RBPsicoterapia
Revista Brasileira de Psicoterapia
Volume 22, número 1, abril de 2020
www.rbp.celg.org.br

ARTIGO DE REVISÃO

Instrumentos de avaliação da depressão infantil: revisão integrativa da literatura

Child depression assessment tools: integrative literature review

Herramientas de evaluación de la depresión infantil: revisión literaria integrativa

Maria Odila Finger Fernandes Lima[a]

Lídia Käfer Schünke[a]

Clarisse Pereira Mosmann[a]

[a] Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, Escola de Saúde, Programa de PósGraduação em Psicologia – São Leopoldo – Rio Grande do Sul – Brasil

DOI 10.5935/2318-0404.20200004

Instituições: Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS

Resumo

A depressão é um transtorno que pode vir a acometer a infância equando não bem avaliada, tende a persistir na fase da adolescência. O objetivo desta revisão integrativa da literatura foi analisar a produção científica sobre o uso de instrumentos de avaliação da depressão infantil. Foram analisados 13 artigos publicados entre 2008 a 2018 e recuperados nas bases BVS, PubMed e EBSCOHOST. Os resultados permitiram caracterizar o panorama de validação e uso de instrumentos de avaliação da depressão infantil **(PRISMA).** Destacaram-se uso de instrumentos para triagem em saúde mental e propriedade psicométricas adequadas para avaliar sintomas de depressão infantil, bem como comorbidades com transtornos de ansiedade. Sugere-se mais pesquisas com o uso de instrumentos de avaliação da depressão infantil, principalmente estudos e validação de instrumentos no panorama nacional.

Palavras-chaves: Depressão; Infância; Instrumentos de Avaliação

Abstract

Depression is a disorder that can affect childhood and when not evaluated correctly, it tends to persist in adolescence. The objective of this integrative review of the literature was to analyze the scientific production on the use of instruments for assessing childhood depression. Thirteen articles published between 2008 and 2018 and retrieved in the BVS, PubMed and EBSCOHOST databases were analyzed. The results allowed characterizing the panorama of validation and use of instruments for evaluation of childhood depression **(PRISMA).** The use of instruments for screening in mental health and adequate psychometric properties to evaluate symptoms of childhood depression, as well as comorbidities with anxiety disorders were emphasized. More research is suggested with the use of instruments for evaluating child depression, especially studies and validation of instruments in the national panorama.

Keywords: Depression; Childhood; Evaluation Instruments

Resumen

La depresión es un trastorno que puede afectar a la infancia y, cuando es mal evaluada, tiende a persistir en la adolescencia. El objetivo de esta revisión literaria fue analizar las investigaciones científicas del uso de herramientas para la evaluación de la depresión infantil. Analizamos 13 artículos publicados desde 2008 hasta 2018 y recuperados en las bases de datos BVS, PubMed y EBSCOHOST. Los resultados permitieron caracterizar el panorama de validación y uso de herramientas para la evaluación de la depresión infantil (**PRISMA**). Se enfatizó el uso de instrumentos para la detección en salud mental y propiedades psicométricas adecuadas para evaluar los síntomas de la depresión infantil, así como las comorbilidades con los trastornos de ansiedad. Se sugieren más investigaciones con el uso de instrumentos para evaluar la depresión infantil, especialmente estudios y validación de herramientas en el panorama nacional.

Palabras clave: Depresión; Infancia; Herramientas de Evaluación.

Introdução

Até a década de 1970 acreditava-se que a criança não poderia ter transtornos mentais, como depressão, uma vez que ela possuía uma estrutura de personalidade imatura. Da mesma forma, havia uma tendência de excluir diagnósticos de depressão em crianças, pelo fato de se acreditar que a infância seria uma época feliz, livre de preocupações ou de responsabilidades[1,2]. Entretanto, o objetivo dos pesquisadores não era rotular diagnósticos na infância, mas reconhecer que os sintomas de depressão podiam se manifestar nessa fase do desenvolvimento, bem como ter características e critérios distintos[3,4]. Por outro lado, estudos mostram a prevalência de 10% a 20% de problemas de saúde mental em crianças ao redor do mundo, sendo problemas emocionais e de comportamento uma das causas mais significativas desses distúrbios[5,6]. Estudos populacionais

com grandes amostras e entrevistas clínicas estruturadas estimaram a prevalência de transtornos mentais na infância em 50,6%, em cidades como Connecticut, Georgia e New York, nos Estados Unidos e San Juan em Porto Rico[7].

Outro estudo, revisou a epidemiologia dos transtornos mentais na população pediátrica nos Estados Unidos, Canadá, Grã-Bretanha, Austrália e na Nova Zelândia. Foi constatada a prevalência global de transtornos mentais em 14,3%, sendo que mais frequentes são os transtornos de ansiedade (6,4%), transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (4,8%), transtorno de conduta (4,2%) e os transtornos depressivos (3,5%)[8]. Os pesquisadores também encontraram nesse estudo a estimativa de 47 a 68% das crianças com transtornos mentais que possuíam dois ou mais diagnósticos[8]. Do mesmo modo, alguns autores salientam a alta prevalência de crianças com transtornos mentais no Brasil[9-12].

No estudo coorte de nascimento realizado em Pelotas no Rio Grande do Sul, com o intuito de investigar o início precoce de transtornos psiquiátricos[13], de 01 de janeiro e 31 de dezembro de 2004, 4.231 bebês foram avaliados, juntamente com suas mães, nas primeiras 24 horas de vida. A partir do quinto followup, 3.585 crianças (84,7% das crianças de coorte originais) foram reavaliadas quanto tinham 6 e 7 anos de idade.A prevalência de transtornos mentais foi de 13,2%, e os quadros mais frequentes foram os transtornos de ansiedade (8,8%), o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (2,6%), o transtorno opositivo desafiador ou de conduta (2,6%) e o transtorno depressivo (1,3%) Entre as crianças com algum diagnóstico, 17% apresentavam alguma comorbidade[13].

