

Prevalência de sintomatologia depressiva em pacientes recém-admitidos em unidade de internação geral de hospital pediátrico

José Ferreira Belisário Filho, Paulo Augusto Moreira Camargos, Francisco B. Assumpção Jr.,
Wagner Augusto Parreiras da Silva

Introdução

Um marco histórico inicial para o estudo da depressão infantil seria Burton (1948), que publicou, em 1621, *The Anatomy of Melancholy*, já apontando para a ocorrência desse quadro em crianças. Este autor ainda destacava associações muito interessantes sobre às cefaléias, a hereditariedade e a transmissão ao *infanta*, pela mãe deprimida, do quadro em questão.

Nissen (1983) chama a atenção sobre a evolução temporal do diagnóstico. Segundo ele, os autores do final do século passado relacionavam os quadros depressivos na infância e interessavam-se por eles. Entretanto, esse fato não é observado desde o início deste século, prevalecendo um hiato entre o início deste até a década de 60. Toolan (1962) e Glaser (1967) introduziram, respectivamente, uma contribuição importante com os conceitos de equivalentes depressivos e depressão mascarada, demonstrando as diversas manifestações clínicas dos quadros depressivos nessas faixas etárias. O IV Congresso da União Européia de Pedopsiquiatria – *Estados depressivos na infância e adolescência*, realizado em 1970, é um marco a partir do qual foi posto um fim a polêmica sobre a real existência do quadro de depressão infantil. Para Parry-Jones (1995), o ressurgimento do interesse clínico e científico nos transtornos do humor na infância é conseqüência do retorno ao modelo neokraepeliniano, com a valorização do diagnóstico descritivo.

Em 1996, foi publicado o resultado da *Conférence de Consensus sur les troubles depressives de l'enfant*, concluindo que os médicos, em geral, e particularmente os pediatras, ocupam um lugar privilegiado para detectar os primeiros sintomas depressivos. Seus esforços em eliminar causas orgânicas podem conduzi-los a subestimar um quadro clínico de depressão. Durante uma consulta comum, o médico da criança, a partir de sinais conhecidos, pode perceber a depressão. Primariamente, ele deve sempre procurar uma causa reacional simples. Em alguns casos, ele mesmo pode dar início ao tratamento, mas é prudente ter a colaboração de um psiquiatra da infância e adolescência e promover o envolvimento dos pais no processo de tratamento. York & Hill (1997) indicam que “a participação da psiquiatria infantil junto à pediatria tem se mostrado importante”.

No Brasil, ainda não há dados específicos sobre a depressão na infância, mas, no primeiro inquérito nacional sobre prevalência de quadros de

RESUMO

Este é um estudo transversal no qual o evento sintomatologia depressiva foi pesquisado por meio de um inventário de sintomas. O instrumento utilizado foi o The Children's Depression Inventory – CDI. A medida do evento e a aplicação do instrumento de coleta de dados foram simultâneas. Em relação à idade, encontrou-se uma associação significativa entre pacientes com menos de 9 anos de idade e sintomatologia depressiva [$p=0,007$, $\chi^2=7,21$ (Yates) *Odds Ratio* = 5,34 (1,46 < OR < 20,03)]. Outro fator que parece apresentar correlação significativa do ponto de vista estatístico é o nível de renda. As crianças provenientes de famílias com a renda mensal média estimada em até R\$ 200,00 apresentaram uma relação entre elevada sintomatologia depressiva no CDI e menor nível de renda familiar [$\chi^2=4,33$, $p < 0,04$ e OR = 4,43 (1,07 < OR < 18,49)]. A prevalência pontual encontrada de 19,3% é indicativa de alta sintomatologia depressiva em crianças hospitalizadas. Esse dado indica que as crianças internadas em hospital pediátrico merecem a abordagem de uma equipe profissional que inclua um representante de serviço de saúde mental.

PALAVRAS-CHAVE

Depressão, CDI, pacientes pediátricos.

Este capítulo foi baseado na NBR-6023, aprovada pela Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT, em agosto de 1989.

transtornos mentais nessa faixa etária, estimou-se uma prevalência anual global de 23,2% destes (Almeida Filho e col., 1989). Barbosa e col. (1997), estudando uma amostra de escolares nordestinos, encontraram uma prevalência de transtornos depressivos de 4,1%. Brasil (1995) chama a atenção para o fato de que em nosso meio este quadro ainda é subdiagnosticado pelos próprios profissionais de saúde mental.

Estudos recentes, mesmo que ainda sujeitos a artefatos, têm sugerido um aumento dos quadros depressivos em crianças e adolescentes ao longo deste século (Rutter, 1994 e Ryan, 1991). Fatos relevantes vêm sendo confirmados. Kovacs (1996) afirma que "os quadros depressivos de início precoce são uma forma particularmente grave das doenças afetivas, tendo uma pior evolução com alta taxa de recorrência. Torna-se necessária uma mudança na sua forma de abordagem, tentando-se criar um acompanhamento longitudinal dos casos diagnosticados através de monitorização contínua dos mesmos, por ser esse um quadro de evolução mais grave."

O quadro clínico

O termo depressão tem sido utilizado para se referir tanto a um sintoma quanto a uma síndrome ou a um transtorno psiquiátrico. Há alguma confusão entre síndromes e transtornos (Kolvin, 1995). Todos os indivíduos estão sujeitos a sentimentos, tais como tristeza, desamparo e angústia em algum momento de suas vidas. Entretanto, se esses sintomas persistem e associam-se a outros, tais como insônia, hiporexia, dificuldade de concentração, baixa auto-estima e culpa, formando um complexo sintomatológico, teremos a síndrome. Se estes forem seguidos de etiologia específica, evolução, duração e resposta ao tratamento, teremos uma entidade nosológica que é reconhecida como transtorno (Harrington, 1993).

