

Prevalência de sintomas depressivos em escolares*

The prevalence of depression symptoms in scholars
Prevalencia de síntomas depresivos en escolares

Maria Helena Gonçalves Fonseca¹, Roberto Assis Ferreira², Sarah Gonçalves Fonseca³
Departamento de Pediatria da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Resumo

Objetivo: estimar a prevalência da sintomatologia depressiva em escolares de 7 a 13 anos e caracterizar essa sintomatologia. **Métodos:** foi realizado um estudo transversal que avaliou 519 estudantes, de uma escola do interior de Minas Gerais, sendo: 266 (51,3%) do sexo masculino, e 253 (48,7%) do sexo feminino. Utilizou-se o *Children's Depression Inventory* (CDI), um questionário padronizado com 27 questões fechadas. Foi estabelecido o nível de corte em 17 pontos a partir do qual ficou caracterizado o grupo com sintomatologia depressiva. **Resultados:** encontrou-se uma prevalência de 13,9% (71 casos) de sintomatologia depressiva (score igual ou maior que 17). Não foram encontradas diferenças significantes em relação à idade e ao sexo. A intenção suicida foi observada em 8 (1,5%) dos estudantes. As respostas mais encontradas foram: "Eu tenho certeza que coisas horríveis vão acontecer comigo", "Eu sempre me preocupo com dores", e "Nunca vou ser tão bom quanto os outros". **Conclusões:** esse estudo encontrou um número significativo de escolares com sintomatologia depressiva. A depressão na infância e adolescência pode apresentar sintomas inespecíficos, como a preocupação com dores, o que dificulta o diagnóstico. O CDI permitiu que os escolares expressassem ideação e intenção suicida.

Descritores: Prevalência. Sintomas. Depressão. Escolas. Crianças. Adolescentes.

¹Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente, especialista em Pediatria e Psiquiatria, Psicanalista. Professora do curso médico da Universidade Estadual de Montes Claros, MG. Professora do curso de Psicologia Faculdades Pitágoras de Montes Claros, MG.

²Doutor em Pediatria. Professor adjunto de Pediatria, Coordenador do ambulatório de Adolescentes da UFMG. Membro do Círculo Psicanalítico, Belo Horizonte, MG.

³Acadêmica do curso de Medicina da UFMG.

*Contém parte dos dados da Dissertação de Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente, Faculdade de Medicina, UFMG, 2004

Abstract

Objective: the aim of this study is to detect the prevalence rate of depressive symptoms in scholars at age 7 to 13 and to characterize these symptoms. **Methods:** a transversal study was conducted with a sample of 519 scholars, from an inner city of Minas Gerais State: 266 (51.3%) were male and 253 (48.7%) were female. The Children's Depression Inventory (CDI) a 27 closed questions standard questionnaire was the instrument employed. A 17 points cutoff was established to characterize the depressive group. **Results:** the prevalence was found of 13.7% (71 cases) of depressive symptoms (score higher or equal 17). There was no statistically significant difference about age and sex. Suicidal intension was observed in 8 (1.5%) students. The most frequent responses were: "I am sure that terrible things will happen to me", "I always worry about pain" and "I never will be as good as the others". **Conclusions:** this study found a significant number of scholars with depressive symptoms. The depression in childhood and adolescence can present non-specific symptoms as worry about pain, which can make the diagnosis difficult. The CDI allowed that the scholars expressed suicidal ideation and suicidal intention.

Keywords: Prevalence. Symptoms. Depression. Schools. Child. Adolescent.

