



Universidade Politécnica

INSTITUTO SUPERIOR DE GESTÃO, CIÊNCIAS E TECNOLOGIAS

**CURSO DE LICENCIATURA EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DE
ACONSELHAMENTO**

TRABALHO DE FIM DE CURSO

**TÍTULO:
TRANSTORNOS DEPRESSIVOS EM CRIANÇAS – UMA REVISÃO
NARRATIVA DA LITERATURA**

DISCENTE:

Fáyzah Mohsin Sidat (Código: 496071)

Maputo, Maio de 2024

FÁYZAH MOHSIN SIDAT

**TRANSTORNOS DEPRESSIVOS EM CRIANÇAS – UMA REVISÃO
NARRATIVA DA LITERATURA**

Monografia apresentada como requisito para conclusão de curso de Licenciatura em Psicologia Clínica e de Aconselhamento da Universidade Politécnica – Instituto Superior de Gestão, Ciências e Tecnologia.

Orientadora: Mestre Crisália Maria Pascoal Sabonete Tuto

Maputo, Maio de 2024

FOLHA DE APROVAÇÃO

TRANSTORNOS DEPRESSIVOS EM CRIANÇAS – UMA REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA

FÁYZAH MOHSIN SIDAT

Monografia submetida à Banca Examinadora como requisito para conclusão do curso de Licenciatura em Psicologia Clínica e de Aconselhamento da Universidade Politécnica – Instituto Superior de Gestão, Ciências e Tecnologia.

Aprovada em: _____

BANCA EXAMINADORA:

PARECER TÉCNICO DA SUPERVISORA

Eu Crisália Maria Pascoal Sabonete Tuto, declaro que o trabalho da candidata, Fáyzah Mohsin Sidat do curso de Licenciatura em Psicologia Clínica, cujo título é “Transtornos Depressivos Em Crianças – Uma Revisão Narrativa Da Literatura”, foi escrito segundo as normas científicas previstas para elaboração de Trabalho de Fim de Curso. O mesmo encontra-se em condições de ser submetido como pré-requisito para a defesa do grau de Licenciatura no Instituto Superior de Gestão Ciências e Tecnologias.

Maputo, 20 de Maio de 2024

(Crisália Maria Pascoal Sabonete Tuto, Mcs)

DECLARAÇÃO DE AUTORIA

Eu, Fáyzah Mohsin Sidat, estudante do curso de Licenciatura em Psicologia Clínica, declaro, por minha honra, que esta monografia é inteiramente de minha autoria e que nunca foi anteriormente apresentado para avaliação em alguma instituição de ensino superior, nacional ou de outro país.

(Fáyzah Mohsin Sidat)

Data: _____

AGRADECIMENTOS

Ao finalizar esta monografia, quero expressar o meu agradecimento a todos aqueles que estiveram presentes e que apoiaram me nesta caminhada e que, de forma directa ou indirecta, tornaram possível a realização deste trabalho.

Em primeiro lugar, agradeço a Deus por me conceder força para enfrentar as tempestades que, às vezes, a vida nos impõe, iluminando o meu caminho, abençoando me sempre e mostrando me que, apesar das dificuldades e incertezas, sou capaz de enfrentar todos os desafios.

Um especial agradecimento à minha supervisora, Dra. Crisália Maria Pascoal Sabonete Tuto, por ter acreditado em mim e neste trabalho, pelo apoio incondicional, a paciência, disponibilidade, orientação e incansável dedicação. Agradeço do fundo do coração pelo compartilhamento generoso de informações, as críticas construtivas e correções, e principalmente, por não desistir de mim.

Aos meus queridos e amados pais, por serem os meus pilares, pelo apoio constante, pelos valores transmitidos, pela compreensão, paciência e o amor incondicional. Agradeço a minha mãe por sempre incentivar me, pelos puxões de orelha e as brigas necessárias, pois moldaram me e tornaram me numa pessoa mais confiante e dedicada. Agradeço ao meu pai por transmitir sabedoria e força sempre. Obrigada por acreditarem em mim quando eu duvidei de mim mesma.

Meus queridos irmãos, Muhammad e Maahir, vocês são meu porto seguro, obrigada por todos os momentos de brincadeira e alegria, por escutarem os meus desabafos e estarem sempre prontos para ajudar. Sem a minha família, esta jornada teria sido, com certeza, muito mais difícil.

Não posso esquecer das minhas amigas, especialmente das colegas de turma, que sempre foram fontes de inspiração e por todos os momentos de apoio, partilha, brincadeira, solidariedade e motivação, que fizeram parte da minha formação e continuarão presentes na minha vida.

Meus profundos agradecimentos a todo corpo docente do curso de Psicologia Clínica da Universidade Politécnica, por todos esses anos de transmissão segura e paciente de conhecimento. Agradeço também desde já, aos professores da comissão examinadora, por sua disponibilidade e reflexões críticas.