A comorbidade entre os transtornos de ansiedade também se mostra alta, chegando a 30%[14]. Em um estudo realizado sobre Transtorno Obsessivo-Compulsivo com 70 crianças e adolescentes, 26% apresentaram transtorno depressivo maior e 13% tinham dificuldades de adaptação acompanhadas de sintomas depressivos[3]. Para Coêlho et al.[4], há uma grande associação entre transtornos de ansiedade e manifestações depressivas, tendo em vista a sua aproximação sintomatológica.

Segundo algumas pesquisas, crianças tendem a apresentar comorbidade com outros sintomas psiquiátricos, em especial sintomas de ansiedade[15]. Em uma pesquisa longitudinal com crianças acompanhadas até a adolescência, a prevalência foi de 9,9% de transtornos de ansiedade e 9,5% para depressão, que por sua vez, estão associados a uma variedade de diagnósticos na vida adulta[16]. De acordo com outros estudos, a comorbidade entre sintomas de depressão e ansiedade na infância podem acarretar deficiências no desempenho escolar, dificuldade no relacionamento com os colegas, risco de comportamentos suicidas, abuso de álcool e substâncias[17,18].

Por sua vez, a depressão infantil tem como características os sintomas expressivos de agressividade, tristeza e a irritabilidade, os quais, podem sofrer alterações diante da amplitude e frequência da sintomatologia[1]. Alguns autores salientam que ainda hoje existem dificuldades no diagnóstico de depressão infantil[19-21]. As dificuldades dizem respeito às peculiaridades da manifestação da doença em crianças, somadas a complexidade de expressão dos seus sentimentos e problemas[22-24].

Nesse sentido, já é aceito que a depressão em crianças possui particularidades únicas, isto é, tédio, solidão, tristeza, falta de concentração, irritabilidade, desobediência, somatizações como cefaleia e dor abdominal, que podem prejudicar um diagnóstico preciso[2,4,25,26]. Do mesmo modo, pesquisas evidenciam que sintomas depressivos apresentados em crianças são relacionados com danos no comportamento social e baixos rendimentos escolares, porém pouco associados a um diagnóstico de depressão[27]. Por outro lado, não há um consenso entre os pesquisadores acerca dos critérios específicos para a descrição dos sintomas e diagnóstico de depressão na infância[21,28]. Alguns estudiosos salientam a dificuldade que a criança possui em perceber e descrever seus sintomas, diferentemente do adulto[20].

Para **o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 5º[29]**, o transtorno disruptivo de desregulação do humor é um novo diagnóstico referente à apresentação de crianças com irritabilidade persistente e episódios frequentes de descontrole comportamental. Essas características são referentes aos transtornos depressivos em crianças de 6 até 12 anos de idade. Em um estudo longitudinal americano com participação de 1420 crianças, ao longo de quinze anos de pesquisa, foram diagnosticadas 96 crianças com desregulação de humor grave. Da mesma forma, as 96 crianças apresentaram risco elevado de desenvolver transtorno depressivo ao redor dos 18 anos de idade[30]. Posteriormente, outro estudo mostrou que a irritabilidade crônica infantil está relacionada a quadros depressivos e ansiosos na vida adulta[31].

Os altos índices de depressão infantil encontrados pelos estudos nacionais e internacionais, assim como os prejuízos em diferentes áreas de vida ao longo do desenvolvimento, justificam a necessidade de estudos que avaliem com maior precisão a depressão em crianças. Além disso, a heterogeneidade identificada nos estudos em termos de prevalências e formas de avaliação indicam uma lacuna na literatura que se constitui como uma importante agenda para área visando evidências para a pesquisa e a prática clínica, com o intuito de prevenção e intervenção precoce em crianças[32,33]. Os profissionais de saúde mental têm um papel fundamental na detecção de sintomas de depressão em crianças[34], principalmente considerandoutilização de instrumentos de autorrelato, que possibilitam uma triagem ou rastreamento dos principais sintomas incapacitantes da depressão infantil[35].

Assim, o objetivo deste estudo foi realizar uma revisão integrativa da literatura para analisar a produção científica internacional sobre o uso de instrumentos de avaliação da depressão infantil.

Método

Foi realizada uma revisão integrativa da literatura acerca do uso de instrumentos de avaliação da depressão infantil. Foram consultadas as seguintes bases de dados: BVS, PubMed e EBSCOHOST, tendo como descritor “instrumentsofchildrendepression”. Os procedimentos de busca, seleção e análises dos artigos foram realizados por dois juízes independentes, conforme orientações do protocolo Prisma[36]. Os artigos passaram por duas etapas de elegibilidade. A primeira triagem na qual foram analisados os títulos e resumos de 753 itens encontrados pela dupla de revisores independentes. A segunda etapa, foram excluídos registros

duplicados; que não se referiram a artigos (teses, dissertações, trabalhos de conclusão de curso, anais, livros, capítulos de livros e resenhas); artigos publicados que se apresentaram fora do período considerado; artigos em outras línguas (português e espanhol); não disponibilizados on-line, na íntegra ou gratuitamente e que não apresentasse o tema de interesse, ou seja, que não abordassem instrumentos que avaliassem sintomas de depressão na infância, no panorama internacional, tendo vista que, a maioria dos instrumentos diagnósticos de uso na infância foi desenvolvida para pesquisas epidemiológicas e muitas dessas avaliações importantes não apresentam versão em português[37].

Após a triagem, os artigos tiveram a sua elegibilidade confirmada através da leitura mais detalhada em texto completo do artigo. Esta etapa também foi realizada por dupla de revisores independentes, os quais elegeram 13 estudos para análise final, ou seja, que fossem artigos completos (empíricos ou de revisão de literatura); publicados entre 2008 a 2018; em língua inglesa e que apresentasse um instrumento (escala ou inventário) que avaliasse depressão infantil.