Resumen

Objetivo: estimar la prevalencia de la sintomatología depresiva en los escolares de 7 a 13 años y caracterizar esa sintomatología. **Métodos:** fue realizado uno estudio transversal con 519 estudiantes de una ciudad del interior de Minas Gerais, siendo: 266 (51,3%) del sexo masculino y 253 (48,7%) del sexo femenino. Se utilizó el Children's Depression Inventory (CDI) uno cuestionario padrón con 27 cuestiones cerradas. Fue establecido el nivel de corte en 17 puntos o más, para determinar el grupo con sintomatología depresiva. **Resultados:** se encontró una prevalencia de 13,7% (71 casos) de sintomatología depresiva (resultado igual o mayor que 17). No fueron encontradas diferencias estadísticamente significantes en relación a la edad y al sexo. Las respuestas más encontradas fueron: "Yo tengo certeza que cosas horribles van acontecer conmigo", "Yo siempre preocupo con los dolores", y, "Jamás voy a ser tan bueno como los otros". **Conclusiones:** ese estudio encontró un número significativo de estudiantes con sintomatología depresiva. La depresión en la infancia y adolescencia puede presentar síntomas inespecíficos como preocupación con dolores, lo que puede dificultar el diagnóstico. El CDI permitió que los estudiantes expresasen proyecto e intención suicida.

Palabras clave: Prevalência. Depressión. Síntomas. Escuelas. Niños. Adolescentes.

Introdução

Há 40 anos muitos médicos duvidavam da existência de transtornos depressivos em crianças, porque estas eram consideradas como portadoras de “estruturas de personalidades imaturas” e de imaturidade cognitiva, e, portanto, seriam incapazes de experimentar tais problemas¹. O desenvolvimento de estudos epidemiológicos, e de metodologia diagnóstica mais apurada, permitiram um maior conhecimento do quadro clínico da depressão na infância e na adolescência².

O termo depressão é empregado para designar tanto um estado afetivo normal, a tristeza, quanto um sintoma, uma síndrome e uma doença³. O sintoma depressão é um estado de ânimo caracterizado por sentimentos de tristeza, desencanto, disforia ou desespero. A síndrome inclui alterações do humor como tristeza, irritabilidade, incapacidade de sentir prazer, apatia, baixa auto-estima, e alterações cognitivas e vegetativas como o transtorno do sono, do apetite, e dificuldade de concentração^{3,4}. Depressão como transtorno tem uma etiologia específica, uma base genética, um quadro clínico bem definido, de curso, duração e prognóstico^{4,5}.

A psicanálise não aborda a “depressão”, mas os fenômenos depressivos em um sujeito-ser de linguagem. O bebê, na relação primitiva com sua mãe, estabelece o protótipo de todas as relações posteriores, fundando o ego, que se constrói ao longo do desenvolvimento. De acordo com Spitz⁶, a depressão anaclítica pode ocorrer em lactentes que sofrem de carência emocional relacionada à separação. Diante da ameaça de separação da mãe, o bebê responde com ansiedade e, perante sua perda real, com a dor do luto⁷. A “posição depressiva” é um quadro que aparece entre 12 e 18 meses de idade, período em que as experiências com a mãe permitem à criança unir o “seio bom” com o “seio mau”, como facetas do mesmo objeto. A angústia depressiva e a culpa, decorrentes do amor e do ódio que sente pelo mesmo objeto, centram-se no temor de que esses impulsos possam destruir, ou ter destruído, o objeto amado, do qual depende de forma absoluta⁸.

A depressão na infância e na adolescência não é rara, Bahls⁹ avaliou a prevalência anual do Transtorno Depressivo Maior (TDM), encontrando 0,4 a 3,0% em crianças, e 3,3 a 12,4% entre os adolescentes. Três milhões de crianças norte-americanas apresentam sintomas depressivos, sem que sejam diagnosticadas, e, aproximadamente, seis mil crianças e adolescentes praticam suicídio, que constitui a segunda causa de morte na adolescência¹⁰. Nos adolescentes, a depressão é o maior fator de risco

para o suicídio e abuso de substâncias¹¹. Portanto, a depressão deve ser considerada como um transtorno grave, com risco de morte e impacto na qualidade de vida.

São ainda escassos os estudos epidemiológicos sobre a depressão infantil, inexistindo na maioria dos países¹². No Brasil existem poucas pesquisas sobre a prevalência da depressão na infância e na adolescência, e poucos são os instrumentos adaptados para diagnosticá-la. Conhecer a prevalência da depressão em crianças e adolescentes brasileiros pode contribuir para avaliar a dimensão da doença entre nós e propor medidas diagnósticas e terapêuticas. O uso de instrumento diagnóstico padronizado possibilita a comparação com outras populações. O presente estudo teve por objetivo estimar a prevalência de sintomas depressivos em escolares de sete a treze anos em uma escola pública estadual de uma cidade do interior de Minas Gerais.