Todos que se preocuparam, me deram palavras de apoio e sempre estiveram disponíveis para o que eu precisasse, torcendo pelo meu sucesso, os meus mais sinceros agradecimentos.

RESUMO

A depressão apresenta-se com um transtorno cada vez mais comum entre as crianças, devido ao processo de desenvolvimento físico e mental e às consequências relacionadas às exigências sociais e familiares do mundo actual. O presente trabalho tem como objectivo analisar a produção científica global relacionada aos transtornos depressivos nas crianças. Foi realizada uma revisão narrativa da literatura sobre o tema “Transtornos Depressivos em Crianças” e foram consultadas as bases de dados PubMed, Scielo e Lilacs *online*, para o período compreendido entre 2013 e 2023. Foram seleccionados artigos que abordavam os factores predisponentes e causais, sintomas, diagnóstico, prevenção e o tratamento dos transtornos depressivos na criança. Aplicando critérios do estudo, a selecção resultou em 34 artigos. Na análise bibliográfica foi possível verificar que os transtornos depressivos nas crianças são de origem multifactorial e causam prejuízos sociais, familiares e escolares significativos na vida das crianças afectadas. Apesar da gravidade dos sintomas, ainda existem dificuldades no diagnóstico e uma carência de evidências claras tanto sobre a eficácia dos instrumentos de diagnóstico e de avaliação, e quanto às abordagens preventivas e terapêuticas. Nota-se escassez de pesquisa sobre o assunto em Africa, no geral, e em Moçambique, em particular, sendo a maioria das pesquisas dos países de média-alta renda. Novas pesquisas são necessárias para identificar metodologias ou estratégias mais eficazes para a prevenção, identificação precoce e tratamento dos transtornos depressivos nas crianças.

PALAVRAS CHAVE: *transtornos depressivos, criança, revisão da literatura*

ABSTRACT

Depression has become increasingly common among children due to the physical and mental development process, and the consequences related to social and familial demands of the current world. This study aims to analyze the global scientific production related to depressive disorders in children. A narrative literature review was conducted on the topic “Depressive Disorders in Children” utilizing the online databases, Pubmed, Scielo and Lilacs, over the period of 2013 to 2023. Articles addressing risk factors, causes, diagnosis, prevention and treatment of depressive disorders in children were selected and analyzed. With the application of study criteria, the selection resulted in 34 articles. The bibliographical analysis of these articles revealed that depressive disorders in children are multifactorial in origin and result in negative social, familial and academic impairments in affected children. Despite the severity of symptoms, there are still difficulties in diagnosis and a lack of clear evidence regarding the efficacy of diagnostic and assessment tools, as well as preventive and therapeutic approaches. There is a notable scarcity of research on this subject in Africa in general, and in Mozambique in particular, with most articles originating from middle-high income countries. Further research is needed to identify more effective methodologies or strategies for the prevention, early identification and treatment of depressive disorders in children.

KEYWORDS: *depressive disorders, child, literature review*

LISTA DE FIGURAS E GRÁFICOS

| | |
|--|-----------|
| Figura 1. Fluxograma representativo do processo de selecção dos artigos para revisão..... | 30 |
| Figura 2. Número de artigos seleccionados sobre transtornos depressivos nas crianças no período de 2013-2023..... | 31 |
| Figura 3. Países de publicação dos artigos seleccionados..... | 32 |
| Figura 4. Tipo de pesquisa dos artigos seleccionados..... | 33 |
| Figura 5. Faixa etária envolvida nos artigos seleccionados..... | 34 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|-----------|
| Tabela 1. Comparação entre um episódio depressivo de acordo com o DSM V e o CID 10..... | 12 |
| Tabela (i). Características dos artigos seleccionados..... | 28 |
| Tabela (ii). Resumo dos temas centrais dos artigos seleccionados..... | 28 |
| Tabela 2. Características dos artigos seleccionados..... | 61 |
| Tabela 3. Resumo dos temas centrais dos artigos seleccionados..... | 64 |

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

| | |
|------------------|--|
| AYMH - | Arab Youth Mental Health |
| BASC - | Behaviour Assessment for Children |
| CDI - | Inventário de Depressão Infantil |
| CDI-S - | Inventário de Depressão Infantil Short |
| CDS - | Children's Depression Scale |
| CDS-T - | Children's Depression Scale-Teacher |
| Child-S - | Children's Depression Screener |
| CID 10 - | Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde 10ª Edição |
| DA - | Depressão Anaclítica |
| DS - | Depressão Subliminar |
| DSM V - | Manual Estatístico de Diagnóstico de Transtornos Mentais da Associação Americana de Psiquiatria 5ª Edição |
| DSRS - | Depression Self Rating Scale |
| ECT - | Eletroconvulsoterapia |
| MISAU - | Ministério da Saúde de Moçambique |
| NIMH - | Instituto Nacional de Saúde Mental dos Estados Unidos |
| OMS - | Organização Mundial de Saúde |
| PTC - | Psicoterapia Transcultural |
| RCADS - | Revised Child Anxiety and Depression Scale |
| RE - | Regulação Emocional |
| SNS - | Serviço Nacional de Saúde |
| SPECI - | Screening for Children's Behavioural Problems |
| TCC - | Terapia Cognitivo Comportamental |
| TDAH - | Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperactividade |
| TDM - | Transtorno Depressivo Maior |
| TF - | Terapia Familiar |
| TIP - | Terapia Interpessoal |
| WHO-FIVE- | Well-being Index |

