

Depressão infantil: um estudo de prevalência com o CDI

Genário Alves Barbosa *

Mardonio Rique Dias **

Adriana de Andrade Gaião ***

Wânia Cláudia Gomes di Lorenzo ****

Introdução

A depressão infantil [DI] despertou interesse no campo da psiquiatria infantil, a partir da década de 60, tendo ao longo destes últimos anos merecido inúmeras investigações, situando-se assim, de maneira definitiva, no campo da psicopatologia infantil. Hoje, já não se tem mais dúvidas de que as crianças são passíveis de depressão. Domenech [1993] faz referência de que Santa de Sanctis, no início deste século, também já se referia a crianças depressivas.

Dentro da psicopatologia infantil já temos estudos de seguimento comprovando que a DI é distinta da depressão dos adultos [Domenech & Polaino, 1990; Spitz & Nissen, 1983]. Todavia os critérios de diagnósticos atuais, seja o DSM-IV ou a CID-X, não a contemplam como uma entidade nosográfica própria da infância, mas sim comum a todas as pessoas. Por outro lado, o diagnóstico da DI continua sendo difícil. Para Rodríguez-Sacristán & Andaluz [1990] as classificações de enfermidades que possuímos na atualidade impõem certas limitações clínicas, reduzindo assim, a riqueza fenomenológica do mundo depressivo infantil. Inicialmente, quando a criança ou adolescente apresenta sintomas depressivos e vai ao pediatra ou a outro especialista, nem sempre eles dão a importância devida a esses sintomas depressivos, que passam, na maioria das vezes, despercebidos, contribuindo para o agravamento dos mesmos. Entre os sintomas que merecem destaques segundo Papazian e col. [1992], estão a baixa auto-estima, a tristeza, a frustração, os medos e o baixo rendimento escolar.

É importante informar não somente aos pediatras, mas também aos outros profissionais da saúde que determinadas patologias ou situações vão acarretar, ao longo do seu curso, também um quadro depressivo na criança ou adolescente. Podemos citar entre outras as alterações ou malformações corporais, as intervenções cirúrgicas e enfermidades crônicas que podem desencadear quadros depressivos, assim como diabetes, fibrose cística, enfermidade celíaca, etc. Não esquecer ainda que as hospitalizações prolongadas podem provocar ansiedade ou depressão infanto-juvenil.

O primeiro estudo sobre a prevalência da DI foi realizado por Rutter, na Ilha de Wight em 1960, em que encontrou uma taxa de prevalência de 0,14% de crianças deprimidas.

RESUMO

A depressão infantil tem sido um transtorno muito investigado na atualidade. Já não se tem mais dúvida de que as crianças também estão sujeitas à depressão. Pelas dificuldades metodológicas existentes dentro do campo da psicopatologia infantil, encontram-se taxas de prevalência muito discrepantes durante todo o processo evolutivo infanto-juvenil.

O objetivo desta investigação foi detectar a taxa de prevalência de sintomas depressivos em escolares com idades de 7 a 17 anos, utilizando-se o CDI, na cidade de Bananeiras no interior da Paraíba. Pretendeu-se, além do mais, analisar os sintomas depressivos em relação a outros estudos feitos em grandes cidades, no sentido de se verificar a similitude de dados.

Concluiu-se pela necessidade de um estudo multicêntrico no Brasil para delinear um perfil epidemiológico da depressão infantil, visto que os sintomas da depressão infantil são perceptíveis tanto nas grandes cidades quanto no meio rural [interior].

UNITERMOS

Depressão infantil, epidemiologia, psicopatologia infantil, CDI, psicometria.

* Doutor em Psiquiatria Infantil pela Cátedra de Psiquiatria Infantil da Universidade de Sevilha, Espanha. Professor Adjunto da UFPB. Pesquisador 2B do CNPq. Setor de Psiquiatria Infantil, HU/UFPB, João Pessoa.

** Doutor em Psicologia pela Universidade de Brasília. Professor Adjunto da UFPB. Coordenador da linha de pesquisa "aspectos psicossociais e saúde coletiva" do mestrado de psicologia da UFPB.