Casuística e Métodos

Foi realizado um estudo transversal com o objetivo de caracterizar a sintomatologia depressiva e estimar a sua prevalência em crianças e adolescentes. Foi avaliada a população de sete a treze anos da Escola Estadual Antônio Figueira da zona urbana da cidade de Montes Claros, Minas Gerais. A escola foi escolhida a partir da análise das planilhas e censos escolares pelo número de alunos, pela facilidade de acesso, e disposição da direção da escola em colaborar com o estudo. A maioria dos alunos é oriunda do bairro São José, onde a escola se localiza, mas também de outros bairros bem distantes. O bairro São José tem uma população total de cerca de 6.000 habitantes, que foi avaliada de acordo com os dados do IBGE¹³ como bairro classe A, conforme indicadores econômicos da região norte de Minas Gerais, considerando-se a faixa salarial predominante no bairro, de 5 a 10 salários mínimos/mês.

Os critérios de inclusão foram: ter idade entre sete e treze anos, ter o consentimento escrito dos pais ou responsáveis (após esclarecimentos), e preencher a identificação no CDI. Os critérios de exclusão foram: assinalar mais de uma resposta por questão, deixar questões sem resposta. Preencheram o questionário 561 alunos, sendo excluídos 42 que o fizeram de forma irregular; a amostra ficou constituída por 519 alunos, sendo: 266 (51,3%) do sexo masculino e 253 (48,7%) do feminino.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Departamento de Pediatria da Universidade Federal de Minas Gerais, e autorizada pela diretoria da

Escola Estadual Antônio Figueira da cidade de Montes Claros, Minas Gerais.

Instrumento

A partir do interesse pelo quadro da depressão, surgiram métodos padronizados como questionários e escalas semi-estruturadas que procuram avaliar sintomas e transtorno depressivos. Dos métodos utilizados para o estudo da depressão na infância, os de avaliação objetiva - questionários/inventários e escalas, são preferidos às entrevistas clínicas. Destaca-se entre estes o *Children's Depression Inventory* - Inventário de Depressão Infantil

(CDI), que foi adaptado para a realidade brasileira, revelando-se um instrumento consistente^{14,15}. Este instrumento de seleção identifica crianças e adolescentes de sete a dezessete anos com sintomatologia depressiva, que podem ter o diagnóstico de "Transtorno Depressivo"¹⁶. O CDI foi adotado para realizar o presente estudo (Tabela 1 e 2). Este questionário é composto por 27 itens, distribuídos entre sintomas afetivos, cognitivos e de conduta. Cada item tem três possíveis respostas fechadas, que, de acordo com a gravidade dos sintomas, recebe a pontuação - (0) "ausência de sintoma", (1) "sintoma leve" e (2) "sintoma claro".

Tabela 1 - Questionário de Depressão da Criança – questões 1 a 13

Escolha as frases que descrevem seus sentimentos e seus pensamentos nas últimas duas semanas!	
01. () Eu fico triste de vez em quando	() Eu gosto de mim
() Eu fico triste muitas vezes	08. () Todas as coisas ruins acontecem por minha culpa
() Eu fico triste o tempo todo	() Muitas coisas ruins acontecem por minha culpa
02. () Nada nunca vai dar certo para mim	() As coisas ruins geralmente não acontecem por minha culpa
() Não tenho certeza se as coisas vão dar certo para mim	09. () Eu não penso em me matar
() Vai dar tudo certo para mim	() Eu penso em me matar mas não faria isso
03. () Eu faço quase tudo certo	() Eu quero me matar
() Muitas coisas eu faço errado	10. () Tenho vontade de chorar todos os dias
() Eu faço tudo errado	() Muitos dias eu tenho vontade de chorar
04. () Eu me divirto com muitas coisas	() Tenho vontade de chorar uma vez ou outra
() Eu me divirto com algumas coisas	11. () Tem sempre uma coisa me aborrecendo
() Não me divirto com nada	() Muitas vezes tem uma coisa me aborrecendo
05. () Eu sou ruim o tempo todo	() Uma vez ou outra tem alguma coisa me aborrecendo
() Muitas vezes eu sou ruim	12. () Eu gosto de estar com outras pessoas
() Eu sou ruim uma vez ou outra	() Muitas vezes eu não gosto de estar com outras pessoas
06. () Eu penso que coisas ruins possam acontecer comigo uma vez ou outra	() Eu não tenho vontade de estar com ninguém
() Eu fico preocupado que coisas ruins aconteçam comigo	13. () Eu não consigo me decidir sobre nada
() Eu tenho certeza que coisas horríveis vão acontecer comigo	() É difícil tomar decisões
07. () Eu me detesto	() Eu me decido sobre as coisas facilmente
() Eu não gosto de mim	