De maneira sensata, Frommer (1967) destaca que a depressão na infância passa frequentemente despercebida. É comum que ela se apresente de uma forma "enganadora", manifestando-se muito mais por meio de queixas físicas que psíquicas. Para essa autora, a depressão deve ser sempre suspeitada diante de queixas abdominais recorrentes e não-específicas, cefaléias, dificuldades de sono, medos ou alterações do humor, como choro fácil, crises de raiva e irritabilidade. Ela acrescenta que, em geral, as crianças acometidas são previamente bem adaptadas e que, de súbito, começam a ter problemas de ajustamento social, atitudes anti-sociais, agressividade, isolamento e queda no rendimento escolar. Tais crianças são comumente incompreendidas e criticadas, o que só protela a precocidade do diagnóstico do quadro clínico, agravando o seu prognóstico.

Na escola européia, pode-se perceber, nos trabalhos de Golse & Messerschmitt (1983), a busca de definições clínicas para a depressão em crianças e adolescentes. Eles descrevem sintomas ditos psicossomáticos, mais freqüentemente associados aos quadros depressivos

A epidemiologia

Em revisão recente, Guilhaud-Bataille (1995) chama a atenção para o fato de que a prevalência varia muito de um estudo para outro. Essas variações estão associadas ao tipo de instrumento de medida utilizado na sua avaliação, características da amostragem populacional estudada, variação das unidades de tempo (prevalência pontual ou instantânea, por um ano ou ao longo da vida escolar) e a definição de caso utilizada nesses inquéritos. Ele observa, nesse artigo, que as prevalências mais altas são observadas naqueles estudos nos quais as identificações de casos são feitas por meio de auto-avaliação por listagem de sintomas, produzindo, assim, muitos resultados falso-positivos. Já nos estudos em duas etapas, nos quais se exige a concordância entre as informações de mais de uma fonte, de uma maneira inversa, o risco mais importante é aumentar os falso-negativos e subestimar as taxas de prevalência.

No inquérito epidemiológico realizado na Espanha por Domènech & Polaino (1990), encontrou-se, entre 6.432 crianças espanholas, na faixa etária de 8 a 12 anos, a taxa de 1,8% de transtornos depressivos maiores e 6,4% de transtornos distímicos. Fleming (1990), em uma revisão crítica desses estudos epidemiológicos, divide-os naqueles que cumpriram um estágio da avaliação, realizando, em um primeiro momento, um *screening* da população e que, posteriormente a essa fase, ainda fariam uma segunda avaliação mais específica e com um enfoque psicopatológico maior. Nesse sentido, o trabalho de Fleming & Offord (1989), no qual se utilizaram tanto as informações das 2.852 crianças quanto de seus pais e professores associadas a entrevistas clínicas, encontra-se uma tentativa de precisar o diagnóstico, dividindo-o em três níveis de certeza diagnóstica: alto, médio e baixo. No nível mais alto, encontra-se 0,6% em pré-adolescentes e 1,8% em adolescentes. No nível médio, encontramos 2,7% e 7,8%, respectivamente. No nível mais baixo, 17,5% e 43,9% dos pacientes, respectivamente. Nesse grupo de pacientes, os pais perceberam melhor a depressão que os professores e os próprios adolescentes e pré-adolescentes.

No Brasil, Barbosa e col. (1996) encontraram a prevalência de quadros depressivos em 22% de 900 escolares nordestinos.

Material e métodos

Delineamento

Este é um estudo transversal no qual o evento sintomatologia depressiva foi pesquisado por meio de um inventário de sintomas. O instrumento utilizado foi o The Children's Depression Inventory – CDI. A medida do evento e a aplicação do instrumento de coleta de dados foram simultâneas.

Os questionários dessa pesquisa foram aplicados no período de 05 de setembro de 1996 a 26 de junho de 1997. As crianças e adolescentes foram avaliados dentro das primeiras 36 horas de sua admissão nas unidades de enfermaria para doenças infecto-contagiosas e de clínica pediátrica geral no Centro Geral de Pediatria – CGP. Esse hospital é referência estadual em cuidados pediátricos e está localizado na área hospitalar, região central da cidade de Belo Horizonte, capital do estado de Minas Gerais, contando em sua região metropolitana com 2,5 milhões de habitantes.

O projeto foi aprovado pela Comissão de Ética do hospital citado. As crianças e seus pais foram esclarecidos sobre o objetivo da pesquisa e sobre o questionário a ser utilizado. Naquele momento, foi assegurado ao paciente e aos seus responsáveis que a participação no estudo não alteraria o prognóstico do tratamento hospitalar em andamento. Foi assegurado também o direito à não-participação, sem que isso trouxesse qualquer ônus ao paciente.

Instrumento

Dentre as escalas disponíveis na literatura científica mundial, optou-se pelo Children's Depression Inventory – CDI (Kovacs, 1985). Esse é um inventário de sintomas composto de 27 itens, nos quais o paciente opta por uma entre três alternativas apresentadas, que dizem respeito aos seus sentimentos percebidos nas últimas duas semanas. O CDI é destinado a crianças entre 7 e 17 anos. Optou-se pelo ponto de corte igual ou maior que 18 pontos na pontuação final do CDI. Segundo um estudo pioneiro de Gouveia & Barbosa (1995), este seria o valor ideal estabelecido para o Brasil, a partir do qual se deve considerar o paciente como portador de alta sintomatologia depressiva.

A opção por esse instrumento justifica-se por ele ter sido utilizado nos principais inquéritos epidemiológicos específicos para depressão infantil e por ter suas propriedades psicométricas bem analisadas (Lobovits, 1983; Domènech & Polaino, 1990; Fristad e col., 1997; Gouveia & Barbosa, 1995). O CDI foi o primeiro e o único instrumento para a pesquisa de sintomatologia depressiva validado no Brasil (Gouveia & Barbosa, 1995). Domènech (1997), em comunicação pessoal,

propõe que o CDI seja utilizado basicamente como *screening* da população, pois o mesmo apresenta facilidades tanto na aplicação, quanto na correção. Kovacs (1985) encontrou para o CDI $\alpha = 86$ e no reteste deste grupo, $r = 82$ ($p < 0001$), indicativos de boa consistência interna do ponto de vista estatístico.

Amostra

Os cálculos para o tamanho da amostra basearam-se nos seguintes dados: 1 – Foram 130 pacientes potencialmente disponíveis para o estudo; 2 – A prevalência estimada foi de 0,08 (ou 8%); 3 – Margem de erro de 0,03 (ou 3%); 4 – Erro alfa de 5% (total de 76 pacientes); 5 – Estimativa de perda de 15%; 6 – Tamanho amostral final (n final) de 90 pacientes.