*** Estagiárias do Setor de Psiquiatria Infantil do HU/UFPB. Bolsistas PIBIC/CNPq/UFPB.

Estudos epidemiológicos mais recentes têm demonstrado que a DI está presente na população infanto-juvenil com bastante frequência. Kazdin e col. [1983] encontraram uma frequência de DI de 15%, e Kashani e col. [1983] de 13% em população escolar. Nesses estudos, como nos demais, não se têm encontrado diferenças significativas entre sexo e idade. Por outro lado, alguns estudos têm comprovado que a prevalência da DI (depressão maior e distímia) aumenta paralelamente ao avanço da idade, porém no tocante ao sexo não se verifica significância entre eles [Domenech & Polaino, 1990].

Pensamos que pelos problemas metodológicos, traçar um perfil epidemiológico da DI é ainda difícil, o que tem levado vários autores a concordarem que sua prevalência é maior do que a encontrada nas investigações até agora realizadas. Outro dado importante é que a prevalência da DI varia segundo a etapa evolutiva da criança. Kasnani e col. [1987] encontraram uma prevalência de 4,7% em adolescentes. Domenech & Polaino [1990] encontraram na Catalunha, usando o CDI, 9,4% que atingiram o ponto de corte, portadores de sintomatologia depressiva. 1,8% apresentou depressão maior e 6,4% transtorno distímico.

Para mostrar a amplitude da prevalência da DI, Fleming e col. [1989] realizaram um estudo em que confirmam essas discrepâncias de frequências da DI. Nesse estudo encontram, assim, taxas muito amplas na DI. Para os pré-adolescentes encontraram uma prevalência que variou entre 2,7 a 17,5%, enquanto para adolescentes [a partir dos 14 anos] variou de 7,8 a 43,9%. Disso podemos, portanto, concluir que ainda é difícil realizar estudos epidemiológicos sobre DI, pois de uma maneira mais global, no campo da psicopatologia infantil, ainda temos muitas dificuldades na realização de tais estudos. Para Gal & Marcelli [1995] a presença dos estados depressivos, principalmente em adolescentes, é difícil de se reconhecer pela heterogeneidade de critérios de diagnósticos utilizados e dos métodos que ora empregamos. Esses autores citam um trabalho de Kashani e col., de 1987, em que, estudando 150 adolescentes, encontraram uma prevalência global de 18,7%, com uma comorbidade de ansiedade e transtornos de conduta, relativamente alta.

Por outro lado, a DI está também associada aos transtornos de ansiedade. A comorbidade da DI está confirmada em várias pesquisas; Kovacks [1989], em uma mostra de 104 crianças com DI, encontra 41% apresentando também ansiedade, sendo o subtipo mais freqüente a ansiedade de separação. Os transtornos de conduta seguem em segundo lugar. Guillaud-Bataille & Cialdella [1993], em um estudo sobre a comorbidade

da DI, concluem que esta é um transtorno raramente isolado na criança e no adolescente. Existe, pois, uma aproximação muito crescente de três categorias chamadas por eles de principais: a depressão, a ansiedade e os transtornos de conduta, sendo os transtornos ansiosos a associação mais evidente. Também vamos encontrar alterações de conduta desafiante, hiperatividade e déficit de atenção e, nos adolescentes, ainda, o abuso do álcool e das drogas.

Para estudar a prevalência dos sintomas depressivos, escolhemos uma cidade do interior da Paraíba, Bananeiras. Pretendemos, portanto, fazer um levantamento global de todos os escolares daquela cidade, utilizando inicialmente o CDI para detectar sintomas depressivos e, posteriormente, diagnosticar aqueles escolares que atingiram o ponto de corte [cut-off]. Na verdade, um dos nossos objetivos é também estudar uma população do interior, com características distintas das grandes cidades, muitos desses escolares residiam no meio rural, para que pudessemos comparar esses estudos com os já realizados com escolares de grandes cidades, a fim de encontrar divergências ou características próprias da DI no que diz respeito à prevalência desse transtorno.

Método

Sujeitos

A amostra utilizada nesse estudo constou de 807 respondentes, correspondendo a 90% da população urbana (N = 900) de escolares da cidade de Bananeiras, situada no interior do Estado da Paraíba. Esses se encontravam inseridos na faixa etária compreendida entre 7 e 17 anos, sendo a média de idade igual a 12,73 com desvio padrão de 2,48 anos. Desse total, 41% pertenciam ao sexo masculino e 59% ao sexo feminino, matriculados em escolas públicas da cidade.

