

Depressão Infantil

Genário Alves Barbosa *
Aline Lucena **

História

A história da depressão infantil (DI) está cheia de incompreensões. Há um século, MAUDSLEY escrevia enfatizando o interesse da melancolia e depressão em idades infantis e, em seguida passa por um grande desinteresse científico até recentemente. As primeiras descrições sobre depressão infantil datam de 1621. Nesse ano, ROBERT BURTON escreve sobre a anatomia da melancolia. Em 1852, DELASIAUVE em suas "Leçons sur la manie infantile", fala da depressão infantil. No período de 1836 a 1850, num estudo epidemiológico sobre suicídio, registram-se 44.854 casos dos quais 316 em menores de 16 anos, com uma porcentagem de 0,70%. AUGUSTO VIDAL faz referência concreta à sintomatologia da criança melancólica, em seu tratado de Psiquiatria Infantil, em Barcelona, em 1907. Em 1933, ERICH STERN enfatiza a depressão infantil em um texto de seu livro, onde descreve um parágrafo de VON DURING em que diz: "As crianças deprimidas não podem rir. E uma criança que não ri nem pode brincar nem brigar; é uma criança enferma (...). As crianças deprimidas são tímidas, fogem da companhia dos demais, não jogam, não têm confiança em si mesmas, o que pode levá-las inclusive ao suicídio (p. 31, POLAINO, 1988)".

Esta descrição abre caminho para os estudos psicopatológicos, pois já chamam a atenção para as crianças com sintomas da área afetiva, as quais podem ser depressivas.

A corporificação da depressão infantil ocorreu em 1966, com uma etapa sucessiva de investigações. Neste ano, RIE publica um trabalho intitulado "Comprehensive review", fazendo ampla revisão e discussão sobre o tema. RUTTER publica o primeiro trabalho sobre a depressão infantil em filhos de pais depressivos. Ainda nesta década, a classificação das alterações psiquiátricas da criança (Group for the Advancement of Psychiatry) - GAP - contempla a depressão infantil.

Devemos ressaltar o pouco estudo feito, até a década de 1970 sobre a depressão infantil, sendo portanto sua citação bastante reduzida na comunidade científica. Em 1977, KOVACS e BECK consideraram-na como uma entidade sindrômica, independente do adulto, conceito este aceito e bastante investigado, até o presente momento.

RESUMO

A depressão infantil passou um longo tempo sem ser considerada como um transtorno próprio da infância. A partir da década de 1970 iniciaram-se estudos e pesquisas que comprovam a presença da depressão na infância e na adolescência.

Nossa pretensão é a de fazer um estudo retrospectivo da história da depressão infantil, conhecida até os dias atuais. Enfatizaremos os critérios de diagnósticos de que dispomos, assim como instrumentos estandardizados que permitem, através do ponto de corte, classificar prováveis portadores da depressão infantil. Entre estes instrumentos destacam-se o CDI e o Poznanski.

A escola, a família, fatores ambientais e estressantes, tudo isso constitui-se em fatores importantes e predisponentes para a depressão infantil.

UNITERMOS

Depressão Infantil, Adolescência, Inventário de Depressão Infantil, Inventário de Poznanski (CDR-S).

* Doutor em psiquiatria infantil, pela Cátedra de Psiquiatria Infantil da Universidade de Sevilla (Espanha). Professor Adjunto da UFPb.

** Estagiária do Setor de Psiquiatria Infantil. HU/UFPb

Quadro 1 Breve evolução histórica da Depressão Infantil	
1621	Robert Burton: primeira descrição sobre DI
Séc. XIX	Maudsley: enfatiza a melancolia e depressão em idades infantis.
1852	Delasiauve: "Leçons sur la manie infantile".
1907	Augusto Vidal: Tratado de Psiquiatria Infantil.
1933	Erich Stern: primeira descrição sintomatológica baseada em Von Düring.
Anos 1960	Recusa a existência da DI como entidade clínica.
1966 RIE	"Comprehensive review".
RUTTER	Primeiro trabalho sobre DI em filhos de pais depressivos.
Anos 1970	Aceita-se a existência e desperta interesse no campo da investigação.
	Discute-se a identidade da DI como "uma forma clínica independente da do adulto".
	Inicia-se publicações de provas de avaliação objetivas.
1977	KOVACKS & BECK: DI como entidade sindrômica independente.
Anos 1980	Consolida-se o interesse clínico e de investigação. O DSM inclui a DI considerando que "o depressivo é próprio de todas as idades".
Anos 1990	Persiste a situação da década de 80. Seu diagnóstico é habitual. Iniciam-se estudos de classificação baseados no DSM-III-R. A CID-X melhora ligeiramente a proposta do DSM-III-R.
(Fonte: RODRIGUEZ-SACRISTAN & CABALLERO ANDALUZ, 1990 Adaptado por BARBOSA, G.A.)	

