gostariam de fornecer. Por se tratar de um instrumento de rastreio e constituir-se este um estudo inicial, os resultados de evidências psicométricas se mostraram muito satisfatórios, apresentando evidências de validade por meio da análise fatorial; e alfa de Cronbach total de 0,926, demonstrando elevado nível consistência interna entre as variáveis. Além disso, ao se construir um

instrumento psicológico pautando-se também no método da TRI, foi possível realizar uma análise de refinamento no tratamento dos itens, elevando-se o nível de qualidade psicométrica do teste. Dessa maneira, o uso da TRI no presente estudo se mostra como diferencial em relação às publicações já vistas nos estudos acerca da Depressão Infantil.

Dessa maneira, o levantamento tanto da teoria quanto das formas de avaliação e diagnóstico deixou o alerta para a consolidação de um instrumento de rastreio que auxilie neste processo. Verificando o grau de presença da sintomatologia depressiva em crianças de forma objetiva e confiável, o instrumento fornece subsídios para uma investigação mais aprofundada do transtorno que auxilie em um diagnóstico preciso e um consequente tratamento exitoso. Como grande contribuição do estudo para a sociedade, ressalta-se o Modelo de Decisão desenvolvido por meio dos tetras (traço latente) para classificar os níveis de sintomatologia depressiva desde baixa presença à forte presença, de modo a oferecer uma forma de triar aqueles sujeitos que merecem maior atenção para investigação da patologia e aqueles que oferecem menores probabilidades de desenvolvê-la. Foi possível constatar, por meio deste modelo, um aumento da incidência (11,37%) para a classificação de forte sintomatologia do transtorno em relação a índices anteriormente encontrados.

Uma limitação que pode ser apontada é em relação ao estudo comparativo entre crianças com demandas de serviço psicológico e aquelas sem esta demanda. Entende-se que para evidências de validade preditiva mais relevantes, o ideal seria realizar a pesquisa em crianças com queixas sintomáticas especificamente de depressão ou mesmo com o diagnóstico do transtorno - configurando este um grupo critério. Entretanto, tais estudos não foram possíveis no momento devido à dificuldade de se encontrar crianças com esse perfil. Além disso, sugere-se também a comparação do IDI com outros instrumentos que também avaliam depressão infantil, no intuito de evidenciar validade convergente.

Diante disso, pode-se dizer que o Inventário de Depressão Infantil conseguiu alcançar seu objetivo de avaliar o traço latente que se propôs a medir; e de forma consistente. Apesar disso, este é ainda um estudo inicial realizado com apenas 211 crianças elencadas convenientemente, o qual necessita ser dado continuidade e aprimorado para que se obtenha informações ainda mais contundentes.

Por esses motivos o presente estudo se mostra relevante em suas contribuições, no levantamento de dados e informações acerca da temática. Pretende-se ainda com este, que a investigação da depressão infantil seja mais disseminada e mais discutida entre pais e profissionais, contribuindo para um desenvolvimento saudável.

REFERÊNCIAS

ABRAMOVITCH, S.; ARAGÃO L. O. e C. de. Depressão na infância e adolescência. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**. Janeiro, v.10, n.2, p. 41-46, março de 2011.

ALBUQUERQUE, A. S.; TRÓCCOLI, B. T. Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 20, n. 2, p. 153-164, 2004.

ANASTASI, A.; URBINA, S. **Testagem Psicológica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

ANDRADE, D. F. de; TAVARES, H. R.; VALLE, R. da C. **Teoria da Resposta ao Item: conceitos e aplicações**. São Paulo: Associação Brasileira de Estatística, 2000.

ANDRADE, R. G. **Estudos para a Construção de uma escala de preferências por objetos ocupacionais - EPOOc**. Tese de Doutorado apresentada. Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Psicologia. Universidade São Francisco, 2010.

ANNELL, A. L. Depressive States in Childhood and Adolescence. **Proc 4th UEP Congress, Stockholm, Almquist & Wiksell, Stockholm**, pp. 11-25, 1972.

ARAÚJO, E. A. C.; ANDRADE, D. F.; BORTOLOTTI, S. L. V. Teoria da Resposta ao item. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v. 43, n. especial, p. 1000-1008, 2009.

ARK, L. A. Mokken Scale Analysis. **Journal of Statistical Software**, v. 20, n. 11, p. 1-19, 2007.

ASSOCIAÇÃO DE PSIQUIATRIA AMERICANA. **DSM 5 - Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais**, 5ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores, 2014.

AVANCI J.Q., ASSIS S.G., PESCE R.P. **Depressão em crianças: uma reflexão sobre crescer em meio à violência**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ensp/Claves/Cnpq; 2008.

BAHLS, S. C. Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. **Jornal de Pediatria**, v. 78, p. 359-366, 2002.

BAHLS, S. C.; BAHLS, F. R. C. Psicoterapias da Depressão na infância e na adolescência. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, Campinas, v. 20, n. 2, p. 25-34, 2003.

BAKER, F. B. **The basics of item response theory**. Washington, DC: ERIC, 2001.

BAPTISTA, M. N.; BAPTISTA, Ad. S. D.; DIAS, R. R.. Estrutura e suporte familiar como fatores de risco na depressão de adolescentes. **Psicologia: ciência e profissão**, Brasília , v. 21, n. 2, p. 52-61, 2001 .

BARBOSA, G. A.; GAIÃO, A. A. **Apontamentos em Psicopatologia infantil**. João Pessoa: Ideia, 2001.

BARBOSA, G. A.; LUCENA, A. Depressão infantil. **Infanto**, 2, 23-30, 1995.

BOLSONI, L. M.; ZUARDI, A. W. Estudos psicométricos de instrumentos breves de rastreio para múltiplos transtornos mentais. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 64, n. 1, p. 6369, março de 2015.

BORINE, B. Transtornos alimentares: pesquisa com grupos de apoio aos familiares de pessoas diagnosticadas com anorexia e bulimia. **Psic**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 125-126, jun. 2008 .

BRASIL, H. H. A. **Depressão na Infância**: em busca de uma definição clínica. Dissertação (Mestrado)- Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1996.