Instrumento

O instrumento utilizado foi o Inventário de Depressão Infantil [Children's Depression Inventory/ CDI (Kovacs, 1983)] adaptado e normatizado por Gouveia, Barbosa, Falcone e Gaião (1995) em um estudo com uma população de João Pessoa. Segundo essa adaptação, o CDI ficou constituído de 18 itens, revelando-se um instrumento unidimensional, com parâmetros psicométricos aceitáveis, explicando 13,5% da variância do construto Depressão Infantil, apresentando um *eigenvalue* igual a 3,73 com um índice de precisão da ordem de $\alpha = 0,81$ (alfa Cronbach). Características de precisão e validade do CDI já haviam sido observadas por outros pesquisadores

(Cole, 1991; Helsel & Matson, 1984; Villamisar & Ezpeleta, 1988).

Procedimento

Os respondentes foram solicitados a responder ao CDI, em aplicação de forma coletiva, em sala de aula. Inicialmente, duas pesquisadoras identificavam-se como estagiárias do Setor de Psiquiatria Infantil e diziam que estavam efetuando uma pesquisa para a Universidade Federal da Paraíba - UFPB. Em seguida, foi feito um *rapport* no qual as pesquisadoras explicavam os objetivos da pesquisa, sendo solicitado aos sujeitos que respondessem a todos os itens constantes no instrumento. Foi enfatizado também que não havia respostas certas ou erradas, pois não se tratava de um teste de conhecimento ou algo semelhante. A aplicação foi realizada no período de setembro de 1994 a setembro de 1995.

Resultados

A tabulação dos dados foi feita com o uso do Pacote Estatístico para Ciências Sociais, Computador Pessoal, versão 5 para Windows (SPSSWIN - PC - Release 5). Foram feitas análises descritivas e inferenciais dos dados coletados. As análises inferenciais tiveram por objetivo comparar os escores dos sujeitos em relação aos fatores sociodemográficos (idade, sexo e escolaridade), para detectar a existência ou não de invariância. As análises descritivas tiveram o objetivo de caracterizar a amostra, segundo os fatores sociodemográficos, como também serviram para fins de cálculo dos escores no CDI, objetivando a classificação dos respondentes em termos do Ponto de Corte e da Norma Percentílica.

Comparações foram efetuadas através do teste *t* de Student para grupos independentes para a variável Sexo (com dois níveis) e Análises de Variância Unidirecionais (ANOVAS Oneway) para as variáveis Idade (com onze níveis) e Escolaridade (com oito níveis). Nas comparações foi adotado um $p < 0,05$ como nível de significância crítico. A Tabela 1 apresenta os resultados das comparações feitas.

Fator	Estatística	P
Sexo	$t_{(1,805)} = 1,42$	0,16 n.s.
Idade	$F_{(10,796)} = 1,72$	0,08 n.s.
Escolaridade	$F_{(7,799)} = 2,10$	0,04

De acordo com a Tabela 1, pode-se observar a existência de invariância entre os fatores Sexo e Idade e os escores no CDI dos sujeitos que compuseram a amostra. O mesmo não se observou entre o fator Escolaridade e os escores dos sujeitos no instrumento com a Análise de Variância (ANOVA), revelando a existência de diferença significativa [$F_{(7,799)} = 2,10$ $p < 0,04$] entre as duas distribuições. Com a finalidade de investigar a magnitude e a direção do impacto existentes entre os escores no CDI e a Escolaridade, foi feita uma comparação *post hoc* utilizando-se o teste de Scheffé. O resultado revelou que a diferença existente não foi honestamente significativa a um nível de $p < 0,05$.

Esses resultados confirmam os citados na literatura (Gouveia & Barbosa, 1995; Del Barrio & Párraga, 1990; Ezpeleta, Domenech & Polaino, 1988), no que diz respeito à inexistência de efeitos de impacto entre os fatores sociodemográficos e os escores do CDI. Tal fato vem permitir o escalonamento da amostra, segundo as Normas Gerais efetuadas por Gouveia e Barbosa (1995).

Classificação normativa da amostra estudada

“As normas do CDI dizem respeito ao Fator Geral da Depressão, sendo uma somatória das respostas do grupo de infantes para cada um dos 18 itens do instrumento” (Gouveia & Barbosa, 1995, p. 348).