Questões Conceituais

A psicanálise ortodoxa negou-se a admitir as depressões na infância, por apresentar diferentes instâncias da personalidade. E não estando esta desenvolvida nas etapas sucessivas, não seria possível a presença da depressão infantil. Melanie Klein foi, portanto, a primeira psicanalista a introduzir o termo depressão, referindo-se à infância.

Nos anos sessenta, surge o conceito de **DEPRESSÃO MASCARADA** e **EQUIVALENTES DEPRESSIVOS**. Neste conceito, a criança poderia padecer uma depressão, porém "mascarada" e com uma sintomatologia diferente da do adulto. A hiperatividade, a enurese, o aumento da

agressividade, a ansiedade e a insônia, tudo seria considerado como fenômenos equivalentes depressivos.

Os defensores da depressão mascarada defendiam a idéia de que a depressão infantil não se expressaria nem em forma de anedonia nem de humor disfórico. KOVACKS e BECK discutem este conceito na infância e terminam finalmente por não aceitá-lo. Estes autores debruçam-se sobre este tema. Já em 1970, é quase unânime a aceitação da síndrome depressiva na infância. Neste momento, estabelecem-se critérios de diagnósticos clínicos, psicológicos e biológicos.

Todavia, a polêmica não deixou de existir. Apesar de as afirmações de KOVACKS e BECK terem repercussões positivas, PUIG-ANTICH et al (1980) propõem que a depressão infantil se considere equiparável à do adulto e que sejam diagnosticadas com os mesmos critérios e os mesmos instrumentos. POZNANSKI e PETTI (1983), estudando a DI, afirmaram que ela pode aparecer em idades inferiores aos seis anos e que se trata de uma síndrome própria da infância com características específicas.

Recentemente, estudiosos da psicopatologia do desenvolvimento criticam e discutem a aplicação em crianças dos critérios de depressão do adulto, em especial o da depressão maior. Sugerem que os sintomas podem variar segundo a idade. Entre estes estudiosos, podemos citar ACKENBACH, RUTTER, POLAINO e DOMENECH. Em todo caso, comprova-se que os sintomas somáticos e psicológicos das depressões variam em função da idade da criança, podendo apreciar-se, à medida que a criança vai crescendo, certas tendências a substituir sintomas somáticos por psicológicos mais específicos que a depressão no adulto. De tudo isso podemos concluir que a depressão infantil é uma entidade clínica relativamente nova e parcialmente contestada.

Atualmente existem dois grandes postulados para a DI. O primeiro é de caráter unicista, em que uma mesma enfermidade afetaria o adulto e a criança. O segundo é mais desenvolvimentalista, valorizando-se, neste caso, a idade da criança como fator importante sobre a natureza e a forma da DI. Estes dois postulados foram desenvolvidos por RUTTER, IZARD e READ. A idéia de que a idade do paciente determina a forma de sua depressão não é nova; não deixa, porém, de ser discutida. Com base nas observações de SPITZ e NISSEN, observa-se, que nos primeiros anos, as manifestações são essencialmente de ordem somática, seguindo em ordem decrescente até a adolescência. Nesta idade, o conflito é interiorizado e a expressão de tristeza evoca os quadros da depressão adulta (PAPAZIAN, MANZANO & PALACIO, 1992).

DUGAS & MOUREN (1980) resumem a problemática conceitual, baseados em dois critérios sintomatológicos, que são sempre resistentes ao argumento teórico e imposto pela própria lógica, dada a constância da manifestação destes mesmos critérios. São eles: o afeto triste e a baixa auto-estima.

Epidemiologia

No campo da Psicopatologia Infantil, existem muitas dificuldades para a realização de estudos epidemiológicos. Lembramos que a criança é um ser em evolução, com pautas de comportamento diversificado. Tal fenômeno dificulta estes estudos. Por outro lado, os conceitos psicopatológicos infantis ainda não são muito precisos e uníssonos, como na patologia adulta (DOMENECH & POLAINO). Como exemplo podemos citar a ampla terminologia usada: transtorno, desordem, alteração, comportamento anormal, conduta desajustada, hiperatividade, etc. Tais termos são encontrados, usualmente na literatura científica, como sinônimos.

Outra dificuldade encontrada, nos estudos epidemiológicos infantis, é a ambigüidade com que a nosologia psicopatológica está desenhada, sendo ainda muito pobre, tanto em número de síndromes conhecidas como em critérios bem estabelecidos de diagnóstico. Por isso as investigações epidemiológicas em Psicopatologia Infantil vêm-se obrigadas a usar critérios de avaliação a pais e professores. Finalmente, os resultados dos estudos epidemiológicos variam em função dos objetivos que os perseguem, adequando-se a esses objetivos instrumentos e questionários. A maior dificuldade está em estabelecer o ponto de corte (Cut-off point) de uma escala.

