

AVALIAÇÃO DA INCIDÊNCIA DE SINTOMAS DEPRESSIVOS EM ALUNOS DE 1ª A 4ª SÉRIE DO ENSINO FUNDAMENTAL, A PARTIR DO INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO INFANTIL (CDI)

EVALUATION OF THE INCIDENCE OF DEPRESSIVE SIMPTOMS IN STUDENTS FROM THE FIRST TO FOURTH GRADE OF ELEMENTARY SCHOOL, FROM CHILDREN'S DEPRESSION INVENTORY (CDI)

Fernandes GV*, Castro PF**

RESUMO: O presente estudo objetiva avaliar a incidência de sintomas depressivos em crianças de 1ª a 4ª série do Ensino Fundamental, procurando estabelecer um comparativo com as questões sócio-demográficas das crianças envolvidas na pesquisa. A depressão infantil não é mais negada nos dias de hoje, estudos destacam que até 2,5% das crianças e 8,5% dos adolescentes passam por depressão. Participaram da pesquisa 80 crianças com idade média de 8,13 anos, sendo 40 crianças de uma escola pública e as outras 40 de uma escola privada, ambas situadas na Grande São Paulo. O instrumento utilizado foi o Inventário de Depressão Infantil (CDI), que detecta aspectos gerais da sintomatologia depressiva. Os resultados revelaram que 15% das crianças da escola pública e 5% da escola privada possuem sintomas depressivos, dentre elas, 62% são meninos e 38% meninas. Os principais sintomas depressivos observados na escola pública foram os de fadiga, solidão, tristeza, perturbação no sono, pessimismo, sentimento de menos valia, de culpa e preocupação. Na escola privada, os principais sintomas detectados foram sentimentos de menos valia, desobediência / rebeldia, pessimismo, anedonia, culpa, choro, preocupação e solidão. Fatores educacionais, relacionados diretamente a elementos sócio-culturais, interferiram nos resultados da pesquisa e na aplicação literal do CDI, mostrando a necessidade de um aprimoramento do instrumento em seus procedimentos de aplicação, para que a avaliação da sintomatologia depressiva possa se tornar mais precisa. Assim, serão necessários estudos mais amplos, que contribuam para essas questões.

Palavras-chave: Depressão Infantil. Psicopatologia. Avaliação Psicológica. CDI

ABSTRACT: The present study objectified to evaluate the incidence of depressive symptoms in children from the first to fourth grade, establishing a comparative with socio-demographic questions in children that composed the sample. Children depression no more is refused nowadays, studies emphasize that until 2,5% of the children and 8,5% of the teenagers go through depression. In this research, participated 80 children with a mean age of 8,13 : 40 of them were from public school, and the other 40 at a private school, both located in São Paulo City. The instrument utilized was Children's Depression Inventory (CDI), which detects general aspects of depressive symptoms. The results revealed that 15% from public school and 5% from

* Giovana Viveiros Fernandes - Graduada em Psicologia pela Universidade Guarulhos.

** Paulo Francisco de Castro - Professor orientador. Professor Adjunto do Curso de Psicologia da Universidade Guarulhos e Professor Assistente Doutor do Departamento de Psicologia da Universidade de Taubaté. e-mail: pcastro@prof.ung.br

private school presents depressive symptoms, among them, 62% are boys and 38% are girls. The principal depressive symptoms observed in public school were about fatigue, loneliness, sadness, sleep disturbance, pessimism, decline self-esteem, blame and preoccupation. At the private school, the principal detected symptoms were: decline self-esteem, disobedience, rebelliousness, pessimism, anhedonia, blame, crying, preoccupation and loneliness. Educational factors, related directly to socio-cultural elements, interfered in the results of search and in the literal application of CDI, showing a necessity of refinement of the instrument in its proceedings application, for the assessment of depressive symptoms can become more precise. Thus, larger studies are needed which contribute to these issues.

Keywords: *Childhood Depression. Psychopatology. Psychological Assessment. CDI.*

INTRODUÇÃO

Questões iniciais sobre depressão infantil

Nas últimas décadas, o tema depressão tem sido alvo de grande destaque, especialmente da psiquiatria. Há grande quantidade de pesquisas, colóquios e publicações destinados a tratar do tema, como também um grande investimento da indústria farmacológica para a medicação antidepressiva.¹

Segundo Bahls², é previsto que a depressão seja uma das doenças que substitua as tradicionais doenças infecciosas e de má nutrição e, que até 2020, seja a segunda enfermidade de maior incidência.

De acordo com a *World Health Organization*³, estima-se que 121 milhões de pessoas tenderão sofrer de depressão: 5,8% dos homens e 9,5% das mulheres poderão experimentar um episódio depressivo em determinada idade. Kehl⁴, esclarece que 3% da população norte-americana sofre de depressão crônica, cerca de 19 milhões de pessoas, das quais 2 milhões são crianças. Aponta também, que a depressão é a principal causa de incapacitação em pessoas acima de cinco anos de idade e que os suicídios entre jovens e crianças de 10 a 14 anos aumentaram 120% entre 1980 e 1990.

Miller⁵ destaca que até 2,5% das crianças e 8,5% dos adolescentes passam por depressão. De acordo com o autor, a depressão varia de acordo com o sexo. Em garotos na pré-puberdade, os sintomas depressivos são duas vezes mais comuns do que em garotas; entretanto, em garotas na pós-puberdade, após os doze anos, os sintomas depressivos eram duas vezes mais comuns. Esses dados, de acordo com o autor, sugerem que fatores genéticos, biológicos, sociais e culturais podem estar relacionados com o distúrbio.

Do conceito de depressão à depressão infantil

A depressão tem sido registrada desde a Antiguidade. Emil Kraepelin, em sua época, destacou-se por sua significativa contribuição, na qual elaborou conhecimentos de psiquiatras franceses e alemães, descrevendo a psicose maníaco-depressiva para o estabelecimento do diagnóstico de transtorno bipolar I.⁶ Miller⁵, expõe que Kraepelin, no final do século XIX, constatou que o período de normalidade entre episódios depressivos tornava-se menor a cada novo episódio sucessivo, como também verificou que o primeiro episódio depressivo

era desencadeado por um estressor razoavelmente grave, porém, os episódios subsequentes, não necessitavam de um grande estressor para induzir a um próximo episódio depressivo.

De acordo com a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamentos – CID-10⁷, em sua décima revisão, é apresentado o quadro descrito como F32 – Episódio Depressivo – que se refere a indivíduos que usualmente sofrem de humor deprimido, perda de interesse e prazer, e energia reduzida, levando a uma fadigabilidade aumentada e atividade diminuída. Outros sintomas comuns são: concentração e atenção diminuídas; autoestima e autoconfiança reduzidas; idéias de culpa e inutilidade; visões desoladas e pessimistas do futuro; idéias ou atos autolesivos ou suicídio; sono perturbado; apetite diminuído.

De acordo com a Associação de Psiquiatria Americana⁸, responsável pela publicação do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV, no que refere aos transtornos depressivos, podem-se destacar: transtorno depressivo maior, transtorno distímico, transtorno depressivo sem outra especificação. Em relação aos especificadores descrevendo o episódio de humor mais recente, há as variedades leve, moderado, severo sem aspectos psicóticos, severo com aspectos psicóticos, em remissão parcial, em remissão completa, crônico, com características catatônicas, com características melancólicas, com características atípicas.