Os pacientes eram selecionados diariamente nas enfermarias do hospital por meio de busca ativa realizada por um bolsista de iniciação científica da área de medicina. Essas crianças foram selecionadas a partir de uma lista randomizada e aplicou-se o CDI em entrevista individualizada.

Os critérios de inclusão foram estabelecidos para crianças maiores de 7 anos e menores de 16 anos, nas primeiras 36 horas após a admissão, que estavam de comum acordo a respeito da participação no estudo, por meio da assinatura de um termo de consentimento viabilizando a inclusão do paciente neste. Critérios de exclusão também foram definidos durante o planejamento da pesquisa e constaram de crianças menores de 7 anos e crianças com alteração de nível da consciência.

Coleta de dados

A coleta dos dados, realizada pelo acadêmico de medicina, bolsista de iniciação científica, foi iniciada após a realização do treinamento do mesmo no manejo adequado do CDI e da realização de estudo-piloto para estabelecer o nível de concordância entre os dois examinadores diretamente envolvidos. Ao final deste, foi encontrado entre os dois examinadores (acadêmico e pesquisador principal) um índice Kappa de 0.80 (erro-padrão: 0.23 e um $p = 0,00021$), indicando uma elevada correlação entre os diagnósticos dos dois examinadores.

Análise dos dados

Para a análise dos dados, foi utilizado o pacote estatístico Epiinfo, versão 6.04. Foram calculadas as distribuições de frequência, médias e desvio-padrão para avaliar as características gerais da população estudada. A estimativa da variação de prevalência encontrada foi expressa pelo cálculo do intervalo de confiança a 95%. O valor de 5% ($p < 0,05$) foi considerado

como limiar de significância estatística na análise exploratória das associações. Nessas análises, foi calculado o *odds ratio* e χ^2 com correção de Yates. Para a análise do grau de concordância inter-observadores foi utilizado o teste Kappa, para o qual valores abaixo de 40 são indicativos de uma consistência fraca; entre 40 e 75, concordância razoável; e valores acima de 75 como concordância excelente.

Resultados

A distribuição da sintomatologia depressiva, na população estudada, foi estabelecida pelo escore final do CDI. Utilizando como ponto de corte o valor igual ou maior que 18 pontos no escore total do instrumento, têm-se: 67 pacientes (80,7%) obtiveram menos de 18 pontos e 16 (19,3%) atingiram ou ultrapassaram o valor estabelecido, sugerindo a presença de elevada sintomatologia depressiva na amostra observada. A prevalência instantânea, então, foi de 19,3%. A distribuição da pontuação total estabeleceu que a mediana foi de 9 pontos no escore total e a pontuação máxima foi de 37 pontos. A média foi de 11,6 pontos e um caso atingiu o escore 0. Nove pacientes (10,84%) superaram a marca de 22 pontos, sugestiva de quadros mais graves.

Ocorreram quatro perdas decorrentes da recusa de pais em deixar que seus filhos participassem da pesquisa. A atenção dos pesquisadores foi despertada, pois estas aconteceram na fase final da coleta de dados e, até então, o nível de aceitação tinha sido muito alto. Percebeu-se que essas quatro recusas aconteceram na mesma enfermaria onde havia ocorrido um grave viés de desinformação. As supervisoras de enfermagem dessa unidade não haviam participado das reuniões abertas e isso favoreceu que emergisse uma grave resistência ao trabalho, pois as mesmas induziam os pais a não permitirem a participação dos pacientes no estudo.

De acordo com os dados apresentados na tabela 1, não foi evidenciado, neste estudo, associações estatisticamente significativas em relação ao sexo, ao estado nutricional, à repetência escolar, ao número de internações hospitalares anteriores e à escolaridade materna.

Em relação à idade, encontrou-se uma associação significativa entre pacientes com menos de 9 anos de idade e sintomatologia depressiva: $p = 0,007$, $z = 7,21$ (Yates) *odds ratio* = 5,34 ($1,46 < OR < 20,03$).

Outro fator que parece apresentar correlação significativa, do ponto de vista estatístico, é o nível de renda. As crianças provenientes de famílias com a renda mensal média estimada em até R\$ 200,00 apresentaram

$\chi^2 = 4,33$, $p < 0,04$ e $OR = 4,43$ ($1,07 < OR < 18,49$), indicando uma relação entre elevada sintomatologia depressiva no CDI e menor nível de renda familiar.

Os pacientes foram estudados segundo o diagnóstico clínico pediátrico que motivou a internação deles no hospital. Inicialmente, foram estudados em relação ao diagnóstico principal. Este foi definido a partir dos dados relativos aos diagnósticos iniciais na internação e aos diagnósticos finais, que foram colhidos nos prontuários após a alta do paciente. Posteriormente, eles foram separados em grupos de diagnóstico como foi estabelecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para a 9ª versão da *Classificação Internacional de Doenças* (CID).

Discussão

“Estudos de prevalência de depressão, em populações pediátricas, são raros, pontuais e dificilmente comparáveis.” (Domenech & Polaino, 1990), levando em consideração grupos especiais de patologias. Em recente estudo metaanalítico, Bennett (1994) revisou 60 estudos de depressão em pacientes pediátricos, em sua maioria crianças portadoras de doenças crônicas e considerou que “os achados indicam que crianças com doenças crônicas estão exposta a um alto grau de depressão, sendo que a média de prevalência deste transtorno está em torno de 9% neste pacientes”.

Foram selecionados, dentre estudos realizados em populações pediátricas heterogêneas com planejamento semelhante ao estudo aqui apresentado, alguns trabalhos que são apresentados na tabela 2, na qual se pode compará-los.

O trabalho de Kashani (1982) investigou crianças com queixa de dor torácica, numa clínica de cardiologia pediátrica. Já o estudo de Ling e col. (1970) mereceu especial atenção 27 anos depois. Utilizando critérios clínicos, semelhantes aos que 15 anos mais tarde estariam no DSM-III-R, encontrou-se uma prevalência de 40% de depressão nesses jovens com idades entre 4 e 16 anos. Eles alertavam para a patologia (depressão) que poderia estar por trás de um quadro (cefaleia) tão comum nos consultórios de neurologia infantil.

