

**SINTOMAS DEPRESSIVOS EM ESTUDANTES DE 10 A 17 ANOS:
UM LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO**

por

Saint-Clair Bahls

Dissertação apresentada ao
Curso de Mestrado em Psicologia da Infância e Adolescência
Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes
Universidade Federal do Paraná
como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre

Dezembro, 2000



**SINTOMAS DEPRESSIVOS EM ESTUDANTES DE 10 A 17 ANOS:
UM LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO**

por

Saint-Clair Bahls

Dissertação apresentada ao
Curso de Mestrado em Psicologia da Infância e Adolescência
Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes
Universidade Federal do Paraná
como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre

Dezembro, 2000

DEDICATÓRIA

À minha esposa Flávia e meus filhos Ricardo, Roberta, Matheus e Laura.

AGRADECIMENTOS

Aos Membros da Banca Examinadora:

Prof. Dr. Luiz André Kossobudzki (Orientador)

Profa. Dra. Paula Inez Cunha Gomide

Prof. Dr. Táki Athanássios Cordás

Prof. Dr. Luiz Egídio Romanelli (Suplente)

A Raquel Rocha Campos e Guilherme Rocha Campos

A Lidia Mussi Szabo

À Profa. Cleide Vilani, Diretora do Colégio Estadual Nilson Baptista Ribas

A todo o Corpo Docente e Discente do Colégio Estadual Nilson B. Ribas

A Neuci Vieira da Silva, secretária do Departamento de Psicologia da UFPR

Aos colegas e professores do Mestrado

Aos secretários do Mestrado de Psicologia da Infância e Adolescência

Aos alunos colaboradores do Curso de Psicologia da UFPR:

Adriana Soczek Sampaio

Ana Luiza Barbosa Curi

Márcio Luís Reipert

Tatiana Mazziotti Bulgacov

Ushi Arakaki Alves de Oliveira

SUMÁRIO

A depressão constitui uma patologia com alta e crescente prevalência na população geral, representando um sério problema de saúde pública. O interesse científico pela depressão em adolescentes é bastante recente, pois até a década de 70 acreditava-se que a depressão em crianças e adolescentes fosse rara ou até inexistente. Atualmente a depressão maior em adolescentes é considerada comum, debilitante e recorrente, envolvendo um alto grau de morbidade e mortalidade; porém a prevalência da depressão e de sintomas depressivos na adolescência varia amplamente na literatura, havendo indícios de que depende ~~fortemente~~ da idade e do sexo. Os objetivos desta pesquisa visam avaliar através da aplicação do questionário de auto-avaliação *Children's Depression Inventory* (CDI), o índice de sintomas depressivos e sua distribuição pela idade e sexo em uma amostra de adolescentes estudantes na cidade de Curitiba-Pr. O método empregado foi a aplicação do CDI em 463 alunos do ensino Fundamental e Médio de uma escola estadual, com idade entre 10 e 17 anos. Os dados foram tratados estatisticamente e obteve-se os seguintes resultados: o escore médio total foi de 13,0 com desvio padrão de 7,0 (mediana = 12,0), com a seguinte distribuição por gênero: meninas = 14,4 com desvio padrão de 7,2 (mediana = 13,0) e meninos = 11,1 com desvio padrão de 6,2 (mediana = 10,0). Aplicando o ponto de corte de 19, recomendado pela literatura, 20,3% da amostra situou-se na faixa indicativa de sintomas depressivos importantes, e destes, a distribuição por sexo foi de 72,3% para meninas e de 27,7% para meninos, representando 2,6 meninas para cada menino, diferença estatisticamente significativa. No fator idade não houve diferença estatisticamente significativa, entretanto encontrou-se uma tendência de aumento dos índices dos sintomas na medida que a idade aumenta durante a adolescência, dos 10 aos 15 anos, e observou-se uma redução, não significativa estatisticamente, nas duas faixas etárias de maior idade (16 e 17 anos). Confirmou-se a existência de alto índice de sintomas depressivos entre os adolescentes estudantes, havendo um nítido predomínio do sexo feminino sobre o masculino e com provável pico de aparecimento no período dos 12 aos 15 anos de idade.

ABSTRACT

Depression is a disorder with high and crescent prevalence in the general population, and an important public health problem. The scientific concern about depression in childhood and adolescence is recent. Until the 70's, it was believed that depression in this period was rare or inexistent. Nowadays, major depression in adolescents is understood to be a common, disabling and recurrent disease, with a high level of morbidity and mortality. The prevalence of depression and depressive symptoms in adolescence in the literature is still controversial, but there are indications of its relationship to age and sex. The purpose of this study was to evaluate, using the self-report questionnaire Children's Depression Inventory (CDI), the index of depressive symptoms and its distribution by age and sex, in a sample of students in Curitiba-Pr. The method used was the application of the CDI in 463 students of a public school, ranging from 10 to 17 years of age. The data was analyzed and showed the following results: the total mean score was 13.0 with a standard deviation of 7.0 (median = 12.0), for the females the score was 14.4 with a standard deviation of 7.2 (median = 13.0) and for the males was 11.1 with a standard deviation of 6.2 (median = 10.0). Using the cutoff score of 19, suggested by the literature, 20.3% of the students had important indications of depressive symptoms. The age factor wasn't significant, however, there was a non-significant trend of increasing levels of depressive symptoms in the ages of 10 to 15, and a decreasing trend in the ages of 16 to 17. There was a statistically significant predominance of females above the cutoff score compared to males (72.3% versus 27.7%), with a ratio of 2.6 females for each male. These results suggest that adolescent students have a high level of depressive symptoms, with a clear predominance of females over males, and a probable onset period concentrated between the age of 12 and 15 years.

ÍNDICE

LISTA DE TABELAS	vii
LISTA DE GRÁFICOS	viii
LISTA DE ANEXOS	ix

Capítulo

I. O PROBLEMA	1
A Situação-Problema	
Objetivos do Estudo	
Hipóteses de Pesquisa	
Hipóteses Estatísticas	
Definição de Termos	
Organização do Restante do Estudo	
II. REVISÃO DA LITERATURA	6
Depressão	
Depressão em Crianças e Adolescentes	
Epidemiologia da Depressão em Crianças e Adolescentes	
III. METODOLOGIA	32
Participantes	
Características da Amostra	
Procedimento	
Instrumento	
Tratamento e Análise dos Dados	
Limitações Metodológicas	
IV. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	39
Índice de Sintomas Depressivos	
Índice de Sintomas Depressivos e a Idade	
Sintomas Depressivos e Distribuição por Gênero	
Resumo dos Resultados	
V. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	49
Conclusões	
Recomendações	
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52
ANEXOS	61

LISTA DE TABELAS

Tabela	Página
1. Percepção da população geral sobre doença mental	7
2. Índice de suicídios nos EUA	20
3. Prevalência em amostras comunitárias de depressão maior segundo artigos de revisão	24
4. Prevalência de transtornos depressivos em adolescentes segundo artigos de revisão	26
5. Prevalência de sintomas depressivos segundo escalas de auto-avaliação além da CDI.....	29
6. Prevalência de sintomas depressivos em adolescentes – CDI.....	31
7. Distribuição da amostra por idade e sexo.....	33
8. Estatística descritiva da idade e do escore em relação ao sexo.....	39
9. Distribuição dos dados por sexo em relação ao ponto de corte	40
10. Distribuição dos dados por idade em relação ao ponto de corte	42
11. Distribuição dos dados por sexo e idade em relação ao ponto de corte igual ou maior a 19	44

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico	Página
1. Distribuição da amostra por idade e sexo.....	33
2. Proporção entre feminino e masculino, por idade, no ponto de corte 19.....	45
3. Distribuição do sexo em relação ao ponto de corte.....	45

LISTA DE ANEXOS

Anexo	Página
1. <i>Children's Depression Inventory</i> – CDI (Kovacs, 1992).....	61
2. CDI – Traduzido e adaptado (Gouveia et al., 1995)	65
3. CDI – Reorganizado e retraduzido (Bahls e Kossobudzki, 2000)	69

CAPÍTULO I

O PROBLEMA

O interesse científico pela depressão em crianças e adolescentes é bastante recente, a despeito de existirem relatos de casos desde o século XVII. Até a década de 70 acreditava-se que a depressão nessa faixa etária fosse rara ou até inexistente devido, principalmente, à ausência de dados clínicos (Bessegui, 1997; Goodyer, 1996; Herkov & Myers, 1996; I et al., 1998; Kent et al., 1997; Larsson et al., 1991; Scivoletto et al., 1994; Souza, 1984). Os transtornos afetivos na infância eram contestados por inúmeros profissionais, que defendiam a idéia de que devido à estrutura de personalidade imatura a criança não teria condições de apresentar essas manifestações graves de humor. Essa visão era compartilhada pelos psicanalistas que afirmavam que as crianças, face ao seu desenvolvimento mental, não dispunham ainda de um superego suficientemente rígido a ponto de gerar depressão (Busse, 1996). Esse conceito principiou a mudar após o Quarto Congresso da União dos Psiquiatras Infantis Europeus, realizado em Estocolmo, na Suécia, em 1970, e que abordou o tema: Estados Depressivos na Infância e Adolescência. Também contribuíram para modificar essa concepção os recentes estudos sistemáticos que têm demonstrado a existência de transtornos depressivos na adolescência e em menor extensão na infância (Charman, 1994; Kovacs, 1989; Kutcher & Marton, 1989; Mirza & Michael, 1996; Moreira, 1996; Puig-Antich, 1987; Weissman et al., 1999). O Instituto Nacional de Saúde Mental dos EUA (NIMH) oficialmente reconheceu a existência da depressão em crianças e adolescentes a partir de 1975 (Bhatara, 1992), e as pesquisas sobre depressão em adolescentes e crianças têm atraído um interesse crescente durante as duas últimas décadas (Kazdin & Marciano, 1998; Olsson & von Knorring, 1997b).

Há atualmente a compreensão de que a depressão maior (DM) em adolescentes é comum, debilitante e recorrente, envolvendo um alto grau de morbidade e mortalidade especialmente através do suicídio, constituindo-se em uma das principais preocupações da saúde pública, apesar de ser ainda freqüentemente não reconhecida e não tratada (Brent, 1993; Mirza & Michael, 1996; Morgan, 1994; Pataki & Carlson, 1995; Patten et al., 1997; Walter, 1996). A depressão maior apresenta natureza duradoura e pervasiva, afetando

múltiplas funções e causa significativos danos psicossociais. É uma doença debilitante e ameaçadora à vida, especialmente devido a alta taxa de suicídio a ela associada (Bhatara, 1992; Kazdin & Marciano, 1998; Weissman et al., 1999).

Vários autores têm chamado a atenção para o fenômeno da depressão em crianças e adolescentes que, nas últimas décadas, teve seu reconhecimento estabelecido, e parece estar mais freqüente e ocorrendo cada vez mais cedo (Birmaher et al., 1996; Brent, 1993; Garrison et al., 1996; Kessler & Walters, 1998; Prosser & McArdle, 1996; Ryan et al., 1992). No estudo *Los Angeles Epidemiologic Catchment Area Project*, conforme Olsson e von Knorring (1999), 25% dos adultos com DM relataram o primeiro episódio da doença ocorrendo antes dos 18 anos de idade. Entretanto, até a atualidade poucos são os dados epidemiológicos existentes sobre depressão nesta época da vida (Bandim et al., 1995; I, 1996; Lewinsohn et al., 1994; Roberts & Chen, 1995), especialmente em nosso país. Muito mais precisa ser conhecido sobre a natureza da depressão e, estudos sobre a ocorrência de transtornos depressivos na infância e adolescência representam um novo e importante campo de trabalho e têm se constituído num instigante desafio para os pesquisadores.

A Situação-Problema

Os estudos sobre sintomas depressivos em adolescentes, em amostras comunitárias, indicam que sua presença é comum, porém apresentam resultados bastante variáveis. Essa grande variabilidade nas taxas de sintomas depressivos em adolescentes pode ser decorrente da utilização de diferentes metodologias nos diversos estudos. Segundo os dados apresentados pelas pesquisas, observa-se resultados desiguais em razão da utilização de diferentes escalas, amostras e pontos de corte, provavelmente porque o estudo da depressão na adolescência é bastante recente, e são escassos os dados epidemiológicos nessa área (Roberts & Chen, 1995).

A prevalência da depressão em crianças e adolescentes depende da idade e do sexo. Os autores, de maneira geral, destacam que a ocorrência de depressão aumenta significativamente durante a adolescência, havendo uma modificação na distribuição entre os sexos. A maioria dos estudos em crianças mostram que não há diferença entre os gêneros nas taxas de depressão, ou os meninos apresentam taxas um pouco maiores do que as meninas, entretanto na adolescência ocorre uma modificação com um predomínio das meninas sobre as meninos (DSM-IV, 1994; Herkov & Myers, 1996; Scivoletto et al.,

1994:Walter, 1996). Segundo Angold e Costello (1995) a prevalência da depressão aumenta com a idade, sendo três a quatro vezes maior aos 14 anos do que aos 10 anos. I (1996) cita em seu capítulo sobre epidemiologia da depressão na infância e adolescência que a partir dos 10 anos de idade, ocorre um aumento na prevalência da depressão em ambos os sexos, mais acentuado nas meninas. Já outros autores, como Besseguini (1997) e Lewinsohn et al. (1994), baseados em estudos retrospectivos, afirmam que a prevalência da depressão é baixa até a idade dos 9 anos e aumenta agudamente dos 9 aos 19 anos, especialmente nas meninas. Gouveia et al (1995) destacam que há uma correlação positiva entre idade e depressão durante a infância e a adolescência. Em pesquisa na Nova Zelândia, Anderson et al. (1987) avaliando somente participantes com 11 anos de idade encontraram a ocorrência da depressão na proporção de 5 meninos para cada menina. No artigo sobre a diferença das taxas de depressão por gênero na adolescência, Nolen-Hoeksema e Girgus (1994) citam que é por volta dos 13 a 14 anos que as meninas começam a apresentar taxas mais altas de depressão do que os meninos, sendo que após os 15 anos as meninas são duas vezes mais afetadas do que os meninos.

Os estudos epidemiológicos existentes sobre depressão em adolescentes apresentam algumas discrepâncias, seja nos valores das taxas encontradas, seja quanto às diferentes taxas em distintas faixas etárias da própria adolescência e, ainda, no que se refere à distribuição por gênero. A partir da literatura, observa-se que apesar da aceitação do aumento da prevalência dos sintomas depressivos durante a adolescência, não se conhece claramente em que momento dessa fase da vida isso ocorre. Também não se sabe em que instante se dá o aumento das taxas desses sintomas em relação ao gênero com o predomínio das meninas sobre os meninos, pois os dados disponíveis são ainda relativamente escassos e os achados têm sido inconsistentes com respeito a diferenças na idade e no gênero na adolescência (Chartier & Lassen, 1994). Isso, aliado ao fato de que em nosso país existem poucos dados epidemiológicos sobre depressão na adolescência, motivou a investigação deste fenômeno na realidade brasileira.

Objetivos do Estudo

Os objetivos deste estudo foram:

1. identificar o índice de sintomas depressivos em estudantes de 10 a 17 anos de idade, em um colégio da rede pública estadual, na cidade de Curitiba, PR.;

2. verificar a existência do aumento dos índices de sintomas depressivos com o aumento da idade, durante a adolescência, e;
3. verificar a relação dos sintomas depressivos na adolescência e sua distribuição por gênero.

Hipóteses de Pesquisa

A partir dos objetivos do estudo, foram especificadas as seguintes hipóteses:

1. Adolescentes estudantes apresentam índice de sintomas depressivos igual ou maior do que 10% na escala CDI, no ponto de corte 19.
2. As taxas de sintomas depressivos em adolescentes estudantes são maiores nas faixas etárias de maior idade.
3. As taxas de sintomas depressivos em adolescentes estudantes são maiores em meninas do que em meninos.

Hipóteses Estatísticas

Com base nas hipóteses de pesquisa foram formuladas as hipóteses estatísticas em suas formas nula e alternativa, a serem testadas ao nível de significância de 0,05.

Hipótese 1:

H₀: O índice de sintomas depressivos dos estudantes adolescentes é inferior a 10% na escala CDI (ponto de corte 19).

H₁: O índice de sintomas depressivos dos adolescentes estudantes é igual ou maior a 10% na escala CDI (ponto de corte 19).

Hipótese 2:

H₀: Os índices de sintomas depressivos em estudantes adolescentes não aumentam com a idade.

H₁: Os índices de sintomas depressivos em estudantes adolescentes aumentam com a idade.

Hipótese 3

H₀: Não existe diferença significativa nos índices de sintomas depressivos entre os sexos.

H₁: Existe diferença significativa nos índices de sintomas depressivos entre os sexos.

Definição de Termos

Para este estudo os termos utilizados foram assim definidos:

Comorbidade: É a ocorrência simultânea de mais de um diagnóstico clínico.

Depressão Maior: Caracteriza-se pela presença de um ou mais Episódios Depressivos Maiores, isto é, pelo menos 2 semanas de humor deprimido e/ou perda de interesse, acompanhados por pelo menos quatro sintomas adicionais de depressão, segundo o DSM-IV .

Distímia: Caracteriza-se por pelo menos 2 anos de humor deprimido. Em crianças e adolescentes o humor pode ser irritável e a duração mínima de apenas 1 ano. Na maior parte do tempo, acompanhado por sintomas depressivos adicionais que não satisfazem os critérios para um Episódio Depressivo Maior, segundo o DSM-IV.

Morbidade: Representa qualquer desvio do estado de bem-estar físico e psíquico do indivíduo.

Ponto de corte: Representa o escore de uma escala de avaliação, a partir da qual considera-se a pessoa como portadora da característica avaliada pelo instrumento.

Prevalência: É a proporção de uma população que apresenta o transtorno em um determinado período.

Organização do Restante do Estudo

O capítulo II da revisão da literatura apresenta: 1) a doença depressão com suas características gerais, histórico, classificação e quadro clínico; 2) a depressão em crianças e adolescentes em sua manifestação clínica, evolução, comorbidade e comportamento suicida; e 3) a epidemiologia da depressão em crianças e adolescentes.

O capítulo III descreve a metodologia empregada.

O capítulo IV apresenta os resultados do estudo e sua discussão.

Finalmente no capítulo V são apresentadas as conclusões e recomendações.

CAPÍTULO II

REVISÃO DA LITERATURA

Este capítulo está dividido em três seções que abordam: 1) uma visão geral sobre a doença depressiva; 2) características da depressão em crianças e adolescentes; e 3) a epidemiologia dos transtornos depressivos na infância e na adolescência e a epidemiologia dos sintomas depressivos em adolescentes.

Depressão

A presente seção está dividida em quatro subseções. A primeira apresenta uma introdução ao tema da depressão, seguida do histórico, classificação e características clínicas.

Introdução

Todo ser humano apresenta flutuações do afeto em resposta a situações em seu cotidiano, e sentimentos de tristeza, frustração e desânimo são freqüentes como resposta às vicissitudes da vida. As pessoas costumam, normalmente, experimentar uma larga variedade de sentimentos e um vasto repertório de expressões afetivas. Em algumas pessoas as respostas afetivas podem assumir um caráter inadequado, patológico, seja em relação a intensidade, duração ou circunstâncias desencadeadoras, caracterizando a ocorrência de um transtorno de humor ou afetivo. O mais comum destes transtornos é a depressão. (Guimarães, 1993; Stoppe Jr. & Louzã Neto, 1997).

O termo depressão é utilizado amplamente e em várias situações diferentes. Existem três usos diferentes para depressão: o uso leigo associado a tristeza e desânimo e que não representa necessariamente patologia; o uso do termo representando um sintoma que indica humor rebaixado, deprimido, podendo ser encontrado em inúmeras patologias e o uso para definir uma síndrome que reúne um conjunto de sinais e sintomas relacionados principalmente aos denominados transtornos de humor (Del Porto, 1999; Kaplan, Sadock & Grebb, 1994; Mirza & Michael, 1996).

Esta generalidade de conceitos associada a estigmas e desinformação costuma criar concepções populares equivocadas sobre a depressão, especialmente de que esta não é uma doença, mas sim resultado de fraqueza de caráter e que pode ser superada através de esforço. Stahl (1998) cita um levantamento recente na população geral, mostrando que 71% das pessoas entrevistadas consideram as doenças mentais como conseqüência de fraqueza emocional; 65% acreditam serem estas doenças causadas por más influências dos pais; 45% consideram que a doença mental é culpa da vítima, podendo ser superada pela força de vontade; 43% acreditam que a doença mental é incurável; 35% consideram-na conseqüência de comportamento pecaminoso; e apenas 10% acham que a doença mental tem base biológica ou que este tipo de doença envolve o cérebro. Esta realidade costuma colocar o paciente deprimido em situação ainda mais desoladora dentro de seu sofrimento patológico.

Tabela 1
Percepção da população geral sobre doença mental

71%	Devida a fraqueza emocional
65%	Causada por más influências dos pais
45%	Culpa da vítima
43%	Incurável
35%	Conseqüência de comportamento pecaminoso
10%	Apresenta base biológica; envolve o cérebro

Histórico

Hipócrates, no século IV A.C., descreveu a melancolia e a mania como formas de doença mental, sendo a melancolia considerada como conseqüência do desequilíbrio dos humores do organismo, com predomínio da bílis negra (*melanio chole*). Este conceito foi utilizado por vários autores médicos da antiguidade como Celsus, Arateus, Galeno e outros, que tiveram seus escritos reunidos por R. Burton (1577-1640) em sua Anatomia da Melancolia. É na tradução latina das obras de Hipócrates, do termo melancolia, que surge a palavra depressão (*de-premere*), que significa pressionar para baixo (Busse, 1996; Cordás, 1997; Freeman, 1994; Kaplan, Sadock & Grebb, 1994; Pontes, 2000; Sonenreich et al., 1995; Stoppe Jr. & Louzã Neto, 1997).