Com o objetivo de obter a distribuição normativa de acordo com o ponto de corte dos escores no CDI, foi computado um índice resultante da somatória de cada um dos itens do instrumento, determinando-se assim os escores da amostra. Foi adotado um Ponto de Corte de 18 pontos, em termos de escores brutos, correspondendo ao 78º posto percentílico. A Tabela 2 apresenta a distribuição dos sujeitos que atingiram e/ou ultrapassaram os dois critérios.

Tabela 2
Distribuição dos sujeitos que ultrapassaram o Ponto de Corte (PC = 18), segundo a faixa etária (n = 174)

Faixa Etária (anos)	Frequência	%
7	7	4
8	7	4
9	7	4
10	11	6
11	21	12
12	15	9
13	32	18
14	27	16
15	22	13
16	23	13
17	2	1
Total	174	100

De acordo com os dados constantes na Tabela 2, dos 807 respondentes que compuseram a amostra, 17 atingiram e/ou ultrapassaram o critério de 18 pontos (ponto de corte), correspondendo aproximadamente a 22% (78º posto percentílico) da amostra total. Pôde-se observar ainda uma maior incidência de casos situados, notadamente, entre 13 e 14 anos.

Discussão

Os resultados aqui encontrados revelam que da amostra pesquisada 22% dos escolares atingiram o ponto de corte, fato que, aparentemente, sugere um percentual significativo em termos de prevalência do construto Depressão para o grupo estudado. Todavia, para Ezpeleta, Domenech e Polaino (1988) a prevalência da Depressão em escolares pode variar de 0% a 64% em função de aspectos regionais, econômicos e pessoais, sugerindo que os resultados encontrados para a amostra brasileira, neste estudo, estariam dentro de um percentual moderado, em termos da prevalência citada pela literatura.

Quanto à influência dos fatores sociodemográficos (sexo, idade e escolaridade) sobre os escores no CDI observou-se através de testes estatísticos que esta não se verificou, o que vem reforçar a necessidade de elaboração de normas gerais do instrumento para a população-alvo de escolares. Os resultados também indicaram uma frequência maior de casos nas faixas etárias de 13 e 14 anos, fato já esperado, pois sabe-se que nessa idade inicia-se o estágio da adolescência, fase transitória para a vida adulta, marcada por um aumento de sentimentos de inquietação, angústia e agressividade (Pépin, 1977).

O Inventário de Depressão Infantil - CDI demonstrou ser um instrumento com características psicométricas (validade, fidedignidade e normas) razoavelmente satisfatórias para discriminar respondentes que apresentam traços referentes a *provável depressivo*. O CDI é uma entrevista com 27 itens que mede a gravidade da depressão em crianças e adolescentes. Esse instrumento, como screening, avalia a disforia, o pessimismo, a auto-estima, o desprezo, o isolamento social, o rendimento escolar, a conduta social e sintomas vegetativos.

Vale a pena lembrar que, segundo a literatura, a depressão infantil é um fato bastante preocupante (Domenech & Polaino, 1990) e, por isso mesmo, deve merecer a atenção de pais, educadores e, principalmente, dos clínicos e pesquisadores. Faz-se necessário, portanto, um maior número de pesquisas com a finalidade de adaptar instrumentos ou mesmo de construí-los psicometricamente válidos e fidedignos

para a realidade brasileira. Esse esforço permitirá a elaboração de normas diagnósticas que reflitam mais fielmente o dia-a-dia dos nossos escolares, facilitando a tarefa do clínico e retratando melhor a prevalência desse distúrbio em nosso meio. Por fim, é evidente a dificuldade que tem a criança para comunicar seu estado depressivo e, principalmente, suas idéias suicidas, o que vem despertando interesse entre os investigadores que buscam aperfeiçoar instrumentos e metodologias específicas para prevenir e diagnosticar esse transtorno.