Considerando um intervalo de confiança de 95%, o autor do presente estudo mostra amplas variações de distribuição desse quadro desde 3,5% a 61%.

Kashani (1979) estudou uma amostra muito semelhante de crianças não-hospitalizadas, encontrando uma prevalência de 1,9%. Comparativamente, foi encontrada uma prevalência ainda mais alta na amostra de pacientes hospitalizados (38% das crianças hospitalizadas comparado-se com 17,4% de uma população não-hospitalizada; $p < 0,01$).

TABELA 1

Distribuição das associações entre as variáveis sexo, idade abaixo de 9 anos, renda familiar, internações hospitalares anteriores, escolaridade materna, avaliação nutricional e presença de alta pontuação no CDI				
Variável analisada	Amostra n = 83	Sintomas presentes	Valor p	Odds ratio (I.C. a 95%)
Idade				
Menores de 9 anos	22	9	0,007	5,34 (1,46 < OR < 20,03)
Maiores de 9 anos	61	7		
Renda familiar (salários mínimos)				
Menor que 2	14	6	0,04	4,43 (1,07 < OR < 18,49)
Maior que 2	69	10		
Repetência escolar				
Nenhuma	50	9	0,93	1,23 (0,36 < OR < 4,19)
Repetência (1 ou +)	33	7		
Escolaridade materna				
Até 4 anos escolares	60	9	0,19	0,40 (0,11 < OR < 1,45)
4 ou + anos	23	7		
Internações hospitalares anteriores				
Nenhuma	41	9	0,73	1,41 (0,41 < OR < 4,82)
1 ou +	42	7		
Sexo				
Masculino	43	9	0,906	1,25 (0,37 < OR < 4,28)
Feminino	40	7		
< Percentil 10 no WAP*				
Desnutrido	27	5	0,86	0,94 (0,36 < OR < 2,44)
Não-desnutrido	56	11		

*WAP percentil peso/idade pelo Epinfo

A tabela 1 mostra os resultados da investigação exploratória das associações entre as características da população e a sintomatologia depressiva. É importante salientar que o presente estudo não tem como objetivo principal estudar essas relações.

Em relação à idade, encontrou-se uma associação significativa entre pacientes com menos de 9 anos e sintomatologia depressiva [$p < 0,007$, OR = 5,34 (I.C. a 95% = 1,46-20,03)]. O aumento em faixas etárias menores de 10 anos é discutido em poucos estudos. Domènech & Polaino (1990) acham prematuro afirmar que haja um aumento da prevalência de depressão nas crianças menores de 9 anos. A maioria dos autores (Rutter e col., 1989; Carlson, 1987) encontram uma associação positiva entre idade e depressão, sendo que nos adolescentes ela é mais esperada.

Principalmente entre os pacientes mais jovens, os dados parecem ser sugestivos de que tanto o processo do adoecer quanto a própria internação são fatores

importantes no desencadeamento da angústia e, conseqüentemente, da sintomatologia depressiva e ansiosa. Quando aqui se coloca o ato da internação, também incluem-se o rompimento temporário das relações familiares e o papel desestabilizador que o processo da doença provoca nas relações cotidianas do paciente, como, por exemplo, o afastamento da escola. Talvez esses dados revelem que a equipe hospitalar, por não se ater a tais aspectos, não tenha sido eficiente em minimizar esses fatores significativos nestas mesmas crianças.

Estes aspectos pouco representativos podem ser observados nos estudos de Kashani (1983) e de Domènech & Polaino (1990), que não encontram relação entre os fatores idade e depressão.

Estudo de Bird e col. (1988), com um população de adolescentes de Porto Rico, encontrou uma correlação entre baixo nível socioeconômico e maior incidência de transtornos psiquiátricos. Outros autores já haviam

demonstrado essa relação entre pobreza e quadros depressivos (Kandel & Davies, 1982; Kaplan, 1984).

Stocking (1972) realizou um trabalho pioneiro nesta área. Esse autor entrevistou crianças nas primeiras 48 horas de internação, encontrando a presença de quadros psicopatológicos em 63,7% destas, mas somente 11% haviam sido encaminhadas ao serviço de psiquiatria, o que levou o autor a concluir que o hospital pediátrico é uma instância importante na rede de assistência a saúde mental infantil.

No presente estudo, pode-se inferir, por meio de análise dos dados, algumas relações importantes entre a hospitalização e a sintomatologia depressiva em crianças. Por exemplo, o item que investiga a expectativa diante da dor ("Eu não temo sentir dor, nem ficar doente"), bastante representativo da situação de ansiedade diante da internação, apresentou uma distribuição de resposta tão ampla que não constou como item importante na criação do diagnóstico final de alta sintomatologia depressiva. Esse fato parece ser específico dessa população, diferente do que outros estudos com o CDI apontam (Gouveia & Barbosa, 1995, 1996; Fleming, 1989), explicando a baixa correlação deste item com a alta sintomatologia depressiva na amostra atual ($p = 0,95$ e $OR = 1,15$; I.C. a 95% = 0,32-4,36). Esse dado provavelmente mostra que o alto nível de angústia na admissão hospitalar dos pacientes dessa faixa etária independe do quadro depressivo.

Mesmo que o estudo clínico não tenha sido o objetivo dessa pesquisa, não se pode furta a trazer a contribuição que o atendimento psiquiátrico de pacientes hospitalizados proporciona à perspectiva clínica. A

partir desta, podem ser distinguidas certas peculiaridades dentro desse grupo de 83 crianças e adolescentes. Em primeiro lugar, os pacientes que atingiram um escore acima de 18 pontos apresentam um grau importante de sofrimento psíquico, independentemente do diagnóstico a ser dado. Alguns autores, como Smith (1990), consideram que, a partir do escore total de 16 pontos no CDI, já teríamos indicadores de um grau de ansiedade e depressão importante. Deve-se ressaltar que a estimativa de variação da taxa de prevalência observada no presente estudo (11,4% e 29,4%), além de estar dentro dos intervalos verificados em outros estudos, coincide com o limite superior do intervalo da pesquisa de Domènech (1990). Estes podem ser comparados aos valores encontrados por Domènech & Polaino (1990) para o ponto de corte de 19, sensibilidade de 32,5%, especificidade de 94,5%, valor preditivo positivo de 9,2% e valor preditivo negativo de 98,7%, demonstrando que com pontos de cortes mais altos melhora-se a especificidade, tornando o instrumento adequado para *screening*.