Resultados e discussão

O material selecionado foi lido na íntegra e analisado a partir das categorias ano de publicação, participantes/método, instrumento, principais resultados e limitações do instrumento. O fluxograma apresentando o processo de seleção dos estudos está descrito na Figura 1.

Figura 1. Fluxograma das etapas de seleção dos artigos para revisão integrativa da literatura

ETAPA 1 Estudos identificados a partir da busca nas seguintes bases de dados		
BVS N= 163	EBSCOHOST N=55	PubMed N=535
TOTAL DE ARTIGOS TRIADOS= 753		
ETAPA 2 Artigos válidos pelos critérios de inclusão		
BVS N=3	EBSCOHOST N=6	PubMed N=4
Amostra final de artigos=13		
ETAPA 3 Extração dos dados, síntese e interpretação		

Categoria Ano de Publicação e País de Origem

Os anos que mais ocorreram publicações de artigos acerca de instrumentos de Avaliação da Depressão Infantil foram 2012 (n=4) e 2017 (n=4), ao contrário do ano de 2015 e 2016, em que não ocorrerampublicações acerca da temática investigada. Nos demais anos, as publicações se mantiveram em uma (2008, 2009, 2010) e duas publicações (2011). Já no que diz respeito ao país de origem, destacou-se publicações dos Estados Unidos (n=9), Espanha (n=1), Alemanha (n=1), Nepal (n=1) e Líbano (n=1).Estes achados poderiam evidenciar a tradição americana de construção e validação de instrumentos para avaliar sintomas de depressão na infância, seja nas versões clássicas e curtas, bem como adaptação e validação transcultural nos outros países.

Categoria participantes/método

Com relação aos participantes dos estudos publicados, conforme tabela 1, foram identificados: 1) crianças com idades entre 9 a 12 anos (n=406)[38]; 2) meta-análise (n=146)[39]; 3) crianças com idade entre 7 e 10 anos (n=420)[40]; 4) crianças e adolescentes (não clínicas n=3.073) e (clínicas n=511)[41]; 5) crianças com idade entre 8 a 12 anos, senso 50 meninas e 50 meninos (n=100)[42]; 6) crianças com idade entre 9 a 12 anos (amostra 1 n=200) e (amostra 2 n=246)[38]; 7) crianças e adolescentes (não clínicos n=193) e (clínicos n=50)[43]; 8) crianças e adolescentes com idade entre 7 a 17 anos (n=2.863)[44]; 9) crianças e adolescentes com idade entre 11 a 15 anos, realizado por profissionais da saúde mental em 6 grupos focais (n=64) e crianças e adolescentes com idade entre 11 a 14 anos, amostra de validação (n=162)[45]; 10) crianças com idade entre 9 a 12 anos (n=446) e adolescentes com idade entre 13 a 16 anos (n= 324)[46]; 11) crianças com idade entre 10 a 14 anos (n=153)[47]; 12) crianças e adolescentes com idade entre 7 a 14 anos (amostra clínica n=303) e (amostra não clínica n=1.060)[48]; 13) crianças com idade entre 8 a 12 anos (n=809)[49].

Tabela 1. Ano, estudo, autores, faixa etário e tamanho da amostra

Ano	Título	Autores	Faixa Etária	Tamanho da Amostra (N)	Confiabilidade do instrumento
2008	The German version of the Center for Epidemiological Studies Depression Scale for Children: psychometric evaluation in a population-based survey of 7 to 17 years old children and adolescents – results of the BELLA study	Claus Barkmann, Michael Erhart, Michael Schulte-Markwort e BELLA Study Group	7 a 17 anos	N=2.863	SDSC PR (7 a 10 anos): α= 0,82 SDSC PR (11 a 17 anos): α= 0,84 SDSC SR (11 a 17 anos): α= 0,83

Ano	Título	Autores	Faixa Etária	Tamanho da Amostra (N)	Confiabilidade do instrumento
2009	Psychometric properties of the Spanish-Language Child Depression Inventory with hispanic children who are secondary victims of domestic violence	Carmen Soto Molina, José Rodriguez Gómez e Maria C. Vêlez Pastrana	8 a 12 anos	N=100	α = 0,88
2010	Norms and Screening Utility of the Dutch Version of the Children's Depression Inventory in Clinical and Nonclinical Youths	Jeffrey Roelofs, Caroline Braet, Lea Rood, Benedikte Timbremont, Leen van Vlierberghe Lien Goossens	7 a 18 anos	N= 3.584 (511 amostra clínica / 3.073 amostra não clínica)	Amostra Clínica: α = 0,86 Amostra Não Clínica: Teste: α = 0,85 Reteste: α = 0,81
2011	Validation of the Arab Youth Mental Health scale as a screening tool for depression/anxiety in Lebanese children	ZiyadMahfoud, SawsanAbdulrahim, Madeleine BadaroTaha, Trudy Harpham, Taghreed El Hajj, Jihad Makhoul, Rima Nakkash, MayadaKanj, RemaAfifi	10 a 14 anos	N= 153	α = 0,86
2011	Validation of cross-cultural child mental health and psychosocial research instruments: adapting the Depression Self-Rating Scale and Child PTSD Symptom Scale in Nepal	Brandon A Kohrt, Mark JD Jordans, Wietse A Tol, Nagendra P Luitel, Sujen M Maharjan e NawarajUpadhaya	11 a 15 anos	N= 226 (64 em grupos focais / 162 na amostra de validação)	DSR: α = 0,67 CPSS: α = 0,86
2012	Depression in pediatric care: is the WHO-Five Well-Being Index a valid screening instrument for children and adolescents?	Antje-Kathrin Allgaier, Kathrin Pietsch, Barbara Frühe, Emilie Prast, Johanna Sigl-Glöckner e Gerd Schulte-Körne,	9 a 16 anos	N= 770 (446 crianças / 324 adolescentes)	Crianças: A = 0,78 Adolescentes: α = 0,85