A taxa de prevalência encontrada, de 22%, está compatível com a literatura internacional, e o que nos chama muito a atenção é que a DI, pelo que pudemos comprovar, apresenta sempre as mesmas características também em população interiorana. Hodges e col. [1985], em uma amostra de 164 crianças urbanas, encontram uma prevalência de 17%. Portanto, considerando-se as duas taxas de prevalência, podemos verificar a unidimensionalidade da DI, pois ela está presente em todas as etapas infanto-juvenis e sempre com as mesmas características, independentemente do sexo e idade. É importante levar em consideração os fatores de risco da DI, entre eles, a presença ou não de patologia familiar, a especificidade do sintoma, o grau de severidade e o critério evolutivo onde vamos priorizar a idade do início da depressão e o seu seguimento.

A escola é, sem sombra de dúvida, o melhor local para a realização de estudos epidemiológicos [screening] em crianças. O comportamento depressivo, na infância, necessariamente também ocorrerá na escola, pois escola e DI estão relacionados [Barbosa & Lucena, 1995]. A diminuição do rendimento escolar é um dos primeiros sinais de possível surgimento de um quadro depressivo. O grande problema da DI reside na sintomatologia que se apresenta, na maioria das vezes, imperceptível pelos pais e professores, sendo preciso estar-se atento quanto ao rendimento e interesse escolar da criança. Galindo [1988], em um estudo sobre DI, com uma amostra com 290 crianças de idade entre 7 e 14 anos, mostrou que 82% das crianças que apresentavam sintomas depressivos também apresentavam diminuição do rendimento escolar. A baixa do rendimento escolar, presente em vários transtornos infantis, na DI pode ser explicado, não como um sintoma específico, mas sim pelo sofrimento depressivo, acarretando um desinteresse que leva a criança às dificuldades escolares. Papazian e col. [1992], analisando diversas variáveis em seus estudos sobre a DI, concluíram que 70% dos escolares estudados apresentavam dificuldades na escola, sendo, portanto, uma variável que deve estar presente nos estudos de DI.

Conclusão

Já não mais se discute sobre a existência da DI. Ela está presente nas crianças e adolescentes em todas as fases do desenvolvimento, entretanto, não temos ainda, no que pese, as várias investigações consideradas criteriosas, um perfil epidemiológico padronizado para estes transtornos. As cifras encontradas na literatura variam amplamente, dentro de um mesmo país.

Estudando todos os escolares de uma cidade do interior paraibano para detectar a prevalência da DI, encontramos uma cifra de 22%, portanto, dentro dos padrões citados em outros estudos usando-se o CDI também não foram encontradas diferenças significativas da prevalência de sintomas depressivos entre sexo, idade e série escolar, o que nos leva a concluir que o CDI é um instrumento de bastante sensibilidade e fiabilidade permitindo detectar crianças potencialmente depressivas.

Baseados nesses dados, concluímos que a DI será sempre a mesma, independentemente de região ou localidade, pois ela está intrinsecamente ligada ao desenvolvimento infanto-juvenil. Inicialmente, ao planejarmos essa investigação, pensávamos que iríamos encontrar dados divergentes dos até agora citados, pelo fato desses escolares apresentarem fatores de risco mais evidentes.

SUMMARY

Childhood depression is a disturbance which has been widely studied of late. Doubts no longer exist as to the fact that children are also subject to depression. Due to methodological difficulties within the field of child psychopathology, highly discrepant prevalence rates are found in the evolutionary child-adolescent process.

The aim of this investigation was to detect the prevalence rate of depressive symptoms in school-children between the ages of 7 and 17, in the city of Bananeiras in the State of Paraíba [Brazil], using CDI. It was intended, moreover, to analyse these depressive symptoms in relation to other studies carried out in large cities, in order to verify the similarity of results.

The universe was composed of 807 school children from the city of Bananeiras, covering approximately 90% of all school-children who attended school during the period from september 1994 to september 1995. No significant results were found between sex, age and school achievement.

In conclusion we emphasise the need for an inter-regional study in Brazil to trace an epidemiological profile of childhood depression, given that the symptoms of childhood depression are perceptible both in large cities and in the rural environment.

KEY WORDS

Childhood depression. Epidemiology, Child Psychopathology, CDI. Psychometrics.

Agradecimentos ao Prof. Dr. Thimoty Ireland e à Profª Maria do Socorro Burity pela redação final em inglês e português, respectivamente.