Estudos de prevalência da DI comprovam que esta é alta. LING et al. (1970) encontra 40% num estudo com 25 crianças; KASHANI et al. (1982), em um estudo com 100 crianças, encontra 13% com DI e HODGES et al. (1985), em uma amostra de 164 crianças, encontra 17% com DI.

Se analisarmos a prevalência da DI em crianças com problemas psicopedagógicos, inferiremos que ela também é alta. Lembramos que, neste caso, já ocorrem alterações psicopatológicas, o que, por si só, já explica esta alta prevalência. A seguir, vejamos um resumo sucinto de algumas investigações sobre a prevalência.

Em estudo recente, FLEMING & OFFORD (1990), nos Estados Unidos, encontram uma taxa de prevalência que oscila entre 0,4% e 2,2% em crianças, enquanto que, em adolescentes, esta taxa se eleva entre 4% e 4%.

Etiologia

Afirmam RODRIGUEZ-SACRISTAN & CABALLERO ANDALUZ (1990) "... existe um acordo que não tem causa única em explorações etiopatogênicas fáceis. Do ponto de vista genético, comprova-se a influência de pais depressivos ou ausentes sobre os filhos, correndo estes o risco de padecerem de uma DI". Por outro lado, do ponto de vista psicológico, já se comprovou a presença

da ruptura do vínculo MÃE-FILHO e de uma vivência de indefesa aprendida.

Autores e ano	Problema	N	Idade	País	Resultados
Bauersfeld - 72	F. Escolar	400	-	Suíça	13%
Weinberg et al. 73	F. Escolar	72	6-12	USA	58%
Cantwell & Backer 79	Linguagem	600	2-12	USA	4%
Brimback et al. 84	F. Escolar	100	5-12	-	62%

Entretanto, para se explicar a etiologia da DI, recorreu-se aos diversos modelos etiológicos dos adultos.

O modelo biológico, em que compreendemos as influências genéticas nos transtornos depressivos que foram estabelecidos em diversas investigações, como os estudos em gêmeos de ALLEN (1976), os modelos genéticos e de transmissão múltipla cruzada em traumatismos afetivos de BARON (1981) e os estudos de adoção de VON KNORRING (1983), podem ser citados como exemplo deste modelo.

Dentro do modelo biológico, podemos ainda destacar os neuroendócrinos, com os estudos do hormônio de crescimento de PUIG-ANTICH (1985) e os estudos bioquímicos de VAN PRAAG, feitos em 1980. Outro modelo seria o psicológico, que inclui todo o conjunto de mecanismos de elaboração intrapsíquico, de preferência individual. Entretanto, BOWLBY, dentro do seu modelo psicológico, aprofunda os conceitos de apego, vínculo e perda em uma lúcida visão dos mecanismos patogênicos da DI.

BECK (1977, 1979) propõe uma compreensão da DI de inegável interesse conceitual e terapêutico, tentando explicar a etiologia da DI. Para ele, o importante era a estruturação das experiências afetivas. Assim sendo, o foco deste processo de experiência afetiva infantil destacar-se-ia em três pontos conhecidos como a tríade cognitiva de Beck:

- a) A percepção da imagem de si mesmo.
- b) A visão do mundo.
- c) A visão do futuro.

Estes fatores, quando presentes de forma distorcida nas crianças e nos adolescentes, seriam fatores fundamentais na configuração da DI. Por outro lado, vieram corroborar a idéia de que o modelo psicológico também não pode ser esquecido, quando se falar da etiologia da DI.

Fatores Estressantes

Os acontecimentos vitais (life events) têm sido atribuídos a uma função depressógena sobre o comportamento infantil, ou seja: o aparecimento de um acontecimento ou evento estressante pode descompensar a conduta infantil, favorecendo o surgimento de pensamentos e de sentimentos depressivos na criança.

A repetição da experiência de fracasso pode, também, contribuir para gerar, na criança, estilos cognitivos e outros atributos que, facilmente, dariam estabilidade ao início do seu comportamento depressivo.

A Família

NISSEN (1971) realizou um estudo com 100 crianças deprimidas e inferiu que 33 sofriam de privação emocional, 58 pertenciam a famílias rotas (broken home), sendo ilegítimos 22% destes filhos, 23% perde o pai e 7%, a mãe, antes dos 15 anos. Disso podemos concluir que a família exerce um papel fundamental como coadjuvante etiológico da depressão infantil. Podemos citar as disputas familiares, as enfermidades crônicas dos pais e a instabilidade da convivência familiar, tudo isso como características que descrevem o insatisfatório ambiente familiar e como causas geradoras da depressão infantil. Vivemos um momento em que as famílias passam por difíceis problemas de reestruturação, caracterizados em sua grande maioria pela privação psicossocial, ou por outro lado, pela preocupação dos pais na manutenção dos seus "status", sendo isto, portanto, um elemento facilitador do aparecimento de depressão infantil em larga escala, em nossa sociedade.