Porto⁹, ao se referir à classificação do DSM-IV, tece críticas ao conceito de depressão maior, considerando-o excessivamente abrangente, por isso, pouco preciso. Já o conceito de melancolia apresentado pelo DSM-IV, segundo o autor, é muito mais preciso. Para ele, os sentimentos de tristeza e alegria fazem parte da vida psíquica normal. A tristeza é uma res-

posta universal às situações de perda, derrota, desapontamento, entre outras contrariedades. O autor expõe, em seu estudo, os significados do termo “depressão”. Na linguagem corrente, é empregado para designar um estado afetivo normal (tristeza); um sintoma, como resposta a situações estressantes ou a circunstâncias sociais e econômicas adversas; uma síndrome que inclui uma gama de alterações, entre eles: alterações de humor, cognitivas, psicomotoras e vegetativas e, finalmente, caracteriza a depressão como uma doença.

A depressão enquanto quadro nosográfico da psiquiatria infantil, tornou-se objeto de interesse no século XX, a partir da década de 1960; porém, de acordo com Miller⁵, a idéia de criança deprimida foi aceita mais amplamente a partir da década de 1970, passando a ser descrita com critérios e diagnósticos precisos. Um dos momentos em que foi determinante para suscitar o interesse dos profissionais de saúde por essa patologia, foi a descrição dada por Spitz¹⁰ de depressão anaclítica, que se refere à separação da criança de seu objeto libidinal, ou seja, a criança permanece privada de sua mãe sem ter recebido um substituto aceitável, por um período de cinco meses ou mais.

Como descreve a Associação de Psiquiatria Americana⁸, no que diz respeito ao episódio depressivo maior, em crianças e adolescentes o humor irritável ou rabugento poderá aparecer ao invés do triste ou abatido, como também uma queda abrupta no rendimento escolar, podendo refletir dificuldade de concentração que é um dos critérios do episódio. Em relação à comorbidade, Rodríguez¹¹ aponta que os transtornos afetivos em crianças e adolescentes são associados variedades de outros transtornos. Dentre os que ocorrem concomitantemente com a depressão está o Transtorno por Déficit de Atenção com Hiper-

tividade (TDAH), Transtornos de Ansiedade e Transtorno de Conduta.

De acordo com Ajuriaguerra¹², o termo depressão não possui na criança o mesmo sentido que a depressão do adulto; o conteúdo não é o mesmo e representa uma experiência diferente, de acordo com a idade manifesta.

Depressão: ponto de vista psicanalítico

Segundo os aportes psicanalíticos, a depressão tem profunda relação com a perda do objeto de amor, seja ela real ou simbólica. Klein¹³ elabora o conceito de posição depressiva, que designa a fase do desenvolvimento na qual a criança é capaz de reconhecer o objeto na sua totalidade e estabelecer relações com ele. A criança reconhece a mãe como separada dela, com uma vida própria e como alguém que mantém relações com outras pessoas. Para a autora, “somente depois que o objeto tenha sido amado como um todo, poderá sua perda ser sentida como um todo” (p. 358). A partir dessa tomada de consciência da criança, instala-se um desamparo, uma completa dependência e ciúme. A ansiedade da criança origina-se da ambivalência e ela tem medo de que sejam seus próprios impulsos destrutivos que destruam o objeto que ela ama e do qual depende totalmente.

Como expõe a autora, quanto mais a criança conseguir manter relações de afinidade com sua mãe, mais facilmente a posição depressiva conseguirá ser sobrepujada, mas, sobretudo, o sucesso desse processo depende da forma como a criança encontrará uma saída para o conflito de amor, ódio e sadismo incontroláveis. As tendências de reparação têm um papel importante no processo de superação da posição depressiva infantil. Nesse processo há mudanças psicológicas que incluem a maturação do ego para o desenvolvimento do seu sentido de

realidade psíquica e realidade externa; daí a importância de circunstâncias favoráveis, para que esse desenvolvimento seja adequado.

A forma de compreender esse processo do desenvolvimento do bebê é muito produtiva, principalmente para o esclarecimento da etiologia das neuroses e psicoses, como também para a compreensão de padrões depressivos da criança. Para Klein¹³, a posição depressiva é o ponto central do desenvolvimento da criança, a sua evolução normal e sua capacidade de amor, segundo a autora, baseia-se principalmente na forma como o ego elabora e supera essa posição.

Winnicott¹⁴ acrescenta que há uma carência existencial nesse estado de desenvolvimento, que surge no momento do desmame. Segundo o autor, se tudo correr bem nesse período, a posição depressiva é atingida e se estabiliza na segunda metade do primeiro ano.

Rodríguez¹¹, considera que o que irá estabelecer a diferença entre a depressão como um processo normal do desenvolvimento de uma enfermidade depressiva, será a intensidade e duração do fenômeno.

Freud¹⁵ esclarece que no sofrimento do luto, há uma reação à perda de um objeto amoroso, ou seja, o indivíduo sabe o que perdeu, conscientemente. A realidade dessa perda exige que toda a libido seja retirada de suas ligações com aquele objeto. Esse desinvestimento libidinal ocorre pouco a pouco e, durante esse processo, há uma inibição e perda de interesse pelo mundo externo; a libido é recolhida e volta ao ego. Quando o processo do luto cessa, a libido que havia sido recolhida, volta a ser investida em objetos externos.

Já na melancolia, de acordo com o autor, também há a experiência de perda do objeto amoroso, porém, ao contrário do processo de luto, o indivíduo sabe quem perdeu, mas não

claramente o que foi perdido nesse alguém. Portanto, a melancolia está relacionada a uma perda objetual inconsciente. Nesse caso, a libido também é retirada do objeto perdido e volta-se para o ego, mas, diferente do luto, não há um reinvestimento dessa libido, ela aprisiona-se ao ego. A principal diferença é que no luto há um empobrecimento do mundo externo; na melancolia, é o próprio ego que sucumbe.

Recentemente, reflexões retratam quadros de depressão sem tristeza, ou seja, um conjunto de conteúdos psíquicos que levam a um quadro depressivo, sem a manifestação sintomática de tristeza. Nesses casos, a falta da subjetivação pessoal leva o paciente a uma ruptura emocional, com conteúdos psicológicos comprometidos.¹⁶ Tal versão distancia o sintoma de tristeza da depressão clássica, apontada nos manuais descritivos.^{7,8}

Pesquisas sobre depressão infantil

Pensando sob esse enfoque, a depressão, dependendo de sua seriedade, não só inibe intelectualmente a criança, mas a impossibilita de relacionar-se com o mundo externo de forma satisfatória, tamanha sua absorção interna, resultado de seus conflitos e angústias.

De acordo com Bahls², o fenômeno da depressão em crianças e adolescentes, está mais frequente e ocorre cada vez mais cedo. De acordo com o autor, em crianças pré-escolares, idade entre seis e sete anos, as manifestações clínicas mais comuns são os sintomas físicos, principalmente dores físicas e abdominais, fadiga e tontura. Essas queixas físicas seriam seguidas por ansiedade (especialmente a de separação), fobias, agitação psicomotora ou hiperatividade, irritabilidade, diminuição do apetite com dificuldade de atingir o peso adequado, e alterações no sono. O autor expõe que, também nessa fase, há a ocorrência de

enurese, fisionomia triste, comunicação deficiente, choro frequente, movimentos repetitivos e auto e (ou) heteroagressividade. O prazer de brincar ou ir à escola comumente diminuem.

Shafii e Shaffi¹⁷, destacam que o comportamento autodestrutivo na forma de bater a cabeça severa e rapidamente, morder-se, engolir objetos perigosos e a propensão a acidentes, podem ser equivalentes a comportamentos suicidas em crianças que não verbalizam emoções.

Já em crianças escolares, idade de sete a doze anos, Bahls² aponta que o humor depressivo já pode ser verbalizado e é relatado, frequentemente, como tristeza, irritabilidade ou tédio. O declínio e fracasso escolar ficam mais acentuados nessa fase, afinal, há uma significativa diminuição da concentração e interesse, próprios do quadro depressivo.