Ano	Título	Autores	Faixa Etária	Tamanho da Amostra (N)	Confiabilidade do instrumento
2012	Children's Depression Screener (ChilD-S): Development and Validation of a Depression Screening Instrument for Children in Pediatric Care	Barbara Fruhe, Antje-Kathrin Allgaier, Kathrin Pietsch, Martina Baethmann, Jochen Peters, Stephan Kellnar, Axel Heep, Stefan Burdach, Dietrich von Schweinitz, Gerd Schulte-Ko¨rne	9 a 12 anos	N= 446	α = 0,88
2012	The Revised Child Anxiety and Depression Scale-Short Version: Scale Reduction via Exploratory Bifactor Modeling of the Broad Anxiety Factor	Chad Ebesutani, Steven P. Reise, Bruce F. Chorpita, Chelsea Ale, Jennifer Regan, John Young e Charmaine Higa-McMillan	7 a 14 anos	N= 1363 (303 amostra clínica / 1060 amostra não clínica)	Amostra Clínica: α = 0,80 Amostra Não Clínica: α = 0,79
2012	Is the Children's Depression Inventory Short version a valid screening tool in pediatric care? A comparisonto its full-lengthversion	Antje-KathrinAllgaier, Barbara Frühe, KathrinPietsch, Barbara Saravo, Martina Baethmann, Gerd Schulte-Körne	9 a 12 anos	N= 406	α = 0,84
2017	Confirmatory factor analysis and psychometric properties of the Revised Child Anxiety and Depression Scale–30 (RCADS-30) in clinical and non-clinical samples	José AntonioPiqueras, David Pineda, María Martin-Vivar e BonifacioSandín	8 a 18 anos	N= 243 (50 amostra clínica / 193 amostra não clínica)	α = 0,96
2017	Child Depression: Prevalence and Comparison between Self-Reports and Teacher Reports	Joana Jaureguizar, Elena Bernaras e MaiteGaraigordobil	7 a 10 anos	N=420	CDS: α = 0,88 BASC: α = 0,74 CDS-T: α = 0,70* α = 0,93** SPECI: α = 0,74
2017	Evaluation of the Children's Depression Inventory—Short Version (CDI–S)	Johan Ahlen e Ata Ghaderi	8 a 12 anos	N=809	ω = 0,90 GFI: 0,98 RMSR: 0,09

Ano	Título	Autores	Faixa Etária	Tamanho da Amostra (N)	Confiabilidade do instrumento
2017	The Revised Child Anxiety and Depression Scale: A systematic review and reliability generalization meta-analysis	Jose A. Piqueras, María Martín-Vivara, Bonifacio Sandin, Concepción San Luis e David Pineda	Estudo de meta-análise	146 estudos	α = 0,93 (valor médio)

SDSC PR: *Studies Depression Scale for Children – Parent Report*; SDSC SR: *Studies Depression Scale for Children – Self Report*; DSR: *Depression Self-Rating Scale*; CPSS: *Child PTSD Symptom Scale*; CDS: *Children's Depression Scale*; BASC: *Behavior Assessment for Children*; CDS-T: *Children's Depression Scale Teacher*; SPECI: *Screening for Children's Emotional and Behavioural Problems*; α = Alpha de Cronbach; * dimensão positiva do instrumento; ** dimensão negativa do instrumento; ω = Ômega de McDonald; GFI: *Goodness of Fit Index* (>0,90) , RMSR: *Root Mean Square Residual* (próximo de zero).

Os resultados referentes aos participantes apontam para idade entre 7 e 18 anos, contudo não há uma faixa etária específica que seja utilizada em todos os instrumenos, tendo em vista que, cada instrumento possui sua validade e fidedignidade psicométrica em uma determinada faixa etária. No que tange ao método dos estudos, foram identificados pesquisa quantitativa, longitudinal e explicativa[41], pesquisa quantitativa, estudo multicêntrico e explicativo[38], estudo de meta-análise[39], estudo quantitativo, transversal e explicativo[40,42-50].

Embora o descritor utilizado contenha a palavra "*children*", muitos estudos avaliam o fenômeno até a adolescência. AA partir deste resultado, evidencia-se que os pesquisadores avaliaram o fenômeno da depressão de maneira mais ampla, ou seja, gerando menor precisão entre 7 a 18 anos de idade. Outra evidência significativa mostrada pelos pesquisadores é a que a menor idade encontrada nos instrumentos se refere a 7 anos de idade, isto é, idade escolar. Esta, por sua vez, pode se traduzir a uma dificuldade em avaliar crianças menores, bem como reconhecer sintomas de depressão na infância.

Categoria instrumentos

Com relação aos instrumentos empregados para avaliar a depressão infantil, os estudos utilizaram *Children Depression Inventory Short*[50], versão curta do CDI; *Revised Chil Anxiety and Depression RCADS*[39] para avaliar comorbidade de sintomas de ansiedade e depressão infantil; *Children's Depression Scale – CDS, Behavior Assessment for Children – BASC*, *Children's Depression Scale-Teacher – CDS-T, Screening for Children's Emotion Behavioural Problems – SPECI*[40], uma gama de instrumentos para avaliar a prevalência e comparação entre respostas sobre si mesmo e respostas dos professores; *Children's Depression Inventory – CDI e Youth Self Report do DSM-IV*[41], instrumentos utilizados em crianças clínicas e não clínicas para avaliar a depressão; *Child Depression Inventory – CDI*[42], instrumento utilizado para averiguar as propriedades psicométrica na versão

espanhola do CDI em uma população infantil vítima de violência doméstica; *Children's Depression Screener – ChilD-S*[38], instrumento para avaliar depressão infantil em uma população de crianças em cuidados pediátricos; *Revised Child Anxiety and Depression – SCALE-30 (RCADS*)[43];*Centre for Epidemiological Studies Depression Scale – CES-DC*[44], escala alemã para investigar depressão infantil;*Depression Self-Rating Scale, Child PTSD Symptom Scale*[45], adaptação e validação transcultural de instrumento para depressão e transtorno de estresse pós-traumático em crianças no Nepal; *WHO-5 Well Being Index*[46], instrumento para triagem de depressão em cuidados pediátricos; *Arab Youth Mental Health Scale*[47], escala para averiguar depressão e ansiedade em crianças e jovens libaneses; *Revised Chil Anxiety and Depression Scale – Short Version (RCADS)*[48],*Children's Depression Inventory – Short Version (CDI-S)*[49].