Para Fristad (1997), o CDI é um bom indicador de "self report distress" e "pode ser usado para demonstrar a autodeteção de disforia pela criança, mas não pode ser utilizado para fazer diagnóstico de depressão". Assim, um novo campo de comorbidade é introduzido; a saber, a disforia e sua relação com transtornos depressivos maiores e distímicos. O que hoje é conhecido como disforia engloba um grupo de sentimentos e sintomas comuns tanto com a depressão quanto com os transtornos ansiosos. No DSM-III, o componente

TABELA 2

Estudos de prevalência de depressão em populações pediátricas

Autor, país e ano	Local	Faixa etária (anos)	Amostra(n)	Instrumento Intervalo*	Prevalência %	Randomização	Intervalo de confiança a 95%**
Ling e col./ EUA/1970	Centro neurológico	4-16	25	Check list	40%	Não	21,8% a 61,1 %
Kashani e col./ EUA/1982	Centro de cardiologia pediátrico	6-18	100	entrevista/ pais	13%	Não informa	7,1% a 21,2%
Kashani/ EUA/1981	Enfermaria pediátrica geral	7-12	100	BID*	38% (humor disfórico) 8% (depressão)	Não	28,4% a 48% 3,5% a 15,5%
Presente estudo Brasil/1997	Enfermaria pediátrica geral	7-13	83	CDI 36 horas	19,3% de sintomatologia depressiva	Sim	11,4% a 29,4%

BID: *Bellevue Index of Depression*; *calculado pelo autor; CDI: Children's Depression Inventory; **Intervalo de tempo entre a hospitalização e a entrevista.

disfórico ocupava um espaço importante, principalmente porque nele estavam incluídos sintomas clássicos da psiquiatria, anteriormente classificados como angústia.

Sabemos que pelo menos três quadros podem ser responsáveis por alta pontuação no CDI (> 18 pts); a saber o transtorno depressivo maior, a distímia e a presença de humor disfórico. O instrumento utilizado não é eficiente para realizar o diagnóstico diferencial entre transtorno depressivo maior, transtorno distímico e alterações disfóricas do humor (Abdel-Kahled, 1996); sendo assim, o resultado provavelmente inclui essas três categorias (Fristad, 1997).

A correlação entre comorbidade e faixa etária é defendida por Kovacs (1996). Por exemplo, a presença de transtorno de ansiedade de separação, assim como a enurese e a encoprese, é mais alta em crianças. Além disso, na população mais jovem, o transtorno ansioso precede o transtorno depressivo em dois terços dos casos.

Trabalhos em uma população de pacientes pediátricos revelaram alguns índices de prevalência. Para Poznanski (1979), 47% dos deprimidos entre 7 a 11 anos tinham quadros de ansiedade e 11% dos ansiosos tinham depressão. Kashani e col. (1987) encontraram 4,7% dos adolescentes de uma população comum com o diagnóstico de transtorno depressivo maior, sendo que 100% destes tinham diagnóstico para distímia.

Um dos aspectos estudados a respeito da superposição entre quadros ansiosos e depressivos foi feito por McCauley e col. (1991). Em seus resultados, tem-se uma forte associação entre queixas somáticas e depressão ($p < 0,001$).

Mokros & Poznanski (1992) sugerem que 19 pontos no escore final seja um indicativo de transtorno depressivo, mas as pontuações variam segundo o local da investigação. Larsson & Melin (1992) aplicaram a versão sueca e encontraram um valor para o ponto de corte de 13 pontos, inferior ao de outros países. As diferenças culturais inter-raciais podem alterar a própria consistência interna dessas escalas. Por exemplo, Abdel-Kahled (1996), ao realizar análise fatorial da versão árabe do CDI em crianças do Kwait, encontrou diferenças importantes no valor de alguns itens em relação ao estudo original realizado no Egito. Charman & Pervova (1996) aplicaram o CDI e outra escala de *self-report* em crianças russas e britânicas. Os jovens russos atingiram escores mais altos no CDI com o ponto de corte de 19, sendo a prevalência de 22%; nas crianças de Londres foi de 8,3%, com o mesmo ponto de corte.

Tendo em vista ser essa uma população hospitalizada, pode-se pensar que tipo de intervenção deve ser efetuada na instituição com a finalidade de minorar os efeitos da admissão e/ou do processo patológico que

a desencadeou. Em 1952, Jackson e col., ao estudarem o que eles chamaram naquela época de trauma emocional, definiram-no como “uma intensificação de algum sentimento que poderia ser muito deletério para um adequado ajustamento à vida”. Este autor mostra que algumas intervenções simples, como explicar à criança e a seus pais o que vai ser feito, já produz bons resultados. Certos pacientes devem receber atenção especial ao serem admitidos no hospital, já que a admissão pode ser mais uma circunstância adversa em suas vidas.

Kovacs (1997) reporta que os pacientes mais jovens, entre 7 e 9 anos, tendem a apresentar episódios depressivos mais graves e mais recorrentes, assim como as crianças de classe socioeconômica mais baixa. Esses dois grupos merecem atenção redobrada em sua internação hospitalar.

Avaliaram-se assim a comorbidade clínica entre alta sintomatologia depressiva e os grupos de sistemas orgânicos acometidos e que foram a causa da internação, segundo o agrupamento previsto pela CID. Na população estudada, ao comparar o subgrupo de 31 pacientes portadores de meningite ou pneumonias com os demais grupos restantes, em relação à presença de depressão, encontramos uma correlação significativa do ponto de vista estatístico [OR = 3,65; I.C. a 95% (1,04-13,26); $p < 0,042$]. No estudo de Kashani (1981), ele encontra uma maior incidência entre os pacientes portadores de doenças do trato gastrointestinal ($p < 0,006$). No estudo atual, não se encontrou associação com significância estatística nesse grupo, mas é importante relatar que a paciente que apresentou sintomatologia mais alta era portadora de esquistossomose hepatoesplênica e úlcera duodenal.