Tabela 2 - Questionário de Depressão da Criança – questões 14 a 27

- | | |
|--|--|
| 14. () Minha aparência é legal | 21. () Nunca me divirto na escola |
| () Tem umas coisas que eu não gosto na minha aparência | () Só me divirto na escola uma vez ou outra |
| () Eu sou feio(a) | () Muitas vezes me divirto na escola |
| 15. () Eu tenho sempre que me forçar a fazer minhas tarefas escolares | 22. () Eu tenho muitos amigos |
| () Muitas vezes eu tenho que me forçar a fazer minhas tarefas escolares | () Eu tenho muitos amigos, mas queria ter mais |
| () Não tenho problemas para fazer as tarefas escolares | () Eu não tenho amigos |
| 16. () Tenho problema para dormir todas as noites | 23. () Meu rendimento na escola está bom |
| () Muitas vezes tenho problema para dormir | () Meu rendimento na escola não está tão bom quanto antes |
| () Eu durmo bem | () Estou indo mal em matérias nas quais eu ia bem |
| 17. () Eu fico cansado uma vez ou outra | 24. () Nunca vou ser tão bom quanto os outros |
| () Muitos dias eu fico cansado | () Se eu quiser posso ser tão bom quanto os outros |
| () Estou sempre cansado | () Sou tão bom quanto os outros |
| 18. () Na maioria dos dias eu não estou a fim de comer | 25. () Ninguém me ama de verdade |
| () Muitos dias eu não estou a fim de comer | () Não tenho certeza se alguém me ama |
| () Eu como bem | () Tenho certeza que alguém me ama |
| 19. () Não me preocupo com dores | 26. () Eu geralmente faço o que me mandam fazer |
| () Muitas vezes eu me preocupo com dores | () Eu geralmente não faço o que me mandam fazer |
| () Eu sempre me preocupo com dores | () Eu nunca faço o que me mandam fazer |
| 20. () Eu não me sinto sozinho | 27. () Eu me dou bem com as pessoas |
| () Muitas vezes eu me sinto sozinho | () Muitas vezes eu me meto em brigas |
| () Eu sempre me sinto sozinho | () Eu me meto em brigas o tempo todo |
-

A somatória dos pontos obtidos no total das questões fornece um escore^{15,17}. O escore que indica provável quadro de depressão ainda permanece controverso. Kovaks¹⁸ estabeleceu para a população americana o ponto de corte em dezenove pontos, porém Canals et al.¹⁹ utilizam o ponto de corte de dezessete, justificando que é mais sensível para identificar indivíduos com risco de transtorno depressivo. No estudo de adaptação e normatização do CDI no Brasil, Gouveia et al.¹⁴ adotaram o corte em dezessete pontos, que também foi o estabelecido no presente estudo.

Resultados

Foi avaliado o CDI em 519 escolares com idade entre sete anos completos e catorze incompletos. A distribuição etária da amostra por idade foi: sete anos - 26 (5%) escolares, oito anos - 77 (14,8%), nove anos - 110 (21,2%), dez anos - 101 (19,5%), onze anos - 82 (15,8%), 12 anos - 75 (14,5%), e treze anos - 48 (9,2%) escolares.