Em 1686, Bonet descrevendo uma doença que denominou de *maníaco-melancholicus*, inicia o conceito da doença maníaco-depressiva que se fixou em meados do século XIX. Em 1854, descrevendo uma mesma condição clínica, Falret chamou-a de *folie*

circulaire e Baillarger de loucura de dupla forma. Em 1863 Kahlbaum utiliza os termos *ciclotimia* para formas mais leves de flutuação do humor e *distimia* (que tem origem grega e significa “mau-humor”) para formas que apenas apresentavam uma fase de depressão atenuada; e em 1899 Kraepelin, reunindo os conceitos prévios de autores europeus, descreve a psicose maníaco-depressiva e introduz o conceito de depressão como entidade nosológica. (Cordás, 1997; Del Porto, 1999; Freeman, 1994; Kaplan, Sadock & Grebb, 1994; Moreira, 1996; Sonenreich et al., 1995).

Finalmente em 1957, Leonhard propõe a separação entre quadros unipolares, onde ocorre recorrência apenas de fases depressivas, e quadros bipolares, onde fases de depressão e mania estão presentes. Estudos posteriores, clínicos e genéticos, demonstraram a utilidade desta distinção que foi formalmente estabelecida nos sistemas de códigos de diagnóstico a partir do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – Terceira Edição (DSM-III, 1980) e da Classificação Internacional de Doenças – Décima Versão (CID-10, 1992) (Moreira, 1996; Stoppe Jr. & Louzã Neto, 1997).

Classificação

A relação entre etiologia, sintomas, processos bioquímicos, resposta ao tratamento e evolução dos transtornos de humor ou afetivos ainda não é suficientemente bem compreendida para permitir sua classificação de forma a receber aprovação universal. Até o momento nenhum marcador biológico definitivo para os distúrbios afetivos foi encontrado, sendo a questão de sua classificação ainda aberta e campo de acirradas discussões. Os dois principais sistemas de classificação em Psiquiatria atuais, são o CID-10 (1992) da Organização Mundial de Saúde (OMS) e a DSM-IV (1994), da Associação Americana de Psiquiatria (APA). Ambos entendem os transtornos psiquiátricos como doenças com componentes psicológicos e biológicos, porém não se prendem a suas etiologias. Tanto a CID-10 quanto a DSM-IV dividem os transtornos de humor em dois grandes grupos: os transtornos depressivos e os transtornos bipolares. (CID-10, 1992; Del Porto, 1999; DSM-IV, 1994; Guimarães, 1993).

Segundo a DSM-IV (p. 303), que é o sistema diagnóstico mais amplamente utilizado, os principais transtornos depressivos (“depressão unipolar”) são a depressão maior e a distimia. O transtorno depressivo maior caracteriza-se por um ou mais episódios depressivos maiores, isto é, pelo menos duas semanas de humor deprimido ou perda de interesse, acompanhados por pelo menos quatro sintomas adicionais de depressão que são:

perda ou ganho significativo de peso; insônia ou hipersonia; agitação ou retardo psicomotor; fadiga ou perda de energia; sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada; capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se, ou indecisão e pensamentos de morte recorrente. A distímia ou transtorno distímico caracteriza-se por pelo menos 2 anos de humor deprimido na maior parte do tempo (em crianças e adolescentes a duração mínima exigida é de apenas 1 ano), acompanhado por sintomas depressivos adicionais que não satisfazem os critérios para um episódio depressivo maior.

Conforme ainda o DSM-IV (p. 303), os principais transtornos bipolares são: transtorno bipolar I, o transtorno bipolar II e a ciclotimia . O transtorno bipolar I é caracterizado por um ou mais episódios maníacos ou mistos, geralmente acompanhados por episódios depressivos maiores. O transtorno bipolar II caracteriza-se por um ou mais episódios depressivos maiores, acompanhados por pelo menos um episódio hipomaníaco. A ciclotimia ou transtorno ciclotímico é caracterizada por pelo menos 2 anos (1 ano para crianças e adolescentes) com numerosos períodos de sintomas hipomaníacos que não satisfazem os critérios para um episódio maníaco e numerosos períodos de sintomas depressivos que não satisfazem os critérios para um episódio depressivo maior.

Para a CID-10 (p. 110), nos transtornos do humor ou afetivos, a perturbação fundamental é uma alteração do humor ou afeto, usualmente para depressão ou elação (mania). Essa alteração de humor é normalmente acompanhada por uma alteração no nível global de atividade e a maioria dos outros sintomas é secundária ou facilmente compreendida no contexto de tais alterações. A maioria desses transtornos tende a ser recorrente e o início dos episódios é freqüentemente relacionado com eventos ou sensações estressantes. Os termos “depressão grave” e “mania” são usados nesta classificação para denotar os extremos opostos do espectro afetivo; “hipomania” é usado para denotar um estado intermediário, sem delírios, alucinações ou uma completa perturbação das atividades. Segundo a CID-10 (p. 110), os principais transtornos de humor são o transtorno afetivo bipolar, o episódio depressivo, o transtorno depressivo recorrente e os transtornos persistentes do humor onde encontramos a ciclotimia e a distímia.

Características Clínicas

Os transtornos depressivos constituem um grupo de patologias com alta e crescente prevalência na população geral. Conforme a OMS, haverá nas próximas duas décadas uma mudança dramática nas necessidades de saúde da população mundial devido,

parcialmente, ao fato de que doenças como depressão e cardiopatias estão, com rapidez, substituindo os tradicionais problemas das doenças infecciosas e de má nutrição. O prejuízo causado pelas doenças mentais como depressão, dependência do álcool e esquizofrenia tem sido seriamente subestimado, pois se considera somente a quantidade de mortes e não a incapacitação causada pelas doenças; enquanto as condições psiquiátricas são responsáveis por um pouco mais de 1% das mortes, representam quase 11% da carga de problemas causados por doenças em todo o mundo. O prejuízo causado pelas doenças, medido pela *Disability Adjusted Life Years*, mostra que a depressão maior, quarta causa geradora de sobrecarga em 1990, será a segunda causa no ano 2020 (Bahls, no prelo; Murray & Lopez, 1996). A depressão é socialmente tão debilitante quanto as doenças coronarianas e mais debilitante ainda do que o diabetes melito ou a artrite. Também está associada a alta mortalidade, sendo que 15% dos pacientes gravemente deprimidos se suicidam (DSM-IV, 1994; Stahl, 1998).

A depressão afeta uma considerável parcela da população, conforme demonstram os estudos epidemiológicos atuais: o risco de depressão maior durante a vida, em amostras comunitárias, tem variado de 10 a 25% para as mulheres e de 5 a 12% para os homens. A prevalência-ponto de depressão maior em adultos tem variado de 5 a 9% para as mulheres, e de 2 a 3% para os homens. O risco de distímia durante a vida é de aproximadamente 6%. A prevalência-ponto da distímia é de aproximadamente 3% (DSM-IV, 1994). Em estudo epidemiológico prospectivo de 25 anos, na Suécia, Hagnell et al. (1982) encontraram que até a idade de 70 anos, a probabilidade cumulativa de um primeiro episódio de depressão foi de 27% para homens e 45% para mulheres, taxas que, segundo os autores, colocam a depressão como um dos mais importantes problemas de saúde pública. A depressão maior é duas vezes mais comum em mulheres adolescentes e adultas do que adolescentes e adultos do sexo masculino; em crianças pré-púberes, meninas e meninos são igualmente acometidos (DSM-IV, 1994). Esta diferença no gênero é universalmente observada pois ocorre independentemente do país ou cultura pesquisados; atualmente aceitam-se como hipóteses mais prováveis desse fenômeno a participação na etiologia da doença do cromossomo X e dos hormônios gonadais (Kaplan, Sadock & Grebb, 1994).

Os fatores relacionados à raça, educação, nível sócio-econômico ou estado civil parecem não apresentar importância em relação à incidência da depressão maior; porém alguns autores chamam a atenção para a maior frequência em pessoas que não possuem um relacionamento interpessoal íntimo (DSM-IV, 1994; Kaplan, Sadock & Grebb, 1994). Com

relação à situação conjugal, a depressão parece ser mais freqüente entre pessoas divorciadas ou separadas. Pessoas que moram sozinhas e viuvez recente representam um maior risco para depressão, e a maioria dos estudos epidemiológicos mostram uma associação entre eventos vitais negativos e depressão maior. No estudo *Epidemiologic Catchment Area* de Robins e Regier (1991), nos EUA, o resultado de análise de regressão logística mostrou que a depressão é mais freqüente entre jovens, mulheres e pessoas que moram na zona urbana, mesmo quando outros fatores sociodemográficos são considerados. Necessário destacar que os fatores de risco formam uma rede causal, sendo que, cada fator não apenas afeta diretamente o indivíduo, como também interage com os demais (Lima, 1999).

A depressão maior pode surgir em qualquer idade, porém a idade média de início se situa em torno dos 25 anos. Dados epidemiológicos sugerem que a idade inicial está baixando, principalmente em pessoas com menos de 20 anos (Guimarães, 1993; Kaplan, Sadock & Grebb, 1994). Em relação ao curso da doença, a depressão maior costuma evoluir em fases ou episódios, onde os períodos de remissão duram mais tempo no início do transtorno, havendo um risco de recorrência significativo, pois o risco de um segundo episódio depressivo maior (EDM) após um primeiro é de 50 a 60%, o risco de um terceiro EDM após o segundo é de 70% e o risco de um quarto EDM após o terceiro sobe para 90% (DSM-IV, 1994; Stahl, 1998).

Quanto ao padrão familiar de aparecimento da depressão maior o risco em parentes biológicos de primeiro grau é 1,5 a 3 vezes maior do que na população geral, havendo uma taxa de concordância em gêmeos monozigóticos de 65% contra 14% em gêmeos dizigóticos, indicando um fator genético em sua etiologia; porém, o fato da taxa de concordância em gêmeos monozigóticos não alcançar 100% sugere que fatores ambientais desempenham um papel importante na etiologia dos transtornos depressivos. Sabe-se que fatores como ausência de apoio social, dificuldades psicossociais crônicas, perda da mãe na primeira infância e estresse favorecem o aparecimento de crises depressivas. O estresse parece ser mais importante nos primeiros episódios depressivos, tornando-se menos operante à medida que a doença progride (DSM-IV, 1994; Guimarães, 1993).

A depressão maior é, portanto, uma doença comum, debilitante, grave e apresenta ainda um alto índice de suicídio, representando, atualmente, em todo o mundo, um sério problema de saúde pública. É uma doença que pode ser tratada com sucesso, mas comumente não o é; calcula-se que apenas um terço dos deprimidos recebe tratamento. Diz-se que “depressão pode levar a mais depressão”, considerando que seu tratamento é

mais eficaz nas fases iniciais da patologia. Sendo assim, necessário se faz que os casos sejam precocemente identificados e tratados. (Bahls, no prelo; Charman, 1994; Kent et al., 1997; Stahl, 1998).

Depressão em Crianças e Adolescentes

A presente seção está dividida em quatro subseções. A primeira descreve o quadro clínico da patologia, seguida da evolução, comorbidade e termina com uma subseção sobre o comportamento suicida.

Quadro Clínico

Na atualidade os transtornos depressivos em crianças e adolescentes e aqueles em adultos são compreendidos como entidades fenomenológicas iguais, fato derivado de pesquisas recentes que definiram que os mesmos critérios diagnósticos são confiavelmente aplicados nestas 3 faixas etárias. (Birmaher et al., 1996; Feijó et al., 1997; Harrington, 1992; Olsson & von Knorring, 1997a; Pataki & Carlson, 1995; Roberts et al., 1995; Scivoletto et al., 1994; Walter, 1996; York e Hill, 1997). Os sistemas de classificação e diagnóstico psiquiátrico modernos tendem a utilizar os mesmos critérios para diagnosticar depressão em crianças, adolescentes e adultos; segundo o DSM-IV (p. 310) os sintomas básicos de um episódio depressivo maior são os mesmos em adultos, adolescentes e crianças embora existam dados sugerindo que a predominância de sintomas característicos pode mudar com a idade, citando sintomas muito comuns em crianças (queixas somáticas, irritabilidade e retraimento social) e sintomas menos comuns em crianças (retardo psicomotor, hipersonia e delírios); já o CID-10 (p. 110) lida com os transtornos depressivos de forma idêntica em todos os grupos etários, com apenas a seguinte citação específica “apresentações atípicas são particularmente comuns no episódio depressivo na adolescência”, mas não fornece maiores esclarecimentos.

É consenso entre os autores na área dos transtornos depressivos na infância e adolescência que os sintomas variam com a idade, destacando a importância do processo de maturação nos sintomas e comportamentos depressivos (Berganza & Aguilar, 1992; Busse, 1996; Goodyer & Cooper, 1993; I, 1996; Kessler & Walters, 1998; Morgan, 1994; Nolen-Hoeksema & Girgus, 1994; Sadler, 1991), existindo uma caracterização sintomatológica predominante por faixa etária.

Em crianças pré-escolares a manifestação clínica mais comum são os sintomas físicos, tais como: dores (principalmente de cabeça e abdominais), fadiga e tontura. Goodyer, 1996, cita que aproximadamente 70% dos casos de depressão maior em crianças apresentam queixas físicas. As queixas de sintomas físicos são seguidas por ansiedade, fobia, agitação psicomotora ou hiperatividade, irritabilidade e diminuição do apetite com falha em alcançar o peso adequado e alterações do sono. Alguns autores ainda citam, com menor frequência, a ocorrência de enurese e encoprese, fisionomia triste, movimentos repetitivos e auto e heteroagressividade (Bessegui, 1997; Goodyer, 1996; I, 1996; Mirza & Michael, 1996; Ryan et al., 1992; Souza, 1984).

Em crianças escolares o humor depressivo é frequentemente relatado como tristeza, irritabilidade ou tédio. Apresentam aparência triste, choro fácil, apatia, isolamento, declínio ou desempenho escolar fraco, podendo chegar à recusa escolar; ansiedade de separação, fobias e desejo de morrer; também podem relatar concentração fraca, queixas somáticas, perda de peso, insônia e sintomas psicóticos humor congruente (delírios de culpa, pecado e alucinações auditivas depreciativas). Aos 8 anos de idade os sintomas clássicos de depressão maior como anedonia, variação diurna de humor e retardo psicomotor já podem ocorrer, entretanto a desesperança e a ideiação suicida não são tão comuns (Bandim et al., 1995; Brent, 1993; I, 1996; Kashani et al., 1989; Mirza & Michael, 1996; Pataki & Carlson, 1995; Souza, 1984). Em pesquisa sobre o rendimento escolar em crianças de 9 a 12 anos com sintomas depressivos, de uma escola particular na cidade do Recife-PE, Bandim et al. (1998) obtiveram como resultado um prejuízo significativo no desempenho escolar em todas as matérias, principalmente em Português e Ciências, quando comparados com crianças sem sintomas depressivos; concluíram que o baixo rendimento escolar em crianças sem problemas de inteligência pode representar um dos primeiros sinais de um transtorno depressivo.

A manifestação da depressão em adolescentes costuma apresentar sintomas semelhantes aos dos adultos, mas também existem importantes características fenomenológicas que são típicas do transtorno depressivo nesta fase da vida. Adolescentes deprimidos não estão sempre tristes; apresentam-se principalmente irritáveis, podendo ocorrer crises de explosão em seu comportamento. Segundo Kazdin e Marciano (1998) mais de 80% dos jovens deprimidos apresentam humor irritado e ainda perda de energia, apatia e desinteresse importante (anedonia), retardo psicomotor, sentimentos de desesperança e culpa, perturbações do sono, principalmente hipersonia, podendo eventualmente ocorrer insônia e pesadelos, alterações de apetite e peso, isolamento e

dificuldade de concentração. Outras características próprias desta fase é o prejuízo no desempenho escolar, as idéias e tentativas de suicídio e graves problemas de comportamento, especialmente o uso abusivo de álcool e drogas (Brent, 1993; I, 1996; Kashani et al., 1989; Morgan, 1994; Pataki & Carlson, 1995; Ryan et al., 1992; Scivoletto et al., 1994; Walter, 1996). Em pesquisa sobre sintomas de depressão maior em adolescentes entre 14 e 18 anos de idade, em amostra comunitária no *Oregon Adolescent Depression Project*, nos EUA, Roberts et al. (1995) encontraram como sintomas mais prevalentes o humor deprimido, alterações do sono e dificuldades no pensamento (problemas de concentração e pensamento negativista) e como sintomas mais estáveis o humor deprimido e anedonia.

Baron e Campbell, 1993, Donnelly, 1995, Morgan, 1994 e Sadler, 1991, chamam a atenção para a diferença entre a manifestação depressiva entre adolescentes do sexo feminino e masculino, destacando que as garotas relatam mais sintomas subjetivos como sentimentos de tristeza, vazio, tédio, raiva e ansiedade. As garotas costumam ter mais preocupação com popularidade, menos satisfação com a aparência, mais conscienciosidade e menos auto-estima, enquanto os garotos relatam mais sentimentos de desprezo, desafio e desdém, e demonstram problemas de conduta como: falta às aulas, fugas de casa, violência física, roubos e abuso de substâncias de tal magnitude que alguns autores citam que o abuso de álcool na adolescência pode ser um forte indicador de depressão.

Como orientação aos clínicos, segue a sugestão do que não deve ser considerado normal, particularmente durante a adolescência: estados de humor irritável ou depressivo duradouro, períodos prolongados de isolamento ou hostilidade com família e amigos, afastamento da escola ou queda importante no rendimento escolar, afastamento de atividades grupais e comportamentos como abuso de substâncias (álcool e drogas), violência física, atividade sexual e fugas de casa (Sadler, 1991).

Quanto aos fatores de risco para depressão em crianças e adolescentes, o mais importante é a presença de depressão em um dos pais, sendo que a existência de história familiar para depressão aumenta o risco em pelo menos 3 vezes, seguidos por estressores ambientais como abuso físico e sexual e perda de um dos pais, irmão ou amigo íntimo (Brage, 1995; Brent, 1993; Lewinsohn et al., 2000). Em estudo longitudinal, envolvendo 550 adolescentes estudantes entre 11 e 17 anos de idade, Garrison et al. (1990), nos EUA, concluíram que no início da adolescência o ambiente familiar é um preditor de sintomas depressivos mais importante do que os eventos de vida. Abou-Nazel et al.(1991), no Egito,

em pesquisa com 1561 adolescentes estudantes entre 11 e 17 anos de idade, encontraram que o desempenho acadêmico baixo é um marcador de alto risco para depressão nesta faixa etária. Nunes et al. (1992), em pesquisa realizada na cidade de Londrina-PR, avaliaram a presença de transtornos psiquiátricos em pais de indivíduos ^{depressivos} entre 7 e 18 anos de idade e encontraram uma predominância de transtornos de humor, especialmente depressão maior e distímia, confirmando a importância do fator familiar na vulnerabilidade das depressões na infância e na adolescência. Patten et al. (1997), em pesquisa comunitária na Califórnia-EUA, com 5531 adolescentes entre 12 e 17 anos com sintomas depressivos, concluíram que a falta de percepção de apoio por parte dos pais é altamente relacionada com a presença de sintomas depressivos nos jovens.

A despeito de inúmeros autores se dedicarem ao estudo da fenomenologia depressiva na infância e adolescência e de já existirem definições sobre alguns pontos importantes sobre a variação sintomatológica em diferentes faixas etárias, a questão da apresentação clínica da depressão maior variando conforme a idade na infância e na adolescência está longe de ser solucionada, e o número de estudos ainda é insuficiente para permitir conclusões (Garrison et al., 1996; Goodyer, 1996; Roberts et al., 1995).

Evolução

Em média, a depressão maior na infância surge ao redor dos 9 anos de idade e na adolescência entre os 13 e 19 anos de idade. E o primeiro episódio depressivo costuma durar aproximadamente entre 5 e 9 meses. Quanto ao índice de recuperação, a maioria dos autores cita o artigo de Kovacs et al. (1984) em que 74% dos casos apresentaram melhora significativa dentro de um ano, e 92% se recuperaram em um período de 2 anos (Garland, 1994; Garrison et al., 1996; Harrington, 1992; Kazdin & Marciano, 1998; Kent et al., 1997; Larsson et al., 1991; Olsson & von Knorring, 1999; Pataki & Carlson, 1995; Walter, 1996). Os autores são unânimes em afirmar que após a recuperação costuma permanecer algum grau de prejuízo psicossocial; e quanto mais precoce for o aparecimento da patologia, maior tenderá a ser o prejuízo, o que foi confirmado na pesquisa de Rohde et al. (1994), nos EUA, realizada com 1507 adolescentes comunitários onde concluíram que o aparecimento precoce da depressão maior é uma forma mais perniciosa da doença e causa um impacto mais severo do que em adultos.