Bibliografia

1. BARBOSA, G.A. & LUCENA, A. - Depressão infantil. *Infanto* 3(2): N.2, 23-30, 1995.

2. COLE, D.A. - Preliminary support for a competence-based model of depression in children. *J Abnorm psychol* 100: 181-190, 1991.
3. DEL BARRIO & PARRAGA, J. - Depresión infantil y nivel socio-económico. In: DOMENECH & POLAINO, A. - Epidemiología de la depresión infantil. Barcelona, Ed. Expaxs, 1990.
4. DOMENECH, E. - Concepto y prevalencia de la depresión infantil [cap. 16]. In: Revuelta, Pulido y Pópez - el método epidemiológico en salud mental. Barcelona, Ed. Científica y Técnicas, 1993.
5. DOMENECH, E. & POLAINO, A. - Epidemiología de la depresión infantil. Barcelona, Ed. Expaxs, 1990.
6. EZPELETA, L.; DOMENECH, E. & POLAINO, A. - Escalas de evaluación de la depresión infantil. In: POLAINO, A. org. - Las depresiones infantiles. Madrid, Ediciones Morata, 1988.
7. FLEMING, J.E. & OFFORD, D.R. - Prevalence of childhood and adolescent depression in the community Ontario Child Health Study. *British J of Psychiatry* 155: 647-654, 1989.
8. GAL, J.M. & MARCELLI, D. - États dépressifs graves à l'adolescence. *Neuropsychiatrie de l'enfance* 43 (1-2): 22-29, 1995.
9. GALINDO, C.M. - Estudio de la psicopatología de la afectividad del niño. *Folia neuropsiquiátrica*, ener-abril, 20-33, 1988.
10. GOUVEIA, V.V.; BARBOSA, G.A.; ALMEIDA, J.H. & GAIÃO, A. - Inventário de depressão infantil - CDI: estudo de adaptação com escolares de João Pessoa. *J Bras Psiq* 44 (7): 345-349, 1995.
11. GUILLAUD-BATAILLE, J.M. & CIALDELLA, P.H. - Épidemiologie des troubles dépressifs chez l'enfant et l'adolescent. *Neuropsychiatrie de l'enfance* 41 (3-4): 175-184, 1993.
12. HELSEL, W.J. & MATSON, J.L. - The assessment of depression in children: the internal structure of the Child Depression Inventory [CDI]. *Behav Res Ther* 22: 289-298, 1984.
13. HODGES, K.K. & SIEGEL, L.J. - Factor analysis of the children's depression inventory. *Psychological reports* 53: 579-763, 1985.
14. KAZDIN, A.E. & FRENCH, N.B. - Assessment of childhood depression: correspondance of child and parent ratings. *J Am. Acad Child Psychiatry* 22: 157-164, 1983.
15. KASHANI, J. & CARLSON, G. - Seriously depressed preschoolers. *Am J Psychiatry* 144: 348-350, 1987.
16. KASHANI, J.; CANTWELL, D.P. & SHEKIM, W.O. - Major depressive disorder in children admitted to an inpatient community mental health center. *Am J of Psychiatry* 139: 671-672, 1983.
17. KOVACKS, M. - The Children's Depression Inventory: a self-rated depression scale for school-aged young' sters. University of Pittsburgh, 1983.
18. KOVACKS, M. - Affective disorders in children and adolescent. *Am Psychologist* 209: 215, 1989.
19. PAPAIZIAN, B.; MANZANO, J. & PALACIO, F. - Les syndromes dépressives chez l'enfant. *Neuropsychiatrie de l'enfance* 40 (1): 1-12, 1992.
20. PÉPIN, L. - Os adolecentes. Lisboa, Editorial ASTER, 1977.
21. RODRÍGUEZ-SACRISTÁN, J. & ANDALUZ, R.C. - Depresión en la infancia y la adolescencia. Madrid, Fundación Valgrande, 1990.
22. SPITZ, R. & NISSEN, G. - Depresiones en la infancia y adolescencia. *Triangulo* 21 (22-3): 73-87, 1983.
23. VILLAMISAR, D.G. & EZPELETA, L. - Instrumentos de evaluación empleados en esta investigación. In: DOMENECH, E. & POLAINO, A. eds. - Epidemiología de la depresión infantil. Barcelona, Editorial Expaxs, 1988.

Endereço para correspondência

Genário Alves Barbosa
Caixa postal 3008
58.029-970 - João Pessoa - PB