Importante destacar que alguns intrumentos avaliavam concomitantemente com a depressão, sintomas de ansiedade, como *Revised Child Anxiety and Depression Scale (RCADS)*[39] e *Child PTSD Symptom Scale*[45]. Outros instrumentos utilizados com mais frequência nos estudos citados foram *Revised Child Anxiety and Depression Scale* – RCADS[39,43,48], o inventário*Children's Depression Inventory – Short version*[49,50] e *Children's Depression Inventory – CDI* – versão normal[41,42].

Foi verificada a prevalência de comorbidade entre depressão e ansiedade quando do rastreio de sintomas na infância. Ainda, é importante considerar a dificuldade no processo diagnóstico na infância, uma vez que intrumentos de auto relato requerem consciência por parte da criança em relação a seus pensamentos, sentimentos, comportamentos e demais processos internos, capacidade esta que está em desenvolvimento na infância[51].

Categoria principais resultados e conclusões

No que diz respeito aos principais resultados e conclusões, nos estudos investigados que utilizaram Children's Depression Inventory Short – CDI-S, este mostrou-se ser um instrumento de boa sensibilidade para avaliar depressão infantil, contudo, comparado com a versão completa CDI, mostrou-se menos específico para diagnóstico da depressão em crianças[49,50]. Da mesma forma, os pesquisadores sinalizaram que o instrumento CDI-S é uma ferramenta válida para avaliação da depressão infantil em ambiente de cuidados pediátricos[49,50]. Por outro lado, os investigadores que utilizaram o Children's Depression Inventory – CDI, versão tradicional, enfatizaram escores significativos relacionados a sintomas de depressão e, em menor escala, sintomas de ansiedade[41]. Já a versão espanhola do CDI, evidenciou diferenças na estrutura fatorial do CDI versão espanhola quando comparado na versão original[42].

Já a escala Revised Child Anxiety and Depression Scale – RCADS, mostrou-se robusta, com boa confiabilidade de consistência interna[39]. O estudo sobre o instrumento Revised Child Anxiety and Depression Scale – RCADS-30, os pesquisadores sinalizaram que o instrumento possui propriedades psicométricas válidas e é adequado para avaliar sintomas de depressão e ansiedade em crianças. Do mesmo modo, os estudiosos enfatizaram que a escala RCADS-30 é adequada para diferenciar distúrbios emocionais, principalmente

depressão e ansiedade, de outros distúrbios mentais[43]. A versão abreviada da escala Revised Child Anxiety and Depression Scale – Short Version – RCADS, enfatizada pelos pesquisadores, mostrou-se ser eficiente e com altos escores de confiabilidade, bem como evidenciou-se ser uma escala segura para aplicação em ambientes clínicos[48].

Segundo os estudiosos, as escalas Children's Depression Scale – CDS, Behavior Assessment for Children – BASC, Children's Depression Scale-Teacher – CDS-T, Screening for Children's Emotion Behavioural Problems – SPECI, mostraram diferenças significativas entre os autorrelatos e a versão dos professores quanto a prevalência de depressão, tendo em vista que, neste estudo, os investigadores salientaram a importância do papel do professor para detectar sintomas em alunos[40]. Já o instrumento Children's Depression Screener – ChilD-S, mostrou-se ter alto potencial para rastreamento da depressão em crianças que estejam em atendimento pediátrico[38].

A escala alemã Centre for Epidemiological Studies Depression Scale – CES-DC mostrou-se, segundo os pesquisadores, ter validade psicométricas e qualidade teórica nos quatros fatores, bem como na versão dos pais e de autorrelato[44]. Do mesmo modo, a escala desenvolvida em Nepal, Depression Self-Rating Scale – DSRS, evidenciou-se ser efetiva no rastreamento de sintomas de depresão em grupos de crianças com baixa capacidade clínica[45]. Para os pesquisadores, o instrumento Well-Being Index – WHO-Five, demonstrou boa acurácia diagnóstica em ambos grupos etários participantes do estudo[46]. Já a escala libanesa Arab Youth Mental Health – AYMH, mostrou-se ser uma ferramenta de triagem para estados gerais de saúde mental e um instrumento válido para transtornos mentais em meninas[47].

Foram conduzidos estudos em amostras com características distintas no que diz respeito a idade e se eram populações clínicas ou não clínicas. Nesse sentido, fica clara a ampla gama de recursos para avaliação e triagem de sintomas depressivos na infância que estão presentes neste recorte da literatura.

Categoria limitações dos instrumentos

Com relação às limitações dos instrumentos investigados, pesquisadores da versão curta Children's Depression Inventory Short – CDI-S, salientaram que esta modalidade é menos específica que a versão tradicional (CDI) e com isso, a necessidade de utilizar outros instrumentos de ratreamento da depressão infantil em conjunto com a versão CDI-S[50]. Outro estudo utilizado a versão curta Children's Depression Inventory Short – CDI-S, enfatizou que em estudo futuros deveria ser incluído uma faixa etária mais ampla, ou seja, adolescentes, com o intuito de adquirir compreensão mais abrangente da validade do CDI-S[49]. Com relação a utilização do instrumento na versão tradicional, Children's Depression Inventory – CDI, pesquisadores sinalizaram a necessidade de uma ampliação da faixa etária, que por sua vez, foi realizada com crianças e adolescentes de 10 a 15 anos de idade, e a inserção de avaliação acerca do status socioeconômico[41]. Em outro estudo utilizado a versão tradicional do CDI, investigadores evidenciaram que a pesquisa foi realizada por uma amostra por conveniência, em que dificulta a generalização dos dados, do mesmo modo, o uso de instrumentos que avaliem

incidentes aos quais as crianças são expostas, como violência doméstica e uma entrevista clínica com todos os participantes[42].