BUSSAB, V. S. R. Comportamento humano: origens evolutivas. Em C. Ades (org.) **Etologia: de animais e de homens**. São Paulo: EDICON-EDUSP, 173-188, 1990.

CANHOTA, C. Qual a importância do estudo piloto? In: SILVA, E. E. (Org.). **Investigação passo a passo: perguntas e respostas para investigação clínica**. Lisboa: APMCG, p. 69-72, 2008.

CASTRO, E. K. Depressão em crianças com doenças crônicas. **Aletheia**, v. 17, p. 31-39, 2003.

CASTRO, S. M. J.; TRENTINI, C.; RIBOLDI, J. Teoria da Resposta ao Item aplicada ao Inventário de Depressão de Beck. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 13, n. 3, p. 487501, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **SATEPSI**, 2017. Disponível em: <<http://satepsi.cfp.org.br/>>, acesso em maio de 2016.

CORTINA, J. M. What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. **The Journal of Applied Psychology**, v. 78, n.1, p. 98-104, 1993.

COUTINHO, M.; CAROLINO, Z.; MEDEIROS, E. Inventário de Depressão Infantil (CDI): evidências de validade de constructo e consistência interna. **Avaliação Psicológica**, v.7, n.3, p. 291-300, 2008.

CRUVINEL, M.; BORUCHOVITCH, E. Depressão infantil: uma contribuição para a prática educacional. **Psicologia escolar e educacional**, v.7, n. 1, p. 77-84, 2003.

CRUVINEL, M.; BORUCHOVITCH, E. **Compreendendo a depressão infantil**. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2014.

CRUVINEL, M.; BORUCHOVITCH, E. Sintomas de depressão infantil e ambiente familiar. **Psicologia em Pesquisa-UFJF**, v. 3, p. 87-100, 2009.

- CRUVINEL, M.; BORUCHOVITCH, E. Sintomas depressivos, estratégias de aprendizagem e rendimento escolar de alunos do ensino fundamental. **Psicologia em Estudos**, Maringá, v.9.n.3, set/dez. p.369-378, 2004.
- CRUVINEL, M.; BORUCHOVITCH, E.; SANTOS A. Inventário de Depressão Infantil (CDI): Análise dos parâmetros psicométricos. **Fractal: Revista de Psicologia**. Niterói, v. 25, n. 2, p. 473-490, jul/dez 2008.
- CURATOLO E. Estudo da sintomatologia depressiva em escolares de sete a doze anos de idade. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, XVI Congresso Brasileiro de Neurologia e Psiquiatria Infantil. Campinas, p. 215, 2001.
- CURATOLO, E.; BRASIL, H.. Depressão na infância: Peculiaridades no diagnóstico e tratamento farmacológico. **Jornada Brasileira de Psiquiatria**, 54, p. 170-176, 2005.
- DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul. p. 190-93, 2008.
- DANCEY, C. P.; REIDY, J. **Estatística sem matemática para Psicologia**. 5ª edição. Porto Alegre: Penso, 2013.
- DANCEY, P.C.; REIDY, J. **Estatística sem Matemática para Psicologia: usando SPSS para Windows**. 3ª ed. Porto Alegre, Artmed, 2006.
- FIGUEIREDO, V. L.M.; MATTOS, V.D.; PASQUALI, L.; FREIRE, A. P. Propriedades psicométricas dos itens dos testes WISC-III. **Psicologia em Estudo**, v.13, n.3, p. 585-592, Setembro de 2008.
- FREITAS, A. L. P.; RODRIGUES, S.G. A avaliação da confiabilidade de questionários: uma análise utilizando o coeficiente alfa de Cronbach. **XII SIMPEP**. Bauru, 2005.
- GOMES, L. P. et al. Inventário de depressão infantil (CDI): uma revisão de artigos científicos brasileiros. **Contextos Clínicos**, São Leopoldo, v. 6, n. 2, p. 95-105, dez, 2013.
- GOMES, L. P.; BARON, E.; ALBORNOZ, A. C. G.; BORSA, J.C. Inventário de Depressão Infantil (CDI): uma revisão de artigos científicos brasileiros. **Contextos Clínicos**, v. 6, p. 95-105, 2013.
- GRAEFF M.E., MENEGASSI M.T., MARDINI V., PIRES D.W.S., CARVALHO R.H. de, et al. Transtornos do humor no adulto e trauma psicológico na infância. **Revista Brasileira Psiquiatria**, v.28, n.3, p.184-90, 2006.
- GROTE, N. K.; FRANK, E. Difficult-to-treat depression: The role of contexts and comorbidities. **Biological Psychiatry**, v. 53, n.8, p. 660-670, 2003.
- HAIR JR., J.F.; WILLIAM, B.; BABIN, B.; ANDERSON, R.E. **Análise multivariada de dados**. 6.ed. Porto Alegre: Bookman, 2009.

HALLAK, L. R. L. **Estimativa da prevalência de sintomas depressivos em escolares da rede pública de Ribeirão Preto**. Dissertação (Mestrado em Medicina), Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 2001.

HANEY, W.; RUSSELL, M.; BEBELL, D. Drawing on education: using drawings to document schooling and support changes. **Harvard Educational Review**, v. 74, n. 3, 241271, 2004.

HOGAN, T. P. **Introdução à prática de testes psicológicos**. Rio de Janeiro: LTC - Livros e Técnicos e Científicos. Editora S.A, 2006.

HUTTEL, J.; KISXINER, A.; BONETTI, A.; ROSA, D. A depressão infantil e suas formas de manifestação, **Psicologia Argumento**, v. 29, n. 64,11-22, 2011.

KAISER, H. F.; RICE, J. "Little Jiffy, Mark IV," **Educational and Psychological Measurement**. v. 34, p. 111 -117, 1974.

LAROS, J. A. **O uso da análise fatorial: algumas diretrizes para pesquisadores**. In: L. Pasquali (Org.) **Análise fatorial para pesquisadores**. Brasília: LabPAM, p. 141-160, 2012.

MILLER, J. **O livro de referência para depressão infantil**. São Paulo: M. Books do Brasil, 2003.