As respostas no CDI e o nível de corte em 17 pontos determinaram dois grupos. Um menor, que obteve escore igual ou maior a 17 pontos (com sintomatologia depres-

Durante a aplicação do questionário, cada item do CDI foi lido juntamente com os alunos, permitindo que eles pudessem esclarecer suas dúvidas. Foi solicitado que o aluno escolhesse apenas uma das três alternativas, a que melhor descrevesse seus sentimentos e pensamentos nas últimas duas semanas.

Os cálculos estatísticos utilizaram os testes de Qui-quadrado, Fisher e Friedman. Para comparações múltiplas foi usado o método das diferenças mínimas significativas (DMS). Foi adotado o nível de 5% para significância estatística.

siva), foi constituído por 71 (13,7%) escolares - 35 do sexo masculino e 36 do feminino ($p = 0,921$). A maioria - 438 estudantes (86,3%), obteve escore menor que 17 pontos, sem sintomatologia depressiva. A distribuição das crianças e adolescentes com sintomatologia depressiva por faixa etária é mostrada na Figura 1. No teste do Qui-quadrado não foi constatada diferença estatisticamente significativa de depressivos segundo a faixa etária ($p = 0,277$).

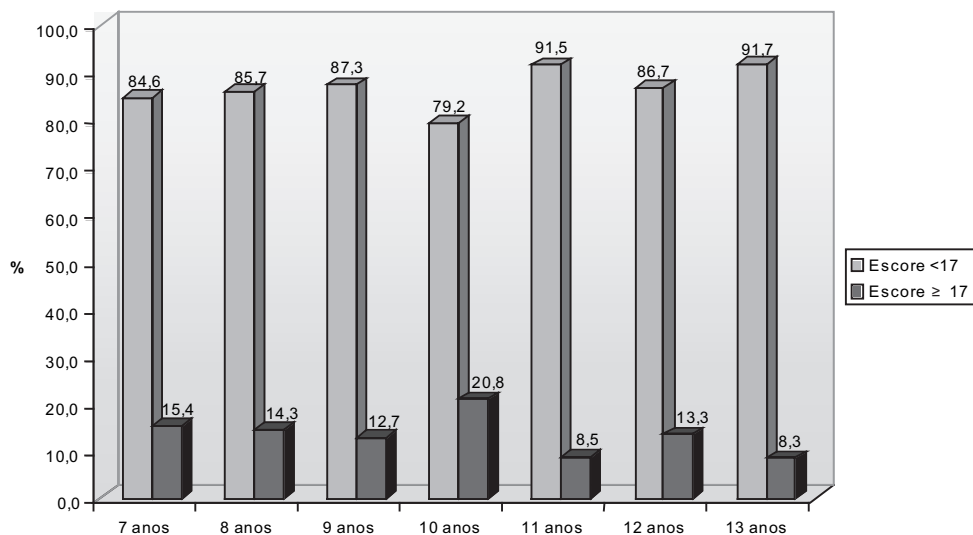


Figura 1 – Distribuição dos escolares segundo a idade e o escore total obtido

A questão nove do CDI refere-se ao risco suicida, e tem os resultados detalhados na Tabela 3. As três respostas possíveis eram: ausência de ideação suicida (zero pontos), ideação suicida (um ponto) e intenção suicida (dois pontos). Os escolares que responderam “*eu quero me matar*” foram oito, correspondendo a

1,5% da amostra. Pode-se observar na Tabela 3 que a ideação e a intenção suicidas também estão presentes no grupo que não apresenta, pelo CDI, sintomatologia depressiva (escore menor que 17). Porém, a ideação/intenção suicida era maior no grupo com sintomatologia depressiva ($p < 0,05$).

Tabela 3 – Distribuição das respostas da questão 9 do CDI, relativa a ideação suicida

Questão 9		Sintomatologia Depressiva		Total
		Escore <17	Escore ≥17	
Eu não penso em me matar	n	335	24	359
	%	93,3%	6,7%	100,0%
Eu penso em me matar mas não faria isso	n	110	42	152
	%	72,4%	27,6%	100,0%
Eu quero me matar	n	3	5	8
	%	37,5%	62,5%	100,0%
Total	n	448	71	519
	%	86,3%	13,7%	100,0%