Pesquisadores que utilizaram o instrumento Revised Child Anxiety and Depression Scale – RCADS, sinalizaram que o instrumento não foi avaliado nos quesitos sexos, idade e país[39].Já para estudiosos que utilizaram o instrumento RCADS-30, evidenciaram que a amostra clínica para estudos futuros deveria ser maior do que a pesquisa realizou, ou seja, 50 crianças e adolescentes. Do mesmo modo, os pesquisadores sugeriram que a escala seja utilizada também em diferentes contextos e diferentes finalidades[43]. Com relação a versão curta do RCADS-S, os pesquisadores enfatizaram que a amostra não clínica era etnicamente diversa, em que se poderia incluir estudantes de outras localidades dos Estados Unidos, para que possa ser generalizado os dados, bem como aumentar o número da amostra clínica[48].

Quanto aos intrumentos Children's Depression Scale – CDS, Behavior Assessment for Children – BASC, Children's Depression Scale-Teacher – CDS-T, Screening for Children's Emotion Behavioural Problems – SPECI, foi enfatizado que a amostra não estava representativa, sendo que ela foi escolhida por conveniência, da mesma forma, os pais não foram incluídos nas entrevistas[40]. Com relação ao Children's Depression Screener – ChilD-S, os pesquisadores evidenciaram que amostra não foi representativa, uma vez que, não foi realizado com todas as crianças em atendimento pediátrico. Da mesma forma, os investigadores salientaram que não participaram do estudo pacientes diabéticos, oncológicos e nefrológicos. Para estudos futuros, os pesquisadores sugeriram fazer análise dos pontos de corte para pacientes internados e não internados[38].

Na pesquisa com o uso da escala alemã Centre for Epidemiological Studies Depression Scale – CES-DC, pesquisadores sinalizaram o uso do intrumento em amostra clínicas e que a escala se mostrou válida como instrumento de triagem, devido baixa confiabilidade transversal[44]. As limitações do instrumento Depression Self-Rating Scale –DSRS, evidenciaram a necessidade de uma amostra maiorpara o estudo de validação, bem como teria aumentado o poder para discriminação de itens individuais[45]. Já o Well-Being Index – WHO-Five, os investigadores enfatizaram a importância de uma amostra de crianças maior, avaliados por um médico pediatra e especialistas em saúde mental para evitar falsos positivos[46]. A escala libanese Arab Youth Mental Health – AYMH, os pesquisadores sinalizaram que amostra foi realizada por conveniência e que a mesma foi pequena para generalização dos dados, tendo em vista que, a comunidade atendida pelo centro de serviço social era de nível socioeconômico baixo[47]. Dentre os instrumentos avaliados, verificou-se que alguns estudos apresentaram carência de rigor metodológico no que tange à possibilidade de generalização dos dados para população geral, o que representa uma limitação importante ao pensarmos na aplicação clínica e diagnóstica dos instrumentos.

Considerações finais

A partir da revisão integrativa da literatura sobre instrumentos de avaliação da depressão infantil, que objetivoucompreender o panorama de publicações em língua inglesa acerca do tema, evidenciou-se a existência

de diferentes instrumentos que servem a objetivos diversos. Muitos instrumentos avaliam concomitantemente sintomas de ansiedade e depressão, bem como contemplam sujeitos de idade escolar até a adolescência, o que nos remete à diversidade do fenômeno.

A depressão infantil é um construto muito complexo, pois a sintomatologia por vezes se confunde com outras psicopatologias e é alta a ocorrência de comorbidades. Além disso, é necessário refletir sobre o processo de aceitação da depressão infantil. Seus índices de prevalência na contemporaneidade apontam para a importância de desmistificar concepções sócioculturais de que a infância seja um período livre de sofrimento, o que pode facilitar o processo de conscientização de que uma criança possa estar deprimida. Ademais, ainda há um caminho a percorrer na direção de descontruir conceitos errôneos a respeito da depressão dentre a população, reconhecendo-a socialmente como uma patologia que pode vir a ser incapacitante, representando um problema de saúde pública. A heterogeneidade e a falta de diretrizes claras nos estudos refletem o entendimento impreciso do fenômeno.

Apesar de a busca e análise ter sido realizada por dois juízes independentes, pode-se considerar a possibilidade de um único descritor utilizado não ter identificado mais estudos que contemplassem a temática, o que caracteriza uma limitação deste estudo. Além disso, a ampliação do idioma de publicações poderia ter fornecido uma panorama mais completo da produção cientifica sobre os instrumentos que avaliam a depressão infantil.

Destaca-se que a escolha do instrumento para avaliação da depressão infantil deverá estar alicerçada na etapa do desenvolvimento, nas caracaterísticas do paciente e no contexto no qual o mesmo estiver inserido. O processo avaliativo de sintomatologia, seja para fins diagnósticos ou de rastreio, deve ser conduzido com todo o rigor técnico e metodológico, uma vez que o sucesso de uma intervenção terapêutica depende de uma avaliação bem conduzida. Sugere-se futuras pesquisas acerca da temática, destacando estudos de validação de instrumentos no contexto nacional.

Referências

1. Gomes LP, BaronE, Albornoz ACG, Borsa JC. Inventário de depressão infantil (CDI): uma revisão de artigos científicos brasileiros. Contextos Clínicos. 2013;6(2):95-105.