Índice

| | |
|--|------------------|
| <i>FOLHA DE APROVAÇÃO</i> | <i>ii</i> |
| <i>PARECER TÉCNICO DA SUPERVISORA</i> | <i>iii</i> |
| <i>DECLARAÇÃO DE AUTORIA</i> | <i>iv</i> |
| <i>AGRADECIMENTOS</i> | <i>v</i> |
| <i>RESUMO</i> | <i>vi</i> |
| <i>ABSTRACT</i> | <i>vii</i> |
| <i>LISTA DE FIGURAS E GRÁFICOS</i> | <i>viii</i> |
| <i>LISTA DE TABELAS</i> | <i>viii</i> |
| <i>LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS</i> | <i>ix</i> |
| <i>CAPÍTULO 1: INTRODUÇÃO</i> | <i>1</i> |
| 1.1 Tema e Delimitações..... | <i>2</i> |
| 1.2 O Problema..... | <i>2</i> |
| 1.3 Objectivos..... | <i>2</i> |
| 1.4 Justificativa..... | <i>3</i> |
| 1.5 Características do Ambiente de Estudo..... | <i>4</i> |
| 1.6 Organização do Trabalho..... | <i>4</i> |
| <i>CAPÍTULO 2: REVISÃO DA LITERATURA</i> | <i>5</i> |
| 2.1 Marco Conceptual..... | <i>5</i> |
| 2.1.1 Criança..... | <i>5</i> |
| 2.1.2 Depressão..... | <i>6</i> |
| 2.1.3 Transtornos Depressivos..... | <i>7</i> |
| 2.2 Desenvolvimento Circunstancial..... | <i>7</i> |
| 2.2.1 Evolução Histórica do Estudo dos Transtornos Depressivos em Crianças..... | <i>7</i> |
| 2.2.2 Transtornos Depressivos em Crianças..... | <i>8</i> |
| 2.3 Fundamentação Teórica..... | <i>9</i> |
| 2.3.1 Depressão em Crianças: Perspectivas Teóricas..... | <i>9</i> |
| 2.3.2 Principais Modelos de Depressão em Crianças..... | <i>10</i> |
| 2.3.3 Classificação dos Transtornos Depressivos nas Crianças..... | <i>11</i> |
| 2.3.4 Diagnóstico..... | <i>12</i> |
| 2.3.5 Manifestações dos Sintomas da Depressão em Crianças..... | <i>13</i> |
| 2.3.6 Factores de Risco..... | <i>15</i> |
| 2.3.7 Factores de Protecção..... | <i>15</i> |
| 2.4 Marco Referencial..... | <i>16</i> |
| 2.4.1 Prevalência..... | <i>16</i> |
| 2.4.2 Instrumentos de Diagnóstico e Avaliação dos Transtornos Depressivos em Crianças..... | <i>17</i> |
| 2.4.3 Manejo Clínico dos Transtornos Depressivos em Crianças..... | <i>18</i> |
| 2.4.4 Prevenção..... | <i>23</i> |
| 2.4.5 A Situação das Crianças em Moçambique..... | <i>24</i> |

| | |
|---|-----------|
| <i>CAPÍTULO 3: METODOLOGIA</i> | 26 |
| 3.1 Tipo de Pesquisa Quanto aos Procedimentos | 26 |
| 3.2 Detalhamento do Processo de Busca | 26 |
| 3.3 Análise e Interpretação dos Resultados..... | 27 |
| 3.4 Aspectos Éticos | 28 |
| <i>CAPÍTULO 4: RESULTADOS</i> | 29 |
| 4.1 Caracterização Dos Estudos Selecionados..... | 30 |
| 4.2 Principais Resultados | 34 |
| 4.2.1 Classificação dos Transtornos Depressivos em Crianças | 35 |
| 4.2.3 Factores Predisponentes, de Risco e Causais de Transtornos Depressivos em Crianças..... | 37 |
| 4.2.4 Consequências dos Transtornos Depressivos em Crianças | 37 |
| 4.2.5 Abordagens Preventivas e Terapêuticas de Transtornos Depressivos em Crianças | 37 |
| <i>CAPÍTULO 5: DISCUSSÃO</i> | 40 |
| 5.1 Produção Científica Global Relacionada aos Transtornos Depressivos nas Crianças, no Horizonte Temporal de 2013 a 2023 | 40 |
| 5.2.1 Sintomas e Sinais Reportados Sobre os Transtornos Depressivos em Crianças e os Meios e Abordagens Utilizadas para o Diagnostico e Classificação Clínica dos Transtornos Depressivos | 42 |
| 5.2.2 Factores predisponentes e causais dos transtornos depressivos nas crianças em diferentes faixas etárias | 44 |
| 5.2.3 As Abordagens Preventivas e Terapêuticas Dos Transtornos Depressivos Nas Crianças | 45 |
| 5.3 Pontos Fortes e Limitações da Pesquisa | 47 |
| <i>CAPÍTULO 6: CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES</i> | 50 |
| <i>CAPÍTULO 8: APÊNDICES</i> | 61 |