Doutra parte, o caráter autoritário e/ou permissivo dos pais parecem ter importância na incidência da depressão infantil. Os filhos de pais autoritários manifestam, em ordem de importância decrescente, os seguintes sintomas: perplexidade, ansiedade, brigas, variações do estado de ânimo, comportamento compulsivo, manipulação de fezes, agressividade e cefaléias. Já os filhos depressivos de pais permissivos apenas se diferenciam dos autoritários, nos sintomas psíquicos; são porém, iguais nos somáticos, entre os quais, os mais presentes são a onicofagia, choros imotivados, obesidade, estereotípias motoras e manipulação dos genitais.

Escola

A escola é também para a criança um local de distração, um centro de interesse onde ela se encontra com seus companheiros, mas também pode transformar-se, em outros casos, em um local de competitividade, onde facilmente surge o estresse. Nesta

situação, podem aparecer alterações psicopatológicas que talvez desapareçam, quando ela se encontrar em seu ambiente familiar, que, obviamente, tem menos exigência.

O comportamento depressivo, na infância, necessariamente também ocorrerá na escola, pois escola e DI estão relacionados. É na escola que se cristalizam as alterações afetivas. PAPA ZIAN et al. (1992) afirmam que metade dos casos observados por eles na escola encontraram a presença da inibição e que, passivo ou defensivo, o pensamento intelectual se rompe. O mesmo ocorre, de maneira geral, com o imaginativo ou memorativo, com a linguagem e com a motricidade. Segundo PARRAGA PEREZ (1990), do ponto de vista cognitivo, as crianças com transtornos distímicos e depressão maior são as que, mais freqüentemente, têm dificuldades para estar atentas em classe, entender as explicações dos professores. Em conseqüência, seu rendimento será insuficiente. Para se ter uma idéia da correlação entre escola e DI, dos 27 itens do CDI, 9 incidem, de forma direta ou indireta, sobre o comportamento escolar da criança, perfazendo-se, portanto, 33% do total do questionário.

Geralmente, os professores também se queixam de que as crianças deprimidas apresentam déficit em habilidades sociais, apesar de as crianças depressivas serem mais aceitas por seus companheiros em classe. O comportamento dos professores, tais como: a posição que adotam em classe, sua proximidade ou distanciamento com relação a um determinado aluno e a interação que mantém com ele, tudo isso influencia a conduta infantil, acarretando efeitos específicos, que, segundo DOMENECH & POLAINO (1990), algum dia se poderá conhecer melhor, no marco da análise ecológica do comportamento.

Sabe-se que, na infância, a diminuição do rendimento escolar é um dos primeiros sinais da possível aparição de um quadro depressivo. Devemos salientar que o fracasso escolar não está, necessariamente, causado pela depressão, mas também pode ser esta a causa. Portanto, o fracasso escolar, as dificuldades de aprendizagem e a diminuição do rendimento escolar podem ser vistos como causas e conseqüências da depressão infantil. Conseqüentemente, o rendimento escolar é um dos indicadores mais importantes e supervalorizados pelos pais. Em alguns casos, o único a ser considerado, já que muitos pais não se preocupam ou não acompanham a evolução escolar dos seus filhos. Geralmente a baixa do rendimento escolar, perante os pais que acompanham esta evolução, irá provocar sérios problemas para ambas as partes. Por outro lado, a criança que repete um curso e vai fracassando na escola vai sentir-se responsável nas disputas familiares, percebendo-se como culpada de tudo de negativo que ocorre. Desta forma, diminui sua auto-estima, formando-se um autoconceito negativo; diminui seu nível de aspiração; aparece dificuldade de relacionamento com outras crianças que obtenham melhores notas, inibindo-se seu comportamento social e

perdendo-se sua natural espontaneidade, com receio do problema vivenciado. Esta é uma fase que requer muita atenção e dedicação por parte dos pais. A ausência de uma intervenção eficaz poderá ainda mais agravar o quadro.

Queremos alertar para o que inicialmente foi um fracasso escolar ocasional: até mesmo poderia ter sido transitório, sem grandes complicações; poderá tornar-se um hábito comportamental que modelará e configurará o surgimento de um estilo cognitivo depressógeno. Em conseqüência, aparecerá a inibição, a irritabilidade e a desconfiança em si mesmo e em seu valor pessoal, sentimentos estes, que podem estar entrelaçados com os de vergonha, inutilidade e culpabilidade. Atitudes negativas por parte dos pais farão com que a criança vá isolando-se e, conseqüentemente, haverá alterações afetivas e começará um processo de baixa auto-estima surgindo, a partir daí, um quadro depressivo.