O risco de recorrência da depressão maior na infância e adolescência é alto, sendo mais freqüente alguns meses após o primeiro episódio, com taxas variáveis, segundo

alguns autores: Harrington (1995) indica que 50% dos adolescentes com DM apresentam recorrência; Birmaher et al. (1996) referem índices de recorrência de 40% em 2 anos e de 70% em 5 anos; Pataki e Carlson (1995) citam que 1/3 apresenta recorrência dentro de 3 anos; Mirza e Michael (1996) citam a taxa de até 80% em 5 anos e Walter (1996) refere a taxa 50% de recorrência ao longo da vida.

Lewinsohn et al. (1994), nos EUA, em artigo de pesquisa comunitária em 1508 adolescentes com idade entre 14 e 18 anos, encontraram como idade média para o primeiro episódio de depressão maior 14,9 anos e a duração média de 5,5 meses; naqueles que se recuperaram, 12% apresentaram recorrência em 1 ano e aproximadamente 33% apresentaram recorrência em 4 anos. Harrington et al. (1990), na Inglaterra, em estudo de seguimento com média de 18 anos de acompanhamento, com 34 indivíduos que apresentaram depressão maior na adolescência, 60% tiveram recorrências. Kessler e Walters (1998), nos EUA, investigando transtornos depressivos em 1769 indivíduos entre 15 e 24 anos de idade identificaram taxas de 73,9% de recorrência para DM e de 69,2% para distímia.

Quanto à estabilidade do humor depressivo em adolescentes, Garrison et al. (1990), nos EUA, avaliando sintomas depressivos em 550 estudantes entre 11 e 15 anos de idade, em três momentos diferentes, durante um período de 2 anos, concluíram que os escores de sintomas depressivos em adolescentes variam consideravelmente com o tempo, embora 90% daqueles com escores baixos permaneceram baixos e 30% daqueles com escores altos permaneceram altos. Larsson et al. (1991), na Suécia, investigando a estabilidade de sintomas depressivos em 605 estudantes, entre 13 e 18 anos de idade, avaliados duas vezes, num período de 4 a 6 semanas, encontraram que 44% dos participantes que apresentavam escores altos na primeira avaliação mantiveram os altos escores no seguimento. Charman (1994), nos EUA, em pesquisa com 268 adolescentes estudantes, realizando 3 avaliações em um período de 6 meses, concluiu que o humor depressivo em adolescentes é estável, menos transitório do que se pensava anteriormente e semelhante ao encontrado em amostras clínicas. Já Roberts et al. (1995), nos EUA, como parte do *Oregon Adolescent Depression Project*, em pesquisa comunitária com 1709 adolescentes entre 14 e 18 anos de idade, avaliados em dois momentos, com um intervalo médio de 13,8 meses encontraram, nos casos que apresentaram dois episódios distintos de depressão maior, baixa concordância sintomatológica entre os episódios. Weissman et al. (1999), nos EUA, em pesquisa sobre a evolução clínica da depressão maior manifestada na adolescência, com estudos de caso-controle prospectivos, acompanharam 73 pacientes e 37

controles durante um período de 10 a 15 anos, encontraram uma alta taxa de suicídio (7,7%), um risco cinco vezes maior de tentativas de suicídio, um risco importante de recorrências, uma ocorrência maior de internações clínicas e psiquiátricas, e um significativo comprometimento nas funções de vida acadêmica, profissional, social e familiar, o que os levou a concluir que a DM na adolescência tem um prognóstico pessimista.

Lewinsohn et al. (1994) lamentam que existam poucos estudos sobre a evolução da DM em crianças e adolescentes, o que impede a detecção de fatores prognósticos de recorrência, como já se conhece para a população adulta, embora afirmem que a presença de dupla depressão significa um importante sinal prognóstico de recorrências nos transtornos depressivos em crianças e adolescentes. Harrington (1992) cita dois estudos que confirmam que a presença de dupla depressão prevê uma pior evolução em crianças e adolescentes e que o prognóstico é influenciado pelas características do primeiro episódio. Ainda conclui que crianças e adolescentes com depressão possuem um grande risco de recorrência que se estende até a idade adulta, representando uma alta vulnerabilidade para transtornos depressivos e que este importante risco de recorrência nesta faixa etária indica a necessidade de avaliações cuidadosas e repetidas, assim como a aplicação de corretas estratégias de manejo a longo prazo.

Comorbidade

Crianças e adolescentes deprimidos costumam apresentar altas taxas de comorbidade com outros transtornos psiquiátricos, sendo encontrada mais comumente do que em adultos deprimidos. Os transtornos comórbidos mais comuns em crianças são os transtornos de ansiedade (especialmente o transtorno de ansiedade de separação), o transtorno de conduta, o transtorno desafiador opositivo e o transtorno de déficit de atenção, e em adolescentes acrescentam-se os transtornos relacionados a substâncias e os transtornos alimentares (DSM-IV, 1994; Harrington et al., 1994; Herkov & Myers, 1996; Kent et al., 1997; Kessler & Walters, 1998; Nolen-Hoeksema & Girgus, 1994; Olsson e von Knorring, 1997b; Pataki & Carlson, 1995; Rohde et al., 1994; Walter, 1996).

Garland (1994) afirma que a coexistência de múltiplos diagnósticos é mais a norma do que a exceção na depressão da adolescência, pois apenas 20% dos adolescentes deprimidos apresentam só depressão e mais de 50% dos casos têm simultaneamente o diagnóstico de transtornos de ansiedade, transtorno desafiador opositivo, transtorno de

conduta ou transtorno de déficit de atenção e hiperatividade; também ocorre comumente abuso de substâncias e transtornos alimentares. Birmaher et al. (1996) descrevem que a DM na adolescência costuma apresentar o índice de 40 a 70% de comorbidade psiquiátrica, sendo que pelo menos 20 a 50% têm dois ou mais quadros comórbidos; e citam como os mais frequentes os transtornos de ansiedade, a distímia, o abuso de substâncias e os transtornos de conduta, destacando ainda que os transtornos de conduta podem persistir após cessar o episódio depressivo. Kazkin e Marciano (1998) citam que jovens deprimidos, em estudos comunitários, apresentam taxas médias de comorbidade entre 40 e 50% para pelo menos um outro diagnóstico psiquiátrico, podendo chegar até 80%. Mirza e Michael (1996) destacam como a comorbidade mais comum o transtorno de ansiedade de separação, com taxas de 58% em crianças e 37% em adolescentes, seguido pelo transtorno de conduta entre 15% e 35%. Martin e Cohen (2000) e Scivoletto et al. (1994) citam que 20% dos adolescentes deprimidos também apresentam abuso de álcool e drogas. Goodyer e Cooper (1993) destacam que os transtornos depressivos em crianças e adolescentes apresentam 40% de comorbidade com transtornos de ansiedade e 15% com transtornos de conduta. Harrington (1995) afirma que adolescentes deprimidos têm aproximadamente 50% de comorbidade com transtornos de ansiedade e 20% com transtornos de conduta.

Roberts et al. (1995), nos EUA, em levantamento comunitário com 1710 adolescentes, encontraram entre os portadores de depressão maior a taxa de 66% de história de outro transtorno mental, e 34% já tinham apresentado um episódio depressivo anterior. Bandim et al. (1995), no Brasil, em pesquisa sobre depressão em 32 crianças ambulatoriais, entre 6 e 14 anos de idade, relataram taxa de 28,12% de comorbidade psiquiátrica. Anderson et al. (1987), na Nova Zelândia, investigando a prevalência de transtornos psiquiátricos em 792 crianças de 11 anos de idade, na população geral, encontraram que a categoria diagnóstica com o menor número de casos sem comorbidade foram os transtornos depressivos. Garrison et al. (1992), nos EUA, em estudo epidemiológico longitudinal com 3283 participantes entre 12 e 14 anos de idade, pesquisando distímia e DM, encontraram alta taxa de comorbidade, sendo que 58% daqueles diagnosticados com distímia também tinham DM caracterizando a presença de depressão dupla. Lewinsohn et al. (1994), nos EUA, em estudo com 1508 adolescentes comunitários, entre 14 e 18 anos de idade, identificaram as seguintes taxas de comorbidade ao longo da vida para DM: 7,1% para distímia; 10,8% para transtorno do comportamento disruptivo; 20,7% para transtorno de ansiedade e 22,9% para transtorno de uso de substâncias. Kessler e Walters (1998), nos EUA, em investigação com a população de

1769 indivíduos entre 15 e 24 anos de idade, que fizeram parte *do National Comorbidity Survey* encontraram que 76,7% daqueles com DM e 69,3% daqueles com distímia apresentavam, pelo menos, um outro transtorno psiquiátrico ao longo da vida, e concluíram que a comorbidade para depressão, nesta faixa etária, é mais a regra do que a exceção.

Em relação à depressão na infância e na adolescência sabe-se que a probabilidade de transtornos comórbidos aumenta com a severidade do quadro depressivo (Pataki & Carlson, 1995). Esta constatação das altas taxas de comorbidade em psiquiatria infanto-juvenil suscita questionamentos sobre os limites entre as categorias diagnósticas e sobre a validade de nossos atuais sistemas diagnósticos, levantando a possibilidade de que a expressão psicopatoplástica pode ser mais variada nesta população do que em adultos; e ainda de que, se após a ocorrência de uma desordem psiquiátrica, a criança pode tornar-se mais vulnerável ao desenvolvimento de transtornos psíquicos adicionais.

Suicídio

O suicídio na criança e no adolescente é manifestação particularmente dramática e grave, e sendo o fato mais relevante do quadro clínico da depressão, merece consideração especial neste capítulo. Dentro do espectro do comportamento suicida situam-se as idéias suicidas (IS), as tentativas de suicídio (TS) e o suicídio consumado. Atualmente há uma tendência entre os autores de denominarem a tentativa de suicídio de comportamento auto-destrutivo deliberado (Deliberate Self-Harm – DSH; Gunnell, 2000; Hurry, 2000; Prosser & McArdle; 1996)

A ocorrência do comportamento suicida entre jovens aparenta estar aumentando nas últimas décadas, e a adolescência destaca-se como o período mais relacionado à morte devido a causas violentas. (Emslie et al., 1990; Feijó et al., 1996; Gunnell, 2000; Harrington, 1995; Lamb & Pusker, 1991; Moreira, 1996; Patten et al., 1997; Prosser & McArdle, 1996; Roberts & Chen, 1995; Weissman et al., 1999). Em pesquisa realizada na Inglaterra e País de Gales com indivíduos de 14 a 24 anos de idade, segundo Scivoletto et al. (1994), foi encontrado um aumento nas taxas de suicídio de 78% entre os anos de 1980 e 1990. Brent (1993) cita os seguintes dados sobre índices de suicídio nos EUA, entre adolescentes de 15 a 19 anos, no ano de 1950: 2,7/100000, em 1980: 8,5/100000 e em 1988: 11,3/100000, *revisado segundo Tabela 2*

Tabela 2
Índice de suicídios nos EUA

Idade	Ano	Porcentagem
15 a 19 anos	1950	2,7 / 100000
	1980	8,5 / 100000
	1988	11,3 / 100000

Em relação à idade, a ideação suicida é comum em crianças escolares e em adolescentes, porém as tentativas são raras em crianças. As tentativas de suicídio e o suicídio aumentam com a idade, tornando-se comum após a puberdade. Dos estudantes do ensino médio 4% apresentaram uma tentativa de suicídio nos 12 meses anteriores e 8% já tiveram uma tentativa de suicídio anterior na vida, segundo o *United States Youth Risk Survey* (1990). Os índices de ideação suicida são ainda maiores; levantamentos comunitários encontraram taxas de 12 a 25% em estudantes do ensino fundamental e mais de 25% em estudantes do ensino médio (Brent, 1993). A ideação suicida em crianças pré-escolares é rara; já na adolescência as IS e TS são particularmente comuns (Kazdin & Marciano, 1998) e as TS atingem seu pico entre 13 e 17 anos (Mirza & Michael, 1996). Conforme Pataki e Carlson (1995) o índice de IS na adolescência varia de 5 a 20% e é mais comum em garotas; destacam ainda que o comportamento suicida é profundamente influenciado pela idade, com a IS sendo encontrada com frequência em crianças, mas o suicídio é raro neste período da vida, porém seu risco aumenta significativamente a partir dos 12 anos de idade. Quanto às taxas de suicídio em adolescentes com depressão maior, Walter (1996) cita a cifra idêntica ao índice clássico de adultos de 15%. Atualmente o suicídio é a segunda causa de morte entre jovens de 15 a 24 anos de idade, tanto nos EUA (Lamb & Pusker, 1991, *National Center for Health Statistics*, 1986) quanto na Inglaterra (Harrington et al., 1994, *Office of Population Census and Surveys*, 1990); e o índice de suicídio na população geral, nesta faixa etária, é de 0,01% (Hurry, 2000).

Larsson et al. (1991) na Suécia, investigando TS em amostra comunitária de 605 adolescentes entre 13 e 18 anos de idade, encontraram que 3% apresentavam IS grave e já haviam, pelo menos, tido uma TS prévia. Lamb e Pusker (1991), nos EUA, pesquisando uma amostra comunitária rural de 69 adolescentes entre 16 e 18 anos de idade identificaram a taxa de 15,9% de ideação suicida. Roberts e Chen (1995), nos EUA, em pesquisa realizada com 2614 adolescentes encontraram taxas de 10 a 20% de IS, e concluíram que este índice é consistente com a literatura. Já Weismann et al. (1999), nos

EUA, em artigo de pesquisa de acompanhamento, em um período entre 10 e 15 anos, com adolescentes deprimidos, encontraram uma taxa de TS de 50,7% e de 7,7% de suicídios.

No Brasil, Feijó et al. (1996) em investigação de comportamento auto-destrutivo em adolescentes na faixa de 13 a 20 anos de idade, acompanharam diariamente em um período de 4 meses as TS atendidas no Pronto Socorro do Hospital de Clínicas de Porto Alegre-RS e encontraram os seguintes resultados: 88% foram causadas por intoxicações (overdose), 84,4% dos casos ocorreram em garotas, 47% já haviam tido uma TS anterior e 28% apresentaram diagnóstico de depressão maior. Miranda e Queiroz (1991) pesquisando IS e TS em amostra de 875 estudantes de medicina na cidade de Belo Horizonte-MG obtiveram as taxas de 37% para IS e de 2,3% para tentativas de suicídio.

Quanto ao método empregado pelos adolescentes, aproximadamente 80% das TS ocorrem através de intoxicações, seguido de corte nos pulsos. Enquanto que aproximadamente 65% dos suicídios são cometidos com armas de fogo, seguidos pelo enforcamento, saltos e intoxicações. A maioria dos adolescentes vítimas de suicídio o fazem de modo impulsivo e freqüentemente se encontram intoxicados (álcool e drogas) no momento de sua morte. O suicídio é três a quatro vezes mais comum em rapazes do que em garotas, enquanto que as TS são duas a cinco vezes mais comuns em garotas do que em rapazes (Brent, 1993; Feijó et al., 1999; Hurry, 2000; Lippi et al., 1990; Pataki & Carlson, 1995; Sadler, 1991; Scivoletto et al., 1994).

São considerados fatores de risco para comportamento suicida na infância e adolescência: idade, presença de tentativas anteriores, história familiar de transtornos psiquiátricos (especialmente com TS e/ou suicídio), ausência de apoio familiar, presença de arma de fogo em casa, doença física grave e/ou crônica, a presença de depressão e comorbidade com transtornos de conduta e abuso de substâncias, sendo que o risco de comportamento suicida em adolescentes deprimidos é três vezes maior na presença destas patologias comórbidas (Feijó et al., 1996; Gunnell, 2000; Lippi et al., 1990; Miranda & Queiroz, 1991; Mirza & Michael, 1996; Pataki & Carlson, 1995; Serfaty et al., 1996). O melhor preditor é a existência de TS prévia, pois calcula-se que 25% dos adolescentes com TS e 25 a 40% dos jovens que se suicidam já tiveram, pelo menos, uma TS prévia; estima-se que até 11% dos adolescentes que fazem TS através de intoxicação irão se suicidar nos próximos anos (Hurry, 2000). A prevalência de transtornos ou estados depressivos entre adolescentes que tentaram o suicídio, segundo Feijó et al. (1999), varia de 26% até 96%. O sentimento de desesperança está fortemente associado ao comportamento suicida e prediz futuras tentativas (Bessegini, 1997; Feijó et al., 1997; Ivarsson & Gillberg, 1997; Lamb &

Pusker, 1991; Scivoletto et al., 1994). É sabido que pelo menos 50% dos adolescentes que cometem suicídio fizeram ameaças ou tentativas no passado, e o risco de repetir uma tentativa é maior nos três primeiros meses após uma tentativa de suicídio (Brent, 1993).

Como precipitantes do comportamento suicida nessa faixa etária encontram-se: perdas, crises interpessoais com família ou amigos, estressores psicossociais, abuso físico e sexual, problemas legais ou disciplinares e a exposição ao suicídio de amigos, familiares ou mesmo através da mídia (Besseguini, 1997; Brent, 1993; Feijó et al., 1999; Hurry, 2000; Pataki & Carlson, 1995; Scivoletto et al., 1994). Foi citado por Moreira (1996) a ocorrência de uma epidemia de suicídios em jovens, após a publicação do livro *Werther* de Goethe, no século passado, onde o herói se mata com um tiro depois do rompimento de uma relação amorosa.

Epidemiologia da Depressão em Crianças e Adolescentes

A presente seção está dividida em duas subseções. A primeira aborda a epidemiologia dos transtornos depressivos em crianças e adolescentes segundo artigos de revisão e artigos de pesquisa. A outra subseção versa sobre a epidemiologia dos sintomas depressivos em adolescentes separadamente em artigos de pesquisa que utilizaram outros instrumentos além da CDI, e artigos de pesquisa que empregaram a CDI.

Epidemiologia dos Transtornos Depressivos em Crianças e Adolescentes

Artigos de Revisão

A prevalência de depressão na infância e na adolescência varia amplamente na literatura, onde são encontradas as citações das seguintes taxas, em amostras comunitárias: Bhatara (1992) refere a prevalência de 1,8% para depressão maior em crianças e de 4,7% em adolescentes, havendo um aumento agudo na medida em que a idade aumenta. Brent (1993) cita em crianças a prevalência de 1,8 a 2,5% de DM, e em adolescentes de 4,7% de DM e de 3,3% de Distímia (DD), havendo em crianças igualdade entre as meninas (F) e os meninos (M), e na adolescência ocorrendo o predomínio de 4 meninas para cada menino. Pataki e Carlson (1995) referem as taxas de menos de 3% para DM em crianças e de 0,4 a 6,4% em adolescentes, havendo aumento com a idade; e quanto ao gênero, nas crianças ocorre igualdade ou predomínio dos meninos sobre as meninas e nos adolescentes a

distribuição é menos definida. Mirza e Michael (1996) definem a prevalência da DM em crianças de 1,8% sendo com distribuição igual entre meninas e meninos, e em adolescentes de 4,7 a 8,9% com predomínio de 2 a 3 meninas para cada menino, ocorrendo com a idade um aumento de três a quatro vezes dos 10 aos 14 anos. Birmaher et al. (1996) citam em crianças as taxas de DM em 0,4 a 2,5% e de DD em 0,6 a 1,7% com igualdade entre meninos e meninas; e na adolescência as taxas de 0,4 a 8,3% de DM e de 1,6 a 8,0% de DD com distribuição de 2 meninas para cada menino. Kazdin e Marciano (1992) referem os índices de 2% de DM em crianças com predomínio dos meninos sobre as meninas, e em adolescentes de 2 a 8% com a relação de 5 meninas para cada menino. Bandim et al. (1995) citam a DM em crianças de 1 a 3% com predomínio de 2 meninos para cada menina, e em adolescentes de 4,7% atingindo igualmente meninas e meninos. I (1996) refere as taxas de 0,4 a 1,9% de DM em crianças com igualdade ou predomínio dos meninos sobre as meninas, e em adolescentes de 1,2 a 4,7% com predomínio das meninas sobre os meninos. Herkov e Myers (1996) citam em 2% a taxa de DM em crianças com igualdade entre meninos e meninas, e em adolescentes de 5% com predomínio das meninas sobre os meninos.

Alguns autores fazem somente referência a taxas de transtornos depressivos na adolescência: Sadler (1991) cita a taxa de DM em 1,5% com aumento dramático na passagem da infância à adolescência. Scivoletto et al. (1994) referem taxas de 4,7% de DM e de 3,3% de DD, aumentando com a idade e havendo predomínio das meninas sobre os meninos na fase final da adolescência. Harrington (1995) cita a prevalência de 2 a 3% de DM, com predomínio de 2 meninas para cada menino, havendo no início da adolescência um aumento dos índices de depressão. Walter (1996) cita valores de 10% para DM, com aumento dos índices à medida que a idade avança e predomínio de 2 meninas para cada menino. Besseguini (1997) cita a prevalência de DM em 4,7% nos adolescentes, sendo que até aos 9 anos de idade a prevalência é baixa, aumentando agudamente dos 9 aos 19 anos, especialmente em meninas. Patten et al. (1997) referem taxas de DM de 0,4 a 7,0%. Brage (1995) refere mudança na distribuição do gênero durante a adolescência, havendo maior ocorrência em garotas. Nolen-Hoeksema e Girgus (1994), em artigo sobre a diferença de sexo na depressão durante a adolescência, citam que na maioria dos estudos em crianças não houve diferença de gênero ou encontram taxas levemente maiores em meninos do que em meninas, e que em torno dos 13 aos 14 anos de idade as meninas apresentam um aumento consistente nas taxas de depressão, com um predomínio após os 15 anos de 2 meninas para cada menino.