MIZUKAMI, M. da G. N. **Ensino: as abordagens do processo**. São Paulo: EPU, 1986.

NUNES, C. H. S. S.; PRIMI, R. Aspectos técnicos e conceituais da ficha de avaliação dos testes psicológicos. Em Conselho Federal de Psicologia (CFP). **Avaliação Psicológica: diretrizes na regulamentação da profissão**. Brasília: CFP, p. 101-128, 2010.

NUNES, C. S. da S.; PRIMI, R.. Impacto do tamanho da amostra na calibração de itens e estimativa de escores por teoria de resposta ao item. **Avaliação psicológica**., Porto Alegre , v. 4, n. 2, p. 141-153, nov. 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 10a revisão. São Paulo: Universidade de São Paulo, vol.1, 1997.

PASQUALI, L. e cols. **Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

PASQUALI, L. **Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração**. Brasília: LabPAM/ IBAPP, 1999.

PASQUALI, L. Psicometria. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. Esp., p. 992-999, 2009.

PASQUALI, L. **Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação**. Petrópolis: Vozes, 2003.

PASQUALI, L. **Teoria de resposta ao item: Teoria, procedimentos e aplicações**. Brasília: LabPAM/UnB, 2007.

PASQUALI, L. **Teoria e métodos de medida em ciências do comportamento**. Brasília: Laboratório de Pesquisa em Avaliação e Medida da Universidade de Brasília, 1996.

PEREIRA, D. A. P. **Escala de Avaliação de Depressão para Crianças: Um Estudo de Validação**. Dissertação (Mestrado), Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, p.143, 2002.

PEREIRA, D. A. P.; AMARAL, V. L. A. R. do. Validade e precisão da escala de avaliação de depressão para crianças. **Avaliação Psicológica**. Pontifícia Universidade Católica de Campinas – SP, v. 6, n. 2, p. 189-204 189, 2007.

PEREIRA, J. A. O. **Depressão infantil: como o psicopedagogo pode atuar neste distúrbio**. Universidade Adventista de São Paulo – UNASP Engenheiro Coelho, 2011.

PRIMI, R. A validade do ENADE para avaliação da qualidade dos cursos de instituições de ensino superior. **Projeto de Pesquisa**. Itatiba: Universidade São Francisco, LabAPE, 2006.

PRIMI, R. Psicometria: fundamentos matemáticos da Teoria Clássica dos Testes. **Avaliação psicológica**, Itatiba , v. 11, n. 2, p. 297-307, ago. 2012.

REPPOLD, C. T, GURGEL, L. G., HUTZ, C. S. O processo de construção de escalas psicométricas. **Avaliação Psicológica**, v. 13, n. 2, p. 307-310, 2014.

REPPOLD, C. T. **Construção, validação e normatização de uma bateria de cinco escalas para avaliação de ajustamento psicológico em adolescentes**. Tese de doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil, 2005.

ROSSELÓ, J.; MARTÍNEZ, A. Depresión en la niñez y adolescencia: aportes de la investigación. **Revista de Psicología Contemporánea**, v. 4, n.1, p. 64-72, 1997.

RUTTER, M.; TIZARD, J.; WHITMORE, K. **Education, health and behaviour**. London: Logman Group, Ltd, 1970.

SALASSI, E. R.; PERES, T. dos P. **Comprometimento da aprendizagem por sintomas depressivos em crianças no âmbito escolar**. Faculdades Adamantinenses Integradas, Omnia Humanas, v.3, n.1, p.44-53. Adamantina – SP, 2010.

SCHWAN, S.; RAMIRES, V. R. Depressão em crianças: Uma breve revisão de literatura. **Psicologia Argumento**, v. 29, p. 457-468, 2011.

SIGOLO, A. M. **Depressão infantil**. Pós Graduação apresentado como requisito parcial para obtenção cotítulo de especialista do curso de psicopedagogia, Universidade Tuiuti do Paraná. Curitiba, 2008.

SILVARES, E. F. M. A evolução do diagnóstico comportamental. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 7, pp. 179-187, 1991.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO ESTADO DE SANTA CATARINA. **Transtornos depressivos: protocolo clínico**. Santa Catarina: Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, 2015.

SOUZA, A. M.; VICINI, L. **Análise multivariada da teoria à prática**. Santa Maria: Departamento de Estatística UFSM, 2005.

STELKO-PEREIRA, A. C., WILLIAMS, L. C. A.; DE BEM, F. P.. Consentimento dos pais em pesquisa com escolares e a legislação brasileira. **Interação em Psicologia**, n. 16, p. 51-61, 2012.

TABACHNICK, B. G.; FIDELL, L. S. **Using multivariate statistics**. Boston, Pearson/Allyn & Bacon., 2007.

TENG, C. T.; HUMES, E. C.; DEMETRIO, F. N. Depressão e comorbidades clínicas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 32, n.3, p. 149-159, 2005.

THIENGO, D. L.; CAVALCANTE, M. T.; LOVISI, G. M. Prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes e fatores associados: uma revisão sistemática. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro , v. 63, n. 4, p. 360-372, Dec. 2014 .

URBINA, S. **Fundamentos da testagem psicológica**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

VALLE, R. C. **Teoria da Resposta ao Item**. Dissertação (Mestrado). São Paulo: IME/USP, 1999.

VIANNA, R. R. A. B.; CAMPOS, A. A.; LANDEIRA-FERNANDEZ, J. Transtornos de ansiedade na infância e adolescência: uma revisão. *Rev. bras.ter. cogn.*, Rio de Janeiro , v. 5, n. 1, p. 46-61, jun. 2009 .

WOO, S. C. **Depressão infantil uma análise do comportamento**. Monografia apresentada como pré-requisito para a conclusão do Curso de Psicologia, UNICEUB – Centro Universitário de Brasília. Brasília, 2003.

ZAVASCHI, M. L. S. et al. Transtornos do humor do adulto e trauma psicológico na infância. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 184-190, Setembro de 2006.