Discussão

A elevada prevalência de sintomatologia depressiva (13,7%) encontrada nesse estudo mostra que um grande número de crianças e adolescentes têm, possivelmente, uma depressão. Com relação à idade e sexo, não se encontrou diferença significativa, o que está de acordo com os resultados de outros estudos^{14,20,21}. A prevalência situa-se entre os dados de Hallak²², que encontrou 6% de sintomatologia depressiva em pesquisa realizada com escolares de Ribeirão Preto, Golfeto et al²³, que também em Ribeirão Preto encontraram uma prevalência de 6,75%, e Bandim et al¹⁷, que verificaram uma prevalência de 40%, no Recife. De acordo com Polaino-Lorente et al²⁴, a heterogeneidade das amostras quanto ao sexo, idade, condição socioeconômica, procedência e aspectos metodológicos são os responsáveis pelas diferentes taxas de prevalência.

No grupo com sintomatologia depressiva, a questão que obteve maior percentual de resposta quanto à presença do sintoma foi a de número seis - “Eu tenho certeza que coisas horríveis vão acontecer comigo”. Responderam afirmativamente 34 (94,4%) do sexo feminino e 30 (85,7%) do sexo masculino. Esta questão mostra a visão pessimista de si mesmo, e evidencia o sofrimento

das crianças e dos adolescentes portadores da sintomatologia depressiva.

A questão de número dezenove - “Eu me preocupo com dores”, também obteve percentual elevado de respostas entre os escolares do grupo com sintomatologia depressiva - 34 (94,4%) para o sexo feminino e 28 (80,0%) para o masculino. Isto mostra que, em crianças e adolescentes, a depressão pode apresentar-se sob a forma de “depressão mascarada”, cuja sintomatologia é constituída essencialmente por manifestações somáticas, principalmente dores abdominais e cefaléia. Isto pode dificultar o diagnóstico. De acordo com Barbosa e Lucena¹⁵ a “depressão mascarada” apresenta sintomas como: hiperatividade, enurese, agressividade, ansiedade e insônia, que podem ser considerados como “equivalentes depressivos”. Estes sintomas somáticos são mais comuns nos pré-escolares e escolares.

A questão de número 24 - “Nunca vou ser tão bom quanto os outros”, também obteve percentual elevado de respostas assertivas, (87,5%) mostrando que um dos sintomas frequentes da depressão em escolares é a baixa auto-estima.

O total de escolares que respondeu - "Eu quero me matar", foi igual a oito, correspondendo a 1,5% da amostra total. Golfeto et al²³ encontraram uma taxa de risco suicida de 2,67%.

É importante salientar que a depressão na infância e na adolescência pode ser subdiagnosticada por se manifestar com sintomas inespecíficos, como preocupação com dores, disforia, agressividade e baixa auto-estima. Portanto, é fundamental que pais, professores e profissionais de saúde reconheçam esses sintomas como indicadores de possível depressão, para que as crianças e os adolescentes possam ser encaminhados para tratamento especializado.

Os pediatras têm um lugar privilegiado na identificação dos sintomas depressivos, visto que são quase sempre os primeiros profissionais da saúde que atendem às crianças; portanto, devem estar atentos para identificar os sintomas de possível depressão. Para isto devem, além da abordagem orgânica, manter a atenção para a depressão na infância e na adolescência como etiopatogenia de queixas recorrentes ou mantidas. A depressão na infância e na adolescência pode abranger um grande espectro de sintomas, que variam de respostas normais de tristeza aos eventos estressantes da vida até uma condição clínica caracterizada por uma experiência de grande sofrimento. O quadro caracteriza-se por um desinteresse progressivo pelo ambiente, perda do apetite, com possíveis problemas no desenvolvimento ponderal e geral.

De acordo com Poznanski et al²⁵ são descritos quadros de crianças tristes, infelizes, com manifestações de reações afetivas do tipo depressivo: a criança elabora sua autocrítica de forma exagerada e expressa sentimentos inadequados. Ajuriaguerra²⁶ também associa ao sofrimento depressivo a obediência excessiva, submissão, distração, desleixo corporal, necessidade de punição e sentimentos de culpa.