Segundo os autores citados, as taxas de depressão maior em crianças variam de 0,4 a 3,0% com igualdade entre os sexos ou com discreto predomínio dos meninos sobre as meninas, e em adolescentes variam de 0,4 a 10,0% com predomínio das meninas sobre os meninos. A tabela 3 apresenta um resumo destes dados.

Tabela 3

Prevalência em amostras comunitárias de Depressão Maior, segundo artigos de revisão

Autor (es)	Crianças		Adolescentes	
	Taxa	Gênero	Taxa	Gênero
Bhatara, 92	1,8%	-	4,7%	-
Brent, 93	1,8 a 2,5%	M = F	4,7%	4 F > 1 M
Pataki e Carlson, 95	- 3%	M ≥ F	0,4 a 6,4%	?
Mirza e Michael, 96	1,8%	M = F	4,7 a 8,9%	2 a 3 F > 1 M
Birmaher et al., 96	0,4 a 2,5%	M = F	0,4 a 8,3%	2 F > 1 M
Kazdin e Marciano, 98	2%	M > F	2 a 8%	5 F > 1 M
Bandim et al., 95	1 a 3%	2 M > 1 F	4,7%	F = M
I, 96	0,4 a 1,9%	M ≥ F	1,2 a 4,7%	F > M
Herkov e Myers, 96	2%	M = F	5%	F > M
Sadler, 91	-	-	1,5%	-
Scivoletto et al., 94	-	-	4,7%	F > M
Harrington, 95	-	-	2 a 3%	2 F > 1 M
Walter, 96	-	-	10%	2 F > 1 M
Besseghini, 97	-	-	4,7%	F > M
Patten et al., 97	-	-	0,4 a 7,0%	-

Observa-se que a prevalência da depressão na infância e adolescência varia amplamente na literatura. Entretanto boa parte dos autores faz referência ao artigo de Kashani et al. (1987) que utilizaram entrevista estruturada em amostra comunitária de 150 adolescentes de 14 a 16 anos, nos EUA, e encontraram as taxas de prevalência para DM de 4,7% e para DD de 3,3% (Abou-Nazel et al., 1991; Bandim et al., 1995; Besseguini, 1997; Bhatara, 1992; Brent, 1993; I, 1996; Scivoletto et al., 1994), podendo ser considerado uma referência clássica nesta área.

Artigos de Pesquisa

Em relação a estudos epidemiológicos em amostras comunitárias com adolescentes encontramos os seguintes artigos: Garrison et al. (1992) utilizando a entrevista semi-estruturada *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia in School*

Age Children (K-SADS, Chambers et al., 1985) em 3283 adolescentes de 12 a 14 anos de idade, nos EUA, obtiveram os índices de prevalência-ano para DM de 9,04% em meninos e de 8,90% em meninas, e para DD de 7,98% em meninos e de 5,00% em meninas. Novamente utilizando a entrevista K-SADS, Garrison et al. (1996), nos EUA, em 247 adolescentes de 11 a 16 anos de idade, encontraram 3,3% como prevalência-ano para DM e 3,4% para DD, não havendo diferença entre os gêneros. Roberts et al. (1995), nos EUA, também utilizando a entrevista K-SADS, em 1709 adolescentes de 14 a 18 anos de idade, encontraram 2,6% de prevalência-ponto. Kessler e Walters (1998), nos EUA, utilizando a entrevista estruturada *Composite International Diagnostic Interview* versão modificada (CIDI-M, *World Health Organization*, 1990) em uma amostra representativa nacional de 1769 participantes de 15 a 24 anos de idade no estudo *National Comorbidity Survey* (NCS) obtiveram a prevalência-ano de 12,4% para DM e de 7,1% para Depressão Menor (Dm), com uma diferença estatisticamente significativa de 2 meninas para cada menino no diagnóstico de DM, porém sem diferença significativa quanto à faixa etária. Larsson et al. (1991), na Suécia, empregando os critérios diagnósticos do DSM-III-R (Associação Americana de Psiquiatria, 1987) em 605 adolescentes de 13 a 18 anos de idade, encontraram a prevalência-ponto de 4% sem diferenças significativas entre gênero e idade. Olsson e von Knorring (1999), na Suécia, aplicando a entrevista estruturada *Diagnostic Interview for Children and Adolescents*, versão revisada (DICA-R-A, Hersanic & Reich, 1982), em 2270 adolescentes com 16 e 17 anos de idade, obtiveram a prevalência-ano de 5,8% para DM com a proporção de 4 meninas para cada menino, e para DD de 2,0% com a proporção de 2 meninas para cada menino. Anderson et al. (1987), na Nova Zelândia, empregando a entrevista estruturada *Diagnostic Interview Schedule for Children, Child Version* (DISC-C, *National Institute of Mental Health*, Costello et al., 1982) em 792 jovens, com 11 anos de idade, encontraram a taxa de 1,8% de prevalência-ano para transtornos depressivos com predomínio de 5 meninos para cada menina. Cooper e Goodyer (1993), na Inglaterra, investigando com a entrevista DISC 1072 estudantes do sexo feminino de 11 a 16 anos de idade, encontraram a taxa de prevalência-ano de 6,0% para DM. Estas pesquisas encontram-se sintetizadas na tabela 4.

Tabela 4

Prevalência de Transtornos Depressivos em Adolescentes, segundo artigos de pesquisa

Autor (es)	País	Instr.	n	Idade	Prevalência	Gênero	↑ Taxa c/ ↑ Idade
Garrison et al., 92	EUA	K-SADS	3283	12 a 14	Ano DM=M 9,04% x F 8,90% DD=M 7,89% x F 5,00%	-	-
Garrison et al., 96	EUA	K-SADS	247	11 a 16	Ano DM = 3,3% DD = 3,4%	F = M	-
Roberts et al., 95	EUA	K-SADS	1709	14 a 18	Ponto DM = 2,6%	-	-
Kessler e Walters, 96	EUA	CIDI-M	1769	15 a 24	Ano DM=12,4% Dm=7,1%	2F > 1M	sem ≠
Larsson et al., 91	Suécia	DSM III-R	605	13 a 18	DM= 4%	sem ≠	sem ≠
Olsson e von Knorring, 99	Suécia	DICA-R-A	2270	16 a 17	Ano DM=5,8% DD=2,0%	4F > 1M 2F > 1M	-
Anderson et al., 87	Nova Zelândia	DISC-C	792	11	Ano TR. DEPR.= 1,8%	1F < 5M	-
Cooper e Goodyer, 93	Inglaterra	DISC	1072	11 a 16	Ano DM = 6,0%	-	-

Observa-se quanto aos resultados e a metodologia empregada nos artigos de pesquisa citados que existem muitas diferenças, demonstrando a necessidade de maior número de investigações e uma padronização de metodologia.

Epidemiologia de Sintomas Depressivos em Adolescentes

Artigos de Pesquisa com Outros Instrumentos de Auto-Avaliação, além da CDI

Pesquisas recentes sobre sintomas depressivos em adolescentes, através de outros questionários de auto-avaliação, que não o CDI, em amostras comunitárias, encontraram os seguintes resultados: Garrison et al. (1992), nos EUA, em estudo utilizando a escala *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (CES-D, Radloff, 1977) em 3283 participantes de 12 a 24 anos de idade, encontraram os escores médios para meninas de 25,6 e para meninos de 19,5, representando uma diferença significativa em relação ao gênero. Roberts e Chen (1994), nos EUA, em estudo étnico empregando a escala CES-D, com ponto de corte 16, em 3200 estudantes de 11 a 14 anos de idade, obtiveram as taxas de 35,7% nos anglo-descendentes e de 47,5% nos mexicano-descendentes, com predomínio das meninas sobre os meninos, não havendo diferença significativa quanto ao fator idade. Culp et al. (1995), nos EUA, também usando a escala CES-D, com ponto de corte 16,

em 220 estudantes, de 12 a 18 anos de idade, obtiveram a taxa de 57%, e não encontraram diferença significativa entre os gêneros ou idade e os adolescentes, nesta pesquisa, obtiveram os escores médios nas meninas de 19,1 e nos meninos de 17,2. Berganza e Aguillar (1992), na Guatemala, em estudo com a escala CES-D, modificada, com ponto de corte 21, em 339 estudantes com 15 anos de idade, obtiveram a taxa de 35,1%, com predomínio de 2,5 meninas para cada menino, diferença estatisticamente significativa, e escores médios para as meninas de 20,78 e para os meninos de 15,69. Olsson e von Knorring (1997b), na Suécia, ainda com a escala CES-D, pesquisando 2272 estudantes com 16 e 17 anos de idade, encontraram os seguintes resultados, no ponto de corte 16: 32,4%, no ponto de corte 24: 16,9% e no ponto de corte 30: 10,3%, com predomínio de 2 a 3 meninas para cada menino, diferença significativa estatisticamente e citam os escores médios para as meninas de 16,53 e para os meninos de 9,85. Novamente Olsson e von Knorring (1999), na Suécia, empregando duas escalas de auto-avaliação, a CES-D em ponto de corte 30 e a *Beck Depression Inventory* (Beck et al., 1961) em ponto de corte 11, na mesma amostra da pesquisa anterior (1997), obtiveram o resultado de 12,3%, com uma diferença de 3 meninas para cada menino. Emslie et al.(1990), nos EUA, aplicaram em 3294 estudantes com 16 anos de idade as escalas BDI com o ponto de corte 16, com resultado de 18% e *Weingberg Screening Affective Scale* (WSAS, Weingberg & Emslie, 1988) com o resultado de 13% (obs.: não cita ponto de corte), com predomínio estatisticamente significativo das meninas sobre os meninos. Larsson e Melin (1990), na Suécia, utilizando a escala BDI no ponto de corte 16, em 547 estudantes de 13 a 18 anos de idade, encontraram a taxa de 10%, com uma diferença de 9 meninas para cada menino, sendo que só meninas apresentaram escore igual ou superior a 24 e neste estudo não houve diferença significativa quanto ao fator idade e os escores médios nas meninas foram de 8,5 e nos meninos de 4,2. Larsson et al. (1991), na Suécia, pesquisando em 605 estudantes com idade de 13 a 18 anos, com a escala BDI, no ponto de corte 16, encontraram o valor de 9%, com escores médios nas meninas de 7,2 e nos meninos de 5,7 e não observaram diferença significativa entre os sexos ou idade. Olsson e von Knorring (1997a), na Suécia, em estudo de validação em seu país da escala BDI, aplicada em 2270 estudantes com 16 e 17 anos de idade, obtiveram os seguintes resultados no ponto de corte 16: meninas 14,2% e meninos 4,8%; no ponto de corte 21: meninas 7,0% e meninos 1,7%, e no ponto de corte 30: meninas 1,2% e meninos 0,4%, com predomínio de 3 a 4 meninas para cada menino, e escores médios nas meninas de 7,79 e nos meninos de 4,23.

Outros autores utilizando outras escalas realizaram os seguintes estudos: Baron e Campbell (1993), no Canadá, avaliando 153 adolescentes entre 14 e 16 anos de idade, com a escala BDI encontraram os escores médios nas meninas de 10,66 e nos meninos de 7,16 e com a escala *Reynolds Adolescent Depression Scale* (RADS; Reynolds, 1986) os escores médios nas meninas de 58,13 e nos meninos de 49,66, havendo um predomínio de meninas sobre os meninos, estatisticamente significativa em ambas as escalas. Lamb e Pusker (1991), nos EUA, aplicando a escala RADS, no ponto de corte 77, em 69 estudantes da área rural entre 16 e 18 anos, acharam a taxa de 14,1% com uma diferença de 4 meninas para cada menino. Cooper e Goodyer (1993), na Inglaterra, pesquisando em 1072 estudantes somente do sexo feminino de 11 a 16 anos de idade, com a escala *Mood and Feelings Questionnaire* (MFQ; Costello & Angold, 1988), no ponto de corte de 35, obtiveram a taxa de 12,2%, referindo um nítido efeito de aumento dos escores com o avanço da idade. Patten et al. (1997), nos EUA, em ampla pesquisa envolvendo 5531 adolescentes entre 12 e 17 anos de idade, utilizando a escala *Kandel and Davies* (KD, Kandel & Davies, 1982), no ponto de corte 13, encontraram a taxa de 15%, com predomínio significativo das meninas sobre os meninos e aumento das taxas ocorrendo nos adolescentes mais velhos, principalmente entre as garotas. Feijó et al. (1997), no Brasil, aplicando a escala *Montgomery Asberg Depression Rating Scale* (MADRS, Montgomery & Asberg, 1979) no ponto de corte 10, em 126 participantes entre 13 e 20 anos de idade, obtiveram taxa de 11%, com predomínio das meninas sobre os meninos, e não encontraram diferença significativa no fator idade. Ivarson e Gillbert (1997), na Suécia, utilizando a escala *Birleson Depression Self Rating Scale* (DSRS; Birleson, 1981) no ponto de corte 15, em 509 estudantes entre 13 e 18 anos de idade, encontraram a taxa de 7%, com predomínio significativo das meninas sobre os meninos e não obtiveram diferença significativa no fator idade, sendo que os escores médios foram de 7,8 para as meninas e 6,1 para os meninos. Estes dados encontram-se resumidos na tabela 5.

Tabela 5

Prevalência de sintomas depressivos segundo escalas de auto-avaliação além da CDI

Autor (es)	Escala	Ponto corte	n	Idade	Taxa Sintomas	Gênero	↑ Taxa c/ ↑ Idade	País
Garrinson et al., 92	CES-D	-	3283	12 a 14	-	F > M	-	EUA
Roberts e Chen, 94	CES-D	16	3200	11 a 14	Anglo: 35,7% Mexic: 47,5%	F > M	sem ≠	EUA
Culp et al., 95	CES-D	16	220	11 a 18	57%	sem ≠	sem ≠	EUA
Berganza e Aguilar, 92	CES-D	21	339	15	35,1%	2,5 F > 1 M	-	Guatemala
Olsson e von Knorring, 97	CES-D	2,16 24 30	2272	16 a 17	32,4% 16,9% 10,3%	2-3 F > 1 M	-	Suécia
Olsson e von Knorring, 99	CES-D BDI	30 11	2272	16 a 17	12,3%	3 F > 1 M	-	Suécia
Emslie et al., 90	BDI WSAS	16 -	3294		18% 13%	F > M	-	EUA
Larsson e Melin, 90	BDI	16	547	13 a 18	10%	9 F > 1 M	sem ≠	Suécia
Larsson et al., 91	BDI	16	605	13 a 18	9%	sem ≠	sem ≠	Suécia
Olsson e von Knorring, 97	BDI	16 22 30	2270	16 a 17	F: 14,2% x M: 4,8% F: 7,0% x M: 1,7% F: 1,2% x M: 0,4%	3 a 4 F > 1 M	-	Suécia
Baron e Campbell, 93	BDI RADS	- -	153	14 a 16	-	F > M	-	Canadá
Lamb e Pusker, 91	RADS	77	69	16 a 18	14,1%	4 F > 1 M	-	EUA
Cooper e Goodyer, 93	MFQ	35	1072 F	11 a 16	12,2%	-	≠	Inglaterra
Patten et al., 97	KD	13	5531	12 a 17	15%	F > M	≠	EUA
Feijó et al., 97	MADRS	10	126	13 a 20	11%	F > M	sem ≠	Brasil
Ivarsson e Gillbert, 97	DSRS	15	509	13 a 18	7%	F > M	sem ≠	Suécia

Artigos de Pesquisa com a *Children's Depression Inventory* (CDI)

Os seguintes estudos se referem especificamente a pesquisas nas quais foi empregada a escala de auto-avaliação *Children's Depression Inventory* (CDI, 1977-1992): Charman (1994), na Inglaterra, pesquisou a estabilidade do humor depressivo em 286 adolescentes estudantes entre 12 e 13 anos de idade, com as escalas de auto-avaliação DSRS e CDI, e encontrou com a escala CDI, no ponto de corte de 15, o resultado de 8%, não havendo diferença significativa entre os gêneros. Chartier e Lassen (1994), nos EUA, investigando 792 estudantes entre 13 e 18 anos de idade, no ponto de corte de 19, encontraram 8,3%, sem diferença estatisticamente significativa em relação a idade ou gênero, porém, em relação aos escores médios houve uma diferença estatisticamente significativa em relação ao gênero, com escore médio total de 9,10, sendo 9,68 para as meninas e 8,24 para os meninos. Donnelly (1995), na Irlanda do Norte, examinando 887 estudantes entre 11 e 15 anos de idade, com o ponto de corte de 17, encontrou a taxa de 11,6%, e com o ponto de corte de 13, a taxa de 26,8%. O autor dividiu a amostra em 4

grupos com as seguintes idades médias: 11,7, 12,6, 13,6 e 14,7 anos, e encontrou uma diferença estatisticamente significativa no gênero somente no grupo de maior idade (14,7 anos), sugerindo que a diferença de sexo na depressão pode começar na faixa intermediária da adolescência. Smucker et al (1986), nos EUA, examinando as propriedades psicométricas da escala em 1252 estudantes entre 8 e 16 anos de idade, encontraram o escore médio de 9,09, sendo assim distribuído 8,99 nas meninas e 9,21 nos meninos, não tendo sido observada diferença significativa entre os sexos. Reynolds et al (1985), nos EUA, investigando depressão em 166 participantes com idade entre 8 e 12 anos de idade, obtiveram os escores médios de 9,00 nas meninas e 7,82 nos meninos, não havendo diferença estatisticamente significativa entre os sexos. Abou-Nazel et al (1991), no Egito, em estudo sobre depressão em 1561 estudantes entre 11 e 17 anos de idade encontraram a taxa de 10,25%, no ponto de corte de 25, sendo que, no grupo de maior idade e no sexo feminino foram encontradas as taxas mais elevadas, porém sem diferença estatisticamente significativa. Gouveia et al (1995), no Brasil, em estudo de adaptação da escala em 305 estudantes entre 8 e 15 anos de idade, definiram a escala como unidimensional e com aceitável consistência interna, sugeriram o ponto de corte de 17 como indicador de provável quadro depressivo, e quanto aos fatores sexo e idade não encontraram diferença estatisticamente significativa. Bandim et al (1997), no Brasil, investigando a prevalência de ideação suicida em 270 estudantes entre 9 e 13 anos de idade demonstraram uma relação importante entre ideação suicida e sintomatologia depressiva, havendo a seguinte distribuição de escores médios no grupo com ideação suicida: meninas com 10,32 e meninos com 12,32, sendo a diferença estatisticamente significativa. Bandim et al (1998), no Brasil, avaliando o rendimento escolar e sintomas depressivos em 200 estudantes entre 9 e 12 anos de idade, encontraram uma diferença estatisticamente significativa entre o grupo de crianças com sintomas depressivos e o grupo controle, principalmente nas disciplinas de Português e Ciências.

Outros investigadores, aplicando a escala CDI, realizaram os seguintes estudos: Finch Jr. et al (1985), nos EUA, pesquisando 1463 estudantes entre 7 e 16 anos de idade obtiveram o escore médio total de 9,65, sendo 9,01 nas meninas e 10,33 nos meninos. Portanto, as meninas relataram menos sintomas depressivos que os meninos com diferença significativa, e os grupos mais velhos relataram mais sintomas depressivos que os grupos mais novos, novamente com diferença significativa. Doerfler et al (1988), nos EUA, comparando duas escalas de avaliação de depressão em 1207 estudantes entre 12 e 18 anos de idade, em comunidade rural, encontraram com a escala CES-D, no ponto de corte de 16

a taxa de 46% e no ponto de corte de 31 a taxa de 10%, e com a CDI, no ponto de corte de 19, o índice de 10%, não havendo nos resultados, em ambas as escalas, diferença estatisticamente significativa nos fatores sexo e idade. Saylor et al (1984a), nos EUA, investigando sobre os procedimentos e correlações de escala CDI, em 111 estudantes entre 8 e 13 anos de idade, identificaram maiores índices de sintomas depressivos em crianças menores do que em crianças maiores, sugerindo que crianças menores são mais propensas a relatarem sintomas depressivos. Já Saylor et al (1984b), nos EUA, aplicando a CDI em 133 estudantes entre 8 a 14 anos de idade, não encontraram diferença significativa no fator idade. Blechman et al (1986), nos EUA, avaliando sintomas depressivos e desempenho em 169 estudantes entre 9 e 12 anos de idade, com a escala CDI-M (20 ítems), encontraram que crianças com baixo desempenho acadêmico e social apresentavam os mais altos níveis de sintomas depressivos. Reinherz et al (1990), nos EUA, avaliando 378 estudantes entre 13 e 16 anos de idade, encontraram no ponto de corte de 12 o índice de 21%, representando 26% das meninas e 15% dos meninos, sem diferença estatisticamente significativa quanto ao nível sócio-econômico e estrutura familiar. E Curatolo (2000), no Brasil, investigando 578 estudantes entre 7 e 12 anos de idade, da primeira a quarta série do Ensino Fundamental, no ponto de corte de 17, encontrou a taxa de 21,2%, com a distribuição de uma menina para cada menino. Estes dados encontram-se resumidos na tabela 6.