Sandler e Joffe¹⁸, no que se refere à combinação de alguns elementos que constituem a reação depressiva infantil, apresentam os seguintes elementos: criança triste, infeliz, deprimida; atitude de retraimento e desinteresse; insatisfação, com pouca capacidade de sentir prazer; sentimento de ser rejeitada ou mal amada; incapacidade de receber ou pedir ajuda; tendência geral a regredir a uma fase com aumentos das necessidades orais; insônia ou outros distúrbios do sono; atividades autoeróticas; dificuldade de estabelecer um bom contato com o terapeuta.

As alterações de comportamento observadas em crianças são muito importantes, por serem episódicas, e devem ser rigorosamente observadas, principalmente quando o fato das alterações ocorre sem aparente explicação. As crianças que tinham uma conduta comportamental adequada e adaptada podem, repentinamente indicar irritação, destrutividade associadas à dificuldade em seguir regras

que antes seguiam¹⁹.

Bahls², aborda que tanto em crianças pré-escolares como nas escolares, a depressão torna-se clara quando se observam temas das fantasias, desejos, sonhos, brincadeiras e jogos, como conteúdos predominantes de fracasso, frustração, destruição, ferimentos, perdas ou abandonos, culpa, excesso de autocrítica e morte. O autor destaca que os professores são, frequentemente, os primeiros a perceberem as modificações decorrentes da depressão nessas crianças.

Para Assumpção¹⁹, os sintomas depressivos em crianças também podem acompanhar sintomas psicóticos, reconhecidos com o aparecimento de idéias delirantes e alucinações, predominantemente auditivas e de caráter persecutório ou religioso, assim como as alucinações táteis e visuais, embora mais raras. De acordo com o autor, as idéias suicidas também não são raras, apesar de dificilmente acontecerem antes dos dez anos de idade, isto provavelmente pelo próprio desenvolvimento cognitivo, “que dá um instrumental muito pobre para o planejamento e avaliação dos próprios atos”.

Em relação à etiologia, Coutinho²⁰ afirma que os transtornos depressivos em crianças não são semelhantes aos dos adultos. Em sua tese, aponta, de modo geral, que entre os sintomas mais frequentes da depressão infantil destacam-se a tristeza, atitude de retraimento e desinteresse, insatisfação, pouca capacidade de sentir prazer, sentimento de ser rejeitada ou mal-amada, incapacidade de pedir ou receber ajuda, insônia ou outros distúrbios do sono.

Miller⁵, ao estabelecer diferenças entre a depressão adulta e infantil, aborda que quando o episódio depressivo é diagnosticado em crianças, normalmente é o primeiro, enquanto que em adultos já ocorreram vários episódios depressivos. As crianças que experienciam

episódios depressivos, terão alta probabilidade de sofrerem outros episódios. De acordo com o autor, há grandes vantagens em se detectar precocemente os sintomas depressivos e fornecer tratamento imediato. Dessa forma, quando o primeiro episódio depressivo ocorre na infância, ele deve ser considerado grave em termos de chance de recorrência.

A idéia da existência de uma patologia familiar é defendida por Rodríguez¹¹, a autora descreve três grandes tendências das famílias de crianças e adolescentes deprimidos. A primeira seria de uma incidência elevada de depressão em crianças por meio de um processo de identificação. A segunda trata de famílias com grandes dificuldades de manejarem sentimentos de hostilidade e agressão; além de agredirem a criança, a impedem de expressar seus sentimentos negativos, castigando-as; isto por se constituírem em objetos que não podem tolerar a agressão da criança, pois se deprimem profundamente e se culpabilizam. A terceira tendência, em famílias onde há o desprezo em relação à criança.

Para Bandim, Sougey, Carvalho, Barbosa e Fonseca²¹, “a entrevista com os pais e os dados colhidos junto à escola, tornam-se fundamentais para se fazer um diagnóstico preciso”. Não se deve negar a existência de uma relação entre a escola e família, como diz Faria²², “de uma maneira ou de outra, onipresente ou discreta, agradável ou ameaçadora, a escola faz parte da vida cotidiana de cada família”. Principalmente nos dias de hoje, há uma exaltação da necessidade de se estabelecer um diálogo entre a escola e família. Isto, no que diz respeito ao diagnóstico precoce da sintomatologia depressiva, é bastante significativo.

A falta de informação de pais e professores sobre a depressão infantil pode contribuir para aumentar as dificuldades dos alunos e

causar inúmeras sequelas emocionais no futuro. É evidente que família e educadores não estão preparados para fazer um diagnóstico nas crianças. Cabe ressaltar que nem é esse o papel dos mesmos. No entanto, um olhar mais atento a essas crianças permite que sejam reconhecidas mais cedo e encaminhadas para um diagnóstico mais cuidadoso associado à intervenção necessária²³.

Para os pais, aceitar que seu filho está com depressão é causa de muita ansiedade e, como coloca Rodríguez¹¹, admitir que algo está errado, pode suscitar a fantasia de que fracassaram como pais.

Diante do que foi abordado até então, pode-se observar que a depressão infantil é um tema atual com estudos e pesquisas recentes, o que deve mobilizar a atuação dos profissionais envolvidos com essa problemática. Para tanto, a escola e a família tem um papel fundamental nesse processo.

Atualmente, não se questiona o fato de que as crianças possam ficar deprimidas, e é bem provável que seus sintomas fiquem mais evidentes no contexto escolar, pois as crianças passam grande parte, se não todo o dia, nesse ambiente.

Em uma pesquisa realizada por Bandim et al.²⁴ sobre o rendimento escolar em crianças de nove a doze anos com sintomas depressivos, de uma escola particular na cidade de Recife-PE, houve como resultado um prejuízo significativo no desempenho escolar em todas as matérias, especialmente em Português e Ciências, quando comparados com crianças sem sintomas depressivos.

Andriola e Cavalcante²⁵, avaliaram a depressão em alunos pré-escolares por meio da Escala de Sintomatologia Depressiva para Professores (ESDM-P), em uma amostra composta por 345 alunos de pré-escola, com ida-

de média de 5,6 anos, de ambos os sexos. As análises feitas através das respostas dos professores, revelaram que 3,9% das crianças do respectivo estudo apresentaram prevalência à depressão.

Outra pesquisa de destaque é a de Golfeto et al.²⁶, que avaliaram as propriedades psicométricas do Inventário de Depressão Infantil (CDI) adaptado para o Brasil, por meio da análise fatorial e de consistência interna, com uma amostra de 287 escolares de Ribeirão Preto, situados entre 7 e 14 anos. A conclusão foi de que o CDI é útil para rastrear sintomas gerais de depressão.

De acordo com Barbosa e Lucena²⁷, a escola é um local favorável à realização de estudos epidemiológicos em crianças. O comportamento depressivo na infância, muito provavelmente, apresentará suas consequências no contexto educacional, assim, o baixo rendimento escolar representa um dos primeiros sinais do surgimento de um possível quadro depressivo. Segundo Andriola e Cavalcante²⁵, o diagnóstico precoce revela-se imprescindível para que os comportamentos depressivos possam ser com mais facilidade tratados e (ou) modificados.

Coutinho, Moreira e Jacquemin²⁸ ressaltam a importância de pesquisas que possam servir na avaliação da sintomatologia da depressão infantil, não apenas para explicar a dor humana gerada por esse transtorno, mas para intervir na melhoria da qualidade da vida humana, através de práticas preventivas e educacionais nas instituições escolar e familiar.