Neste item, é importante levar em consideração o estudo realizado em uma população hospitalar por Maluf e col. (1996). Dentre os pacientes do Centro Geral de Pediatria, em todas as faixas etárias, os portadores de meningite e pneumonia estão expostos à infecção hospitalar em 19%, 9% e 10,2%, respectivamente. Nessa frequência, estão precedidos em risco somente pela AIDS e diarreia.

Quanto aos pacientes neurológicos, a experiência mostra como é fundamental o seu acompanhamento, pois ligeiros déficits cognitivos decorrentes tanto do processo inflamatório no SNC quanto do uso de medicamentos, especialmente os barbitúricos, são fatores importantes de agravamento e desencadeamento de quadros depressivos que, se não forem tratados adequadamente, alterarão o curso da doença de base. Robertson (1997) conclui: “sem dúvida a depressão é comum em desordens neurológicas, entretanto a sua exata prevalência nas diversas patologias é desconhecida. Aparentemente a depressão é maior entre os pacientes neurológicos que entre a

população geral. Nestes casos, a etiologia do quadro depressivo é complexa e tanto os mecanismos orgânicos quanto os reativos ou psicológicos estão envolvidos. A presença de fatores iatrogênicos, induzindo a depressão nos pacientes com epilepsia, está particularmente associado com as drogas antiepilépticas como o fenobarbital”.

Birmaher (1996) lista os principais fatores reconhecidos como associados ao desencadeamento e à recorrência de quadros depressivos. Dentre eles, destacam-se fatores familiares, tais como doença psiquiátrica dos pais e alta incidência de doenças na família, assim como eventos estressantes como a própria hospitalização ou mesmo a doença que a provocou.

Quanto ao tratamento desses pacientes, deve-se considerar a estratégia proposta por Assumpção (1996). Ele sugere que a abordagem da depressão na criança e no adolescente seja múltipla, visando à compreensão do quadro e uma intervenção sob os pontos de vista biológico, psicológico e social. O plano de tratamento será, então, determinado pelas condições do paciente sob estes aspectos.

Pode-se observar abaixo, a partir da figura 1, o grande número de componentes envolvidos na gênese da sintomatologia depressiva em crianças e em adolescentes hospitalizados. É importante destacar os fatores que parecem ter efeitos determinantes e/ou

agravantes na modulação da resposta depressiva e que foram evidenciados no atual estudo. Dentre os componentes relacionados ao meio, como, por exemplo, o nível socioeconômico, este pode ser avaliado principalmente pelo nível de renda. Dentre os fatores orgânicos, temos a presença de doenças neurológicas ou mesmo o uso de medicamentos neurológicos que estão intimamente associados ao desencadeamento ou à manutenção da sintomatologia depressiva. A idade da criança também deve ser levada em consideração, pois é com o aparato cognitivo e afetivo, correspondente à fase do desenvolvimento em que ela se encontra, que a mesma responderá ao evento da hospitalização.

Estes abrangentes pontos de viáveis intervenções não devem ser encarados como um obstáculo para a atuação dos profissionais envolvidos na assistência à criança, mas sim como um fator de estímulo para intervenções precoces eficientes para a boa conduta do quadro clínico. Provavelmente, a presença de um setor de saúde mental realmente envolvido com o acompanhamento das crianças hospitalizadas pode facilitar em muito esta atuação ao se propor, de maneira adequada e eficiente, a minimizar os efeitos dos quadros depressivos descritos anteriormente, que podem agravar a doença que provocou a internação da criança.

Este estudo não foi desenhado com a intenção de encontrar fatores de risco para a depressão infantil. No

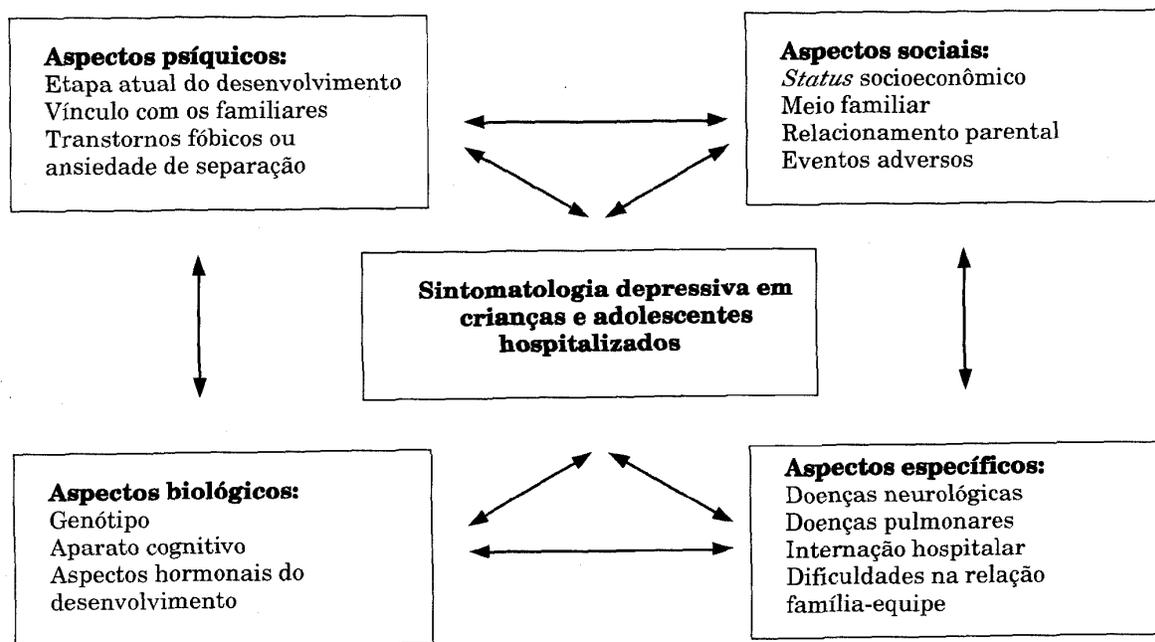


Figura 1 – Inter-relação entre os diversos aspectos envolvidos na gênese do quadro depressivo em pacientes hospitalizados.

entanto, foram encontradas as correlações estatisticamente significativas entre a presença de sintomatologia depressiva e idades abaixo de nove anos, renda menor que dois salários mínimos e doenças dos sistemas neurológico e respiratório, principalmente meningite e pneumonia. Tendo em vista essas associações, seria importante a realização de um coorte para estudá-las. O estudo de acompanhamento longitudinal de um grupo de pacientes não-hospitalizados também traria contribuições muito interessantes. Mas, desde já, a prevalência pontual encontrada de 19,3%, de alta sintomatologia depressiva em crianças hospitalizadas, merece uma atenção especial por parte da equipe profissional que a acompanha.