Tabela 6

Prevalência de sintomas depressivos em adolescentes - CDI

Autor (es)	País	n	Idade	Ponto corte	Taxa	Escore médio	Esc.médios F x M	Gênero	Idade
Charman, 94	Inglat.	286	12-13	15	8,00%	-	-	sem ≠	-
Chartier Lassen, 94 ^e	EUA	792	13-18	19	8,30%	9,10	F=9,68xM=8,24	sem ≠	sem ≠
Donelly, 95	Irlanda Norte	887	11-15	13 17	26,80% 11,60%	-	-	-	≠
Smucker et al, 86	EUA	1252	8-16	-	-	9,03	F=8,99xM=9,21	sem ≠	-
Reynolds et al, 85	EUA	166	8-12	-	-	-	F=9,00xM=7,82	sem ≠	-
Abou-Nazel et al, 91	Egito	1561	11-17	25	10,25%	-	-	sem ≠	sem ≠
Gouveia et al, 95	Brasil	305	8-15	-	-	-	-	sem ≠	sem ≠
Finch et al, 85	EUA	1463	7-16	-	-	9,65	F=9,01xM=10,33	≠	≠
Doerfler et al, 88	EUA	1207	12-18	19	10,00%	-	-	sem ≠	sem ≠
Saylor et al, 84 b	EUA	133	8-14	-	-	-	-	-	sem ≠
Reinhertz et al, 90	EUA	378	13-16	12	21,00%	-	-	≠	-
Curatolo, 00	Brasil	578	7-12	17	21,20%	-	-	sem ≠	-

CAPÍTULO III

METODOLOGIA

Este capítulo descreve a metodologia empregada no estudo apresentando os participantes, as características da amostra, o procedimento, o instrumento de pesquisa utilizado, a forma empregada para o tratamento e análise dos dados e as limitações metodológicas

Participantes

Foram avaliados estudantes, na cidade de Curitiba, provenientes de uma escola pública estadual, de Ensino Fundamental e Médio, situada em bairro próximo ao centro, envolvendo as séries 5^a (4 turmas), 6^a (2 turmas), 7^a (2 turmas) e 8^a (2 turmas) do Ensino Fundamental e as 1^a (5 turmas) e 2^a (5 turmas) séries do Ensino Médio. Sendo 11 turmas do período da manhã e 9 turmas do período da tarde.

Características da Amostra

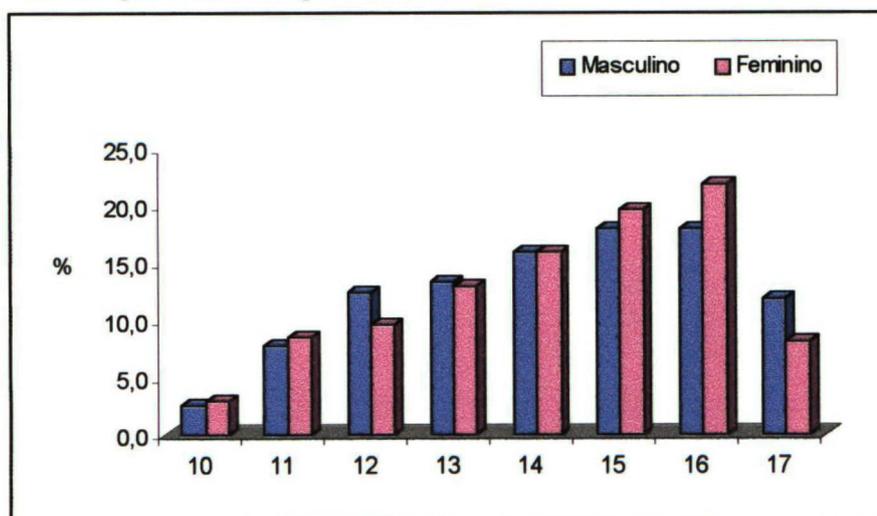
Foram aplicados 505 questionários, dos quais foram considerados e avaliados 463, tendo em vista que 22 estavam incompletos e 20 apresentavam idade superior a 17 anos. Os participantes apresentaram idade entre 10 e 17 anos, sendo 269 meninas (58,1%) e 194 meninos (41,9%), estando distribuídos da seguinte forma através das oito faixas etárias: 1) 10 anos: n = 13 (8 meninas e 5 meninos); 2) 11 anos: n = 38 (23 meninas e 15 meninos); 3) 12 anos: n = 50 (26 meninas e 24 meninos); 4) 13 anos: n = 61 (35 meninas e 26 meninos); 5) 14 anos: n = 74 (43 meninas e 31 meninos); 6) 15 anos: n = 88 (53 meninas e 35 meninos); 7) 16 anos: n = 94 (59 meninas e 35 meninos); e 8) 17 anos: n = 45 (22 meninas e 23 meninos). Não houve diferença estatística na distribuição de idade e do sexo (p = 0,834). Estes dados encontram-se resumidos na tabela 7 e no gráfico 1.

Tabela 7
Distribuição da amostra por idade e sexo

Idade (anos)	Masculino		Feminino		Total		Relação F / M
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
10	05	2,6	08	3,0	13	2,8	1,6
11	15	7,7	23	8,5	38	8,2	1,5
12	24	12,4	26	9,7	50	10,8	1,1
13	26	13,4	35	13,0	61	13,2	1,3
14	31	16,0	43	16,0	74	16,0	1,4
15	35	18,0	53	19,7	88	19,0	1,5
16	35	18,0	59	21,9	94	20,3	1,7
17	23	11,9	22	8,2	45	9,7	1,0
TOTAL	194	100,0	269	100,0	463	100,0	1,4
		41,9		58,1			

$\chi^2_{\text{calc}} = 3,50$; $p = 0,8347$ (Qui-Quadrado).

Gráfico 1
Distribuição da amostra por idade e sexo



FONTE: Tabela 7

Procedimento

O primeiro passo na implementação do estudo foi contatar a diretora do colégio, que foi visitada pelo autor, quando recebeu uma carta esclarecendo os objetivos e a importância da pesquisa e solicitação de autorização para implementá-la. No dia combinado o autor e dois estudantes do 4º ano do curso de Psicologia da UFPR aplicaram o CDI nas salas de aulas. A aplicação seguiu um procedimento padrão assim realizado: o supervisor educacional levou o investigador até a sala de aula onde foi esclarecido o motivo da pesquisa, enfatizado que a participação e o preenchimento do questionário era opcional, assim como assegurado o tratamento sigiloso e o anonimato dos dados fornecidos. Em seguida os questionários foram distribuídos e lidas em voz alta, pelo

investigador, as instruções de preenchimento, enquanto os estudantes acompanhavam em leitura silenciosa. O investigador permaneceu na sala de aula até a completa realização dos questionários, todos aplicados no mesmo dia. A diretora, os supervisores educacionais e os alunos foram informados sobre os locais apropriados onde poderiam procurar atendimento em caso de necessidade.

Instrumento

Esta subseção divide-se em dois tópicos: 1) Escalas de avaliação: que oferece uma visão geral sobre a importância atual do emprego deste tipo de instrumento em pesquisas epidemiológicas; 2) O questionário de auto-avaliação utilizado neste estudo: *Children's Depression Inventory* (CDI).

Escalas de Avaliação

Antes da existência e da disseminação de instrumentos de avaliação as cifras sobre a incidência de depressão na infância e na adolescência eram raras e pouco consideradas. Hoje, a instrumentação para esta avaliação evoluiu muito e já existe um maior volume de dados. Isso iniciou na década de 80, quando então os instrumentos de avaliação, surgidos ao final dos anos 70, foram suficientemente conhecidos e utilizados, permitindo a confluência de informações (Del Barrio & Moreno, 1996; Lima & Bizouard, 1992; Reynolds et al., 1985).

Em psicologia e em psiquiatria as escalas de avaliação surgiram na mesma linha dos códigos internacionais de diagnóstico, qualificando e quantificando sintomas através de questionários estruturados, a partir do aparecimento de critérios de diagnóstico como os do *Research Diagnostic Criteria* (RDC, Spitzer et al, 1978). E também se realizaram esforços no sentido do aprimoramento conceitual e operacional do diagnóstico dos transtornos mentais, que ocorreu devido à utilização de técnicas de entrevistas padronizadas estruturadas ou semi-estruturadas e escalas de avaliação quantitativa da sintomatologia, e ao desenvolvimento da tendência de definir categorias nosológicas através de critérios operacionais de inclusão e exclusão. Esses critérios diagnósticos não têm vinculações com postulados teóricos sobre etiologia, pois objetivam definir claramente amostras de pacientes e permitir que uma investigação possa ser entendida e sobretudo reproduzida (Carvalho & Sougey, 1997).

A ausência de testes laboratoriais e de marcadores de transtornos mentais faz com que muita importância recaia sobre as escalas de avaliação e as entrevistas padronizadas em epidemiologia e em pesquisas de um modo geral. Segundo Feijó (1996), a psicologia, para receber o status de ciência, acrescentou técnicas de quantificação (medidas e tratamento estatístico) às costumeiras proposições teóricas de qualificação (definições, abstrações e elaborações). A elaboração das escalas de avaliação permitiu a quantificação de impressões clínicas subjetivas (Lima & Bizouard, 1992), e a maior aplicação das escalas de avaliação se encontra na pesquisa em amostras populacionais. O uso de escalas de avaliação tem exercido papel de destaque na pesquisa, nas últimas décadas, e representam a tentativa de padronizar os dados obtidos através da observação, tornando-os mais objetivos. São utilizadas para reconhecimento de casos, ~~classificação~~ classificação de distúrbios, pesquisa epidemiológica ou etiológica, no acompanhamento da evolução, além do prognóstico e escolha de tratamento (Bandim et al., 1995; Culp et al., 1995; Stoppe Jr., 1993).

A construção de escalas de avaliação para identificar a depressão infantil e sua severidade é um importante passo para um sistema de quantificação necessário em pesquisas comunitárias. Em estudos epidemiológicos sobre sintomas depressivos em adolescentes, o uso de instrumentos padronizados é fundamental para alcançar qualidade nas comparações efetuadas. Especialmente nos transtornos depressivos, as escalas de avaliação são de grande utilidade em pesquisas clínicas e em estudos de natureza epidemiológica, medindo a intensidade da depressão e podendo ser aplicadas, também, na averiguação da eficácia terapêutica (Pinto, 1997; Serra, 1994).

Dentre os métodos de avaliação, as escalas de auto-avaliação têm predominado. Auto-relatos são particularmente importantes na avaliação da depressão, pois sintomas-chaves como tristeza, sentimento de inutilidade e perda de interesse em atividades refletem sentimentos subjetivos e autopercepções. Crianças são freqüentemente consideradas melhores fontes de informações a respeito de sintomas internos do que seus pais, e é sabido que a criança, a partir dos 10 anos é capaz de relatar sintomas com uma confiabilidade razoável (Edelbrock et al., 1985; Garrison et al., 1992; Harrington, 1995; Kazdin, 1994; Lewinsohn et al., 1994; Olsson & von Knorring, 1999; Reynolds et al., 1985). Em linhas gerais, adverte-se que a criança, apesar de sua imaturidade, é o melhor informante sobre suas emoções, e que os adolescentes oferecem relatos mais sensíveis de problemas de foro íntimo do que seus pais ou outros observadores externos (Charman, 1994; Compas et al., 1997; Donnelly, 1995; Kazdin et al., 1983; Kent et al., 1997).

Estudos sobre depressão na infância e adolescência têm se utilizado de forma crescente de instrumentos de auto-avaliação como ferramenta de medida primária. Um corpo significativo de pesquisas tem demonstrado confiabilidade e validade de alguns desses instrumentos (Charman, 1994). Avaliações com critérios diagnósticos do DSM III-R para DM baseadas em escalas de auto-avaliação encontraram resultados semelhantes com os obtidos em entrevistas estruturadas (Larsson et al., 1991). As escalas auto-aplicáveis devem ser breves e simples, apresentando informação válida e confiável para relacionar-se com o humor depressivo e com a sintomatologia depressiva (Gonzalez-Forteza & Ruiz, 1993). Um desses instrumentos, o questionário de auto-avaliação de depressão de Hamilton, utilizado em diversas pesquisas, apresentou alta correlação com entrevistas clínicas e, em relação à previsão de suicídios, conseguiu um melhor resultado do que a avaliação clínica (Carvalho et al, 1993). Importante ressaltar que as escalas de avaliação não visam a substituição do exame clínico e não fazem diagnóstico, apenas o sugerem (Bandim et al., 1995; Stoppe Jr., 1993).

Children's Depression Inventory (CDI)

Concomitantemente ao desenvolvimento e aperfeiçoamento dos critérios diagnósticos para depressões na infância e na adolescência, surgiram inventários e escalas para avaliação específica da sintomatologia depressiva. Em relação aos métodos existentes para o estudo da depressão na infância e adolescência, os de avaliação objetiva começam a ser preferidos às entrevistas clínicas, e dentre estes, a escala mais usada é a *Children Depression Inventory* (CDI), adaptada por Kovacs, em 1977, do Inventário de Depressão de Beck (BDI, 1967).

Em relação aos parâmetros psicométricos (consistência interna, validação, confiabilidade, teste-reteste e estabilidade) do CDI, os estudos realizados até então o definem como satisfatório, e foram encontradas correlações positivas e significativas dos escores do CDI com o diagnóstico clínico (Cole, 1991; Del Barrio e Moreno, 1996; Kovacs, 1985; Kronenberg et al., 1988; Villamizar & Ezpeleta, 1988). Vários estudos têm avaliado sua consistência interna, fatores estruturais, confiabilidade, teste e reteste, estabilidade, métodos de administração e escores de ponto de corte para delinear casos de depressão (Gouveia et al., 1995; Kazdin & Marciano, 1998; Kent et al., 1997; Reynolds et al., 1985; Smucker et al., 1986). O CDI possui alta consistência interna e estabilidade, tendo sido

validado em amostras comunitárias e clínicas por vários autores (Charman, 1994; Chartier & Lassen, 1994; Donnelly, 1995; Larsson & Mellin, 1990; Reynolds et al., 1985).

Quanto às normas diagnósticas, talvez o CDI represente o instrumento de avaliação psicológica e psiquiátrica infantil com maior número de estudos. Tem sido utilizado em diversos países, mostrando-se útil para o que se propõe: identificar crianças e adolescentes com índices de depressão considerados desviantes. Smucker et al. (1986) em estudo de avaliação da CDI definiram que a escala apresenta adequadas características psicométricas e homogeneidade, servindo para investigar a depressão em crianças e adolescentes. Gouveia et al (1995) adaptaram o CDI para a realidade brasileira, e o consideraram um instrumento unidimensional com aceitável consistência interna.

O CDI surgiu nos Estados Unidos e sua última edição é de 1992. Mede sintomas depressivos em crianças e adolescentes em idade escolar, na faixa de 7 a 17 anos, tanto através da auto-avaliação quanto das respostas de informantes (pais, professores ou amigos). Ao todo são 27 itens distribuídos entre os sintomas afetivos, cognitivos e comportamentais. Cada item consiste em três possibilidades denominadas 0, 1 ou 2, indicando uma severidade crescente do sintoma avaliado, conforme a seguinte escala:

Pontuação	Significado
0	ausência de sintoma
1	sintoma leve
2	sintoma bem definido

A criança ou adolescente escolhe a opção que melhor o descreve durante as duas últimas semanas. A pontuação total varia de 0 a 54, e aproximadamente 50% dos itens começam com a escolha que reflete a maior severidade do sintoma, e no restante, a seqüência das escolhas é modificada. O ponto de corte mais apropriado para uso em amostras populacionais é a pontuação de 19. O CDI diferencia crianças e adolescentes com o diagnóstico de depressão maior ou distímia daqueles portadores de outros transtornos psiquiátricos ou dos normais. Como parâmetros psicométricos apresenta aceitável confiabilidade e validação, sendo o coeficiente alfa Cronbach's para os 27 itens, em amostras normativas de 0,86, indicando boa confiabilidade e consistência interna. O instrumento também apresenta um nível aceitável de estabilidade avaliado pela correlação teste-reteste, e sua validação está bem estabelecida (Kovacs, 1992).

O instrumento empregado neste estudo foi o questionário de auto-avaliação CDI de Kovacs (1992), anexo I, traduzido e adaptado para estudantes brasileiros por Gouveia et

al. (1995), anexo II. Após a realização de um estudo piloto, o CDI traduzido por Gouveia et al. (1995) foi modificado. As modificações realizadas envolveram uma reorganização do instrumento e uma nova tradução, que se mostrou mais fiel ao texto original. Esta foi a forma do CDI empregada neste estudo, apresentada no anexo III.

Tratamento e Análise dos Dados

A análise descritiva dos dados foi feita através de tabelas e gráficos. Para a comprovação do objetivo desse trabalho foram utilizados Análise da Variância (ANOVA), o teste paramétrico "t de Student" e os não-paramétricos "Mann-Whitney", "Comparação entre Duas Proporções" (obtidos pelo *software "Primer of Biostatistics"*) e "Qui-Quadrado com correção de Yates" (pelo *software "Epi-Info"*). O nível de significância (ou probabilidade de significância) mínimo adotado foi de 5%.

Limitações Metodológicas

Foram antecipados os seguintes fatores limitantes na generalização dos resultados:

1. A utilização de somente uma escola no estudo.
2. Não inclusão de idade inferior a 10 anos.

CAPÍTULO IV

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo divide-se em quatro seções, as três primeiras relacionadas aos objetivos da pesquisa, contendo cada uma delas os resultados encontrados seguidos pela discussão, e a última seção apresenta um resumo dos resultados.

Índice de Sintomas Depressivos

Resultados

Na população estudada de 463 estudantes entre 10 e 17 anos de idade, o escore médio total foi de 13,0 com desvio padrão de 7,0 (mínimo de 0,0 e máximo de 40,0) e a mediana foi de 12,0, com a seguinte distribuição por gênero: meninas de 14,4 com desvio padrão de 7,2 (mínimo de 0,0 e máximo de 40,0) e mediana de 13,0; meninos 11,1 com desvio padrão de 6,2 (mínimo de 0,0 e máximo de 29,0) e mediana de 10,0, representando uma diferença estatisticamente significativa ($p < 0,0001$). Os escores nas meninas variaram de um mínimo de 0,0 a um máximo de 40,0 e nos meninos de um mínimo de 0,0 a um máximo de 29,0. Do total dos participantes ($n = 463$), 269 eram meninas e 194 meninos, com idade mínima de 10 e máxima de 17 anos, e idade média de 14,2 anos, com desvio padrão de 1,9. Estes dados encontram-se resumidos na tabela 8.

Tabela 8
Estatística descritiva da idade e do escore em relação ao sexo

Dados	Nº	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Mediana
IDADE	463	14,2	1,9	10,0	17,0	-
• Masculino	194	14,2	1,9	10,0	17,0	-
• Feminino	269	14,2	1,9	10,0	17,0	-
ESCORE	463	13,0	⁽¹⁾ 7,0	0,0	40,0	12,0
• Masculino	194	11,1	⁽¹⁾ 6,2	0,0	29,0	10,0
• Feminino	269	14,4	⁽¹⁾ 7,2	0,0	40,0	13,0

(1) Desvio padrão muito elevado, recomenda-se utilizar a mediana.

Idade → $t = -0,009$ e $p = 0,992$ (t de Student); Escore → $z = 4,386$ e $p < 0,0001$ (Mann-Whitney).

Aplicando o ponto de corte (PC) de 19 obteve-se a taxa total de 20,3%, representando 94 participantes, com a distribuição de 2,6 meninas para cada menino. Analisando separadamente por gênero verificou-se que 25,3% das meninas e 13,4% dos meninos situaram-se acima do ponto de corte. Utilizando dois outros pontos de corte encontrou-se no ponto de corte 17 a taxa de 28,5% e no ponto de corte 25 a taxa de 7,1%. Estes dados encontram-se resumidos na tabela 9.

Tabela 9

Distribuição dos dados por sexo em relação ao ponto de corte

Ponto corte	Masculino		Feminino		Total		Relação F / M
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
19 :TOTAL	26	27,7	68	72,3	94	100,0	2,6
• % Total		13,4		25,3		20,3	
17 :TOTAL	41	31,1	91	68,9	132	100,0	2,2
• % Total		21,1		33,8		28,5	
25 :TOTAL	06	18,2	27	81,8	33	100,0	4,5
• % Total		3,1		10,0		7,1	

Discussão

O escore médio total encontrado neste estudo (13,0) revelou-se superior aos índices encontrados na literatura, em pesquisas que utilizaram o mesmo instrumento. Finch Jr. et al (1985), nos EUA, em 1463 estudantes entre 7 e 16 anos de idade obtiveram o escore médio total de 9,65 e Smucker et al (1986), nos EUA, em 1252 estudantes entre 8 e 16 anos de idade, obtiveram o escore médio total de 9,09. Deve-se considerar que nestes estudos foram incluídos participantes com idade inferior a 10 anos, o que pode alterar os índices de sintomas depressivos para baixo, justificando, em parte, a diferença encontrada com este estudo. Já no estudo de Reynolds et al (1985), nos EUA, em 166 estudantes com 9 a 12 anos de idade, foram encontrados os escores médios para as meninas de 9,00 e para os meninos de 7,82, inferiores aos obtidos neste estudo, de 14,4 para as meninas e de 11,1 para os meninos, sendo difícil a correlação entre os resultados devido a utilização de diferentes faixas etárias nas amostra dos dois estudos. Na pesquisa de Chartier e Lassen (1994), também nos EUA, em 792 estudantes entre 13 e 18 anos de idade, foi encontrado o escore médio total de 9,10, inferior ao deste estudo, principalmente se considerarmos que os autores incluíram estudantes com idade a partir de 13 anos, onde teoricamente se deve encontrar índices mais elevados de sintomas depressivos. Apesar de existirem poucos estudos relatando escores médios totais com a escala CDI, observa-se que as pesquisas citadas foram todas realizadas nos EUA, e apresentam uma certa homogeneidade nos

resultados, sempre menores do que os encontrados neste estudo, o que permite supor a existência de diferenças culturais envolvidas nesses diferentes resultados.