No que se refere à sintomatologia depressiva, o presente estudo poderá criar subsídios que auxiliem nas reflexões pertinentes ao quadro da depressão infantil, podendo contribuir para uma melhor compreensão desse importante fenômeno humano e, assim, proporcionar condições para a conscientização em relação ao tema e

sobre a importância do diagnóstico precoce dos sintomas depressivos, tornando mais provável a amenização do quadro em crianças.

Do ponto de vista antropológico, a depressão infantil caracteriza-se como uma possível categoria para diferentes aspectos da realidade, levando a identificação de problemas de outra ordem. Podem identificar a insatisfação dos adultos frente à realidade psíquica das crianças. Por isso, pode ser compreendida de forma diferenciada de quadros correlatos em adultos, sob o ponto de vista da realidade cultural.²⁹

Tratando-se de realidade, reflexões de Cruvinel e Boruchovitch³⁰ enfatizam que o estudo e a melhor compreensão da depressão infantil podem levar à minimização de várias dificuldades cotidianas de grande grupo de crianças, principalmente no ambiente escolar e educacional, por ser espaço onde a criança passa grande parte de tempo e é onde os sintomas podem surgir de forma mais evidente. Outro aspecto a ser considerado na investigação da depressão infantil é a constituição das relações familiares, estudos apontam estreita relação entre a saúde mental dos pais e de crianças que apresentaram quadros de depressão infantil, constituindo-se assim como outro fator importante de realidade a ser considerada³¹. Tanto escola como ambiente familiar são espaços de importante análise para considerações da depressão infantil.

Diante do que foi exposto teoricamente, o presente artigo avaliou a incidência de sintomas depressivos em crianças de 1ª a 4ª série do Ensino Fundamental, estabelecendo um comparativo com as questões sócio-demográficas das crianças envolvidas na pesquisa.

MÉTODO

Sujeitos:

Participaram da pesquisa 80 crianças de

1ª a 4ª série do Ensino Fundamental, sendo 40 crianças de uma escola pública e as outras 40 de uma escola privada, ambas situadas na Grande São Paulo. De cada série especificada, participaram dez crianças, divididas igualmente quanto ao sexo.

Instrumento para a coleta de dados:

Os dados foram levantados a partir do Inventário de Depressão Infantil (CDI), que surgiu inicialmente nos Estados Unidos e propõe mensurar os sintomas depressivos em crianças e adolescentes, situados na faixa-etária dos sete aos dezessete anos. Seu objetivo geral é detectar a presença e seriedade de Transtorno Depressivo. É um instrumento que foi normatizado e adaptado para a cidade de João Pessoa – Brasil – por Barbosa e Lucena²⁷. Na versão adaptada, o CDI possui 20 itens, cada um dos itens consta com três opções de respostas, para cada uma delas um valor correspondente ($a = 0$; $b = 1$ e $c = 2$). O sujeito deve assinalar a opção que melhor o descreve nas últimas duas semanas. Das três opções apresentadas em cada item, uma refere-se à normalidade, outra à severidade dos sintomas e a terceira à enfermidade clínica mais significativa.

Apesar da maioria dos estudos brasileiros sobre depressão infantil, utilizando o CDI, empregarem o ponto de corte 17, preferiu-se, neste estudo, utilizar o ponto de corte 16, excluindo um item do questionário. Essa preferência foi baseada na pesquisa de Cruvinel²³. O item que se optou retirar foi o 9, de maneira que o inventário ficou composto de um total de 19 itens. O item 9 refere-se a uma questão que investiga a intenção suicida; sua retirada justifica-se na medida que se escolheu a faixa etária correspondente a alunos de 1ª a 4ª série do Ensino Fundamental e, como aborda Cas-sorla³², o suicídio em crianças é uma condição

pouco frequente, sendo que a depressão não precisa, necessariamente, estar associada ao suicídio; também, omitiu-se o referido item, com o propósito de evitar que as crianças pudessem abalar-se emocionalmente com essa questão.

Assim como na pesquisa anteriormente descrita, a retirada do item 9 foi estatisticamente levada em conta e foram realizados ajustes no cálculo das médias dos sujeitos no inventário. Dessa forma, a pontuação máxima será 38 e a mínima 0.

O CDI foi escolhido por se tratar de instrumento psicométrico de avaliação da depressão infantil que possibilita a identificação quantitativa da prevalência da depressão em crianças. Estudos mostraram a confiabilidade do inventário em pesquisas e também na identificação clínica do quadro de depressão infantil.

O instrumento pode ser uma interessante estratégia para levantar o reconhecimento e a triagem com sintomas depressivos, embora solicitar que uma criança estabeleça as respostas sobre seus sentimentos pode ser tarefa complexa³³.

O CDI mostrou-se adequado como instrumento de *screening*, qualquer que seja o contexto onde a criança se insere. Dados da pesquisa realizada apresentam composição trifatorial e um alfa de Cronbach de 0,85 no CDI, demonstrando boa consistência interna, tal informação indica que a adaptação brasileira para o inventário apresenta aspectos psicométricos satisfatórios, embora mais estudos sejam necessários para generalizações nacionais³⁴.

Análises mostraram que o CDI é claramente uma medida unifatorial que avalia a depressão infantil a partir de uma estrutura fatorial dentro do que é recomendado pela literatura psicométrica, apesar de indicar, também, a necessidade de pesquisas em outros contextos

com amostras heterogêneas³⁵.

Procedimento para a coleta de dados:

Inicialmente a pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Guarulhos.

Foi realizado um contato com uma escola privada e outra pública, para que fossem explicitados os objetivos da pesquisa, solicitando a autorização para a sua realização. Em seguida, foram enviados os termos de consentimento para os pais de cada criança de 1ª a 4ª série do Ensino Fundamental, dos turnos da manhã e tarde.

A partir desses passos, iniciou-se a aplicação do CDI nas crianças que estavam devidamente autorizadas. Em um primeiro momento, optou-se pela aplicação coletiva, com exceção da 1ª série; porém, no decorrer do processo, observou-se a necessidade da aplicação individual, principalmente no que se refere a adequada compreensão das questões. Alguns casos foram retomados, e praticamente a partir do segundo dia de aplicação, optou-se pela aplicação individual do inventário.

Para a aplicação, inicialmente coletiva, do CDI, foi dada a seguinte instrução: "Vocês irão responder este questionário. Observem que eles têm três opções; escolham uma delas e marquem com um X aquela que vocês escolheram. Não deixem nenhuma pergunta sem ser respondida, entenderam?"²⁰

Para a aplicação individual do CDI, foi dada a seguinte instrução: "Eu vou ler algumas questões que possuem três opções de resposta; você deverá escolher com qual delas você mais se identifica e me dizer apenas uma opção. Se não entender algo pode perguntar que eu explico ou leio novamente. Alguma dúvida?"

RESULTADOS

Para a apresentação dos resultados são levados em conta os objetivos do presente estudo, que se referem à avaliação da inci-

dência dos sintomas depressivos, estabelecendo um comparativo com as questões sócio-demográficas das crianças envolvidas na pesquisa.

Tabela1. Caracterização demográfica das crianças: Escola pública.

Sexo			Idade			Série		
	N	%		N	%		N	%
F	20	50	7	16	40	1 ^a	10	25
M	20	50	8	10	25	2 ^a	10	25
Total	40		9	10	25	3 ^a	10	25
			10	3	7,5	4 ^a	10	25
			11	1	2,5			

A Tabela 1 apresenta os dados demográficos da amostra da escola pública, com sexo, idade e série escolar. As idades variaram entre

7 e 11 anos, com uma média de 8,13 anos e desvio padrão de 1,2.