SUMMARY

The presence of depressive symptoms in hospitalized children is common knowledge, but there have been few studies in our field which, by means of valid criteria and tools, have studied psychopathological symptoms in hospitalized children. This work was designed to study the prevalence of depressive symptoms in a specific population of children admitted in a pediatric hospital. The sample was randomized for a transversal study in which the event depressive symptoms was investigated in 43 boys and 40 girls aged 7 to 13 years old. Within the first 36 hours after admittance, the patients were evaluated at the Centro Geral de Pediatria (General Center of Pediatrics) by means of a structured interview, the *Children Depression Inventory - CDI*. All of them signed their consent for post information. An instantaneous prevalence of depressive symptoms was found in 16 (19.3%) of the patients aged between 7 and 13 with mean at 10; 10 patients reached a 22 point score, which suggests severe depressive symptoms. In relation to sex, school failure and nutritional status, no statistically significance was found. On the other hand, in this sample there is a statistically significant association between those aged under nine ($p = 0.007$, $\chi^2 = 7.21$ OR = 5.34 (1.46 < OR < 20.03) whose average family income was under 2 minimum salaries ($p = 0.03$, $\chi^2 = 4.33$, OR=4.43 (1.07 < OR < 18.49) and the presence of depressive symptoms. The high prevalence found in inpatients is discussed in relation to the tool used, comorbidity studies and classification system. The conclusion is that these patients should have access to services capable of minimizing the sequels, thus deserving the attention of health professionals as much as mental health patients.

KEYWORDS

Depression, CDI, pediatrics inpatients.

Bibliografia

1. ABDEL-KHALEK, A. Factorial structure of the arabic children's depression inventory among kuwaiti subjects. *Psychological Reports*, v.78, p. 963- 967, 1996.
2. ALMEIDA FILHO, N.; SANTANA, V.S. & MARI, J. *Princípios de epidemiologia para profissionais de saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde, 1989.
3. ASSUMPÇÃO, F.B. *Depressão na infância: tratamento medicamentoso*. In: ASSUMPÇÃO. *Transtornos afetivos na infância e adolescência*. São Paulo: Lemos Editorial, 1996.
4. BARBOSA, G.; DIAS M.R.; GAIDA, A.A. & LORENZO W.C. *Depressão infantil: um estudo de prevalência com o CDI, Infante - Rev. Neuropsiq. da Inf. e Adol.* v.4, n.3, p. 36-40, 1996.
5. BARBOSA, G.; DIAS, M.R.; GAIÃO, A. & LORENZO, W.C. *Escala para avaliação de depressão em crianças revisada (CDRS-R): uma análise exploratória. Infante - Rev. Neuropsiq. da Inf. e Adol.* V.5, n.1, p.15-18, 1997.
6. BENNETTS, D. Depression among children with chronic medical problems : a meta-analysis. *Journal of Pediatric Psychology*, v.2, p.149-169, 1994.
7. BIRD H.L. e col. Estimates of prevalence of childhood maladjustment in community survey in Puerto Rico. *Arch. Gen.Psychiatry*, v.45, p.1120-1126, 1988.
8. BIRMAHER, B.; RYAN, M.D.; WILLIANSO, D.E.; BRENT, D. & KAUFMANN. Childhood and adolescent depression: a review of past 10 years. Part IJ. *Am. Acad Child Adolesc. Psychiatry* ,v.35, n.11, p. 1427-1439, 1996.
9. BRASIL, H.A. *Depressão na infância - Em busca de uma definição clínica*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz - 1996. 140 p.(Dissertação, Mestrado em Saúde da Criança).
10. BURTON, R. *The anatomy of melancholy*. Reed. atual. London: J. M. Dents & Sons Ltda., 1948, Volume I, 509 pp.
11. CANNING, E.H. & KELLEHER, K. Performance of screening tools for mental health problems in chronically ill children. *Arch. Gen. Adolesc. Med.*, v.148, p. 272-278, 1994.
12. CARLSON, G. & GARBER, J. Developmental issues in the classification of depression in children. In: RUTTER M. (ed.), *Depression in young people*. Nova York: The Guilford Press, 1986, p. 399-435.
13. CHANG, C.; WARNER, V. & WEISSMAN, M. Physicians' recognition of psychiatric disorders in children and adolescents. *American AJDC*, v.142, p. 736-740, 1988.
14. CHARMAN, T. & PERVOVA, I. Self-reported depressed mood in Russian and UK schoolchildren. A research note. *J. Child Psychol. Psychiat.*, v.37, p. 879-883, 1996.
15. CONFÉRENCE DE CONSENSUS: Les troubles dépressifs de l'enfant: *Arch.Pediatric*, v.3, p. 1.139-1.142, 1996.
16. DONENECH, E.L. & POLAINO-LORENTE, A. Exposición de los resultados generales obtenidos en esta investigación. In: DONENECH, E.L. & POLAINO-LORENTE, A. (eds.) *Epidemiología de la depresión infantil*. DOMENECH & POLAINO & POLAINO. Barcelona: Expaxs., 1990. p. 153-169.
17. FLEMING J. Epidemiology of childhood depressive disorders: a critical review *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*, v.29, p. 571-579, 1990.
18. FLEMING, J.E. & OFORD, D.R. Prevalence of childhood and adolescent depression in the community. *British Journal of Psychiatry*, v.155, p. 647-654, 1989.
19. FRISTAD, M.; EMERY & B.L. BECK, S. Use and abuse of children's depression inventory. *J. Consult. and Clin.*, v.65, n.4, p. 699-702, 1997.
20. FROMMER, E. Treatment of childhood depression with antidepressant drugs *Brist. Med. J.*, v.1 p. 729-732, 1967.
21. GLASER, K. Masked depression in children and adolescents. *Am. J Psychoter.* v.21, p. 565-574, 1968.
22. GOLSE, B. & MESSERSCHIMITT, P. *L'enfant déprimé*. Paris: Presse Universitaire de France, 1983, p. 37.
23. GOUVEIA, V.V.; BARBOSA, G.A.; ALMEIDA, G.H. & GAIÃO, A. Inventário de depressão infantil - CDI; estudo de adaptação com escolares de João Pessoa. *J. Bras. Psiq.* v.44, p. 345-349, 1995.
24. HARRINGTON, R. *Depressive disorder in childhood and adolescence*. England, Chichester: Wiley, 1993.