O índice de 20,3% de sintomas depressivos encontrado nesta pesquisa, no ponto de corte de 19, é superior ao relatado no estudo de Doerfler et al. (1988), nos EUA, de 10%, em 1207 estudantes entre 10 e 18 anos de idade; e ao de Chartier e Lassen (1994), nos EUA, de 8,3%, com 792 estudantes entre 13 e 18 anos de idade. Outros pesquisadores utilizando a escala CDI com diferentes pontos de corte obtiveram os seguintes resultados: Reinhertz et al (1990), nos EUA, em 378 estudantes entre 13 e 16 anos de idade, no ponto de corte de 12, encontraram o índice de 21%. Charman (1994), na Inglaterra, em 286 estudantes com 12 e 13 anos de idade, no ponto de corte de 15, obtiveram a taxa de 8%. Donnelly (1995), na Irlanda do Norte, com 887 estudantes de 11 a 15 anos de idade, no ponto de corte de 13 encontraram o resultado de 26,8% e no ponto de corte de 17 o resultado de 11,6%. Já Curatolo (2000), no Brasil, estudando 578 estudantes com 7 a 12 anos de idade, no ponto de corte de 17 obteve a taxa de 21,2% (superior ao estudo na Irlanda do Norte). Aplicando neste estudo o mesmo ponto de corte de 17, obteve-se a taxa de 28,5%, a qual, respeitando a diferença na faixa etária estudada por Curatolo (2000) também em estudantes brasileiros, poderia sugerir uma similaridade de resultados. Ainda, utilizando o ponto de corte de 25, como realizado no estudo de Abou-Nazel et al (1990), no Egito, em população de faixa etária semelhante ao desta pesquisa, encontrou-se o resultado de 7,1%, mostrando-se inferior ao encontrado na população egípcia de 10,25%. Os índices de sintomas depressivos desta pesquisa mostraram-se superiores aos realizados nos EUA com participantes e ponto de corte iguais, porém, inferiores ao estudo realizado no Egito e semelhantes ao outro estudo brasileiro. Destaca-se a existência de poucas pesquisas que utilizaram o ponto de corte 19, em amostras comunitárias, como recomendado por Kovacs, 1992.

A hipótese de pesquisa especificada como a hipótese estatística alternativa foi confirmada estatisticamente, isto é, o índice de sintomas depressivos dos estudantes adolescentes foi superior a 10% na escala CDI, no ponto de corte de 19.

Índice de Sintomas Depressivos e a Idade

Resultados

Com a finalidade de avaliar a ocorrência dos índices de sintomas depressivos e o

fator idade, a amostra foi separada em oito faixas etárias, que apresentaram os seguintes resultados, no ponto de corte 19: 1) 10 anos: $n = 4$, com a taxa de 4,3% ($p = 0,517$); 2) 11 anos: $n = 9$, com a taxa de 9,6% ($p = 0,745$); 3) 12 anos: $n = 10$, com a taxa de 10,6% ($p = 0,896$); 4) 13 anos: $n = 14$, com a taxa de 14,9% ($p = 0,695$); 5) 14 anos: $n = 17$, com a taxa de 18,1% ($p = 0,648$); 6) 15 anos: $n = 21$, com a taxa de 22,3% ($p = 0,449$); 7) 16 anos: $n = 11$, com a taxa de 11,7% ($p = 0,029$) e 8) 17 anos: $n = 8$, com a taxa de 8,5% ($p = 0,808$). Não houve diferença estatisticamente significativa entre as faixas etárias, entretanto aos 16 anos foi encontrado uma maior concentração para escores inferiores a 19 ($p = 0,029$). Estes dados encontram-se na tabela 10.

Tabela 10
Distribuição dos dados por idade em relação ao ponto de corte

Idade	Até 18		19 e mais		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
10	09	2,4	04	4,3	13	2,8
11	29	7,9	09	9,6	38	8,2
12	40	10,8	10	10,6	50	10,8
13	47	12,7	14	14,9	61	13,2
14	57	15,5	17	18,1	74	16,0
15	67	18,2	21	22,3	88	19,0
16	83	22,5	11	11,7	94	20,3
17	37	10,0	08	8,5	45	9,7
TOTAL	369	100,0	94	100,0	463	100,0

0,517
0,745
0,836
0,695
0,648
0,449
0,029
0,808

10 anos → $z=0,648$ e $p=0,517$; 11 anos → $z=0,325$ e $p=0,745$; 12 anos → $z=-0,131$ e $p=0,896$; 13 anos → $z=0,393$ e $p=0,695$; 14 anos → $z=0,456$ e $p=0,648$; 15 anos → $z=0,757$ e $p=0,449$; 16 anos → $z=2,180$ e $p=0,029$; 17 anos → $z=0,244$ e $p=0,808$ (Proporções).

Discussão

Os resultados indicaram que não houve diferença estatisticamente significativa no fator idade, entretanto encontrou-se uma tendência de aumento dos índices dos sintomas na medida que a idade aumenta durante a adolescência, dos 10 aos 15 anos, e se observou uma redução nas duas faixas etárias de maior idade (16 e 17 anos).

② Artigos de pesquisa sobre a prevalência de transtornos depressivos em adolescentes não encontraram diferença estatisticamente significativa em diferentes faixas etárias (Kessler & Walters, 1998; Larsson et al, 1991), portanto apresentaram resultados semelhantes aos desta pesquisa. Em oito estudos de revisão que fazem referência aos índices de transtornos depressivos e a relação com a idade, todos afirmam que as taxas aumentam entre a infância e a adolescência (Bathara, 1992; Besseguini, 1997; Harrington,

1995; Mirza & Michael, 1996; Pataki & Carlson, 1995; Sadler, 1991; Scivoletto et al, 1994; Walter, 1996). E na revisão sobre depressão na adolescência de Mirza e Michael (1996) existe a afirmação de que dos 10 aos 14 anos de idade ocorre um aumento de três a quatro vezes nas taxas de depressão, tendência ^{N: ABLWTOJ} que foi constatada neste estudo. Já Besseguini (1997) afirma que o aumento se dá a partir dos 9 anos de idade, faixa etária que não foi incluída no atual estudo, podendo indicar que o aumento dos índices de sintomas depressivos inicia antes da idade dos 10 anos, confirmando os dados da literatura de que a depressão está começando cada vez mais cedo. 

Quanto a pesquisas com escalas de auto-avaliação, que não a CDI, seis estudos não encontraram diferença estatisticamente significativa no fator idade (Culp et al, 1995, 12 a 18 anos; Feijó et al, 1997, 13 a 20 anos; Ivarson & Gilbert, 1997, 13 a 18 anos; Larsson & Mellin, 1990, 13 a 18 anos; Larsson et al, 1991, 13 a 18 anos; Roberts & Chen, 1994, 11 a 14 anos), e dois outros obtiveram aumento estatisticamente significativo no fator idade (Cooper & Goodyer, 1993, meninas com 11 a 16 anos ; Patten et al, 1997, 13 a 18 anos). Os achados dos seis primeiros autores são semelhantes aos desta pesquisa, observando-se um predomínio dos estudos onde não ocorreu aumento significativo das taxas de sintomas depressivos durante a adolescência. E quanto aos estudos com a CDI, cinco estudos não encontraram, assim como esta pesquisa, diferença estatisticamente significativa no fator idade (Abou-Nazel et al, Egito 1991; Chartier & Lassen, EUA 1994; Doerfler et al, EUA 1988; Gouveia et al, Brasil, 1995; Saylor et al, EUA 1984b), contra dois com diferença estatisticamente significativa (Donnelly, Irlanda do Norte 1995; Finch Jr. et al, EUA, 1985), e um estudo que encontrou taxas maiores nas faixas etárias menores (Saylor et al, EUA 1984a). Neste estudo também se encontrou taxas mais altas de sintomas depressivos nas faixas etárias até 15 anos, havendo uma redução nas idades de 16 e 17 anos, porém não foi encontrada diferença significativa no fator idade. Portanto, o fator idade na depressão na adolescência é, segundo observado nos dados apresentados, uma questão ainda controversa e aberta a futuras investigações.

A hipótese de pesquisa de que as taxas de sintomas depressivos em estudantes adolescentes são maiores nas faixas etárias de maior idade não foi confirmada, portanto a hipótese estatística na sua forma nula não foi rejeitada.

Sintomas depressivos e distribuição por gênero

Resultados

Objetivando analisar a distribuição por gênero dos sintomas depressivos, com o ponto de corte de 19, durante o decorrer da adolescência, encontramos as seguintes proporções, nas oito faixas etárias de nossa amostra: 1) 10 anos: $n = 4$, sendo 4 meninas e nenhum menino (relação F/M = inexistente pela ausência de participantes meninos); 2) 11 anos: $n = 9$, sendo 5 meninas e 4 meninos (relação F/M = 1,2 e $p = 0,997$); 3) 12 anos: $n = 10$, sendo 8 meninas e 2 meninos (relação F/M = 4,0 e $p = 0,025$); 4) 13 anos: $n = 14$, sendo 10 meninas e 4 meninos (relação F/M = 2,5 e $p = 0,059$); 5) 14 anos: $n = 17$, sendo 12 meninas e 5 meninos (relação F/M = 2,4 e $p = 0,039$); 6) 15 anos: $n = 21$, sendo 17 meninas e 4 meninos (relação F/M = 4,2 e $p < 0,0001$); 7) 16 anos: $n = 11$, sendo 9 meninas e 2 meninos (relação F/M = 4,5 e $p = 0,011$); 8) 17 anos: $n = 8$, sendo 3 meninas e 5 meninos (relação F/M = 0,6 e $p = 0,617$) e no total da amostra: $n = 94$, sendo 68 meninas e 26 meninos (relação F/M = 2,6). Houve diferença estatisticamente significativa aos 12, 14, 15 e 16 anos; aos 13 anos foi encontrada uma probabilidade limítrofe e aos 17 anos ocorreu uma inversão com predomínio masculino. Entre as faixas etárias de 11 a 16 anos a proporção variou de 1,2 a 4,5 meninas para cada menino. Estes dados encontram-se na tabela 11 e gráfico 2.

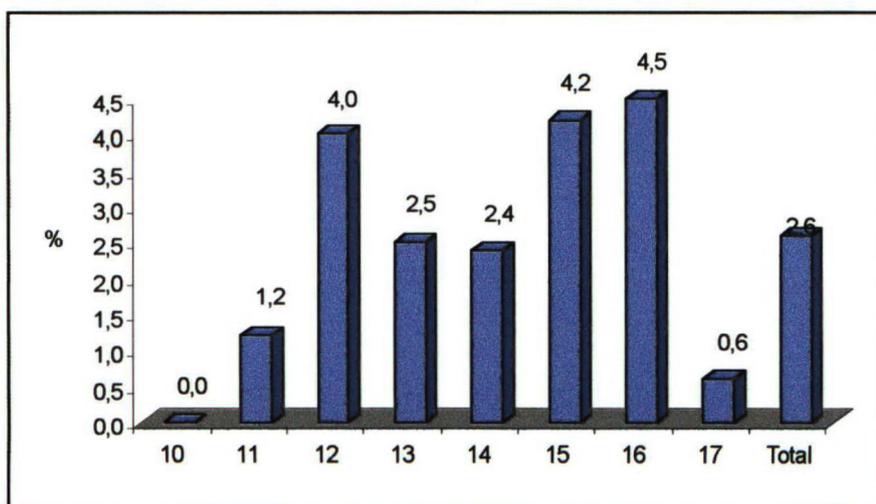
Tabela 11

Distribuição dos dados por sexo e idade em relação ao ponto de corte igual ou maior a 19

Idade	Masculino		Feminino		Total		Relação F / M
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
10	-	-	04	100,0	04	4,3	-
11	04	44,4	05	55,6	09	9,6	1,2
12	02	20,0	08	80,0	10	10,6	4,0
13	04	28,6	10	71,4	14	14,9	2,5
14	05	29,4	12	70,6	17	18,1	2,4
15	04	19,0	17	81,0	21	22,3	4,2
16	02	18,2	09	81,8	11	11,7	4,5
17	05	62,5	03	37,5	08	8,5	0,6
TOTAL	26	27,7	68	72,3	94	100,0	2,6
• % Total		13,4		25,3		20,3	

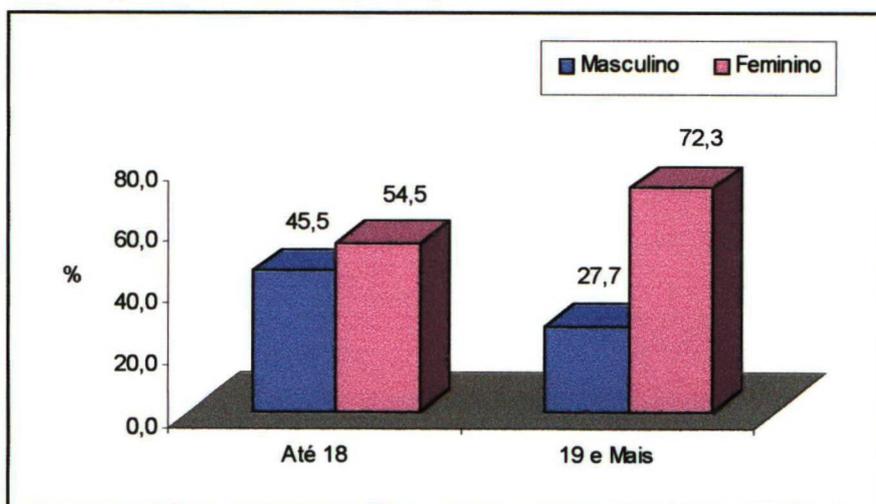
11 anos → $z=0,004$ e $p=0,997$; 12 anos → $z=2,236$ e $p=0,025$; 13 anos → $z=1,887$ e $p=0,059$; 14 anos → $z=2,059$ e $p=0,039$; 15 anos → $z=3,709$ e $p<0,0001$; 16 anos → $z=2,557$ e $p=0,011$; 17 anos → $z=0,500$ e $p=0,617$ (Proporções).

P
-
0,997
0,025
0,059
0,039
<0,0001
0,011
0,617

Gráfico 2**Proporção entre feminino e masculino, por idade, no ponto de corte 19**

FONTE: Tabela 11

Dividindo a amostra em dois grupos, o primeiro com escores até 18 e o segundo com escores de 19 ou mais, encontrou-se a seguinte distribuição no sexo: 1) escores até 18 ($n = 369$), sendo 54,5% representado pelo sexo feminino e 45,5% pelo sexo masculino; e 2) escores de 19 ou mais ($n = 94$), sendo 72,3% do sexo feminino e 27,7% do sexo masculino. Estes dados encontram-se nas tabelas 10 e 11, e estão representados no gráfico 3

Gráfico 3**Distribuição do sexo em relação ao ponto de corte**

FONTE: Tabelas 10 e 11

Discussão

Quanto à distribuição por sexo, nos artigos de revisão sobre transtornos depressivos em crianças, quatro autores citam que as taxas são iguais (Birmaher et al,

1996; Brent,1993; Herkov & Myers,1996; Mirza & Michael,1996), outros cinco descrevem como os meninos apresentando taxas iguais ou levemente superiores às meninas (Bandim et al,1995; I,1996; Kazdin & Marciano,1997; Nolen-Hoeksema & Girgus,1994; Pataki & Carlson,1995). Já na adolescência dez autores citam taxas superiores para as meninas, variando de 2 até 5 meninas para cada menino (Besseguini,1997; Birmaher et al,1996; Brage,1995; Brent,1993; Harrington,1995; Herkov & Myers,1996; I,1996; Kazdin & Marciano,1997; Mirza & Michael,1996; Nolen-Hoeksema & Girgus,1994; Scivoletto et al,1994; Walter,1996), resultado encontrado neste estudo até a faixa de 16 anos; entretanto Bandim et al (1995) descrevem que as taxas são iguais e Pataki e Carlson (1995) dizem que a distribuição entre os sexos não está bem definida.

Artigos de pesquisa sobre transtornos depressivos citam resultados desiguais, pois Larsson et al (1991,13 a 18 anos) e Garrison et al (1996, 11 a 16 anos) obtiveram taxas iguais entre meninas e meninos; já Kessler e Walters (1998, 15 a 24 anos) e Olsson e von Knorring (1999, 16 e 17 anos) encontraram taxas superiores nas meninas sobre os meninos; finalmente Anderson et al (1987, 11 anos) e Garrison et al (1992 , 12 a 14 anos) obtiveram taxas superiores nos meninos sobre as meninas. Nestas duas últimas pesquisas, onde houve predomínio dos meninos sobre as meninas, foram investigadas faixas etárias dos 11 aos 14 anos de idade.

Nas pesquisas sobre sintomas depressivos medidos por escalas que não a CDI treze estudos resultaram em taxas superiores nas meninas sobre os meninos, abrangendo dos 11 aos 24 anos de idade, sendo a proporção mais encontrada a de 3 meninas para cada menino (Baron & Campbel,1993; Berganza & Aguilar,1992; Emslie et al,1990; Feijó et al,1997; Garrison et al, 1992; Ivarson & Gilbert,1997; Lamb & Pusker,1991; Larsson & Melin, 1990; Olsson & von Korrning, 1997a, 1997b, 1999; Patten et al, 1997; Roberts & Chen,1995), mostrando resultados semelhantes aos desta pesquisa, que foi de 2,6 meninas para cada menino. Nas pesquisas de Larsson et al (1991) e de Culp et al (1995), envolvendo adolescentes de 12 a 18 anos não foi encontrada diferença significativa entre os sexos, entretanto o estudo de Culp et al (1995) avaliou somente os escores médios e não o índice de sintomas depressivos.

Nas pesquisas com CDI, sete delas encontraram igualdade entre meninas e meninos (Abou-Nazel et al., 1991; Charman, 1994; Chartier & Lassen, 1994; Curatolo, 2000; Doerfler et al., 1988; Gouveia et al,1995; Reynolds et al, 1985; Smucker et al, 1986); já Finch Jr. et al. (1985, 7 a 16 anos) encontraram predomínio de meninos sobre meninas e Reinhretz et al. (1990, 13 a 16 anos) e Donnelly (1995, 11 a 15 anos) obtiveram

predomínio de meninas sobre meninos. Resultados que demonstram que o fator sexo, especialmente quando os sintomas depressivos são avaliados através da CDI, permanece como um aspecto a ser melhor estudado e esclarecido.

Os resultados deste estudo em relação à distribuição de sintomas depressivos no gênero correspondem aos dados de literatura em estudos de revisão e a achados da maioria dos artigos de pesquisa. Entretanto o resultado encontrado na faixa etária de 17 anos aparentou uma discordância da idéia geral de que adolescentes do sexo feminino apresentam prevalência maior que adolescentes do sexo masculino. Considerando os resultados de aumento de sintomas depressivos com o aumento da idade até a faixa de 15 anos, com predomínio dos 12 aos 15 anos, e decréscimo nas faixas de 16 e 17 anos (não significativamente diferente), juntamente com os dados de maior prevalência de meninas sobre os meninos até a idade de 16 anos (significativamente diferente), invertendo aos 17 anos, pode-se inferir que, na população estudada, as dificuldades encontradas pelos adolescentes que favorecem o aparecimento de sintomas depressivos situam-se especialmente na faixa dos 12 aos 15 anos de idade e centram-se preferencialmente nas meninas. 

A hipótese de pesquisa especificada como hipótese estatística alternativa foi confirmada estatisticamente, isto é, ocorre diferença significativa nas taxas de sintomas depressivos entre os sexos, com predomínio significativo de meninas sobre meninos.

Resumo dos Resultados

A título de apresentar uma síntese dos resultados deste estudo pode-se afirmar que a primeira hipótese de que adolescentes estudantes apresentam elevado índice de sintomas depressivos, igual ou maior do que 10%, avaliados pela CDI, no ponto de corte de 19, foi confirmada, pois o índice encontrado foi de 20,3%. A segunda hipótese de que as taxas de sintomas depressivos em adolescentes estudantes são maiores nas faixas etárias de maior idade não foi confirmada, apesar de ter sido observada uma tendência não significativa no sentido do aumento das taxas até a idade de 15 anos. E a terceira hipótese de que as taxas de sintomas depressivos em adolescentes estudantes são maiores em meninas do que em meninos foi confirmada, tendo sido encontrada a proporção geral de 2,6 meninas para cada menino.

CAPÍTULO V

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

A interpretação e a discussão dos resultados deste estudo permitiram o delineamento de algumas conclusões que devem ser consideradas à luz das seguintes limitações da pesquisa:

1. Foram investigados participantes de uma única escola, o que, devido a uma possível restrição geográfica e cultural da amostra, nos alerta para haver cautela na generalização dos resultados.