Poderíamos resumir a correlação entre depressão infantil e escola, citando autores como AGRAS (1959), BUELL (1962), NISSEN (1971) e WEBER (1967), que afirmaram que, ao apresentar uma criança com uma das três formas de recusa escolar, devemos pensar na possibilidade de que ela sofra de uma depressão infantil. As três formas de recusa escolar são: a) fobia à escola; b) ansiedade na escola; c) gazeio às aulas.

KASHANI et al. (1986) concluem, em um estudo realizado sobre DI, que sempre se deve incluir a informação dos professores em quaisquer estudos de DI, sobretudo em pré-escolares. Desta forma, o modo mais fácil de ter estas informações dos professores é a utilização de instrumentos estandardizados.

Formas Clínicas

A depressão infantil, como entidade clínica, inicia-se com os estudos de NISSEN sobre a depressão mascarada. Atualmente, já se sabe que a depressão maníaco-depressiva (PMD) é rara na infância, pois é muito difícil sua comprovação, por ter-se que cumprir, necessariamente, todos os critérios de diagnóstico. Sobre o tema, destacamos cinco observações fundamentais, descritas por POLAINO & DOMENECH:

1ª) O caráter cíclico destas alterações quase nunca aparecem na infância.

2ª) A instabilidade psicomotora, característica freqüente nas depressões infantis, fala a favor do padecimento maníaco, mas podendo, referir-se, também, a muitas outras razões etiológicas de caráter não psicótico, além de não acompanhar-se, na criança de sintomatologia tímica, que tipicamente caracteriza a mania do adulto.

3ª) Em estudos anamnésicos realizados nos enfermos adultos maníaco-depressivos, encontraram informações acerca de fases depressivas na infância, as quais estes pacientes haviam sofrido, e uma fase maníaca antes da adolescência.

4ª) Os sintomas infantis, potencialmente maníacos, levam o paciente para outros padecimentos muito distintos da enfermidade maníaca, tais como: o fracasso escolar e sócio-profissional, a agressividade, a insegurança e a delinqüência, que, por sua vez, não tipificam necessariamente o quadro maníaco.

5ª) A medicação pertinente ao tratamento da mania não consegue melhorar a sintomatologia infantil, mas, do contrário, piora.

Crítérios de Diagnóstico

Segundo o Subcommittee on assessment (DWECK et al., 1982), devemos obedecer as seguintes recomendações, para realizar o diagnóstico de depressão infantil:

1) Isolar o conjunto de sintomas, verificando o grau de severidade.

2) Indagar a duração destes sintomas.

3) Utilizar-se de inventários sintomatológicos, para ajudarem a detectar precocemente, crianças com um potencial depressivo.

4) Isolar os sintomas mais freqüentes, em função da idade.

5) Eleger instrumentos adequados para avaliar o problema, em função da idade (< 7 anos e de > 7 anos), da aquisição de habilidades verbais e da compreensão da leitura, fatores importantes para o diagnóstico.

6) Observar a expressão facial e o comportamento motor. Avaliar os contextos familiar e escolar. Avaliar as estratégias afetivas, condutuais e cognitivas que empregam a solução de problemas.

7) Subclassificar, na medida do possível, a enfermidade depressiva infantil, em função da pertinência e da eficácia com que a criança responde aos diferentes e específicos tratamentos administrados.

8) Iniciar estudos epidemiológicos, para avaliar a validade dos critérios diagnósticos propostos e para determinar, também, a prevalência e a incidência da depressão infantil na comunidade.

CANTWELL & CARLSON (1987), estudando os critérios existentes para diagnosticar a DI, propuseram os seguintes princípios básicos:

1) O enfoque mais importante é o descritivo fenomenológico.

2) O critério etiológico não é válido individualmente.

3) O profissional não pode basear-se em conceitos teóricos.

4) Os critérios devem ser fiáveis e válidos.

5) Os critérios devem ser diferenciados, incluindo todas as possibilidades de quadros clínicos.

6) Fazer referência a transtornos psiquiátricos e não à criança.

7) Deve-se incluir critérios evolutivos.

8) Os critérios devem ser operativos e práticos.

Entre os critérios existentes para a DI, indiscutivelmente, o de POZNANSKI tem sido o mais utilizado e considerado o mais eficiente (Quadro 3).