25. JACKSON, K.; WINKLEY, R.; FAUST, A.O. & CERMEK, E.G. Problem of emotional trauma in hospital treatment of children. **J. A. M. A.**, v. 149, p.1.536-1.538, 1952.
26. KAPLAN, S.; HONG, H.G.K. & WEINHOLD, C. Epidemiology of depressive symptomatology in adolescents. **J. Am. Acad Child Adolesc. Psychiatry** v. 23, p. 91-98, 1984.
27. KASHANI, J. & SIMMONDS, J. The incidence of depression in children. **Am. J. Psychiatry**, v. 136, n. 9, p. 1.203-1.205, 1979.
28. KASHANI, J. Depression in hospitalized pediatric patients. **Journal of the American Academy of Child Psychiatry**, v.20, p.123-134, 1981.
29. KASHANI, J.; MCGEE, R. & CLARYSON, S. Depression in a sample of 9- years old children. **Arch. Gen. Psychiatry**, v. 40, p. 1.217-1.223, 1983.
30. KOVACS, M. The children 's depression, Inventory (CDI) **Psychopharmacology Bulletin**, v.21, n. 4, p. 995-998, 1985.
31. KOVACS, M. Presentation and course of major depressive disorder during childhood and later years of life span. **J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry**, v.35 p. 705-715, 1996.
32. KOVACS, M.; OBROSKYS; GATSONIS; C.B. & RICHARDS C. First episod major depressive and dysthimic disorder in: chilhood Clinical and sociodemographic factors in recovery. **J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry**, v.36, p. 777-784, 1997.
33. LARSSON, B. & MELIN, L. Prevalence and short-term stability of depressive symptoms in schoolchildren. **Acta psychiatr Scand.** v. 85, p. 17-22, 1992.
34. LING, W.; OFTEDAL, G. & WEINBERG, W. Depressive illness in presenting as severe headache. **Am. J. Dis.Child**, v.120, p. 122-124.
35. LOBOVITS, D.A. & HANDALP, J. Childhood depression: prevalence using DSMIII criteria and validity of parent and child depression scales. **J. Pediatric Psychology**, v.10, p. 45-54, 1985.
36. LOPES MALUF, J.M.; STARLING, C.E. & COUTO, B.R. Prospective Surveilleance to use the data in decision making. **Infeccion Control Hospital Epidemiology**, v.17,1.
37. NISSEN, G. Depressiones en la infancia y la adolescencia. **Triangulo**, v.21, n. 2-3, p. 77-83, 1983.
38. McCAULEY, E.; CARLSON, G.A. & CALDERON, R. The role of somatic complaints in the diagnosis of depression in children and adolescents. **J. Am. Acad.Child. Adolesc. Psychiatry**, v.30, n. 4, p. 631-635, 1991.
39. MOKROS, B.H. & POZNANSKI, E. Standartized aproaches to clinical assesment of depression. In: SHAFFI(ED): **Clinical guide to depression in children and adolescents**. Washington: American Psychiatry Press. 1992. p. 129-155.
40. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. 20ª Assembléia Mundial de Saúde. **Classificação Internacional de Doenças**, Genebra, 1976.
41. PARRY-JONES, W.L. Historical aspects of mood and its disorders in young people. In: Goodyer, M. (ed). **The depressed child and adolescent : developmental and clinical perspectives**. Great Britain: Cambridge University Press, 1995. p. 1-25.
42. POZNANSKI, E.O.; COOK S.C. & CARROLL, B.J. A depression rating scale for children. **Pediatrics**, v. 64, p. 442-450, 1979.
43. ROBERTSON, M. Depression in neurologic disorders In: ROBERTSON, M. & KATONA, C. (eds.) **Depression and Physical Illness**. Chischester: Wiley, 1997, p. 305-311.
44. RUTTER, M. **Isle of wight revisited: twenty years of child psychiatry epidemiology**. v.28, p. 633-653, 1989.
45. RUTTER M. **Child and adolescent psychiatry: modern approaches** Oxford: Blackwell scientific publications, 1994.
46. RYAN, N.D.; WILLIAMSON, D.E.; IYENGAR, S., ORVASHEL, H.; REICH, T.; DAHL, R. & PUIG-ANTICH, J. A secular increase in child and adolescent onset affetive disorder **J. Am. Acad. Child Adolesc Psychiatry**, v.31, n.4, p. 600-605, 1991.
47. SMITH, S.M.; MITCHEL, J. & McCAULEYE, E.A. Screening for anxiety and depression. In: An adolescent clinic. **Pediatrics**. v.85, p. 262-267, 1990.
48. STOCKING, M.; ROTHENY, W.; GROSSER, G. & GODWIN R. Psychopatology in the pediatric hospital – implications for community health. **A.J.P.H.** April, p. 551-556, 1972.
49. TOOLAN, J.M. Depression in children and adolescents. **Am. J. Orthopsychiatry** v.32, p. 404-415, 1962.
50. YORK, A. & HILL, P. Depression and Physical Illness in chilhood and adolescence. In: ROBERTSON, M. & KATONA, C. (eds.) **Depression and physical illness**. Chischester: Wiley, 1997. p. 145-1.

Endereço para correspondência:

José Belisário Filho
R. Ceará, 518 – Cj. 7
Belo Horizonte, MG