CAPÍTULO 1: INTRODUÇÃO

Pesquisas na área da saúde mental mostram um aumento na prevalência dos transtornos psiquiátricos na infância, incluindo transtornos depressivos. O interesse na pesquisa dos transtornos depressivos nas crianças, vem ganhando campo nos últimos anos em resultado dos avanços no diagnóstico e das potenciais implicações danosas que geram no desenvolvimento da criança (Neto et al., 2011 citado por Schneider & Cervi, 2017). Assim, o presente trabalho tem o propósito de analisar os transtornos depressivos em crianças, a partir da revisão da literatura. Deste modo iremos discutir sobre os factores de risco, predisponentes, as idades afectadas, a miscelânea de sintomas e sinais, e os meios e instrumentos usados para as classificações e o diagnóstico clínico dos transtornos depressivos em crianças, as estratégias e abordagens terapêuticas, entre outros aspectos reportados na literatura existente sobre o assunto.

Até a década de 70, a depressão nas crianças era tida como uma doença rara ou inexistente e desconhecida pela maioria da população. Historicamente acreditava-se que as crianças não possuíam maturidade psicológica e nem estrutura cognitiva para experienciar ou falar sobre depressão (Caballo, 2012 citado por Schneider & Cervi, 2017). Foi somente em 1975 que o Instituto Nacional de Saúde Mental dos Estados Unidos (NIMH) reconheceu oficialmente a depressão na infância desencadeando enorme interesse para os pesquisadores e profissionais da área (Bahls, 2002 citado por Bordignon et al, 2019). Segundo Cruvinel e Boruchovitch (2004, citado por Carmo & Silva, 2009), a depressão é considerada um transtorno de humor que, ocorrendo na infância, vem acompanhado de problemas escolares, como dificuldades de aprendizagem, concentração e problemas de comportamento, como isolamento ou agitação.

A depressão tem estado a preocupar o Ministério da Saúde de Moçambique (MISAU) (OMS, 2017). De acordo com o MISAU, anualmente, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) atende cerca de 150.000 pacientes que procuram os Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental (OMS, 2017). No entanto, no que se refere aos transtornos depressivos nas crianças, em particular, há uma escassez de informação na literatura nacional. Contudo, isso não significa que este fenómeno não atinja a sociedade moçambicana.

Actualmente sabe-se que a depressão pode se manifestar em qualquer idade e os sintomas se alteram dependendo da faixa etária estando sobretudo relacionada com questões do ambiente

familiar, social ou escolar (Pereira; Amaral, 2004; Cruvinel; Burochovich, 2011 citado por Schneider & Cervi, 2017).

1.1 Tema e Delimitações

- TEMA:

Transtornos Depressivos em Crianças

- DELIMITAÇÃO DO TEMA:

O presente estudo compreende o horizonte temporal de 2013 a 2023, com pesquisa realizada através da busca de artigos científicos publicados online, nas plataformas seguintes: PUBMED, SCIELO e LILACS.

1.2 O Problema

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS) nos próximos anos as doenças cardíacas e a depressão serão as doenças mais comuns entre os indivíduos (Bahls, 2002 citado por Bordignon et al, 2019).

Mundialmente, estima-se que mais de 300 milhões de pessoas sofram de depressão. Dados da OMS mostram que a depressão entre crianças na faixa etária dos 6 aos 12 anos de idade aumentou de 4,5% para 8% nos últimos dez anos (WHO, 2020 citado por Plastina & Oliveira, 2021). Além disso, o suicídio, uma das complicações da depressão, é citado como a segunda principal causa de morte na faixa etária entre os 15 e 29 anos (OPAS, 2017 citado por Plastina & Oliveira, 2021). Estes dados demonstram preocupação em profissionais da saúde.

Diante da problemática acima descrita, esta pesquisa pretende tentar responder à seguinte pergunta: **O que se sabe, segundo a literatura, com relação aos aspectos de diagnóstico, clínicos e terapêuticos, sobre os transtornos depressivos nas crianças?**

1.3 Objectivos

OBJECTIVO GERAL:

A presente pesquisa tem como objectivo:

- Analisar o conhecimento científico global relacionado aos transtornos depressivos nas crianças, no horizonte temporal de 2013 a 2023 a partir de uma revisão da literatura publicada.