Os sintomas depressivos na infância e na adolescência também podem variar com a idade. A criança pode relatar tristeza ou solidão de modo pouco claro e inespecífico, em função da dependência do seu desenvolvimento cognitivo, e, em alguns casos, observa-se apenas maior sensibilidade, choro fácil e irritabilidade. As mudanças súbitas de conduta são muito importantes, principalmente quando ocorrem de modo inexplicável. Crianças que apresentavam boa adaptação social podem passar a apresentar agressividade, e, inclusive, conduta delinqüente^{21,27}.

No escolar, os sintomas que merecem destaque são a baixa auto-estima, a tristeza, os medos e o baixo rendimento escolar. Podem estar associados sintomas somáticos como cefaléia, vômitos, enurese, dores abdominais e diarreia^{9,28}. A perturbação mais freqüente na sintomatologia depressiva é uma imagem negativa de si mesmo - as crianças se descrevem como tolas e frágeis, temem fracassar ou sofrer uma ação injusta por parte dos demais. Têm um sentimento profundamente arraigado de que são más, com sentimentos de autocrítica e degradação. Às vezes, a dificuldade para manejar a agressividade é sintoma freqüente.

O adolescente apresenta, mais do que as crianças, a anedonia, hiperssonia, alteração no peso e abuso de drogas. Apesar dessas diferenças, o quadro clínico da depressão no adolescente apresenta similaridade com aquele apresentado pelas crianças em idade escolar^{19,29}.

Os sintomas depressivos de crianças e adolescentes podem não ser percebidos nos ambientes que freqüentam, casa ou escola, e nem mesmo em uma consulta pediátrica. Quando constatados, devem ser considerados como um quadro grave, que impacta negativamente na vida da criança e do adolescente, interferindo no desempenho escolar e no relacionamento familiar²¹. Portanto, é desejável que familiares, educadores e pediatras estejam atentos para identificar os sintomas, a fim de encaminhar os suspeitos para avaliação. O diagnóstico precoce é essencial para que se possa realizar um tratamento efetivo, pois há risco evolutivo de se agravarem os transtornos depressivos. No entanto, o estigma social e o desconhecimento do quadro dificultam o estabelecimento do diagnóstico e o tratamento; como resultado, um grande número de indivíduos deprimidos não é tratado^{30,31}.

Conclusão

O CDI foi utilizado como instrumento de triagem de sintomas depressivos em crianças e adolescentes em uma cidade do interior do Brasil, e detectou significativo percentual de positividade, inclusive casos graves, com ideação e intenção suicida. O resultado deste e de outros estudos ratificam o uso do CDI como instrumento de triagem para identificar sintomas depressivos em avaliação grupal. Considerando-se a variação dos sintomas das crianças e adolescentes com transtornos depressivos, é essencial que pais, educadores e pediatras mantenham permanente e elevado grau de suspeita do quadro, para detecção e tratamento.