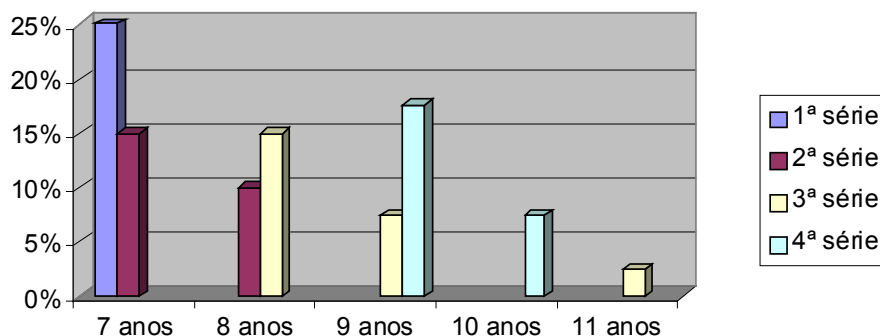
Tabela 2. Caracterização demográfica da amostra: Escola privada.

Sexo			Idade			Série		
	N	%		N	%		N	%
F	20	50	7	13	32,5	1ª	10	25
M	20	50	8	13	32,5	2ª	10	25
Total	40		9	8	20	3ª	10	25
			10	6	15	4ª	10	25

A Tabela 2 refere-se aos dados demográficos da amostra da escola privada, que apre-

sentam idades entre 7 e 10 anos, com uma média de 8,18 anos e desvio padrão de 1,02.

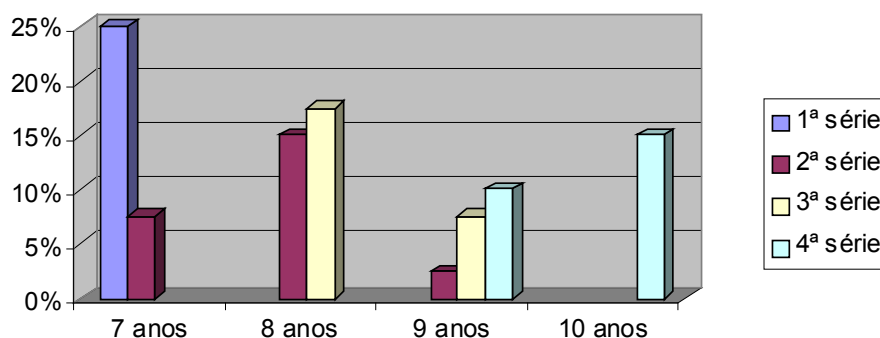
**Figura 1 . Distribuição das idades em séries:
Escola pública.**



A Figura 1 ilustra as idades distribuídas em séries da amostra da escola pública, destacando que 25% das crianças com 7 anos estão na 1ª série; 15% com 8 anos e 2,5% com 11 anos

estão na 3ª série; 17,5% das crianças com 9 anos estão na 4ª série; e, finalmente, as crianças com 10 anos representam 7,5% da amostra e também estão na 4ª série.

**Figura 2 . Distribuição das idades em séries:
Escola privada**



Como apresenta a Figura 2, agora referindo-se à distribuição das idades em série da amostra da escola privada, também 25% das crianças com 7 anos estão na 1ª série; 17,5% das crianças com 8 anos estão na 3ª série;

das crianças com 9 anos, 2,5% estão na 2ª série e 10% na 4ª série; a maioria das crianças da 4ª série possuem 10 anos, representando um percentual de 15%.

Figura 3 . Percentual de sintomas depressivos comparado à amostra total: Escola pública.

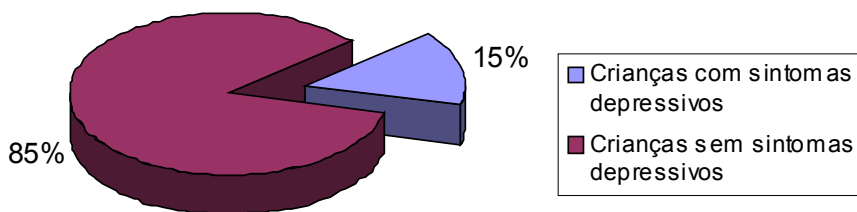
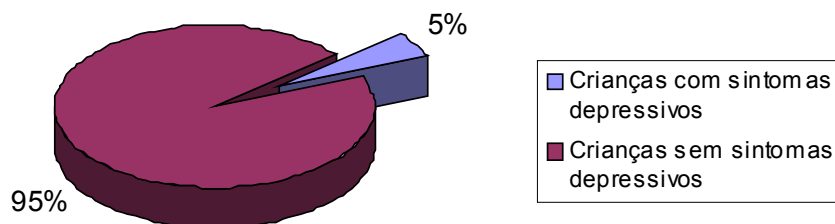


Figura 4 . Percentual de sintomas depressivos comparado à amostra total: Escola privada



Como ilustra a Figura 3, na amostra da escola pública, 15% das crianças possuem sintomas depressivos (N=6); já como observa-

-se na Figura 4, na amostra da escola privada 5% das crianças possuem sintomas depressivos (N=2).

Tabela 3. Caracterização demográfica das crianças com sintomas depressivos: Escola Pública

Sexo			Idade			Série		
	N	%		N	%		N	%
F	1	16,7	7	2	33,3	1 ^a	1	16,7
M	5	83,3	8	2	33,3	2 ^a	2	33,3
Total	6		9	1	16,7	3 ^a	2	33,3
			10	0	0	4 ^a	1	16,7
			11	1	16,7			

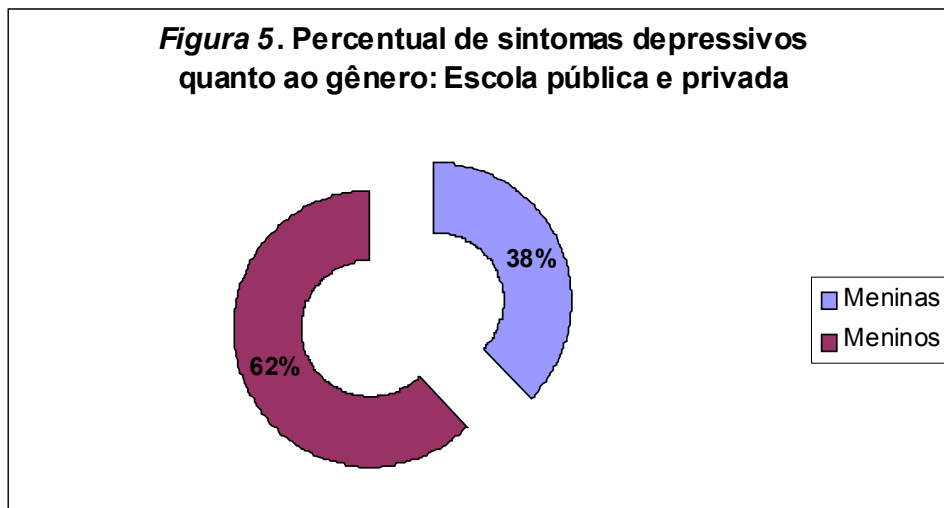
Na Tabela 3, é possível observar que 83,3% das crianças da escola pública com sintomas depressivos são do sexo masculino; 33,3% possuem 7 e 8 anos, situados na 2^a e 3^a séries. Nas crianças com 10 anos não foi observada a presença significativa de sintomas depressivos.

Tabela 4. Caracterização demográfica das crianças com sintomas depressivos: Escola privada.

Sexo			Idade			Série		
	N	%		N	%		N	%
F	2	100	7	1	50	1 ^a	1	50
M	0	0	8	1	50	2 ^a	0	0
Total	2		9	0	0	3 ^a	1	50
			10	0	0	4 ^a	0	0

Já na Tabela 4, que representa a amostra da escola privada, 100% das crianças com sintomas depressivos são do sexo feminino, com idades de 7 e 8 anos, situadas na 1^a e 3^a séries.