2. Scivoletto S, Tarelho LG. Depressão na infância e adolescência. Rev Bras Med. 2002;59(8):555-7.

3. Dumas JE. Psicopatologia da infância e da adolescência. 3a ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.

4. Coêlho BM, Pereira JG, Assumpção TM, Santana Jr. GL. Psiquiatria da infância e da adolescência: guia para iniciantes. Novo Hamburgo: Sinopsys; 2014.

5. Heflinger CA, Simpkins CG, Combs-Orme T. Using the CBCL to determine the clinical status of children in state custody. Child Youth Serv Rev. 2000;22(1):55-73.

6. Stewart-BrownS. Research in relation to equity: extending the agenda. Pediatrics. 2003;112(3):763-5.

7. Achenbach TM, Rescorla LA, Ivanova MY. International epidemiology of child and adolescent psychopathology I: diagnoses, dimensions, and conceptual issues. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2012;51(12):1261-72.

8. Waddell C, Offord DR, Shepherd CA, Hua JM, McEwan K. Child psychiatric epidemiology and Canadian public policy-making: the state of the science and the art of the possible. Can J Psychiatry. 2002;47(9):825-32.

9. Anselmi L, Piccinini CA, Barros FC, Lopes RS. Psychosocial determinants of behavior problems in Brazilian preschool children. J Child Psychol Psychiatry. 2004;45(4):779-88.

10. Ferriolli SHT, Marturano EM, Puntel LP. Family context and child mental health problems in the Family Health Program. Rev Saúde Pública. 2007;41(2):251-9.

11. Paula CS, Duarte CS, Bordin IAS. Prevalence of mental problems in children and adolescentes from the outskirts of São Paulo city: treatment needs and servisse capacity evaluation. Rev Bras Psiquiatr. 2007;29(1):7-11.

12. Vitolo YLC, Fleitlich-Bilyk B, Goodman R, Bordin IAS. Crenças e atitudes educativas dos pais e problemas de saúde mental em escolares. Rev Saúde Pública. 2005;39(5):716-24.

13. Petresco S, Anselmi L, Santos IS, Barros AJD, Fleitlich-Bilyk B, Barros FC, Matijasevich A. Prevalence and comorbidity of psychiatric disorders among 6-year-old children: 2004 Pelotas Birth Cohort. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2014;49(6):975-83.

14. Williams TP, Miller BD. Pharmacologic management of anxiety disorders in children and adolescents. Curr Opin Pediatr. 2003;15(5):483-90.

15. Chavira DA, Stein MB, Bailey K, Stein MT. Child anxiety in primary care: prevalent but untreated. Depress Anxiety. 2004;20(4):155-64.

16. Bittner A, Egger HL, Erkanli A, Costello EJ, Foley DL, Angold A. What do childhood anxiety disorders predict? J Child Psychol Psychiatry. 2007;48(12):1174-83.

17. Garber J, Weersing VR. Comorbidity of anxiety and depression in youth: implications for treatment and prevention. Clin Psychol-Sci Pr. 2010;17(4):293-306.

18. Ahlen J, Lenhard F, Ghaderi A. Universal prevention for anxiety and depressive symptoms in children: a meta-analysis of randomized and cluster-randomized trials. J Prim Prev. 2015;36(6):387-403.

19. Carrillo FXM. El niño que no sonrie: estratégias para superar la tristeza y la depressión infantil. Madrid: Ediciones Pirámide; 2011.

20. Parens E, Johnston J. Controversies concerning the diagnosis and treatment of bipolar disorder in children. Child Adol Psych Men. 2010;4(9):1-14.

21. Schwan S, Ramires VRR. Depressão em crianças: uma breve revisão de literatura de medicina. Psicol Argum. 2011;29(67):457-66.

22. Bahls SC. Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. J Pediatr. 2002;78(5):359-66.

23. Cruvinel M, Boruchovitch E. Regulação emocional em crianças com e sem sintomas de depressão. Estud Psicol. 2011;16(3):219-26.

24. Huttel J, Kisxiner KA, Bonetti RA, RosaMIPD. A depressão infantil e suas formas de manifestação. Psicol Argum. 2011;29(64):11-22.

25. Coutinho MPL, Oliveira MX, Pereira DR, Santana IO. Indicadores psicométricos do Inventário de Depressão Infantil em amostra infanto-juvenil. Aval Psicol. 2014;13(2):269-76.

26. Miranda MV, Firmo WCA, Castro NG, Alves LPL, Dias CN, Rêgo MM, Poppe MCM, Dias RS. Depressão infantil: aspectos gerais, diagnósticos e tratamento. Cad Pesqui. 2013;20(3):101-11.

27. Antunes HM, Campos CJG, Lima GMPA, Ferraz ILG. Motivos e crenças de familiares frente ao tratamento do transtorno depressivo na infância: estudo qualitativo. Estud Psicol. 2016;21(2):157-66.

28. Cruvinel M, Boruchovitch E. Sintomas de depressão infantil e ambiente familiar. Rev Psicol Pesqui. 2009;3(1):101-14.

29. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtorno Mentais: DSM-5. 5a ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.

30. Brotman MA, Schmajuk M, Rich BA, Dickstein DP, Guyer AE, Costello EJ, Egger HL, Angold A, Pine DS, Leibenluft E. Prevalence, clinical correlates, and longitudinal course of severe mood dysregulation in children. Biol Psychiatry. 2006;60(9):991-7.

31. Stringaris A, Cohen P, Pine DS, Leibenluft E. Adult outcomes of youth irritability: a 20-year prospective community-based study. Am J Psychiatry. 2009;166(9):1048-54.

32. Magaz AM, Chorot P, Santed MA, Valiente RM, Sandín B. Evaluación del bullying como victimización: estructura, fiabilidad y validez del Cuestionario de Acoso entre Iguales (CAI). Rev Psicopatol Psicol Clín. 2016;21(2):77-95.

33. Sánchez-Hernández Ó, Méndez FX, Garber J. Prevención de la depresión en niños y adolescentes: revisión y reflexión. Rev Psicopatol Psicol Clín. 2014;19(1):63-76.