2. Não foram avaliados adolescentes que, por qualquer razão, não estão freqüentando o ensino escolar, o que poderia afetar os resultados, considerando o fato da literatura destacar que a própria depressão resulta em prejuízo e afastamento escolar.

3. De acordo com a delimitação do problema, o estudo não pesquisou estudantes com idade inferior a 10 anos, dificultando uma avaliação mais precisa de quando ocorre o aumento dos índices de sintomas depressivos, já que a literatura afirma que na infância são baixos e na adolescência altos.

4. O número de participantes na faixa etária de 10 anos ($n = 13$) foi baixo, causando necessária prudência na interpretação de seus resultados. O tamanho das amostras nas faixas etárias de 12 anos ($n = 38$), 13 anos ($n = 50$) e 17 anos ($n = 45$), apesar de aceitável do ponto de vista estatístico, ainda assim exige cuidado na interpretação de resultados.

Conclusões

Os resultados obtidos nesta pesquisa permitiram formular algumas conclusões.

O índice de sintomas depressivos em estudantes adolescentes em nosso meio é alto, alcançando proporções significativas que inspiram preocupação.

Ocorre um predomínio significativo do sexo feminino sobre o masculino, quando se investiga sintomas depressivos em estudantes adolescentes, na proporção aproximada de 2 a 3 meninas para cada menino. Este predomínio do sexo feminino apresenta um pico de aparecimento entre 12 e 15 anos de idade.

Existe um provável aumento das taxas de sintomas depressivos em estudantes durante a adolescência, na medida que a idade avança, porém ainda não está claro em que idade inicia o aumento desses índices. (?)

Recomendações

A relação entre idade, sexo e sintomas depressivos na adolescência ainda não está completamente entendida, aguardando estudos que permitam maiores esclarecimentos. Com base nos resultados e conclusões deste estudo, pode-se sugerir as seguintes linhas de pesquisa:

1. Estudos que incluam faixas etárias dos 7 aos 17 anos de idade, com amostras representativas em cada uma delas e com estudantes de várias escolas.
2. Avaliação de sintomas depressivos em adolescentes que não frequentam o ensino escolar.
3. Investigação sobre uma possível diferença na apresentação clínica dos sintomas depressivos (em suas características cognitivas, afetivas e comportamentais) entre os sexos.
4. Reprodução deste estudo, com o cuidado de atenuar os fatores limitantes no aspecto metodológico.

É surpreendente o fato de que a grande maioria dos adolescentes deprimidos não seja sequer identificada e muito menos encaminhada a tratamento (Abou-Nazel et al, 1991; Charman, 1994; Culp et al, 1995; Donnelly, 1995; Feijó et al, 1997; Harrington et al, 1994; Martin & Cohen, 2000; Roberts et al, 1995). No estudo realizado por Goodyer e Cooper (1993), na Inglaterra, nenhum dos adolescentes identificados como estando com depressão maior havia sido encaminhado ou estava em tratamento. Estes dados demonstram ainda mais a relevância da questão investigada neste estudo e remetem a outro aspecto no campo da depressão na adolescência que é seu tratamento. Qual é a melhor forma de abordagem terapêutica nesses casos? Novamente se encontram mais questões em aberto do que com respostas embasadas cientificamente, existindo portanto outro enorme campo de pesquisa a ser investigado. Na área relativa aos principais desenvolvimentos do tratamento do adolescente deprimido pode-se acompanhar um dos grupos de trabalho mais avançados neste terreno, que é representado pelo: *Treatment of Adolescents With Depression Study* (TADS), através do site: <https://trialweb.dcri.duke.edu/tads/index.html>, do Instituto

Nacional de Saúde Mental dos EUA (NIMH), podendo servir como um estímulo na identificação de problemas a serem pesquisados.

Finalmente, baseado nos resultados desta pesquisa, que encontrou uma alta prevalência de sintomas depressivos em estudantes adolescentes, destaca-se a necessidade de medidas de ordem de saúde pública, objetivando um amplo esclarecimento de todos os profissionais envolvidos no trato com adolescentes, com cuidados voltados para a prevenção em atenção primária. E naqueles casos já existentes para a detecção e encaminhamento a tratamento adequado. Através dessas atitudes se pode reduzir e evitar uma importante fonte de sofrimento dos jovens e de suas famílias, além de diminuir a mortalidade nesta faixa etária, que ocorre pelo suicídio nos adolescentes com sintomas deprimidos importantes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abou-Nazel, M. W. et al. *A Study of Depression among Alexandria Preparatory School Adolescents*. J Egyptian Public Health Association, v. LXVI; n. 5-6: 649-674, 1991.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. DSM-IV, 4th.ed. Washington,DC., American Psychiatric Association, 1994.
- Anderson, J. C. et al. *DSM-III Disorders in Preadolescent Children: Prevalence in a Large Sample From the General Population*. Arch Gen Psychiatry, v. 44: 69-76, 1987.
- Angold, A.; Costello, E.J. *The epidemiology of depression in children and adolescents*. In: Goodyer IM, ed. *The Depressed Child and Adolescent: Developmental and Clinical Perspectives*. Cambridge University Press, Cambridge. 127-147, 1995.
- Bandim, J. M.; Roazzi, A.; Doménech, E. *Rendimento escolar em crianças com sintomas depressivos* J Bras Psiquiatria, 47 (7): 353-360, 1998.
- Bandim, J.M.; Sougey, E. B.; Carvalho, T.F.R. *Depressão em crianças: características demográficas e sintomatologia*. J Bras Psiquiatria, 44 (1): 27-32, 1995.
- Bandim, J. M.; Fonseca, L.; Lima, J. M. *Prevalência da ideação suicida numa população de escolares do Nordeste brasileiro*. J Bras Psiquiatria, 46 (9): 477-481, 1997.
- Bahls, S-C. *Depressão: Uma Breve Revisão dos Fundamentos Biológicos e Cognitivos*. Interação, no prelo.
- Baron, P.; Campbell, T. L. *Gender differences in the expression of depressive symptoms in middle adolescents: na extension of early findings*. Adolescence, v. 28, n. 112: 903-911, 1993.
- Berganza, C. E.; Aguilar, G. *Depression in Guatemalan Adolescents*. Adolescence, v. 27 (108): 771-782, 1992.
- Besseghini, V. H. *Depression and Suicide in Children and Adolescents*. Annals New York Academy of Sciences, v. 816: 94-98, 1997.
- Bhatara, V. S. *Early Detection of Adolescent Mood Disorders*. South Dakota J. Med., 45 (3): 75-78, 1992.
- Birleson, P. *The validity of depressive disorder in childhood and the development of a self-rating scale: a research report*. J Child Psychol Psychiatry, n. 22, p. 43-60, 1981.
- Birmaher, B. e col. *Childhood and Adolescent Depression: A Review of the Past 10 Years. Part I*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 35 (11): 1427-1439, 1996.

- Blechman, E. A. et al. *Childhood Competence and Depression*. J Abnormal Psychology, v 95 (3): 223-227, 1986.
- Brage, D. G. *Adolescent Depression: A Review of the Literature*. Arch Psychiatric Nursing, v.IX, n.1: 45-55, 1995.
- Brent, D. A. *Depression and Suicide in Children and Adolescents*. Pediatrics in Review, 14(10): 380-388, 1993.
- Busse, S.R. *Histórico e conceito dos transtornos afetivos na infância e na adolescência*. In: Transtornos Afetivos da Infância e Adolescência. ASSUMPÇÃO JR. ed., São Paulo: Lemos, 11-17, 1996.
- Carvalho, T.F.R. et al. *Tradução do inglês para o português do Questionário de auto-avaliação da escala de Hamilton para depressão*. J Bras Psiquiatria, 42 (5): 255-260, 1993.
- Carvalho, T. F. R.: Sougey, E. B. *Sistemas diagnósticos utilizados em psiquiatria. Evolução da abordagem nos anos oitenta*. J Bras Psiquiatria, v. 46(3): 125-131, 1997.
- Charman, T. *The stability of depressed mood in young adolescents: a school – based survey*. J Affective Disorders, 30: 109-116, 1994.
- Chartier, G. M.; Lassen, M. K. *Adolescent depression: children's depression inventory norms, suicidal ideation, and (weak) gender effects*. Adolescence, v. 29 (116): 857-864, 1994.
- Cole, D.A. *Preliminary support for a competency-based model of depression in children*. J Abnormal Psychology, n. 100, 181-190, 1991.
- Compas, B. E. et al. *Gender Differences in Depressive Symptoms in Adolescence: Comparison of National Samples of Clinically Referred and Nonreferred Youths*. J Consulting and Clinical Psychology, v. 65 (4): 617-626, 1997.
- Cooper, P. J.; Goodyer, I. *A Community Study of Depression in Adolescent Girls I: Estimates of Symptom and Syndrome Prevalence*. British J of Psychiatry, 163, 369-374, 1993.
- Cordás, T. A. *Do mal-humorado ao mau humor: uma perspectiva histórica*. In: Distímia: Do Mau Humor ao Mal do Humor, Diagnóstico e Tratamento. Cordás, T. A.; Nardi, A. E.; Moreno, R. A.; Castel, S., Organizadores, Porto Alegre, Artes Médicas, 15-21, 1997
- Cross-National Collaborative Group. *The changing rate of major depression: Cross-national comparisons*. J American Medical Association, n. 268, p. 3098-3105, 1992.
- Culp, A.M. et al. *Adolescent depressed mood, reports of suicide attempts, and asking for help*. Adolescence, v. 30, n. 120: 827-837, 1995.
- Curatolo, E. *Epidemiologia de Sintomas Depressivos em Escolares*. Comunicação Oral no Congresso Brasileiro de Psiquiatria, Rio de Janeiro, outubro 2000.

- Del Barrio, V.; Moreno, C. *Evaluación de la depresión y la ansiedad infantil*. *Ansiedad y Estrés* 2 (2-3): 131-158, 1996.
- Del Porto, J. A. *Conceito e diagnóstico da depressão*. *Rev Bras Psiquiatria*, v 21, s. Depressão: 6-11, 1999.
- Doerfler, L. A. et al. *Depression in Children and Adolescents: A Comparative Analysis of the Utility and Construct Validity of Two Assessment Measures*. *J Consulting and Clinical Psychology*, v 56 (5): 769-772, 1988.
- Dohrenwend, B.P. *The problem of validity in field studies of psychological disorders revisited*. *Psychol Med*, n. 20, 195-208, 1990.
- Donnelly, M. *Depression among Adolescents in Northern Ireland*. *Adolescence*, v. 30 (118): 339-350, 1995.
- Edelbrock, C.; Costello, A.J.; Dulcan, M.K. *Age differences in the reliability of the psychiatric interview of the child*. *Child Dev*, n. 56, 265-275, 1985.
- Emslie, G. J. et al. *Depressive Symptoms by Self-Report in Adolescence: Phase I of the Development of a Questionnaire for Depression by Self-Report*. *J Child Neurology*, v. 5: 114-121, 1990.
- Feijó, M. C. C. *Técnicas eletrônicas computadorizadas: os novos instrumentos de psicometria*. *J Bras Psiquiatria*, v.45(9): 545-549, 1996.
- Feijó, R. B. et al. *Eventos estressores de vida e sua relação com tentativas de suicídio em adolescentes*. *J Bras Psiquiatria*, v.48(4): 151-157,1999.
- Feijó, R. B. et al. *Mental health screening by self-report questionnaire among community adolescents in southern Brazil*. *J Adolescent Health*, v. 20: 232-237, 1997.
- Feijó, R. B. et al. *O adolescente com tentativa de suicídio: características de uma amostra de 13 a 20 anos atendida em emergência médica*. *J Bras Psiquiatria*, v. 45(11): 657-664, 1996.
- Finch Jr., A. J. et al. *Children's Depression Inventory: Sex and Grade Norms for Normal Children*. *J Consulting and Clinical Psychology*. V 53 (3): 424-425, 1985.
- Fleck, M. P. A. et al. *Aplicação da versão em português de um guia para entrevista semi-estruturada adaptada a quatro escalas de depressão*. *J Bras Psiquiatria*, v. 46(6); 339-345, 1997.
- Freeman, H. L. *Historical and Nosological Aspects of Dysthymia*. *Acta Psych Scandinavica*, n. 383, v 89, 1994.
- Garland, J. *Adolescent Depression Part I. Diagnosis*. *Can Fam Physician*, 40: 1583-1587, 1994.
- Garrison, C.Z. et al. *A longitudinal study of depressive symptomatology in young adolescents*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 29 (4): 581-585, 1990.

- _____. *The CES-D as a Screen for Depression and Other Psychiatric Disorders in Adolescents*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 30 (4): 636-641, 1991.
- _____. *Major Depressive Disorder and Dysthymia in Young Adolescents*. American J Epidemiology, v. 135, n. 7: 792-802, 1992.
- _____. *Incidence of major depressive disorder and dysthymia in young adolescents*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 36, 4: 458-465, 1997.
- Gonzalez-Forteza, C.F.; Ruiz, E.R. *Autoestima y sintomatología depresiva en adolescentes mexicanos: un estudio correlacional por género*. Rev ABP-APAL 15 (2), 59-64, 1993.
- Goodyer, I. M. *Physical symptoms and depressive disorder in childhood and adolescence*. J Psychosomatic Research, 41 (5): 405-408, 1996.
- Goodyer, I.; Cooper, P. J. *A Community Study of Depression in Adolescent Girls II: The Clinical Features of Identified Disorder*. British J of Psychiatry, 163, 374-380, 1993.
- Gouveia, V.V. et al. *Inventário de depressão infantil – CDI: estudo de adaptação com escolares de João Pessoa*. J Bras Psiquiatria, 44 (7): 345-349, 1995.
- Grayson, D.A. *Limitations on the use of scales in psychiatric research*. Aust. N Z J Psychiatry, n. 22, 99-108, 1988.
- Guimarães, F. S. *Distúrbios Afetivos*. In: Neurobiologia das Doenças Mentais. Graeff, F. G. e Brandão, M. L. São Paulo, Lemos Editorial, 79-108, 1993.
- Gunnell, D. J. *The epidemiology of suicide*. International Review of Psychiatry, 12 (1): 21-26, 2000.
- Hagnell, O. et al. *Are we entering na age of melancholy? Depressive illness in a prospective epidemiological study over 25 years: The Lundby Study, Sweden*. Psychol Med, 12: 279-289, 1982.
- Harrington, R. *The Natural History and Treatment of Child and Adolescent Affective Disorders*. J Child Psychol Psychiatry, v. 33 (8): 1287-1302, 1992.
- _____. *Depressive disorder in adolescence*. The J British Paediatric Association, v. 72 (3): 193-195, 1995.
- Harrington, R. et al. *Adult Outcomes of Childhood and Adolescent Depression. III Links with Suicidal Behaviors*. J Child Psychol Psychiatry, v. 35, n. 7: 1309-1319, 1994.
- Herkov, M.J.; Myers, W. C. *MMPI profiles of depressed adolescents with and without conduct disorder*. J Clinical Psychology, v. 52(6): 705-710, 1996.
- Hurry, J. *Deliberate self-harm in children and adolescents*. International Review of Psychiatry, 12 (1): 31-36, 2000.

- I, L.F. *Epidemiologia e fatores clínicos dos transtornos afetivos da infância e adolescência*. In: *Transtornos Afetivos da Infância e Adolescência*. São Paulo: Lemos, 19-28, 1996.
- I, L.F.; Silva, S.M.P.B.R.; Machado, L.T. *Uso de Citalopram em meninos deprimidos de 10 a 13 anos: relato de 4 casos*. *Psiquiatria Biológica* 6 (3): 133-138, 1998.
- Ivarsson, T.; Gillberg, C. *Depressive symptoms in Swedish adolescents: Normative data using the Birmleson Depression Self-Rating Scale (DSRS)*. *J Affective Disorders* 42: 59-68, 1997.
- Kaplan, H. I.; Sadock, B. J.; Grebb, J. A. *Synopsis of Psychiatry*. Seventh edition. Baltimore, Williams and Wilkins, 1994
- Kashani, J.H. et al. *Depression, depressive symptoms, and depressed mood among a community sample of adolescents*. *Am J Psychiatry*, n. 144, 931-934, 1987.
- Kazdin, A.E. et al. *Child and parent evaluation of depression and aggression in psychiatric inpatient children*. *J Abnormal Child Psychology*, n. 11, 401-413, 1983.
- Kazdin, A.E. *The diagnosis of childhood disorders: assessment issues and strategies behavioral assessment*, n. 10, 67-94, 1988.
- _____. *Childhood depression*. *J Child Psychol Psychiatry*, n. 31, 121-160, 1990.
- _____. *Informant variability in the assessment of childhood depression*. In: W.M. Reynolds & H.F. Johnston (Eds.), *Handbook of depression in Children and Adolescents*, p. 249-271. New York, Plenum Press, 1994.
- Kazdin, A.E.; Marciano, P.L. *Childhood and adolescent depression*. In: *Treatment of Childhood Disorders*, 2. ed., Mash, E.; Barkley, R., New York. The Guilford Press, 1998.
- Kent, L. et al. *Detection of Major and Minor Depression in Children and Adolescents: Evaluation of the Mood and Feelings Questionnaire*. *J Child Psychol Psychiatry*, v. 38, n. 5, 565-573, 1997.
- Kessler, R. C.; Walters, E. E. *Epidemiology of DSM-III-R Major Depression and Minor Depression among Adolescents and Young Adults in the National Comorbidity Survey*. *Depression and Anxiety* 7: 3-14, 1998.
- Kolvin, I.; Berney, T.P.; Bhate, S.R. *The Newcastle child depression project: diagnosis and classification of depression*. *British J Psychiatry*, 159 (11), 9-21, 1991.
- Kovacs, M. *The Children's Depression Inventory (CDI)*. *Psychopharmacology Bulletin* v.21 (4): 995-998, 1985
- _____. *Affective disorders in children and adolescents*. *Am Psychol*, n. 44, 209-215, 1989.
- _____. *Children's Depression Inventory, CDI*. Manual Multi-Health Systems, Inc. Toronto, 1992.

- Kronenberg, Y.; Blumensohn, R.; Apter, A. *A comparison of different diagnostic tools for childhood depression*. Acta Psych Scandinavica, n. 77, 194-198, 1988.
- Kutcher, S.P.; Marton, P. *Parameters of adolescent depression: a review*. Psych Clin North Am, n. 12, 895-918, 1989.
- Lamb, J.; Pusker, K. R. *School-based Adolescent Mental Health Project Survey of Depression, Suicidal Ideation, and Anger*. JCPN, v.4, n.3: 101-104, 1991.
- Larsson, B.; Melin, L. *Depressive Symptoms in Swedish Adolescents*. J Abnormal Child Psychology, v. 18, n. 1: 91-103, 1990.
- Larsson, B. et al. *Short-term stability of depressive symptoms and suicide attempts in Swedish adolescents*. Acta Psych Scandinavica, 83: 385-390, 1991.
- Lewinsohn, P.M. et al. *Major Depression in Community Adolescents: Age at Onset, Episode Duration, and Time to Recurrence*. Am J Acad Child Adolesc Psychiatry, n. 33 (6): 809-818, 1994.
- Lewinsohn, P. M. et al. *Natural Course of Adolescent Major Depressive Disorder in a Community Sample: Predictors of Recurrence in Young Adults*. Am J Psychiatry 157 (10): 1584-1591, 2000.
- Lewinsohn, P.M.; Hops, H.; Roberts, R.E. *Adolescent psychopathology: prevalence and incidence of depression and other*. DSM-III-R Disorders in High School Students. J Abnormal Psychology, n. 102, 133-44, 1993.
- Lima, C. A. M.; Bizouard, P. *Análise estatística do escore das escalas de avaliação clínica: um instrumento de rigor*. Inf Psiquiátrica 11(3): 92-97, 1992.
- Lima, M. S. *Epidemiologia e impacto social da depressão*. Rev Bras Psiquiatria, v. 21, s. Depressão: 1-5, 1999.
- Lippi, J. R. S. et al. *Suicídio na infância e adolescência*. J Bras Psiquiatria, v. 39(4): 167-174, 1990.
- Martin, A.; Cohen, D. J. *Adolescent Depression: Window of (Missed?) Opportunity*. Editorial Am J Psychiatry, 157 (10): 1549-1551, 2000.
- Miranda, P. S. C.; Queiroz, E. A. *Pensamento suicida e tentativa de suicídio entre estudantes de medicina*. Rev ABP-APAL, 13(4): 157-160, 1991.
- Mirza, K. A. H.; Michael, A. *Major depression in children and adolescents*. British J Hospital Medicine, v. 55 (1-2): 57-61, 1996.
- Moran, P.A.P. *The construction of diagnostic scales in psychiatry*. Math SCI, n. 10, 83-92, 1985.
- Moreira, M. S. *A psicose maníaco-depressiva na infância e na adolescência*. J Bras Psiquiatria, v. 45(2): 69-74, 1996.
- Morgan, I. S. *Recognizing Depression in the Adolescent*. MCN, 19: 148-155, 1994.