OBJECTIVOS ESPECIFICOS:

O presente trabalho pretende:

- Descrever os factores predisponentes e causais dos transtornos depressivos nas crianças em diferentes faixas etárias;
- Enumerar os sintomas e sinais dos transtornos depressivos em crianças e os meios e abordagens utilizadas para o diagnóstico e classificação clínica dos transtornos depressivos;
- Discutir as abordagens preventivas e terapêuticas dos transtornos depressivos nas crianças.

1.4 Justificativa

A escolha do tema “Transtornos Depressivos em Crianças” está relacionada com a experiência pessoal da pesquisadora como estudante de Psicologia, que no contacto com outros estudantes, pais e encarregados de educação, tem verificado que os transtornos depressivos em crianças não são tão raros no nosso contexto, mas que não tem merecido a devida atenção tanto na clínica como na pesquisa no nosso país. Por outro lado, também existe uma falta de informação acerca da existência de transtornos depressivos nas crianças tanto ao nível populacional (pais, encarregados de educação, professores nas escolas, entre outros) como eventualmente também entre os profissionais de saúde, o que constitui um problema de saúde que merece atenção, visto que a literatura, de origem Moçambicana, relacionada ao tema, é escassa e difícil de encontrar. A realização do presente estudo poderá contribuir para a ampliação do escasso conhecimento existente no nosso contexto sobre os transtornos depressivos em crianças. Por outro lado, os resultados deste estudo podem contribuir para auxiliar melhoria na provisão de cuidados de saúde, para o bem-estar e a qualidade de vida dessas crianças, evitando, assim, que venham a enfrentar prejuízos maiores na saúde mental no futuro.

No que diz respeito à relevância do tema em estudo, estamos convictos que esta revisão narrativa da poderá dar uma contribuição positiva como, seja inspirar futuras pesquisas relacionadas aos transtornos depressivos em crianças, especialmente em Moçambique.

É importante salientar que não se poderá esgotar o assunto, uma vez que o acesso a bibliografia está condicionado ao que está disponível nas plataformas consultadas. Contudo, os esforços foram

empreendidos para identificar os aspectos centrais do tema que irão permitir conhecer o que se sabe e identificar alguns aspectos sobre os quais há ainda escassez de evidência e assim remeter a futuros estudos, que subsidiem o aprimoramento do exercício profissional.

1.5 Características do Ambiente de Estudo

A pesquisa é fundamentada em uma abordagem bibliográfica, o que significa que se baseia principalmente em material já publicado. Esta revisão da literatura, do tipo narrativa, baseia-se em artigos científicos disponíveis *online*, nas bases eletrônicas PubMed, Scielo e Lilacs, abrangendo a literatura publicada entre 2013 e 2023, em português e inglês. O foco do estudo é global, ou seja, esta revisão baseia-se em estudos de foro nacional e internacional.

1.6 Organização do Trabalho

O presente trabalho está dividido em 6 capítulos. No primeiro capítulo faz-se uma breve introdução, incluindo a contextualização do problema de investigação, a justificativa e os objectivos pretendidos com o estudo.

No segundo capítulo, apresenta-se a revisão da literatura, na qual se discute vários aspectos relacionados aos Transtornos Depressivos nas Crianças, dentre eles os factores predisponentes e causais, sintomas, sinais e abordagens preventivas e terapêuticas.

O terceiro capítulo apresenta a metodologia usada para o desenvolvimento deste estudo, destacando-se a natureza da pesquisa, o detalhamento do processo de busca, incluindo os critérios de inclusão e exclusão, e os procedimentos para a análise e interpretação dos resultados.

O quarto capítulo apresenta os resultados da pesquisa bibliográfica e no quinto capítulo faz-se a discussão dos resultados confrontando os dados do estudo com os apresentados no capítulo da fundamentação teórica.

No sexto e último capítulo, tecem-se as principais conclusões da pesquisa em função dos objectivos previamente definidos e dos resultados obtidos e deixam-se algumas reflexões finais e recomendações.

CAPÍTULO 2: REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Marco Conceptual

2.1.1 Criança

O conceito de criança varia conforme o tempo e o espaço. Tem havido debate inconclusivo sobre o grupo etário que representa “criança”. As evidências mostram que a criança tem sido definida por legislação, para orientar políticas socioeconómicas e de saúde pública dos países, mas também por meio de contextos socioculturais diversos. A literatura académica e científica, no entanto, define de forma explícita a adolescência, mas apresenta dificuldade em delimitar a idade correspondente a criança.

De forma geral, o conceito de criança é definido em função da idade. As directrizes do Departamento de Administração da Saúde, Alimentos e Medicamentos dos Estados Unidos de América define diferentes grupos de interesse para Serviços de Saúde Pediátricos da seguinte forma: (1) **infantil** desde o nascimento até aos 2 anos; (2) **infância** de 2 anos até aos 12 anos de idade; e (3) **adolescência** dos 12 aos 21 anos de idade. Por outro lado, a directriz da Academia Americana de Pediatria define adolescência dos 11 aos 21 anos, subdividindo em adolescência precoce (11 aos 14 anos); adolescência intermédia (15 aos 17 anos) e adolescência tardia (18 aos 21 anos) (Hardin A et al, 2017). No entanto, a Organização Mundial de Saúde define adolescência como a segunda década da vida, ou seja, dos 10 aos 19 anos de idade (Singh J et. Al, 2019).