Quadro 3 Critérios de Poznanski para o Diagnóstico da DI	
A	Humor, conduta ou aparência depressiva.
B	Pelo menos quatro (probabilidade) ou cinco (segurança) dos seguintes sintomas:
1	Retraimento social
2	Problemas de sono
3	Queixas ou fadiga
4	Hipoatividade
5	Anedonia
6	Baixa auto-estima ou dupla patologia
7	Dificuldade no trabalho escolar
8	Ideação mórbida ou ideação suicida
C	Duração Mínima: Um mês

POZNANSKI, MOKROS, GROSSMAN e FREEMAN (1985) consideraram a categoria "A" como condição essencial para a DI. Podemos verificar a diferença entre os critérios de POZNANSKI e os do DSM-III. A explicação é simples. Os critérios do DSM-III foram elaborados para adultos.

Escalas

Os instrumentos escalares têm as seguintes inconveniências:

a) dificuldade para a criança entender as perguntas que lhe fazem; b) os itens das diferentes escalas não incidem especificamente, na sintomatologia infantil, própria dos pacientes depressivos; c) algumas escalas estão mais saturadas de sintomatologia cognitiva, enquanto que outras captam melhor a sintomatologia somática e ansiosa; d) existem muitas escalas (a escala de auto-estima, a de autoconceito, a de autoeficiência etc), que incidem, muito parcial e setorialmente, sobre o âmbito das manifestações depressivas, valorizando certos setores delas mesmas e deixando de enfatizar ou mesmo ignorando por completo outros aspectos, considerados por seus criadores como irrelevantes para o diagnóstico clínico.

O CDI, (CHILDREN'S DEPRESSION INVENTORY) foi elaborado por MARIA KOVACKS, em 1977. Seu objetivo geral era o de detectar a presença e a severidade do transtorno depressivo na infância. É um instrumento adaptado do BECK DEPRESSION INVENTORY (BDI) para adultos. Aplica-se a crianças dos sete a dezessete anos e consta de vinte e sete itens. Atualmente tem sido

usado como instrumento de (screening) em larga escala, para identificar crianças e adolescentes com alterações afetivas, e como critério de comparação, para a validação de outros instrumentos para avaliar a DI. O CDI cobre uma gama de sintomas depressivos infantis como as alterações do humor, a capacidade hedônica, as funções vegetativas, a auto-avaliação e outras condutas interpessoais. Cada um dos seus vinte e sete itens consta de três opções de respostas, onde a criança deve assinalar a que melhor descreve sua situação nas duas últimas semanas. Das três opções, uma refere-se à normalidade, outra, à severidade dos sintomas e a outra, à enfermidade clínica mais significativa. Quase 50% dos itens refletem a máxima patologia na primeira opção e, no restante, a ordem das alternativas está invertida.

O CDI foi idealizado para aplicar-se individualmente, podendo, também, ser aplicado de maneira coletiva, principalmente quando se tratar de crianças normais. Serve para diferenciar, significativamente, as crianças depressivas das não depressivas (KOVACKS, DOMENECH E POLAINO). Investigações com o CDI demonstraram que as crianças depressivas pontuam mais alto que as não depressivas; por isso, tem-se constituído em um bom instrumento de *screening*.

Quanto à validade do CDI, podemos destacar os seguintes aspectos:

1) pode discriminar grupos com diferentes diagnósticos (KOVACKS, 1983).

2) é um instrumento válido para medir transtornos emocionais, em população psiquiátrica, e pode ser útil para diferenciar crianças com transtornos emocionais de crianças normais escolarizadas (SAYLOR, 1984).

3) a depressão medida pelo CDI está relacionada com alto nível de ansiedade (KOVACKS, 1983); com autoconceito negativo e com baixa auto-estima.

Com referência ao estudo de fiabilidade, poucos têm sido os estudos que a analisaram, enquanto que os estudos de consistência interna provaram a homogeneidade do CDI, tanto em crianças normais como na população clínica. MIEZITIS et al. (1978) encontraram um Cronbach de 0,87, KOVACKS (1983) encontrou um de 0,86 e SAYLOR et al. (1984) encontraram um de 0,94.

Um problema que se questiona em todos os instrumentos, principalmente nos questionários, é estabelecer o limite de pontuação, a partir do qual, uma criança será ou não considerada como "caso". A este limite se denomina de ponto de corte (Cut-off point) da escala. O cut-off é dependente do instrumento utilizado e da população em que se aplica. Por exemplo: KOVACKS estabeleceu o ponto de corte do CDI para a população norte-americana. Em nosso estudo de validação do CDI, encontramos como ponto de corte o ponto dezessete. Por outro lado, este sistema sempre deixa algumas crianças sem ser detectadas. Algumas podem padecer o transtorno, apesar de não haver alcançado o limite do ponto de corte. São os chamados falsos negativos. Outras atingem o ponto de corte, apesar

de não padecerem do transtorno. São os falsos positivos. Na linguagem epidemiológica, se diz que um instrumento é sensível, quando este permite detectar o maior número possível de casos, e que é específico, quando consegue o mínimo de falsos positivos. Como estamos na primeira fase de nossa pesquisa sobre depressão infantil, ainda não temos dados para comprovar a sensibilidade e a especificidade, já que necessitamos realizar o diagnóstico.