ZAVASCHI, M. L. S.; SATLER, F.; POESTER, D.; VARGAS, C. F.; PIAZENSKI, R.; ROHDE, L. A. P.; EIZIRIKI, C. L. Associação entre trauma por perda na infância e depressão na vida adulta. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, v. 24, n.4, out. 2002.

Apêndice A – Comparação de médias dos grupos clínico e não clínico; superior e inferior e alfas de Cronbach por item para verificação do poder discriminativos dos itens

Tabela - Comparação de médias dos grupos clínico e não clínico

Itens	Teste t	p-valor	Média grupo clínico	Média grupo não-clínico
IDI_01	2,130	0,034	1,04	0,66
IDI_02	1,986	0,051	1,07	0,68
IDI_03	2,712	0,008	1,60	1,05
IDI_04	2,034	0,045	1,14	0,70
IDI_05	0,685	0,494	,95	0,83
IDI_06	2,205	0,030	1,30	0,86
IDI_07	2,035	0,045	0,77	0,39
IDI_08	1,555	0,124	0,74	0,44
IDI_09	1,759	0,083	0,70	0,38
IDI_10	1,107	0,271	1,18	0,95
IDI_11	1,298	0,198	0,72	0,49
IDI_12	2,196	0,031	0,86	0,43
IDI_13	1,994	0,050	0,82	0,44
IDI_14	-0,367	0,714	0,75	0,82
IDI_15	0,828	0,408	0,61	0,48
IDI_16	2,013	0,048	1,46	1,01
IDI_17	1,441	0,153	1,42	1,10
IDI_18	1,457	0,149	0,72	0,44
IDI_19	1,507	0,136	1,19	0,84
IDI_20	3,446	0,001	2,32	1,47
IDI_21	3,085	0,003	1,11	0,49
IDI_22	1,760	0,082	0,54	0,25
IDI_23	2,175	0,033	1,21	0,74
IDI_24	0,702	0,483	0,42	0,32
IDI_25	0,882	0,379	1,67	1,45
IDI_26	1,871	0,065	1,23	0,81
IDI_27	2,733	0,008	1,42	0,77
IDI_28	1,140	0,256	2,49	2,21
IDI_29	2,991	0,004	2,11	1,36
IDI_30	2,607	0,011	1,88	1,18
IDI_31	-1,341	0,181	2,00	2,37
IDI_32	0,999	0,319	2,44	2,18
IDI_33	2,448	0,015	2,86	2,23
IDI_34	1,825	0,071	1,49	1,05
IDI_35	1,518	0,131	2,25	1,87
IDI_36	1,421	0,159	1,30	0,95
IDI_37	1,889	0,063	0,88	0,46
IDI_38	2,685	0,009	0,98	0,42
IDI_39	2,565	0,012	1,61	1,01

Itens	Teste t	p-valor	Média grupo clínico	Média grupo não-clínico
IDI_40	3,247	0,002	2,32	0,45
IDI_41	2,034	0,045	1,11	0,62
IDI_42	2,262	0,026	0,54	1,19
IDI_43	2,632	0,010	1,21	0,63
IDI_44	2,506	0,014	0,42	0,77
IDI_45	1,626	0,108	1,67	0,71
IDI_46	2,466	0,016	1,23	0,52
IDI_47	0,368	0,713	1,42	1,01
IDI_48	1,845	0,068	2,49	0,71
IDI_49	0,835	0,406	2,11	0,55
IDI_50	2,637	0,010	1,88	0,72
IDI_51	2,181	0,032	2,00	1,04
IDI_52	2,516	0,013	2,44	1,93
IDI_53	1,756	0,083	2,86	1,06
IDI_54	0,197	0,844	1,49	0,53
IDI_55	0,858	0,392	2,25	0,51
IDI_56	0,282	0,778	1,30	0,66
IDI_57	0,741	0,461	0,88	0,38
IDI_58	2,303	0,024	0,98	0,74
IDI_59	3,681	0,000	1,61	0,62
IDI_60	1,451	0,148	1,14	0,90
IDI_61	1,154	0,250	1,04	0,55
IDI_62	1,282	0,204	1,75	0,77

Nota: p-valor significativo quando $\leq 0,05$

Tabela - Comparação de médias dos grupos superior e inferior

Itens	Teste t	p-valor	Média grupo superior	Média grupo inferior
IDI_01	4,833	0,000	1,13	0,40
IDI_02	4,178	0,000	1,10	0,49
IDI_03	4,603	0,000	1,57	0,84
IDI_04	5,679	0,000	1,28	0,38
IDI_05	5,431	0,000	1,24	0,47
IDI_06	6,340	0,000	1,45	0,50
IDI_07	4,864	0,000	0,79	0,15
IDI_08	5,017	0,000	0,90	0,16
IDI_09	4,328	0,000	0,75	0,17
IDI_10	3,984	0,000	1,32	0,68
IDI_11	5,012	0,000	0,88	0,22
IDI_12	4,940	0,000	0,92	0,20
IDI_13	4,659	0,000	0,87	0,19
IDI_14	5,331	0,000	1,22	0,36
IDI_15	5,006	0,000	0,86	0,17
IDI_16	5,195	0,000	1,58	0,72
IDI_17	2,636	0,009	1,43	0,95
IDI_18	3,043	0,003	0,75	0,29
IDI_19	4,299	0,000	1,35	0,58
IDI_20	7,423	0,000	2,48	0,98
IDI_21	4,776	0,000	1,00	0,30
IDI_22	4,118	0,000	0,60	0,09
IDI_23	5,537	0,000	1,31	0,43
IDI_24	4,245	0,000	0,61	0,10
IDI_25	4,273	0,000	1,99	1,07
IDI_26	2,924	0,004	1,22	0,66
IDI_27	3,826	0,000	1,29	0,57
IDI_28	4,672	0,000	2,79	1,79
IDI_29	2,528	0,012	1,83	1,29
IDI_30	4,924	0,000	1,92	0,83
IDI_31	3,040	0,003	2,64	1,89
IDI_32	2,955	0,003	2,64	1,95
IDI_33	4,587	0,000	2,91	1,88
IDI_34	6,001	0,000	1,75	0,60
IDI_35	5,310	0,000	2,56	1,44
IDI_36	2,439	0,016	1,27	0,79
IDI_37	3,369	0,001	0,86	0,30
IDI_38	3,239	0,001	0,80	0,31
IDI_39	5,388	0,000	1,67	0,69
IDI_40	3,192	0,002	0,89	0,40
IDI_41	6,245	0,000	1,25	0,49
IDI_42	5,300	0,000	1,88	0,84
IDI_43	7,516	0,000	1,40	0,38