- Murray, C.J.L.; Lopez A.D. *The global burden of disease and injury series. The global burden of disease (Summary)*. Harvard School of Public Health, Harvard University Press, 1996.
- Nolen-Hoeksema, S.; Girgus, J.S. *The Emergence of Gender Differences in Depression During Adolescence*. Psychological Bulletin, v. 115 (3): 424-443, 1994.
- Nunes, S. O. V. et al. *Avaliação familiar de distúrbios mentais em depressões infanto-juvenis*. J Bras Psiquiatria, v. 41(8): 411-415, 1992.
- Olsson, G.; von Knorring, A.-L. *Beck's depression inventory as a screening instrument for adolescent depression in Sweden: gender differences*. Acta Psych Scandinavica, n. 95, 277-282, 1997a.
- _____. *Depression among Swedish adolescents measured by the self-rating scale Center for Epidemiology Studies – Depression Child (CES-DC)*. European Child & Adolescent Psychiatry, 6: 81-87, 1997b.
- _____. *Adolescent depression: prevalence in Swedish high-school students*. Acta Psych Scandinavica, 99: 324-331, 1999.
- Organização Mundial da Saúde. *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas*. Porto Alegre. Artes Médicas, 1993..
- Pataki, C. S.; Carlson, G. A. *Childhood and Adolescent Depression: A Review*. Harvard Rev Psychiatry, v. 3 (3): 140-151, 1995.
- Patten, C. A. et al. *Depressive Symptoms in California Adolescents: Family Structure and Parental Support*. J Adolescent Health, n. 20: 271-278, 1997.
- Pontes, C. B. *Psicopatologia: Contribuições à Clínica Psiquiátrica*. Fortaleza, Edições Fundação Demócrito Rocha, 2000.
- Prosser, J.; McArdle, P. *The changing mental health of children and adolescents: evidence for a deterioration?* Psychological Medicine, v. 26: 715-725, 1996.
- Puig-Antich, J. *Affective disorders in children and adolescents: diagnostic validity and psychobiology*. In: Psychopharmacology – The Third Generation of Progress. Meltzer, H.Y., p. 843, New York, Raven Press, 1987.
- Reinherz, H. Z. *The Many Faces of Correlates of Depressive Symptoms in Adolescents*. J Early Adolescence, v 10 (4): 455-471, 1990.
- Reynolds, W. M.; Anderson, G.; Bartell, N. *Measuring Depression in Children: A Multimethod Assesment Investigation*. J Abnormal Psychology, v. 13 (4): 513-526, 1985.
- Roberts, R.E; Chen, Y-W. *Depressive symptoms and suicidal ideation among mexican-origin and anglo adolescents*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 34:1, 81-90, 1995.

- Roberts, R. E.; Lewinsohn, P. M.; Seeley, J. R. *Symptoms of DSM-III-R Major Depression in Adolescence: Evidence from an Epidemiological Survey*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 34 (12): 1608-1617, 1995.
- Rohde, P.; Lewinsohn, P. M.; Seeley, J. R. *Are Adolescents Changed by an Episode of Major Depression?* J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 33(9): 1289-1298, 1994.
- Ryan, N.D. et al. *A Secular Increase in Child and Adolescent Onset Affective Disorder*. J. Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 31:4, 600-605, 1992.
- Sadler, L. S. *Depression in Adolescents. Context, Manifestations, and Clinical Management*. Nursing Clinics of North America, v.26, n.3: 559-572, 1991.
- Saylor, C. F. et al. *Children's Depression Inventory: Investigation of Procedures and Correlates*. J Am Acad of Child Psychiatry, 23, 5: 626-628, 1984a.
- Saylor, C. F. et al. *Construct Validity for Measures of Childhood Depression: Application of Multitrait-Multimethod Methodology*. J Consulting and Clinical Psychology, v 52, n 6, 977-985, 1984b.
- Scivoletto, S.; Nicasari, S.; Zilberman, M.L. *Transtorno depressivo na adolescência: diagnóstico e tratamento*. Rev Bras Medicina, v. 51 (9): 1211-1228, 1994.
- Serfaty, E. et al. *Depression and Risk Factors in 18-year-old Males in 5 Districts of the Argentina Republic in 1992*. Psiquiatria Biológica, 4(4): 207-212, 1996.
- Serra, A.V. *Iaclide: Inventário de avaliação clínica da depressão*. Psiquiatria Biológica, 2 (2), 74-75, 1994.
- Smucker, M. R. et al. *Normative and Reliability Data for the Children's Depression Inventory*. J Abnormal Child Psychology, v. 14 (1): 25-39, 1986.
- Sonenreich, C.; Estevão, G.; Friedrich, S.; Silva Filho, M. A. *A Evolução Histórica do Conceito de Depressão*. Rev ABP-APAL, 17 (1): 29-40, 1995.
- Souza, P.R. *Depressão endógena em criança de oito anos – relato de caso*. Rev Ass Bras Psiquiatria, São Paulo, v. 6, n. 21, 67-69, 1984.
- Spitzer, R.L.; Endicott, J. & Robins. *Research diagnostic criteria: rationale and reliability*. Arch Gen Psychiatry, n. 35, 773-782, 1978.
- Stahl, S. M. *Psicofarmacologia: Bases Neurocientíficas e Aplicações Clínicas*. Rio de Janeiro, Editora Médica e Científica Ltda, 1998.
- Stoppe Jr., A. *Alcance e limitações das escalas de avaliação e psiquiatria*. Rev Psiquiatria Clínica, 20 (4), 132-143, 1993.
- Stoppe Jr., A. & Louzã Neto, M. R. *Depressão na Terceira Idade: Apresentação Clínica e Abordagem Terapêutica*. São Paulo, Lemos Editorial, 65-78, 1997.

- Villamisar, D.G.; Ezpeleta, L. *Instrumentos de evaluación empleados en la investigación*. In: El Doménech, a Polaino (Eds). *Epidemiología de la Depresión Infantil*. Barcelona, Editorial Expaxs, 1988.
- Walter, G. *Depression in adolescence*. *Australian Family Physician*, v. 25 (10): 1575-1582, 1996.
- Weissman, M.M. e col. *Adolescentes Deprimidos: Como Ficam Quando Adultos*. *Jama Brasil*, 3 (9): 2429-2435, 1999.
- World Health Association. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization, 1992.
- York, A.; Hill, P. *Depression and physical illness in childhood and adolescence*. In *Depression and Physical Illness*, Robertson; M. M.; Katona, C. L. E., Ed., West Sussex, Wiley, 145-168, 1997.

ANEXOS

ANEXO 1***CHILDREN'S DEPRESSION INVENTORY - CDI*****KOVACS (1992)**

Name: _____ Age: _____ Birthdate: _____

Grade in school: _____ Sex: _____ Today's date: _____

CDI

Maria Kovacs, Ph.D.

Kids sometimes have different feelings and ideas.

This form lists the feelings and ideas in groups. From each group of three sentences, pick one sentence that describes you *best* for the past two weeks. After you pick a sentence from the first group, go on to the next group.

There is no right answer or wrong answer. Just pick the sentence that best describes the way you have been recently. Put a mark like this **X** next to your answer. Put the mark in the box next to the sentence that you pick.

Here is an example of how this form works. Try it. Put a mark next to the sentence that describes you *best*.

Example:

- I read books all the time.
 - I read books once in a while.
 - I never read books.

When you are told to do so, tear off this top page. Then, pick the sentences that describe you best on the first page. After you finish the first page, turn to the back. Then, answer the items on that page.

Remember, pick out the sentences that describe you best in yhr PAST TWO WEEKS.

CDI

Item 1

- I am sad once in a while.
- I am sad many times.
- I am sad all the time.

Item 8

- All bad things are my fault.
- Many bad things are my fault.
- Bad things are not usually my fault.

Item 2

- Nothing will ever work out for me.
- I am not sure if things will work out for me.
- Things will work out for me O.K.

Item 9

- I do not think about killing myself.
- I think about killing myself but I would not do it.
- I want to kill myself.

Item 3

- I do most things O.K.
- I do many things wrong.
- I do everything wrong.

Item 10

- I feel like crying every day.
- I feel like crying many days.
- I feel like crying once in a while.

Item 4

- I have fun in many things.
- I have fun in some things.
- Nothing is fun at all.

Item 11

- Things bother me all the time.
- Things bother me many times.
- Things bother me once in a while.

Item 5

- I am bad all the time.
- I am bad many times.
- I am bad once in a while.

Item 12

- I like being with people.
- I do not like being with people many times.
- I do not want to be with people at all.

Item 6

- I think about bad things happening to me once in a while.
- I worry that bad things will happen to me.
- I am sure that terrible things will happen to me.

Item 13

- I cannot make up my mind about things.
- It is hard to make up my mind about things.
- I make up my mind about things easily.

Item 7

- I hate myself.
- I do not like myself.
- I like myself.

Item 14

- I look O.K.
- There are some bad things about my looks.
- I look ugly.

CDI

Remember, describe how you have been in the past two weeks.....

Item 15

- I have to push myself all the time to do my schoolwork.
- I have to push myself many times to do my schoolwork.
- Doing schoolwork is not a big problem.

Item 16

- I have trouble sleeping every night.
- I have trouble sleeping many nights.
- I sleep pretty well.

Item 17

- I am tired once in a while.
- I am tired many days.
- I am tired all the time.

Item 18

- Most days I do not feel like eating.
- Many days I do not feel like eating.
- I eat pretty well.

Item 19

- I do not worry about aches and pains.
- I worry about aches and pains many times.
- I worry about aches and pains all the time.

Item 20

- I do not feel alone.
- I feel alone many times.
- I feel alone all the time.

Item 21

- I never have fun at school.
- I have fun at school only once in a while.
- I have fun at school many times.

Item 22

- I have plenty of friends.
- I have some friends but I wish I had more.
- I do not have any friends.

Item 23

- My schoolwork is alright.
- My schoolwork is not as good as before.
- I do very badly in subjects I used to be good in.

Item 24

- I can never be as good as other kids.
- I can be as good as other kids if I want to.
- I am just as good as other kids.

Item 25

- Nobody really loves me.
- I am not sure if anybody loves me.
- I am sure that somebody loves me.

Item 26

- I usually do what I am told.
- I do not do what I am told most times.
- I never do what I am told.

Item 27

- I get along with people.
- I get into fights many times.
- I get into fights all the time.

Copyright © 1982, Maria Kovacs, Ph.D., © 1991, 1992, Multi-Health Systems, Inc. All rights reserved.

Published by **Multi-Health Systems, Inc.**, [in the United States] 908 Niagara Falls Boulevard, North Tonawanda, New York 14120-2060; [in Canada] 65 Overlea Boulevard, Suite 210, Toronto, Ontario M4H 1P1. Telephone: (800) 456-3003 [U.S.A.], (800) 268-6011 [Canada], (416) 424-1700 [U.S.A. or Canada].



Remember to fill out the other side

ANEXO 2**CDI - TRADUZIDO E ADAPTADO****GOUVEIA et al. (1995)**

TRADUÇÃO



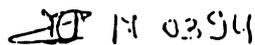
TABELA 2. Correlação entre os itens individuais do Inventário do Desenvolvimento Infantil

ITEM:	Escore total de correlação
1.0 Ele (a) fica triste de vez em quando	
1 Ele (a) fica triste muitas vezes	(0.40)
2 Ele (a) está sempre triste	
2.2 Nada vai dar certo para ele (a)	(0,69)
1 Ele (a) não tem certeza se as coisas darão certo para ele (a)	
0 Para ele (a) tudo se revolverá bem	
3.0 Ele (a) faz bem a maioria das coisas	
1 Ele (a) faz errado a maioria das coisas	(0.54)
2 Ele (a) faz tudo errado	
4.0 Ele (a) se diverte com muitas coisas	
1 Ele (a) se diverte com algumas coisas	(0.52)
2 Nada é divertido para ele (a)	
5.2 Ele (a) é sempre mau (má)	
1 Ele (a) é mau (má) com frequência	(0.46)
0 Ele (a) é mau (má) de vez em quando	
6.0 De vez em quando ele (a) pensa que coisas ruins vão lhe acontecer	
1 Ele (a) teme que coisas ruins lhe aconteçam	(0.45)
2 Ele (a) tem certeza que coisas terríveis lhe acontecerão	
7.2 Ele (a) se odeia	
1 Ele (a) não gosta muito de si mesmo (a)	(0.55)
0 Ele (a) gosta de si mesmo (a)	
8.2 Tudo de mau que acontece é por culpa dele (a)	
1 Muitas coisas ruins que acontecem são culpa dele (a)	(0.52)
0 Normalmente ele (a) não se sente culpado pelas coisas ruins que acontecem	
9.0 Ele (a) não pensa em se matar	
1 Ele (a) pensa em se matar mas não o faria	(0.45)
2 Ele (a) quer se matar	

- 10.2 Ele (a) sente vontade de chorar diariamente
 1 Ele (a) sente vontade de chorar frequentemente (0.48)
 0 Ele (a) sente vontade de chorar esporadicamente
- 11.2 Ele (a) se sente sempre entediado (a)
 1 Ele (a) se sente entediado frequentemente (0.69)
 0 Ele (a) se sente entediado esporadicamente
- 12.0 Ele (a) gosta de estar com pessoas
 1 Frequentemente ele (a) não gosta de estar com pessoas (0.42)
 2 Ele (a) não gosta de estar com pessoas
- 13.0 Ele (a) não consegue tomar decisões
 1 É difícil fazê-lo (a) tomar decisões
 0 Ele (a) toma decisão facilmente
- 14.0 Ele (a) tem boa aparência
 1 Sua aparência tem alguns aspectos negativos (0.46)
 2 Ele (a) é feio (a)
- 15.2 Ele (a) tem que se obrigar a fazer os deveres de casa
 1 Com frequência ele (a) tem que ser pressionado (a) para fazer os deveres de casa (0.56)
 0 Fazer os deveres de casa não é um grande problema para ele (a)
- 16.2 Ele (a) tem sempre dificuldade para dormir à noite
 1 Ele (a) tem dificuldade para dormir à noite frequentemente (0.52)
 0 Ele (a) dorme bem à noite
- 17.0 Ele (a) se cansa de vez em quando
 1 Ele (a) se cansa frequentemente (0.58)
 2 Ele (a) está sempre cansado
- 18.2 Quase sempre ele (ou ela) não tem vontade de comer
 1 Alguns dias ele (a) não tem vontade de comer (0.45)
- 19.0 Ele (a) não teme sentir dor
 1 Ele (a) teme sentir dor com frequência (0.36)
 2 Ele (a) está sempre temeroso de sentir dor
- 20.0 Ele (a) não se sente sozinho
 1 Ele (a) se sente sozinho, com frequência (0.61)
 2 Ele (a) sempre se sente sozinho
- 21.2 Ele (a) nunca se diverte na escola
 1 Ele (a) se diverte na escola de vez em quando (0.54)
 0 Ele (a) se diverte na escola frequentemente

- 22.0 Ele (a) tem muitos amigos
- 1 Ele (a) tem muitos amigos mas gostaria de ter mais (0.41)
 - 2 Ele (a) não tem muitos amigos
- 23.0 Seus trabalhos de escola são bons
- 1 Seus trabalhos de escola não são tão bons quanto eram antes (0.67)
 - 2 Ele (a) tem se saído mal em matérias em que costumava ser bom (boa)
- 24.2 Seu nível nunca é tão bom quanto o das outras crianças
- 1 Seu nível pode ser tão bom quanto o das outras crianças se ele (a) quiser (0.56)
 - 0 Seu nível é tão bom quanto o das outras crianças
- 25.2 Ninguém gosta dele (a) realmente
- 1 Ele (a) não tem certeza se alguém o (a) ama (0.49)
 - 0 Ele (a) tem certeza que é amado por alguém
- 26.0 Ele (a) sempre faz o que se manda
- 1 Ele (a) faz o que se manda com frequência (0.48)
 - 2 Ele (a) nunca faz o que se manda
- 27.0 Ele (a) se comunica bem com as pessoas
- 1 Ele (a) se envolve em brigas com frequência
 - 2 ele (a) está sempre se envolvendo em brigas.

P<0.001 para todos os itens


ISABEL CRISTINA S. B. PEREIRA
 Tradutora - Intérprete
 ASSESSORIA INTERNACIONAL
 Universidade Federal de Paraíba



ANEXO 3**CDI - REORGANIZADO E RETRADUZIDO****BAHLS E KOSSOBUDZKI (2000)**

Nome: _____ Data de hoje: _____

Idade: _____ Data do nascimento: _____ Sexo: _____

Série escolar: _____ Grau: _____

CDI

Maria Kovacs, Ph.D.

Este questionário agrupa alguns sentimentos e idéias. Para cada grupo de três frases, escolha aquela que **MELHOR** descreve o seu estado nas últimas duas semanas. Após escolher uma frase do primeiro grupo, passe para o grupo seguinte.

Não existe resposta certa ou errada. Simplesmente escolha a frase que melhor descreve a forma que você tem estado recentemente. Coloque uma marca como esta **X** ao lado de sua resposta. Ponha a marca dentro do quadrado que está ao lado de sua resposta.

Aqui tem um exemplo. Marque a frase que o descreve **MELHOR**.

Exemplo:

- Eu leio livros o tempo todo.
- Eu leio livros de vez em quando.
- Eu nunca leio livros.

Quando você for autorizado a começar, vire a página e responda a todos os itens.

Lembre-se: marque a frase que melhor o (a) descreve nas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS.

CDI

Item 1

- Eu fico triste de vez em quando.
- Eu fico triste muitas vezes.
- Eu estou sempre triste.

Item 2

- Nada vai dar certo para mim.
- Eu não tenho certeza se as coisas darão certo para mim.
- Tudo dará certo para mim.

Item 3

- Eu faço bem a maioria das coisas.
- Eu faço errado a maioria das coisas.
- Eu faço tudo errado.

Item 4

- Eu me divirto com muitas coisas.
- Eu me divirto com poucas coisas.
- Eu não me divirto com nada.

Item 5

- Eu sou sempre ruim.
- Eu sou ruim quase sempre.
- Eu sou ruim de vez em quando.

Item 6

- Eu penso em coisas ruins acontecendo comigo, de vez em quando.
- Eu tenho medo de que coisas ruins acontecerão comigo.
- Eu tenho certeza de que coisas muito ruins acontecerão comigo.

Item 7

- Eu me odeio.
- Eu não gosto muito de mim mesmo.
- Eu gosto de mim.

Item 8

- Tudo de ruim que acontece é por minha culpa.
- Muitas coisas ruins que acontecem são por minha culpa.
- Eu não me sinto culpado pelas coisas ruins que acontecem.

Item 9

- Eu não penso em me matar.
- Eu penso em me matar, mas não o faria.
- Eu quero me matar.

Item 10

- Eu sinto vontade de chorar todos os dias.
- Eu sinto vontade de chorar quase todos os dias.
- Eu sinto vontade de chorar de vez em quando.

Item 11

- As coisas sempre me incomodam.
- As coisas quase sempre me incomodam.
- As coisas me incomodam de vez em quando.

Item 12

- Eu gosto de estar com pessoas.
- Muitas vezes, eu não gosto de estar com pessoas.
- Eu não gosto de estar com pessoas.

Item 13

- Eu não consigo tomar decisões.
- Eu tenho dificuldade em tomar decisões.
- Eu tomo decisões facilmente.

Item 14

- Eu tenho boa aparência.
- Tem algumas coisas na minha aparência que eu não gosto.
- Eu me acho feio (a).

Lembre-se de preencher a última folha.

CDI

Lembre-se: descreva como você tem estado nas últimas duas semanas...

Item 15

- Eu sempre tenho que me forçar para fazer os deveres da escola.
- Muitas vezes, eu tenho que me forçar para fazer os deveres da escola.
- Fazer os deveres da escola não é um problema para mim.

Item 16

- Eu sempre tenho dificuldade para dormir.
- Eu, algumas vezes, tenho dificuldade para dormir.
- Eu durmo bem.

Item 17

- Eu me sinto cansado (a) de vez em quando.
- Eu me sinto cansado (a) quase sempre.
- Eu estou sempre cansado (a).

Item 18

- Na maioria dos dias eu não tenho vontade de comer.
- Às vezes, eu não tenho vontade de comer.
- Eu me alimento bem.

Item 19

- Eu não tenho medo de sentir dor.
- Eu quase sempre tenho medo de sentir dor.
- Eu sempre tenho medo de sentir dor.

Item 20

- Eu não me sinto sozinho (a).
- Eu quase sempre me sinto sozinho (a).
- Eu sempre me sinto sozinho (a).

Item 21

- Eu nunca me divirto na escola.
- De vez em quando, eu me divirto na escola.
- Muitas vezes, eu me divirto na escola.

Item 22

- Eu tenho muitos amigos.
- Eu tenho alguns amigos, mas gostaria de ter mais.
- Eu não tenho amigos.

Item 23

- Meus trabalhos escolares são bons.
- Meus trabalhos escolares não são tão bons quanto eram antes.
- Eu tenho me saído mal em matérias em que costumava ir bem.

Item 24

- Eu não posso ser tão bom (boa) quanto os outros.
- Se quiser, eu posso ser tão bom (boa) quanto os outros.
- Eu sou tão bom (boa) quanto os outros.

Item 25

- Ninguém, realmente, gosta de mim.
- Eu não tenho certeza se alguém me ama.
- Eu tenho certeza que sou amado.

Item 26

- Eu normalmente faço o que me mandam.
- Na maioria das vezes, eu não faço o que me mandam.
- Eu nunca faço o que me mandam.

Item 27

- Eu me relaciono bem com as pessoas.
- Às vezes, eu me envolvo em brigas.
- Eu estou sempre me envolvendo em brigas.

Verifique se você respondeu a todos os itens.