Figura 5. Percentual de sintomas depressivos quanto ao gênero: Escola pública e privada



Na Figura 5, que representa a amostra de crianças com sintomatologia depressiva tanto da escola pública como da privada, observa-se que o percentual de meninos ainda permanece mais elevado, com 62%, enquanto que as meninas representam 38% da amostra referida.

Em relação às respostas, da amostra total, emitidas pelas crianças da escola pública, tem-se que, destas crianças, 47,5% temem que coisas ruins lhes aconteçam; 45% das crianças se divertem somente com algumas coisas; e 42,5% acreditam que possuem alguns aspectos negativos em sua aparência.

Quando os dados das crianças de escola pública com sintomas depressivos são separadas, tem-se que, no que se refere à opção de maior gravidade, 83,3% expressaram que estão sempre cansados e sempre se sentem sozinhos; 66,7% afirmaram que estão sempre tristes, que nada dará certo para eles, e que sempre possuem dificuldades para dormirem à noite; 50% das crianças responderam que fazem tudo errado, que tudo de mau que lhes acontece é por sua culpa, e que sempre sentem-se preocupados; e 36% afirmaram que nada é divertido para elas, que possuem certeza que coisas terríveis lhes acontecerão, e que não podem ser tão

bons quanto outras crianças.

Na análise das respostas emitidas pelas crianças da escola privada, considerando-se a amostra total, observa-se que destas crianças, 50% afirmaram que não têm certeza se as coisas darão certo para elas, e que temem que coisas ruins lhes aconteçam; 37,5% expressaram que se sentem sozinhas muitas vezes, que se divertem na escola somente de vez em quando, e que não fazem o que mandam com frequência.

Separando-se as respostas emitidas no CDI pelas crianças com sintomas depressivos da escola privada, verifica-se que destas crianças, no que se refere à opção de maior gravidade, 100% responderam que fazem tudo errado, que se odeiam, que se acham feias, e que nunca fazem o que mandam; 50% afirmaram que nada dará certo para elas, que não se divertem com nada, que são sempre más, têm certeza que coisas terríveis lhes acontecerão, que tudo de mau que lhes acontece é por sua culpa, sentem vontade de chorar diariamente, sempre sentem-se preocupadas, não gostam de estar com pessoas, sempre sentem-se sozinhas, e que não podem ser tão boas quanto as outras crianças.

Tabela 5 : Pontuação média obtida no CDI.

<u>Escola pública</u>		<u>Escola privada</u>		<u>Escolas pública e privada</u>	
M	DP	M	DP	M	DP
10,15	5,53	7,18	5,09	8,65	5,49

A Tabela 5 refere-se à pontuação média obtida no CDI. Observa-se que a pontuação média da escola pública foi de 10,15, enquanto que na escola privada, cai para uma média de 7,18 pontos. A média da escola pública, somada ao seu desvio padrão, confere com o ponto de corte (16) utilizado nesta pesquisa, enquanto que na escola privada a média mais o desvio padrão (12,3), distancia-se significativamente do ponto de corte.

Para avaliar estatisticamente a relação das pontuações obtidas no CDI entre a escola pública e a privada, foi utilizada a correlação de Pearson. O resultado ($r = 0,1$) revela uma correlação direta muito fraca, ou seja, não foram observadas correlações significativas na pontuação do CDI entre as escolas. Também não houve diferença significativa entre o CDI e idade ($r = -0,03$).

A correlação de Pearson também foi utilizada para avaliar possíveis relações entre a pontuação no CDI e idade. Os resultados tanto da escola pública ($r = -0,03$) como da privada ($r = -0,1$), revelaram que não há correlações significativas entre sintomas depressivos e idade.

DISCUSSÃO

Verificou-se na população estudada, que 15% das crianças da amostra da escola pública possuem sintomas de depressão, porquanto na amostra da escola privada, o resultado fora de 5%.

Nota-se uma diferença no resultado entre as escolas, apontando para diferenças sócio-econômicas como um fator que pode interferir sobre a sintomatologia da depressão infantil. Há de se considerar a escassez de estudos que abordam a influência de questões sócio-econômicas sobre a sintomatologia depressiva. A escola pública, na qual parte da amostra foi composta, situa-se em uma região periférica bastante carente, favorecendo para um número maior de estressores que podem desencadear os sintomas da depressão, porém, somente em crianças que já possuam tal predisposição, assim como sugere os apontamentos de Hankin e Abramson³⁶ sobre um modelo cognitivo de vulnerabilidade ao estresse.

Dos 15% de crianças com sintomas depressivos da escola pública, 83,3% são do sexo masculino, e apenas 16,7% do sexo feminino. Este dado confere com o apresentado na literatura internacional por Hankin e Abramson³⁶ de que em meninos os sintomas da depressão infantil são mais frequentes antes da adolescência, já os sintomas depressivos em meninas intensificam-se no início da adolescência. No estudo de Twenge e Nolen-Hoeksema³⁷, observou-se que nas meninas os sintomas depressivos tiveram seu pico aos 15 anos, enquanto que nos garotos os sintomas permaneceram estáveis; porém, estatisticamente não houve dados significantes para que a diferença quanto ao gênero pudesse ser estabelecida. Baptista³⁸, relata que os fatores

biológicos parecem desempenhar um importante papel, já que a diferença entre meninos e meninas modificam-se na adolescência.

Qualitativamente, no que se refere à diferença quanto ao sexo das crianças da escola pública com a sintomatologia depressiva, observou-se que grande parte dos meninos trabalham com os pais para ajudarem nas despesas de casa; já no caso das meninas, o único discurso observado, foi o de que auxiliam nas atividades domésticas. Os meninos, neste caso, possuem uma responsabilidade muito superior à esperada para sua idade.

Em relação às idades das crianças com sintomas depressivos, a maioria situa-se entre 7 e 8 anos, o que difere, em parte, das pesquisas na área, denotando necessidade de maiores investigações, ou até mesmo, sugerindo que a sintomatologia depressiva possa ocorrer mais cedo do observado até então.

Os principais sintomas depressivos observados na amostra total da escola pública referem-se à opção “B” de resposta e possui menor gravidade: sentimento de medo (*“Eu temo que coisas ruins me aconteçam”*). Outro item com significativa frequência foi o que se refere à autoimagem (*“Minha aparência tem alguns aspectos negativos”*). Destaca-se que alternativas como estas podem estar associadas a padrões sócio culturais. Atualmente, questões como violência, principalmente nas grandes metrópoles, podem justificar, em parte, a resposta do medo; o culto ao corpo, temática contemporânea, pode ser desencadeador de respostas como “aparência com alguns aspectos negativos”, e que não necessariamente, caracterizem a sintomatologia depressiva. As opções que tiveram menor frequência foram *“Eu sinto vontade de chorar diariamente”*, *“Eu me odeio”*. Só houve uma opção não respondida pelas crianças: *“Eu nunca faço o que me mandam”*.

Em relação à amostra total da escola privada, os principais sintomas depressivos também referem-se à opção “B”: pessimismo (*“Eu não tenho certeza se as coisas darão certo para mim”*) e medo (*“Eu temo que coisas ruins me aconteçam”*). As opções de menor frequência foram *“Eu estou sempre triste”*, *“Eu me odeio”*, *“Eu sinto vontade de chorar diariamente”* e *“Eu não gosto de estar com as pessoas”*. Duas opções não obtiveram escolha: *“Eu nunca me divirto na escola”* e *“Ninguém gosta de mim”*.