Itens	Teste t	p-valor	Média grupo superior	Média grupo inferior
IDI_44	7,776	0,000	1,51	0,38
IDI_45	7,179	0,000	1,37	0,23
IDI_46	5,568	0,000	1,07	0,82
IDI_47	4,775	0,000	1,44	0,19
IDI_48	7,282	0,000	1,42	0,32
IDI_49	6,036	0,000	1,08	0,23
IDI_50	7,248	0,000	1,48	0,24
IDI_51	4,825	0,000	1,65	0,60
IDI_52	6,614	0,000	2,80	0,25
IDI_53	7,166	0,000	1,83	0,14
IDI_54	5,930	0,000	1,00	0,33
IDI_55	6,316	0,000	1,02	0,72
IDI_56	6,481	0,000	1,23	1,42
IDI_57	5,604	0,000	0,77	0,56
IDI_58	4,730	0,000	1,24	0,10
IDI_59	5,401	0,000	1,30	0,08
IDI_60	6,392	0,000	1,51	0,15
IDI_61	5,628	0,000	0,99	0,04
IDI_62	5,709	0,000	1,36	0,47

Nota: *p*-valor significativo quando $\leq 0,05$

Tabela - Estatísticas de cada item com o conjunto total

Itens	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
IDI_01	59,74	1158,936	0,409	0,927
IDI_02	59,72	1160,966	0,404	0,927
IDI_03	59,30	1151,793	0,488	0,926
IDI_04	59,68	1144,932	0,554	0,926
IDI_05	59,64	1159,308	0,422	0,927
IDI_06	59,52	1150,717	0,503	0,926
IDI_07	60,01	1160,781	0,426	0,927
IDI_08	59,99	1167,433	0,306	0,927
IDI_09	60,03	1156,089	0,504	0,926
IDI_10	59,49	1155,546	0,429	0,927
IDI_11	59,95	1152,478	0,569	0,926
IDI_12	59,96	1157,641	0,449	0,927
IDI_13	59,96	1147,665	0,579	0,926
IDI_14	59,70	1154,069	0,434	0,927
IDI_15	59,99	1158,014	0,464	0,927
IDI_16	59,37	1157,273	0,389	0,927
IDI_17	59,32	1166,542	0,263	0,928
IDI_18	59,99	1174,095	0,221	0,928
IDI_19	59,56	1153,990	0,402	0,927
IDI_20	58,80	1135,760	0,492	0,926
IDI_21	59,85	1167,929	0,304	0,927
IDI_22	60,17	1167,571	0,379	0,927
IDI_23	59,64	1154,261	0,438	0,927
IDI_24	60,15	1177,529	0,224	0,928
IDI_25	59,00	1155,300	0,313	0,928
IDI_26	59,58	1165,244	0,265	0,928
IDI_27	59,55	1175,686	0,148	0,929
IDI_28	58,22	1153,047	0,333	0,927
IDI_29	58,94	1173,363	0,152	0,929
IDI_30	59,14	1162,329	0,237	0,928
IDI_31	58,23	1167,351	0,175	0,929

Itens	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
IDI_32	58,26	1160,115	0,249	0,928
IDI_33	58,10	1150,890	0,338	0,927
IDI_34	59,34	1140,862	0,491	0,926
IDI_35	58,53	1147,393	0,387	0,927
IDI_36	59,46	1162,688	0,274	0,928
IDI_37	59,93	1168,543	0,265	0,928
IDI_38	59,93	1167,562	0,299	0,927
IDI_39	59,33	1158,289	0,339	0,927
IDI_40	59,86	1166,491	0,301	0,927
IDI_41	59,77	1159,662	0,361	0,927
IDI_42	59,16	1151,698	0,365	0,927
IDI_43	59,72	1134,888	0,640	0,925
IDI_44	59,59	1147,434	0,513	0,926
IDI_45	59,70	1142,944	0,558	0,926
IDI_46	59,85	1154,335	0,475	0,926
IDI_47	59,47	1146,270	0,493	0,926
IDI_48	59,68	1144,589	0,530	0,926
IDI_49	59,91	1147,339	0,534	0,926
IDI_50	59,62	1141,294	0,577	0,926
IDI_51	59,32	1153,218	0,374	0,927
IDI_52	58,40	1142,823	0,417	0,927
IDI_53	59,33	1142,574	0,499	0,926
IDI_54	59,97	1145,699	0,571	0,926
IDI_55	59,95	1151,135	0,503	0,926
IDI_56	59,82	1146,583	0,496	0,926
IDI_57	60,09	1152,787	0,557	0,926
IDI_58	59,64	1151,004	0,471	0,926
IDI_59	59,66	1149,359	0,460	0,926
IDI_60	59,52	1145,232	0,513	0,926
IDI_61	59,91	1154,305	0,501	0,926
IDI_62	59,65	1146,029	0,492	0,926

Apêndice B – Solução fatorial com as cargas fatoriais, communalidades, percentual de variância e α de Cronbach