A Convenção dos Direitos da Criança e a constituição da República de Moçambique, “criança” é todo ser humano com idade menor de 18 anos de idade. Ou seja, criança é todo o ser humano desde a nascença até aos 18 anos de idade (Constituição da República, 2004).

Segundo a Lei do Estatuto da Criança e do Adolescente do Brasil (UNICEF, 1990), considera-se criança a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente entre doze e dezoito anos de idade. Porém, na esfera económica e particularmente em Moçambique (Lei do trabalho 23/2007 apud OIT, 2012 citado por Conceição, 2016), criança é considerada como todo o indivíduo moçambicano com idade inferior a 15 anos.

Face a esta diversidade de classificação e ausência de directrizes claras sobre a idade correspondente ao que se designaria por criança e uma vez que a adolescência representa período

de vida com mudanças importantes psico-emotivas, optou-se por usar no presente estudo, o grupo etário até aos 12 anos para representar crianças e dessa forma excluir o período de adolescência. Esta opção, portanto, alicerça-se nas directrizes da Academia Americana de Pediatria juntando o grupo definido como infantil (até aos 2 anos de idade) e infância (dos 2 aos 12 anos de idade).

2.1.2 Depressão

A depressão é uma das doenças psicológicas que mais afectam a população mundial, acometendo diferentes idades, classes sociais e etnias. Segundo a OMS, a depressão é considerada a segunda doença mais proeminente na população e a estimativa é de que mais de 264 milhões de pessoas no mundo sofram de depressão (James et al, 2017; WHO, 2020, citado por Plastina & Oliveira, 2021).

A palavra depressão provém do termo latim *depressus*, que significa “abatido” ou “aterrado”. Inicialmente, o termo depressão era usado para designar sintomas ou caracterizar estados mentais, sendo que a doença era chamada de “melancolia”, termo que foi criado há mais de 25 séculos. No entanto, foi apenas no século XX, em 1995, que a depressão passou a ser considerada uma doença ou transtorno afetivo ou de humor (Brasil, 2012 citado por Nunez, 2016).

A depressão, de acordo com a OMS é uma doença psiquiátrica crônica, caracterizada principalmente por uma tristeza profunda, recorrente e aparentemente interminável (Fiocruz, 2015 citado por Pereira, 2015).

É uma condição de curso crônico e recorrente, que está frequentemente associada com incapacitação funcional e comprometimento da saúde física. Este transtorno mental é caracterizado por tristeza persistente e pela perda de interesse para as actividades que normalmente são prazerosas, acompanhada de incapacidade de realizar o trabalho diário, e associada ao sentimento de culpa ou autoestima baixa, perturbações do sono ou do apetite, cansaço e falta de concentração, durante pelo menos duas semanas (OMS, 2017).

A depressão é composta pela interação de factores sociais, físicos e ambientais, com aspectos psicológicos e biológicos (Borges & Pacheco, 2018 citado por Plastina & Oliveira, 2021).

No contexto clínico, o termo depressão não se refere somente a um humor deprimido, mas sim a um complexo sindrômico caracterizado por alterações de humor, de psicomotricidade e por uma variedade de distúrbios somáticos e neurovegetativos (Assumpção-Junior, 1998 citado por Canale et al, 2006).

A quinta edição do Manual Estatístico de Diagnóstico de Transtornos Mentais da Associação Americana de Psiquiatria (DSM V) classifica a depressão como: Transtorno Disruptivo da Desregulação do Humor; Transtorno Depressivo Maior; Transtorno Depressivo Persistente; Transtorno Disfórico Pré-Menstrual; Transtorno Depressivo Devido a Outra Condição Médica. Para efeitos desta pesquisa, será usado Transtorno Depressivo, visto que existem diferentes tipos de depressão (APA, 2013).

2.1.3 Transtornos Depressivos

A característica comum a todos os transtornos depressivos é a presença da tristeza, sensação de vazio ou humor irritável, acompanhado por alterações cognitivas e somáticas que afetam consideravelmente a capacidade funcional do indivíduo. O que os diferencia entre si, além dos especificadores, são a duração, momento ao longo da vida em que ocorre (“timing”) e etiologia presumida (APA, 2013).

2.2 Desenvolvimento Circunstancial

2.2.1 Evolução Histórica do Estudo dos Transtornos Depressivos em Crianças

A história dos transtornos depressivos em crianças passou por diversas incompreensões e por muito tempo, a depressão não foi considerada como um transtorno pertencente à infância (Fraga, 2015).