Um outro instrumento muito utilizado como critério de diagnóstico é o CDRS-R. Trata-se de uma entrevista semi-estruturada, elaborada por POZNANSKI em 1984. O CHILDREN'S DEPRESSION RATING SCALE (CDRS-R) está composto dos seguintes itens:

- 1 - escolaridade.
- 2 - capacidade de diversão.
- 3 - retraimento social.
- 4 - sono.
- 5 - apetite.
- 6 - fadiga excessiva.
- 7 - queixas somáticas.
- 8 - irritabilidade.
- 9 - culpabilidade.
- 10 - auto-estima.
- 11 - sentimentos depressivos.
- 12 - idéias mórbidas.
- 13 - idéias suicidas.
- 14 - choro.
- 15 - afeto deprimido.
- 16 - tempo de fala.
- 17 - hipoatividade.
- 18 - labilidade de humor.

O CDRS-R é um instrumento que deve ser utilizado para diagnóstico. Segundo vários autores que o validaram, uma pontuação de 40 ou mais é um forte indicador da presença (ou da possível presença) de um transtorno depressivo maior (POZNANSKI, FREEMAN & MOKROS, 1985). O CDRS-R é um instrumento que não serve para ser utilizado em estudos epidemiológicos de *screening*; seu uso é exclusivo para diagnosticar a DI.

DOMENECH & POLAINO, em um estudo longitudinal e epidemiológico realizado na Espanha, em 1990, encontraram dados significativos, referentes ao CDI e ao CDRS-R. Em uma amostra de 6.324 crianças, para o CDI encontraram um Cronbach de 0,75, sendo os itens "auto estima (24)" e "sinto-me só (20)" os mais consistentes, enquanto que os itens "preocupação somática (19)" e "preocupação pessimista (06)" foram os de menor consistência. Para o CDRS-R, os mesmos autores com uma amostra de 1.035 crianças encontraram um Cronbach de 0,87 sendo os itens "autoestima (10)", "sentimentos depressivos (11)", "queixas somáticas (07)" e "capacidade de divertir-se" os que apresentaram maior consistência, enquanto os itens "hipoatividade (17)", "tempo de fala (16)" e "apetite (05)" foram os que apresentaram os de menor consistência.

Concluindo, pode-se verificar que existem dados epidemiológicos e sintomatológicos que justificam a DI

como uma síndrome completamente diferente da depressão do adulto. Os critérios de diagnóstico da DI são eficientes e baseados em estudos psicopatológicos infantis. Por outro lado, as escalas próprias para avaliar a DI têm sido muito difundidas e usadas na comunidade científica e são valiosas, como meios facilitadores, não só para estudos epidemiológicos mas também para auxiliar no diagnóstico.

SUMMARY

Childhood Depression

For a long time childhood depression was not considered as a condition pertaining to infancy. From 1970 studies and research were initiated which proved the existence of depression in childhood and adolescence.

Our objective is to carry out a retrospective study of the history of the childhood depression. We shall emphasize the criteria of diagnosis which we use as well as the standardised instruments which allow us, through the cut-off point, to classify probable suffers from childhood depression. Among these instruments the most important are the CDI and Poznanski. School, family, environmental and stress factors all constitute important and predisponent factors to childhood depression.

KEY WORDS

Childhood depression. Adolescence. Children's Depression Inventory (CDI). Poznanski's Inventory (CDRS-R).

Bibliografia

1. AGRANS, S.T. - The relationships of school phobia to childhood depression. *Am. J. Psychiatr.*, 116,533-536, 1959.
2. BECK, A.T. & RUSH, A.J. - Cognitive approaches to depression and suicide. Em: G. SERBAN (ED) *Cognitive deficits in the development of mental illness*, Brunner Mazel, N.Y., 1979.
3. CANTWELL, D.P. ; CARLSON, G.A. - *Transtornos afectivos en la infancia y la adolescencia*. Ed. Martinez Roca, Barcelona, 1987.
4. DOMENECH, E. & POLAINO, A. - La escala ESDM como instrumento adicional en el diagnóstico de la depresión infantil. *Rev. Psiquiatria, Fac.med.barcelona*, 17, 3, 105-113, 1990.
5. DOMENECH, E.L. & POLAINO, A. - *Epidemiologia de la depresión infantil*. Ed. Expaxs, Barcelona, 1990.
6. DUGAS, M. - La dépression chez l'enfant. *Conception et études récentes*. *Gaz. Medicale*, 91,32, 65-67, 1984.
7. DWECK, C.S. - Learned helplessness: a developmental approach. Em: *Depression in childhood: diagnosis, treatment and conceptual models*. SCHULTERBRANDT, J.G. & RASKIN, A. (EDS). Raven Press, N.y. 1977.
8. FLEMING, J.E. & OFFORD, D.R. - Epidemiology of childhood disorders: a critical review. *J. Am. Acad. Child Adol. Psychiatry*, 29,4,571-580, 1990.