34. Briggs-Gowan MJ, Horwitz SM, Schwab-Stone ME, Leventhal JM, Leaf PJ. Mental health in pediatric settings: distribution of disorders and factors related to service use. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2000;39(7):841-9.

35. Cuijpers P, Van Straten A, Smits N, Smit F. Screening and early psychological intervention for depression in schools. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2006;15(5):300-7.

36. Moher D, Shamseer L, Clarke M, Ghersi D, Liberati A, Petticrew M, Shekelle P, Stewart LA, PRISMA-P Group. Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. Syst Rev. 2015;4(1):1-9.

37. Graeff-Martins AS, Fleitlich-Bilyk B. Instrumentos de avaliação de uso na infância e adolescência. In: Gorenstein C, Wang YP, Hungerbühler I. Instrumentos de avaliação em saúde mental. Porto Alegre: Artmed; 2016. p. 323-83.

38. Frühe B, Allgaier AK, Pietsch K, Baethmann M, Peters J, Kellnar S, Heep A, Burdach S, Von Schweinitz D, Schulte-Körne G. Children's Depression Screener (ChilD-S): development and validation of a depression screening instrument for children in pediatric care. Child Psychiatry Hum Dev. 2012;43(1):137-51.

39. Piqueras JA, Martín-VivarM, Sandin B, San Luis C, Pineda D. The Revised Child Anxiety and Depression Scale: a systematic review and reliability generalization meta-analysis. J Affect Disord. 2017;218:153-69.

40. Jaureguizar J, Bernaras E,Garaigordobil M. Child depression: prevalence and comparison between self-reports and teacher reports. Span J Psychol. 2017;20(E17):1-10.

41. Roelofs J, Braet C, Rood L, Timbremont B, Van Vlierberghe L, Goossens L, Van Breukelen G. Norms and screening utility of the Dutch version of the Children's Depression Inventory in clinical and nonclinical youths. Psychol Assess. 2010;22(4):866-77.

42. Molina CS, Gómez JR, Pastrana, MCV. Psychometric properties of the Spanish-language Child Depression Inventory with Hispanic children who are secondary victims of domestic violence. Adolescence. 2009;44(173):133-48.

43. Piqueras JA, Pineda D, Martin-Vivar M, Sandín B. Confirmatory factor analysis and psychometric properties of theRevised Child Anxiety and Depression Scale−30 (RCADS-30) in clinical and non-clinical samples. Rev Psicopatol Psicol Clín. 2017;22(3):183-96.

44. Barkmann C, Erhart M, Schulte-Markwort M, The BELLA Study Group. The German version of the Centre for Epidemiological Studies Depression Scale for Children: psychometric evaluation in a population-based survey of 7 to 17 years old children and adolescents – results of the BELLA study. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2008;17(Suppl 1):116-24.

45. Kohrt BA, Jordans MJD, Tol WA, Luitel NP, Maharjan SM, Upadhaya N. Validation of cross-cultural child mental health and psychosocial research instruments: adapting the Depression Self-Rating Scale and Child PTSD Symptom Scale in Nepal. BMC Psychiatry. 2011;11(127):1-17.

46. Allgaier AK, Pietsch K, Frühe B, Prast E, Sigl-Glöckner J, Schulte-Körne G. Depression in pediatric care: is the WHO-Five Well-Being Index a valid screening instrument for children and adolescents? Gen Hosp Psychiatry.2012;34(3):234-41.

47. Mahfoud Z, Abdulrahim S, Taha MB, Harpham T, El Hajj T, Makhoul J, Nakkash R,Kanj M, Afifi R.Validation of the Arab Youth Mental Health scale as a screening tool for depression/anxiety in Lebanese children. Child Adol Psych Men. 2011;5(9):1-7.

48. Ebesutani C, Reise SP, Chorpita BF, Ale C, Regan J, Young J, Higa-McMillan C, Weisz JR. The Revised Child Anxiety and Depression Scale-Short Version: scale reduction via exploratory bifactor modeling of the broad anxiety factor. Psychol Assess. 2012;24(4):833-45.

49. Ahlen J,Ghaderi A. Evaluation of the Children's Depression Inventory-Short Version (CDI-S). Psychol Assess. 2017;29(9):1157-66.

50. Allgaier AK, Frühe B, Pietsch K, Saravo B, Baethmann M, Schulte-Körne G. Is the Children's Depression Inventory Short version a valid screening tool in pediatric care? A comparison to its full-length version. J Psychosom Res. 2012;73(5):369-74.

51. Franco MGSEC, Santos NN. Desenvolvimento da compreensão emocional. Psic: Teor e Pesq. 2015;31(3):339-48.

Contribuições: Maria Odila Finger Fernandes Lima – Análise estatística, Aquisição de financiamento, Coleta de Dados, Conceitualização, Gerenciamento de Recursos, Gerenciamento do Projeto, Investigação, Metodologia, Redação – Preparação do original, Redação – Revisão e Edição, Software, Supervisão, Validação, Visualização. Lídia Käfer Schünke – Análise estatística, Aquisição de financiamento, Coleta de Dados, Conceitualização, Gerenciamento de Recursos, Gerenciamento do Projeto, Investigação, Metodologia, Redação – Preparação do original, Redação – Revisão e Edição, Software, Supervisão, Validação, Visualização.
Clarisse Pereira Mosmann – Análise estatística, Aquisição de financiamento, Coleta de Dados, Conceitualização, Gerenciamento de Recursos, Gerenciamento do Projeto, Investigação, Metodologia, Redação – Preparação do original, Redação – Revisão e Edição, Software, Supervisão, Validação, Visualização.

Correspondência

Maria Odila Finger Fernandes Lima
e-mail: mariaodilafinger@gmail.com / e-mail alternativo: modilafinger@yahoo.com.br

Submetido em: 22/07/2019
Aceito em: 16/01/2020