Os primeiros registos sobre depressão em crianças são do ano de 1621, escritos por Robert Burton, sobre a anatomia da melancolia. Em 1852, Delasiauve em suas obras, fala da depressão em crianças. No período de 1836 a 1850, num estudo epidemiológico sobre suicídio, registaram-se 44.854 casos dos quais 316 em menores de 16 anos (Barbosa & Lucena, 1995). Já Augusto Vidal, em 1907, no seu tratado de Psiquiatria Infantil, descreve a sintomatologia da criança melancólica, porém, foi somente em 1970 que a depressão em crianças foi comprovada através de pesquisas (Barbosa & Lucena, 1995 citado por Fraga, 2015). Historicamente, a sociedade desconsiderou a noção de que a saúde mental de uma criança poderia ser perturbada. Antes da década de 1970, a depressão era tipicamente vista como um transtorno adulto porque as crianças eram vistas como sendo imaturas, em termos de desenvolvimento, e incapazes de ter este transtorno (Charles & Fazeli, 2017).

Deve-se ressaltar o pouco estudo feito, até a década de 1970 sobre a depressão nas crianças, sendo, portanto, sua citação bastante reduzida na comunidade científica (Barbosa & Lucena, 1995). Até então era dita como uma doença rara ou inexistente. Nos anos 70, os profissionais de saúde começaram a dar maior importância a esse transtorno, visto que trazia graves comprometimentos nas áreas sociais, emocionais e cognitivas, afetando o desenvolvimento da criança, atingindo suas famílias e seus relacionamentos sociais (Reis & Figueira, 2001 citado por Fraga, 2015).

Os critérios diagnósticos do transtorno foram estabelecidos em 1970, mesmo com alguns aspectos polêmicos (Barbosa & Lucena, 1995 citado por Fraga, 2015). Foi somente em 1975 que o Instituto Nacional de Saúde Mental dos Estados Unidos (NIMH) reconheceu oficialmente esse transtorno, e então pesquisas foram iniciadas e o tema tornou-se mais atraente para os pesquisadores e profissionais da área (Bahls, 2002 citado por Bordignon et al., 2019). O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) da Associação Psiquiátrica Americana só começou a fazer referência a crianças na sua terceira edição em 1980 (Thompson, 2012).

Apesar dos avanços em pesquisas relacionadas ao tema depressão em crianças, percebe-se que o conceito desse transtorno ainda é bastante controverso. Enquanto alguns autores consideravam que a depressão em crianças deveria ser diagnosticada como a depressão no adulto e utilizando os mesmos instrumentos para avaliação (Puig-Antich et al., 1980 citado por Fraga, 2015), outros defendiam que o transtorno era próprio da infância, havendo características específicas para o diagnóstico, o que poderia ocorrer antes dos seis anos de idade (Poznanski & Petti, 1983 citado por Fraga, 2015). Em 1977, Kovacs & Beck (citado por Barbosa & Lucena, 1995), consideraram a depressão nas crianças como uma entidade sindrômica, independente do adulto. No entanto, autores como Lima (2004, citado por Bordignon et al., 2019), consideravam que não era correto comparar a depressão em crianças com a depressão em adultos. Pois a criança, dependendo da fase do desenvolvimento a qual se encontra, poderia apresentar sintomas distintos. Portanto, havia uma falta de consenso entre os pesquisadores da época sobre os critérios diagnósticos para os transtornos depressivos na infância.

2.2.2 Transtornos Depressivos em Crianças

Os transtornos depressivos nas crianças se revelam como patologias que deslizam sobre problemas escolares, problemas relacionados à aprendizagem, problemas comportamentais e perdas do desempenho psicossocial. Além disso, podem ser considerados um reflexo dos problemas

relacionados a um ambiente familiar desestruturado ou um ambiente no qual a criança vivencia situações de violência física e/ou psicológica (Schneider & Cervi, 2017).

A depressão em crianças possui alto risco de recorrência que se estende até a idade adulta e, por isso, a importância de diagnosticar atempadamente (Bahls, 2002 citado por Ribeiro et al, 2013).

2.3 Fundamentação Teórica

2.3.1 Depressão em Crianças: Perspectivas Teóricas

Os estudos clássicos de René Spitz com crianças hospitalizadas atestam o desenvolvimento de apatia (frequentemente irreversível), retardo do crescimento e desenvolvimento e “depressão”, após uma ausência prolongada de cuidados maternos. Este tipo de reação e de manifestações depressivas nos anos pré-escolares e início dos anos escolares, possuem uma dinâmica intrapsíquica diferente dos episódios transitórios de tristeza observados em crianças mais velhas ou nos distúrbios mais próximos do tipo das depressões do adulto. Não existe uma síndrome clássica de depressão na infância semelhante à dos adultos, a despeito de existirem semelhanças consideráveis quanto à sua dinâmica (Silveira & Grinfeld, 2004).

Segundo Lopes, Machado, Pinto, Quintas e Vaz (1994, citado por Andriola & Cavalcante, 1999), o estudo sistemático da depressão em crianças é muito recente. Tal fato deve-se, em parte, às concepções teóricas vigentes até então, que associavam a depressão a certas características de personalidade do sujeito.