9. HODGES, K.K.; SIEGEL, L.J. et al. - Factor analysis of the children's depression inventory. **Psychological Reports**, **53**, 579-763, 1983.
10. KASHANI, J.; HOLCOMB, W. & ORVASCHEL, H. - Depression and depressive symptoms in preeschool children from the general population. **Am. J. Psychiat.**, **143**, 1138-1143, 1986.
11. KOVACKS, M. - The children's depression inventory. **Psychopharmacol. Bull**, **21**, 955-998, 1985.
12. KOVACKS, M. & BECK, A. - An empirical clinical approach toward a definition of childhood depression. Em: **Depression in childhood: diagnosis, treatment and conceptual models**. SCHULTERBRAND, J.G. RASKIN, A. (eds.) Raven Press, N.Y., 1977.
13. LING, W.; OFTEDOL, G. & WEINBERG, W. - Depressive illness in childhood presenting as a severe headache. **Am. J. of Di. of Children**, **120**, 122-124, 1970.
14. MIEZITIS, S.; FREEDMAN, R.J. et al. - **Developmental and evaluation of school-based assessment and treatment approaches for depression children**. The Ontario Institute For Studies Education, Canada, 1978.
15. MOUREN, M.C. & DUGAS, M. - Aspects cliniques et évolutifs de la dépression de l'enfant. **Neuropsychiatrie De L'enfance**, **30** (10-11), 521-535, 1982.
16. NISSEN, G. - La dépression marquée chez l'enfant et l'adolescent. Em: KIELHOLZ, P.: **La dépression masquée (symposium international)**. St. Moritz, P:133-151, Masson, Paris, 1973.
17. PAPAIZIAN, B.; MANZANO, J. & PALACIO, F. - Les syndromes dépressifs chez l'enfant: fonction de la source d'information et du mode d'investigation. **Neuropsychiatrie De L'enfance**, **40** (1), 1-12, 1992.
18. PARRAGA PEREZ, J. - Escuela y depresión infantil. Em: DOMENECH, E.L. & POLAINO, A. - **Epidemiología de la depresión infantil**. Ed. Expaxs, Barcelona, 1990.
19. POLAINO, A. & DOMENECH, E.L. - **Las depresiones infantiles**. Ed. Morata, Madrid, 1988.
20. POZNANSKI, E.; MOKROS, H.B. & GROSSMAN, J. - Diagnostic criteria in childhood depression. **Am. J. Psychiatry**, **142** (19), P-1168, 1985.
21. POZNANSKI, E.; GROSSMAN, J. et al. - Preliminary studies of the reliability and validity of the children's depression rating scale. **J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry**, **23**, 191-297, 1984.
22. POZNANSKI, E.: Controversy and conflicts in childhood depression. Em: PETTI, T. - **Childhood depression**, Howarth Press, P: 3-10, N.Y., 1983.
23. PUIG-ANTICH, J. - Affective disorders in childhood: a review and perspective. **Psychiatry J. North Amer.**, **3** P-3, 1980.
24. PUIG-ANTICH, J. - Psychosocial functioning in prepuberal major depressive disorders I - **Archives Gen. Psychiatry**, **42**, 500-507, 1985.
25. RIE, H.E. - Depression in childhood: a survey of some pertinent contribution. **J. Am. Acad. Child Psychiatry**, **5**, 653-685, 1966.
26. RODRIGUEZ-SACRISTAN, J. & CABALLERO ANDALUZ, R. - Depresión en la infancia y adolescencia. En: **Formas clínicas y diagnósticas de la depresión**. Jornadas Internacionales. Fund. Valgrande, P:117-142, Madrid, 1990.
27. RUTTER, M. - **Children of sick parents: an enviromental and psychiatric study**. Inst. Of Psychiatry Oxford University Press, 1966.
28. RUTTER, M.; IZARD, C. & READ, P. - **Depression in young people, development and clinical perspectives**. The Guilford Press, London, 1986.
29. SAYLOR, C.F. - The children's depression inventory. A systematic evaluation of psychometric porpeties. **J. of Cons. And Clinical Psy**, **6**, 955-967, 1984.
30. SPITZ, R. & NISSEN, G. - **Depresiones en la infancia y adolescencia**. Triangulo, **21** (2-3), 73-87, 1983.

Endereço para correspondência:

Genário Alves Barbosa
 Caixa Postal 3008
 58.031-970 João Pessoa - Pb
 fax: 083.225.1904.