	Fatores							h ²
	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Fator 5	Fator 6	Fator 7	
Itens								
IDI_57. Acho que seria melhor eu não viver	0,790							0,649
IDI_54. Acho que seria melhor para as pessoas se eu não existisse	0,780							0,701
IDI_55. Penso que eu não queria existir	0,721							0,545
IDI_56. Tenho vontade de pular de um lugar bem alto e me machucar	0,630							0,432
IDI_59. Fico tão triste que não tenho vontade de comer	0,579							0,431
IDI_62. Não tenho vontade de falar com ninguém porque estou triste	0,581							0,416
IDI_60. Não converso com meus amigos porque estou triste	0,506							0,440
IDI_50. Quando estou triste, acredito que a culpa é minha	0,502							0,404
IDI_61. Não converso com minha família porque estou triste	0,487							0,367
IDI_53. Minha família acha que não presto atenção nas coisas	0,504							0,359
IDI_58. Fico tão triste que não consigo fazer minhas tarefas da escola	0,455							0,297
IDI_41. Sinto-me cansado(a) a maior parte do dia		0,655						0,504
IDI_39. Sinto-me muito cansado(a) quando vou brincar		0,640						0,436
IDI_30. Se eu pudesse, passaria o dia todo dormindo		0,487						0,271
IDI_42. Acordo me		0,455						0,355

	Fatores							h ²
	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Fator 5	Fator 6	Fator 7	
Itens								
sentindo cansado(a)								
IDI_29. Sinto muito sono		0,418						0,235
IDI_25. Neste mês eu venho sentindo muita fome		0,410						0,245
IDI_20. Acordo sem querer ir para a escola		0,392						0,296
IDI_40. Não tenho energia para correr com meus amigos		0,366						0,279
IDI_36. Acho que faço minhas tarefas mais devagar que os outros		0,345						0,172
IDI_37. Acho que falo mais devagar que as outras pessoas		0,314						0,143
IDI_05. Meus dias são tristes			-0,560					0,403
IDI_02. Minha família diz que pareço triste			-0,558					0,373
IDI_01. Quando acordo, sinto que meu dia será triste			-,557					0,364
IDI_09. Tenho vontade de chorar durante todo o dia			-,502					0,484
IDI_07. Sinto vontade de chorar na escola, mesmo se nada tenha acontecido			-,466					0,414
IDI_08. Meus amigos dizem que choro muito			-,308					0,208
IDI_11. Sou bravo com minha família				0,776				0,673
IDI_13. Sinto vontade de brigar com as pessoas, mesmo sem motivo				0,675				0,573
IDI_10. Sou bravo com meus amigos				0,643				0,477
IDI_15. Falo gritando com minha família porque me sinto irritado				0,610				0,452
IDI_49. Penso minha				0,488				0,444

	Fatores							h ²
	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Fator 5	Fator 6	Fator 7	
Itens								
família briga por minha culpa								
IDI_14. Falo gritando com meus amigos porque me sinto irritado				0,476				0,305
IDI_03. Passo o dia irritado(a)				0,436				0,415
IDI_12. Sinto vontade de quebrar meus brinquedos				0,387				0,257
IDI_04 Minha família diz que fico irritado				0,387				0,394
IDI_45. Sinto que as pessoas acham que não sirvo para nada					-0,707			0,569
IDI_46. Sinto que as pessoas acham que não sei fazer nada certo					-0,706			0,571
IDI_44. Penso que não sei fazer nada certo					-0,701			0,520
IDI_47. Penso que as coisas dão errado por culpa minha					-0,586			0,478
IDI_43. Sinto que não sirvo para nada					-0,519			0,521
IDI_48. Penso que meus amigos brigam por minha culpa					-0,454			0,384
IDI_23. Tudo que faço é sem graça						0,472		0,385
IDI_17. Não sinto mais vontade de brincar						0,472		0,272
IDI_16. Meus dias não têm graça						0,467		0,278
IDI_22. Não sinto mais vontade de sair com minha família						0,461		0,291
IDI_19. Não ligo mais para os meus brinquedos						0,452		0,364
IDI_21. Não sinto mais vontade de brincar com meus amigos						0,428		0,238

	Fatores							h ²
	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Fator 5	Fator 6	Fator 7	
Itens								
IDI_06. Fico triste na escola						0,399		0,365
IDI_18. Não sinto mais vontade de passear						0,363		0,229
IDI_26. Neste mês eu quase não tenho sentido fome						0,329		0,167
IDI_24. Não tenho mais vontade de praticar esporte ou outras atividades que gostava						0,326		0,144
IDI_32. Sinto que sou agitado(a)							0,564	0,385
IDI_33. Não consigo ficar muito tempo parado							0,557	0,347
IDI_52. Penso muitas coisas ao mesmo tempo							0,538	0,384
IDI_31. Se pudesse, ficaria o dia todo acordado(a)							0,429	0,242
IDI_35. Sinto que balanço os pés ou mãos por muito tempo							0,347	0,298
IDI_28. Quando chega a hora de deitar, não sinto vontade de dormir							0,307	0,326
Núm. de itens	11	10	6	9	6	10	6	
% de variância explicada	20,81	4,12	3,23	3,19	2,31	2,20	1,93	
α de Cronbach	0,865	0,713	0,709	0,846	0,813	0,718	0,649	

Nota: h²: comunalidade; Fator 1: Pensamentos autodestrutivos; Fator 2: Apatia; Fator 3: Sentimentos eufóricos; Fator 4: Irritabilidade; Fator 5: Sentimentos de utilidade; Fator 6: Desânimo profundo. Fator 7: Agitação e retardo psicomotor

Apêndice C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (versão para pais e responsáveis)

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MODELOS DE DECISÃO E SAÚDE Elaboração e Validação de um Inventário para Avaliação de Transtornos Depressivos em Crianças

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a)

Estamos realizando uma pesquisa na Universidade Federal da Paraíba (UFPB) intitulado “**Depressão infantil: elaboração de um instrumento para avaliação e tomada de decisão em saúde**”, que tem como finalidade construir um instrumento capaz de mensurar os sintomas depressivos em crianças. Assim, solicitamos ao(a) senhor(a) autorização para que seu filho ou criança pela qual é responsável, responda um questionário de pesquisa que trata do assunto. A supracitada pesquisa está sendo desenvolvida por Lays Andrade de Sá, aluna do Programa de Pós-graduação em Modelos de Decisão e Saúde, sob a orientação dos professores Josemberg Moura de Andrade e João Agnaldo do Nascimento e foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa Plataforma Brasil.