Os principais sintomas depressivos observados na escola pública, dentre as crianças que ultrapassaram o ponto de corte, foram sintomas físicos, relatados como cansaço / fadiga (*“Eu estou sempre cansado”*), sentimentos de solidão (*“Eu sempre me sinto sozinho”*), de tristeza (*“Eu estou sempre triste”*), perturbações no sono (*“Eu tenho sempre dificuldade para dormir à noite”*), pessimismo (*“Nada vai dar certo para mim”*), sentimentos de desvalia (*“Eu faço tudo errado”*), sentimento de culpa (*“Tudo de mau que acontece é por minha culpa”*), e preocupação (*“Eu me sinto sempre preocupado”*). Os itens que não obtiveram nenhuma resposta foram: *“Eu sinto vontade de chorar diariamente”*, *“Eu sou feio”*, *“Eu nunca faço o que me mandam”*. Em relação à alta frequência das respostas sobre o cansaço, durante a aplicação do inventário, as crianças ao serem questionadas sobre tal resposta, em sua grande maioria, respondiam que se cansavam, pois trabalhavam com os pais, e no caso das meninas, porque tinham que limpar a casa. Nestes casos, pode não haver, necessariamente, ligação com a sintomatologia depressiva.

Dentre as crianças da escola privada que ultrapassaram o ponto de corte, os principais sintomas depressivos foram sentimentos de desvalia (*“Eu faço tudo errado”*, *“Eu me odeio”*,

“Eu sou feio”, “Eu sou sempre mau (má)”, “Não posso ser tão bom quanto outras crianças”, desobediência / rebeldia (“Eu nunca faço o que me manda”), pessimismo (“Nada vai dar certo para mim”, “Eu tenho certeza que coisas terríveis me acontecerão”), anedonia (“Nada é divertido para mim”), culpa (“Tudo de mau que acontece é por minha culpa”), choro (“Eu sinto vontade de chorar diariamente”), sentimento de preocupação (“Eu me sinto sempre preocupado”), sentimento ambivalentes no que se refere ao estar só (“Eu não gosto de estar com as pessoas”, “Eu sempre me sinto sozinho”). Os itens que não obtiveram nenhuma resposta foram: “Eu estou sempre triste”, “Eu estou sempre cansado”, “Eu nunca me divirto na escola”, e “Ninguém gosta de mim”.

Os sintomas apresentados pelas crianças que ultrapassaram o ponto de corte conferem com a maioria dos sintomas descritos na pesquisa de Cruvinel²³. A autora relata que os principais sintomas depressivos observados em sua pesquisa foram os de culpa, solidão, tristeza, pessimismo e choro. Na presente pesquisa, a questão do choro só esteve presente nas crianças da escola privada, sendo que nas crianças da escola pública, esta questão não foi mencionada. Nesse sentido, pode-se supor que estas crianças possuem maior dificuldade para expressarem suas emoções, o que pode justificar a alta frequência da resposta sobre a tristeza; em contrapartida, nas crianças da escola particular, a questão do sentimento de tristeza foi pouco frequente.

O sentimento de solidão, que foi mencionado em ambas as escolas, pode ser associado ao prejuízo nas relações interpessoais, característico da sintomatologia depressiva. Andriola e Cavalcante²⁵, explicam que crianças deprimidas tendem a serem socialmente passivas, pois acreditam que serão punidas ou

rejeitadas se forem mais ativas.

Em relação às médias obtidas na pontuação do CDI, o fato da média da escola pública, somada ao seu desvio padrão, conferir com o ponto de corte (16), e à média da escola privada, mais o desvio padrão (12,3), distanciar-se significativamente do ponto de corte, pode sugerir que, na amostra da escola pública, as crianças com sintomas depressivos estão mais próximas à realidade da amostra total, enquanto que as crianças com sintomas depressivos da escola privada, destoam acentuadamente da maioria das crianças da amostra geral.

Quanto à verificação estatística desta pesquisa, os resultados foram semelhantes aos da pesquisa de Cruvinel²³ no que se refere ao CDI e idade; em ambas as pesquisas não foram encontradas relações significativas entre estas variáveis. Isto sugere a necessidade de estudos mais amplos que possam assegurar tais resultados.

Na correlação estabelecida para verificar as possíveis relações da pontuação do CDI obtida entre as duas escolas, o resultado revela uma correlação direta muito fraca ($r = 0,1$), ou seja, de maneira geral as pontuações elevadas ocorrem tanto na escola pública como na escola privada. Apesar da média de pontos da escola pública ser maior que a média apresentada na escola privada, tal diferença não se apresenta quantitativamente significativa, mas sim qualitativamente relevante. Tal fato deve-se ao fato de que, mesmo que a incidência de sintomas depressivos tenha sido maior na escola pública, as crianças com sintomas depressivos da escola privada obtiveram uma pontuação bastante elevada, o que contribui para a correlação ser direta. De maneira geral, não foram observadas correlações significativas na pontuação do CDI entre as escolas.

Na aplicação do CDI, observou-se que

muitas crianças, especialmente as de 7 e 8 anos, apresentaram dificuldades na interpretação de alguns itens deste instrumento, exigindo que sua aplicação fosse individual. A dificuldade mais clara foi a de compreender o que significam os termos “frequentemente”, “de vez em quando” e “às vezes”; as expressões “normalmente”, “aspectos negativos”, “temo” e “diariamente” tiveram que ser substituídas por substantivos de compreensão mais fácil. Golfeto et al.²⁶, observaram em sua pesquisa semelhantes dificuldades de compreensão por parte das crianças, principalmente no que se refere às idades de 7 e 8 anos e aos termos “frequentemente”, “de vez em quando” e “às vezes”.

Pereira³⁹, ao verificar a validade e a precisão da Escala de Avaliação de Depressão para Crianças, desenvolveu uma análise semântica dos itens, constatando a necessidade de reformular alguns itens e a exclusão de um item que foi considerado inadequado, pois as crianças estavam compreendendo-o indevidamente. Os itens da escala utilizada pela autora possuem semelhanças com o CDI, e um dos itens que houve grande dificuldade de compreensão e que assemelha-se bastante ao item do CDI foi *“Eu me sinto sozinho”*, sendo reformulado para *“Eu me sinto abandonado”*.

Para garantir maior credibilidade aos resultados da presente pesquisa, diante do que foi supracitado, vale ressaltar que a aplicação do CDI foi feita individualmente. Este procedimento, também favoreceu a captação de aspectos qualitativos da pesquisa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Existem poucas pesquisas destinadas à compreensão da sintomatologia depressiva em crianças, como também instrumentos pou-

co adequados à realidade brasileira. No Brasil não há um estudo epidemiológico que forneça informações mais precisas sobre a incidência da depressão infantil.

É importante salientar que o Inventário de Depressão Infantil (CDI) verifica a presença da sintomatologia da depressão infantil, mas não a diagnóstica. Mesmo sendo um inventário frequentemente utilizado, verificou-se a necessidade de adaptações mais precisas à realidade brasileira.

Foram detectadas 15% de crianças com sintomas depressivos na escola pública, e os principais sintomas observados foram os de fadiga, solidão, tristeza, perturbação do sono, pessimismo, sentimento de menos valia, sentimento de culpa e preocupação. Na escola privada, há incidência de 5% de crianças com sintomas depressivos, e os principais sintomas detectados foram sentimentos de menos valia, desobediência / rebeldia, pessimismo, anedonia, culpa, choro, preocupação e solidão. Há diferenças sintomatológicas apresentadas entre as escolas, principalmente a questão do choro e a da não obediência. As crianças da escola privada reportam-se como sendo muito desobedientes, enquanto que as crianças da escola pública nem mencionam este item. Este tema deve ser melhor investigado para generalizações mais consistentes, assim como a questão do choro deve ser melhor investigada, como foi mencionado na discussão dos resultados.