Referências

1. Son ES, Kirchner JT. Depression in children and adolescents. *Am Fam Physician* 2000;62:2297-311.
2. Massa JLP. Actualidad de los trastornos depresivos en la infancia. *Rev Psiquiatr* 2003;7:1-3.
3. Montenegro H. Depresión en la infancia y adolescencia. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr* 1993;31:13-23.
4. Kashani JH, Garber JO. Desenvolvimento do sintoma depressão. In: Lewis M, editor. *Tratado de psiquiatria da infância e da adolescência*. Tradução de Irineo C. S. Ortiz, Sandra Costa, Dayse Batista. 7ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995. p.309-24.
5. Del Porto JA. Conceito e diagnóstico. *Rev Bras Psiquiatr* 1999;21:6-11.
6. Spitz RA. Doenças de carência afetiva do bebê. In: Spitz RA, editor. *O primeiro ano de vida: um estudo psicanalítico do desenvolvimento normal e anômalo das relações objetivas*. Tradução de Erothildes Millan Barros da Rocha. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 1983. p.199-212.
7. Freud S. Esboço de psicanálise, 1938. In: Freud, S. *Edição Standard Bras das Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago; 1976. p. 165-321.
8. Klein M. As Relações entre a neurose obsessiva e os estágios iniciais do superego. In: Klein M, editor. *A psicanálise de crianças*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Imago; 1997. p. 169-95.
9. Bahls SC. Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes: características clínicas. *J Pediatr (Rio J)* 2002;78:359-66.
10. Cytryn L, Gershon ES, Mcknew DH. Childhood depression: genetic or environmental influence? *Integr Psychiatry* 1984;2:17-23.
11. Kovacs M. Presentation and course of major depressive disorder during childhood and later years of the life span. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35:705-15.
12. Uzcátegui JL. Epidemiología y depresión infantil, la depresión infantil: algunos aspectos epidemiológicos. *Revista Niños*1990;25:17-25.
13. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo demográfico*. Rio de Janeiro: IBGE; 2000.
14. Gouveia VV, Barbosa GA, Almeida HJF, Gaião AA. Inventário de depressão infantil - CDI - estudo de adaptação com escolares de João Pessoa. *J Bras Psiquiatr* 1995;44:345-9.
15. Barbosa GA, Lucena A. Depressão Infantil. *Infanto Rev Neuropsiquiatr Infanc Adolesc* 1995;3:23–30.
16. Carlson GA, Kashani JH. Phenomenology of major depression from childhood through adulthood: analysis of three studies. *Am J Psychiatry* 1988;145:1222-5.
17. Bandim JM. Cuestionario de depresión Infantil – CDI – una investigación preliminar con niños hospitalizados. *Neurobiología* 1998;61:1-8.
18. Kovacs M. The Children Depression, Inventory (CDI). *Psychopharmacol Bull* 1985;21:995-9.
19. Canals J, Marti-Henneberg C, Fernández-Ballart J, Doménech EA. Longitudinal study of depression in an urban spanish pubertal population. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 1995;4:102-11.
20. Chartier GM, Lassen MK. Adolescent depression: children's depression inventory norms, suicidal ideation, and (weak) gender effects. *Adolescence* 1994;29:859-64.
21. Curatolo E. Estudo da sintomatologia depressiva em escolares de sete a doze anos de Idade. [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo; 1999.
22. Hallak LRL. Estimativa da prevalência de sintomas depressivos em escolares da rede pública de Ribeirão Preto. [Dissertação de Mestrado]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2001.
23. Golfeto JH, D'Oliveira AB. Estudo da prevalência de sintomatologia depressiva e risco suicida em escolares de Ribeirão Preto avaliados pelo CDI. *Rev Bras Psiquiatr* 2002;26: 67-70.
24. Polaino-Lorente A, Cortes MLM, Arias RM. Estudio epidemiológico de la sintomatología depresiva en la

- población escolar madrileña de ciclo medio. *An Pediatr* 1997;46:344-39.
25. Poznanski E, Zrull JP, Mich A. A childhood depression: clinical characteristics of overtly depressed children. *Arch Gen Psychiatr* 1970;23:8-15.
 26. Ajuriaguerra J. Manual de psiquiatria infantil. Barcelona: Toray-Masson; 1976. p. 651-61: Problemas particulares causados por estados de depressão e exaltação na criança.
 27. Kazdin A, Marciano P. Childhood and adolescent depression. In: Mash RB. Treatment of childhood disorders. 2nd ed. New York: Ed Guilford Press; 1998. p.211-48.
 28. Emslie GJ, Mayes TL. Depression in children and adolescents: a guide to diagnosis and treatment. *CNS Drugs* 1999;11:181-99.
 29. Ryan ND, Williamson DE, Iyengar S, Orvaschel H, Reich T, Dahl RE et al. A secular increase in child and adolescent onset affective disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992;31:600-5.
 30. Cicchetti D, Toth SL. The Development of depression in children and adolescents. *Am Psychol* 1998;53:221-41.
 31. Kashani JH, Ray JS, Carlson GA. Seriously depressed preschoolers. *Am J Psychiatry* 1987;144:348-50.

Endereço para correspondência:

Dra. Maria Helena Gonçalves Fonseca
Rua Tapajós, 488, Bairro Melo
Cep: 39 401 065 - Montes Claros, Minas Gerais
E-mail: helenafonseca@terra.com.br

Enviado para publicação: 10/08/2005
Aceito para publicação: 12/12/2005