Para responder à pesquisa com a máxima sinceridade, garantimos que todas as respostas dadas serão mantidas em sigilo e serão utilizadas apenas para fins acadêmicos e científicos. Nesta direção, antes de prosseguir, de acordo com o disposto na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, é necessário que o(a) senhor(a) autorize a participação da criança neste estudo. Informamos que essa pesquisa pode oferecer riscos mínimos para a saúde. A criança estará a todo momento sendo acompanhada pela pesquisadora e caso sinta algum tipo de cansaço, ansiedade ou incômodo ao responder ao questionário, a pesquisa será interrompida e o aplicador conversará com o senhor sobre a possibilidade do encaminhamento para o serviço da clínica escola de psicologia.

Esclarecemos que sua a autorização da participação da criança neste estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não autorizar a participação do estudo, ou a criança resolva a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano. Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Por fim, colocamo-nos a sua inteira disposição nos endereços a seguir para esclarecer qualquer dúvida. E-mails: josemberg.andrade@gmail.com ou lays.andrade@gmail.com.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu consentimento para a participação do meu(a) filho(a) ou menor pelo qual sou responsável na pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma via desse documento.

Assinatura do participante da pesquisa ou responsável legal

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para a pesquisadora responsável: Lays Andrade de Sá (telefone: 83 9 8619-3271); Endereço (Setor de Trabalho): Centro de Ciências Humanas e Letras/ Departamento de Psicologia/ Universidade Federal da Paraíba Telefone: 3216-7337; e-mail: lays.andrade@gmail.com. Comitê de Ética em Pesquisa – Plataforma Brasil (Base nacional e unificada de registros de pesquisas envolvendo seres humanos para todo o sistema CEP/Conep) – Centro de Ciências da Saúde - 1º andar / Campus I / Cidade Universitária CEP: 58.051-900 - João Pessoa-PB - Tel. (83) 3216 7791 – e-mail: eticaccsufpb@hotmail.com. CAAE (Certidão de Aprovação pelo Comitê de Ética): 58557416.9.0000.5188.

Atenciosamente,

Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura do Pesquisador Participante

Apêndice D – Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (versão para crianças)

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MODELOS DE DECISÃO E SAÚDE Elaboração e Validação de um Inventário para Avaliação de Transtornos Depressivos em Crianças

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “**Depressão infantil: elaboração de um instrumento para avaliação e tomada de decisão em saúde**”. Seus pais permitiram que você participe.

Construímos uma pesquisa sobre sintomas de humor triste e queremos saber como é o seu humor no dia-a-dia. As crianças que irão participar desta pesquisa têm de 07 a 10 anos de idade. Você não precisa participar da pesquisa se não quiser, é um direito seu e não terá nenhum problema se desistir. A pesquisa será feita neste ambiente mesmo (escola ou clínica) e as crianças terão que responder algumas perguntas marcando quantas vezes as coisas que têm naquelas perguntas acontecem com elas. Para isso, serão usados lápis e papel. O uso destes materiais é considerado seguro. Mas pode ser que alguém sinta algum incômodo, cansaço ou ansiedade respondendo à pesquisa. Caso aconteça algo errado, você pode nos procurar: pelo telefone: 83 9 8619-3271; e-mail: lays.andrade@gmail.com, que pertencem à pesquisadora Lays Andrade de Sá. Mas coisas boas também podem acontecer, como você se divertir conversando com a pesquisadora e se sentir melhor respondendo às perguntas. Uma coisa muito importante que você precisa saber é que ninguém saberá o que você está respondendo na pesquisa, pois seu nome não será identificado; não falaremos a outras pessoas, nem daremos a estranhos as informações que você nos der. Os resultados da pesquisa vão ser publicados, mas sem identificar as crianças que participaram. Se você tiver alguma dúvida, você pode me perguntar. Eu escrevi meus contatos novamente na parte de baixo deste texto.

CONSENTIMENTO PÓS INFORMADO

Entendi que posso dizer “sim” e participar desta pesquisa, mas que, a qualquer momento, posso dizer “não” e desistir e que ninguém vai ficar irritado. Entendi as coisas boas e as coisas ruins que podem acontecer. Os pesquisadores tiraram minhas dúvidas e receberam autorização dos meus responsáveis. Recebi uma cópia deste termo de assentimento, que li e concordo em participar da pesquisa.

João Pessoa, ____ de _____ de _____.

Assinatura do menor

Assinatura da pesquisadora

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para a pesquisadora responsável: Lays Andrade de Sá (telefone: 83 9 8619-3271); Endereço (Setor de Trabalho): Centro de Ciências Humanas e Letras/ Departamento de Psicologia/ Universidade Federal da Paraíba Telefone: 3216-7337; e-mail: lays.andrade@gmail.com.
Comitê de Ética em Pesquisa – Plataforma Brasil (Base nacional e unificada de registros de pesquisas envolvendo seres humanos para todo o sistema CEP/Conep) – Centro de Ciências da Saúde - 1º andar / Campus I / Cidade Universitária CEP: 58.051-900 - João Pessoa-PB - Tel. (83) 3216 7791 – e-mail: eticaccsufpb@hotmail.com. CAAE (Certidão de Aprovação pelo Comitê de Ética): 58557416.9.0000.5188.

Apêndice E - Inventário de Depressão Infantil (IDI) em versão original elaborada neste estudo

IDI - INSTRUÇÕES: Por favor, leia com atenção as frases abaixo e pensando em você mesmo, aponte quantas vezes cada uma delas já aconteceu com você. Para isso, utilize a escala de resposta abaixo.

Quantas vezes...