Quanto à diferença de incidência de sintomas depressivos observados entre as escolas, faz-se necessário investigações mais amplas que possam abordar com mais precisão as interferências sócioeconômicas sobre a sintomatologia depressiva. Contudo, esta pesquisa aponta fortemente para fatores sociais como desencadeadores dos sintomas depressivos em crianças.

Fatores educacionais, relacionados diretamente a elementos sócio culturais interferiram na aplicação literal do CDI, mostrando a necessidade de um aprimoramento do instrumento em seus procedimentos de aplicação.

De maneira geral, este estudo demonstra, como já foi abordado em outras pesquisas, que os sintomas da depressão podem ser observados na infância, como também aponta a necessidade de pesquisas que possibilitem um maior esclarecimento sobre a sua manifestação e sobre a probabilidade dos fatores sociais serem um dos desencadeadores da depressão. As pesquisas nesse sentido são fundamentais para os profissionais da área e para os pais dessas crianças, uma vez que oferece maior possibilidade de reconhecimento precoce dos sintomas e, conseqüentemente, maior possibilidade de amenização do quadro depressivo. Os sintomas depressivos, se ainda não oferecem dados suficientes para caracterização de um quadro clínico, oferecem indícios de que a criança está sofrendo e que, se nada for feito, o quadro pode ser agravado, principalmente, com a chegada da adolescência.

AGRADECIMENTOS

Trabalho realizado com Apoio PIBIC – UnG.

REFERÊNCIAS

1. Rodrigues MJSF. O diagnóstico da depressão. *Psic USP*. 2000; 11(1),155-87.
2. Bahls SC. Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. *J Pediatr (Rio J.)*. 2002; 78(5): 359-66.
3. World Health Organization Depression. [online]. 2004. [Capturado 20 fev. 2004]. Disponível em: www.who.int/mediacentre.
4. Kehl MR. Uma existência sem sujeito. Folha SP. [on line]. 2003 Jan. [Capturado 20 fev. 2004]. Disponível em: www.folha.uol.com.br
5. Miller JA. O livro de referência para a depressão infantil. São Paulo: M Books; 2003.
6. Kaplan HI, Sandock BJ, Grebb JA. Compendio de psiquiatria: Ciências do comportamento e psiquiatria clínica. 7ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
7. Organização Mundial da Saúde. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamentos da CID-10. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
8. Associação de Psiquiatria Americana. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.
9. Porto JAD. Depressão: Conceito e diagnóstico. *Rev Bras Psiq*. 1999; 21(1):6-11.
10. Spitz RA. O primeiro ano de vida. São Paulo: Martins Fontes; 1979.
11. Rodríguez RJ. El síndrome depresivo en el niño y en el adolescente. *Salud Adolesc*. 1999; 1(1):83-8.
12. Ajuriaguerra J. Manual de Psiquiatria Infantil. 2ª ed. Rio de Janeiro: Masson do Brasil; 1980.
13. Klein M. Contribuições à psicanálise. São Paulo: Mestre Jou; 1948.
14. Winnicott DW. Tudo começa em casa. São Paulo: Martins Fontes; 1989.
15. Freud S. Luto e melancolia. In: Freud S. Edição Eletrônica Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud - vol 14 [CD ROM]. São Paulo: Imago; 1989.
16. Costa JP. A clínica psicanalítica das psicopatologias contemporâneas. Porto Alegre: Artmed; 2010.

17. Shafii M, Shaffi SL. Clinical Manifestations and Developmental Psychopathology of Depression. In Clinical Guide to Depression in Children and Adolescents. Washington: American Psychiatric Press; 1992. p. 3-42.
18. Sandler J, Joffe WG. Notes on childhood depression. Internat J Psychoan. 1965; 46(1):88-96.
19. Assumpção FB. Depressão na infância. Pediat Mod. 1992; 28:323-8.
20. Coutinho MPL. Uso de técnicas projetivas na apreensão de representações sociais da sintomatologia da depressão infantil [tese de doutorado]. São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo; 2000.
21. Bandim JM, Sougey EB, Carvalho TFR, Barbosa GA, Fonseca L. Depressão na infância: epidemiologia e aspectos clínicos. Neurob. 1996; 59(1):1-12.
22. Faria LM. Para entender a relação escola-família: Uma contribuição da história da educação. SP Persp. 2000; 14(2):44-50.
23. Cruvinel M. Depressão infantil, rendimento escolar e estratégias de aprendizagem em alunos do ensino fundamental [dissertação de mestrado]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2003.
24. Bandim JM, Roazzi A, Doménech E. Rendimento escolar em crianças com sintomas depressivos. J Brasil Psiquiat. 1998; 47(7):60-6.
25. Andriola WB, Cavalcante LR. Avaliação da depressão infantil em alunos da pré-escola. Psicol Reflex Crit. 1999; 12(2):419-28.
26. Golfeto JH, Veiga MH, Souza L, Barbeira C. Propriedades psicométricas do inventário de depressão infantil (CDI) aplicado em uma amostra de escolares de Ribeirão Preto. Rev Psiq Clín. 2002; 29(2):66-70.
27. Barbosa GA, Lucena A. Depressão infantil. Infan Rev de Neurop da Inf e Adolesc. 1995; 3(2):23-30.
28. Coutinho MPL, Moreira ASP, Jacquemin A. A sintomatologia da depressão infantil na representação social. In: Resumos e programas do II Congresso Nacional da Sociedade Brasileira de Rorschach e outros métodos projetivos; 2000; Porto Alegre. Rio Grande do Sul: AGE; 2000. p. 98.
29. Nakamura E, Santos JQ. Depressão Infantil: Abordagem antropológica. Rev Saúde Publ. 2007; 41 (1): 53-60.
30. Cruvinel M, Boruchovitch E. Depressão infantil: uma contribuição para a prática educacional. Psic Esc Educ. 2003; 7(1): 77-84.
31. Cruvinel M, Boruchovitch E. Sintomas Depressivos e Ambiente Familiar. Psic em Pesq – UFJF. 2009; 3(1): 87-100.
32. Cassorla, RMS. Comportamentos suicidas na infância e adolescência. J Brasil Psiq. 1987; 36(3):137-44.
33. Cruvinel M, Boruchovitch E, Santos AAA. Inventário de Depressão Infantil (CDI): análise dos parâmetros psicométricos. Fractal: Rev Psic. 2008; 22(2), 473-90.
34. Wathier JL, Dell'Aglio DD, Bandeira, DR. Análise fatorial do Inventário de Depressão Infantil (CDI) em amostra de jovens brasileiros. Aval Psic. 2008; 7(1):75-84.
35. Coutinho MPL, Carolino ZCG, Medeiros ED. Inventário de Depressão Infantil (CDI): Evidências de validade de construto e consistência interna. Aval Psic. 2008; 7(3):291-300.
36. Hankin BL, Abramson LY. Development of gender differences in depression: An elaborated cognitive vulnerability-transactional stress theory. Psyc Bullet. 2001; 127(6):773-96.

37. Twenge JM, Nolen-Hoeksema S. Age, gender, race, socioeconomic status, and birth cohort differences on the Children's Depression Inventory: A meta-analysis. J Abnor Psyc. 2002; 111(4):578-88.
38. Baptista MN. Depressão na adolescência: Uma visão multifatorial. São Paulo: EPU; 1999.
39. Pereira DAP. Escala de Avaliação de Depressão para Crianças: Um estudo de validação [dissertação de mestrado]. Campinas: Pontifícia Universidade Católica de Campinas; 2002.