Nunca	Poucas	Às	Muitas	Sempre
0	Vezes	Vezes	Vezes	4
1	2	3		

	Nunca	Poucas	Às	Muitas	Sempre
	0	Vezes	Vezes	Vezes	4
1. Quando acordo, sinto que meu dia será triste	0	1	2	3	4
2. Minha família diz que pareço triste	0	1	2	3	4
3. Passo o dia irritado(a)	0	1	2	3	4
4. Minha família diz que fico irritado	0	1	2	3	4
5. Meus dias são tristes	0	1	2	3	4
6. Fico triste na escola	0	1	2	3	4
7. Sinto vontade de chorar na escola, mesmo se nada tenha acontecido	0	1	2	3	4
8. Meus amigos dizem que choro muito	0	1	2	3	4
9. Tenho vontade de chorar durante todo o dia	0	1	2	3	4
10. Sou bravo com meus amigos	0	1	2	3	4
11. Sou bravo com minha família	0	1	2	3	4
12. Sinto vontade de quebrar meus brinquedos	0	1	2	3	4
13. Sinto vontade de brigar com as pessoas, mesmo sem motivo	0	1	2	3	4
14. Falo gritando com meus amigos porque me sinto irritado	0	1	2	3	4
15. Falo gritando com minha família porque me sinto irritado	0	1	2	3	4
16. Meus dias não têm graça	0	1	2	3	4
17. Não sinto mais vontade de brincar	0	1	2	3	4
18. Não sinto mais vontade de passear	0	1	2	3	4
19. Não ligo mais para os meus brinquedos	0	1	2	3	4
20. Acordo sem querer ir para a	0	1	2	3	4

escola					
21. Não sinto mais vontade de brincar com meus amigos	0	1	2	3	4
22. Não sinto mais vontade de sair com minha família	0	1	2	3	4
23. Tudo que faço é sem graça	0	1	2	3	4
24. Não tenho mais vontade de praticar esporte ou outras atividades que gostava	0	1	2	3	4
25. Neste mês eu venho sentindo muita fome	0	1	2	3	4
26. Neste mês eu quase não tenho sentido fome	0	1	2	3	4
27. Meu(a) médico(a) diz que eu devo comer mais	0	1	2	3	4
28. Quando chega a hora de deitar, não sinto vontade de dormir	0	1	2	3	4
29. Sinto muito sono	0	1	2	3	4
30. Se eu pudesse, passaria o dia todo dormindo	0	1	2	3	4
31. Se pudesse, ficaria o dia todo acordado(a)	0	1	2	3	4
32. Sinto que sou agitado(a)	0	1	2	3	4
33. Não consigo ficar muito tempo parado	0	1	2	3	4
34. Sinto que minha mão treme quando vou pintar desenhos	0	1	2	3	4
35. Sinto que balanço os pés ou mãos por muito tempo	0	1	2	3	4
36. Acho que faço minhas tarefas mais devagar que os outros	0	1	2	3	4
37. Acho que falo mais devagar que as outras pessoas	0	1	2	3	4
38. Acho que ando mais devagar que as outras pessoas	0	1	2	3	4
39. Sinto-me muito cansado(a) quando vou brincar	0	1	2	3	4
40. Não tenho energia para correr com meus amigos	0	1	2	3	4
41. Sinto-me cansado(a) a maior parte do dia	0	1	2	3	4

42. Acordo me sentindo cansado(a)	0	1	2	3	4
43. Sinto que não sirvo para nada	0	1	2	3	4
44. Penso que não sei fazer nada certo	0	1	2	3	4
45. Sinto que as pessoas acham que não sirvo para nada	0	1	2	3	4
46. Sinto que as pessoas acham que não sei fazer nada certo	0	1	2	3	4
47. Penso que as coisas dão errado por culpa minha	0	1	2	3	4
48. Penso que meus amigos brigam por minha culpa	0	1	2	3	4
49. Penso minha família briga por minha culpa	0	1	2	3	4
50. Quando estou triste, acredito que a culpa é minha	0	1	2	3	4
51. Não consigo prestar atenção na hora da aula	0	1	2	3	4
52. Penso muitas coisas ao mesmo tempo	0	1	2	3	4
53. Minha família acha que não presto atenção nas coisas	0	1	2	3	4
54. Acho que seria melhor para as pessoas se eu não existisse	0	1	2	3	4
55. Penso que eu não queria existir	0	1	2	3	4
56. Tenho vontade de pular de um lugar bem alto e me machucar	0	1	2	3	4
57. Acho que seria melhor eu não viver	0	1	2	3	4
58. Fico tão triste que não consigo fazer minhas tarefas da escola	0	1	2	3	4
59. Fico tão triste que não tenho vontade de comer	0	1	2	3	4
60. Não converso com meus amigos porque estou triste	0	1	2	3	4
61. Não converso com minha família porque estou triste	0	1	2	3	4
62. Não tenho vontade de falar com ninguém porque estou triste	0	1	2	3	4

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO: pedimos que responda estas perguntas:

1- Idade: _____ anos.

2- Sexo: () Masculino () Feminino

3- Em qual série você está? _____

5- Você tem irmãos? Quantos? () Sim, tenho _____ irmãos. () Não.

6- Você mora com

() Pai () Mãe () Irmãos () Avós () Tios () Outro _____

7- Você tem algum problema de saúde? () Sim. Qual? _____

() Não

8- Você toma algum remédio todos os dias? () Sim. Qual? _____

() Não

9 - Você vai ou foi ao Psicólogo ou Psicopedagogo neste último ano? () Sim () Não

10- Se você souber, indique a renda da sua família:

() Não sei responder

() Até um salário mínimo (Até R\$ 880,00)

() Entre 1 e 3 salários mínimos (Entre R\$ 880,01 e R\$ 2.640,00)

() Entre 3 e 5 salários mínimos (Entre R\$ 2.640,01 e R\$ 4.400,00)

() Entre 5 e 10 salários mínimos (Entre R\$ 4.400,01 e R\$ 8,800,00)

() Mais de 10 salários mínimos (Mais de R\$ 8,800,01)

Anexo 1 – Certidão de Aprovação do Projeto de Pesquisa pelo Conselho de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 10ª Reunião realizada no dia 17/11/2016, o Projeto de pesquisa intitulado: **“DEPRESSÃO INFANTIL: ELABORAÇÃO DE UM INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO E TOMADA DE DECISÃO EM SAÚDE”**, da pesquisadora Lays Andrade de Sá. Prot. nº 0445/16. CAAE: 58557416.9.0000.5188.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à apresentação do relatório final do estudo proposto à apreciação do Comitê.


Andrea Márcia da C. Lima
Mat. SIAPE 1117510
Secretária do CEP-CCS-UFPB