Actualmente, existem duas linhas de pensamento para caracterizar a depressão em crianças, sendo uma delas de caráter unicista, em que a enfermidade seria igual entre as crianças, adolescentes e os adultos, utilizando-se o DSM V e CID 10 como forma de diagnóstico dessa patologia, e a outra que valoriza a maturidade da criança para referir-se aos sintomas da depressão nesta faixa etária (Huttel et al., 2011).

Silveira & Grinfeld (2004) citam Piolo e Azevedo (2001) segundo os quais, os estados depressivos podem ser observados em crianças de um ano e meio em diante. As manifestações aparecem de forma lenta e cada vez mais marcante, um quadro de tristeza e apatia, com falta de interesse em brinquedos e outras actividades, prestando escassa atenção ao ambiente familiar, com a qual geralmente costumam ser muito exigentes e dependentes.

Para Fichtner (1997, citado por Huttel et al., 2011), os episódios depressivos na infância incidem na mesma proporção que em adultos. Posnaki e Petti (1983, citados por Huttel et al., 2011), ao contrário, afirmam que a depressão em crianças pode aparecer antes dos seis anos tendo características próprias na infância e, por isso, não seria correcto comparar a depressão no adulto e na criança. A maioria dos autores na área da depressão defendem esta segunda linha de pensamento e chamam atenção para a importância do processo de surgimento de comportamentos e sintomas depressivos típicos nas crianças.

2.3.2 Principais Modelos de Depressão em Crianças

Os principais modelos de depressão são: modelo biológico, comportamental, cognitivo e modelo psicanalítico (Cruvinel & Boruchovitch, 2014).

O modelo biológico estuda a depressão enquanto doença e enfatiza o papel de factores bioquímicos e genéticos no aparecimento de sintomas. Um trabalho de Weissman (1987, citado por Cruvinel & Boruchovitch, 2014), com crianças cujos pais apresentavam um quadro de depressão, revelou que para essas crianças os sintomas depressivos aparecem mais cedo, ou seja, por volta de 12 anos e 7 meses, enquanto que para aquelas cujos pais não apresentavam depressão, o primeiro episódio depressivo surgiria mais tarde, por volta de 16 anos e oito meses.

O modelo comportamental de depressão enfatiza o papel da aprendizagem e das interações com o ambiente. A depressão, de acordo com esse pressuposto, é vista como consequência da diminuição de comportamentos adaptados (contato social, interesse pelas atividades e pelas pessoas) e um aumento na frequência de comportamentos de esquiva e fuga de estímulos vistos como aversivos (tristeza, choro). De acordo com essa teoria, a aquisição de comportamentos depressivos ocorreria mediante a aprendizagem, por meio de mecanismos de condicionamento pavloviano, skinneriano ou aprendizagem social (Chabrol, 1990 citado por Cruvinel & Boruchovitch, 2014). Para Ferster (1973, citado por Dougher & Hackbert, 2003), a característica mais óbvia de pessoas com depressão é a redução ou perda de certos tipos de actividades junto com uma incidência relativamente alta às reclamações, choro e irritabilidade.

O modelo cognitivo atribui grande importância as cognições no aparecimento e manutenção de condutas disfuncionais. A teoria cognitiva de Beck (1997, citado por Cruvinel & Boruchovitch, 2014) revela que as distorções de pensamento são factores mediadores da depressão.

O modelo cognitivo de Beck para a depressão pressupõe dois elementos básicos: a tríade cognitiva e as distorções cognitivas. A tríade cognitiva consiste na visão negativa de si mesmo, na qual a pessoa tende a ver-se como inadequada ou inapta; na visão negativa do mundo, incluindo relações, trabalho e actividades, e na visão negativa do futuro, o que parece estar cognitivamente vinculado ao grau de desesperança. As distorções cognitivas, compreendidas como erros sistemáticos na percepção e no processamento de informações, ocupam lugar central na depressão. As pessoas com depressão tendem a estruturar suas experiências de forma absolutista e inflexível, o que resulta em erros de interpretação quanto ao desempenho pessoal e julgamento das situações externas (Powell et al., 2008).

E por último, o **modelo psicanalítico**, que ressalta a importância de processos intrapsíquicos no desenvolvimento da depressão, onde esta poderia ser considerada como uma falha na evolução do processo de elaboração normal do luto e da perda (Mendels, 1972 citado por Cruvinel & Boruchovitch, 2014).

Para Freud, ao contrário do luto, em que o indivíduo sabe o que perdeu, na melancolia não se pode ver claramente o que foi perdido, ainda que o indivíduo se veja consciente do que perdeu, dando origem a sua melancolia (Carvalho & Assis, 2016). Freud, estudando sobre a diferença entre o sofrimento e a depressão, revelou que, no sofrimento, o mundo se torna vazio e empobrecido, não há uma queda na autoestima e a perda é consciente. Na melancolia, o processo é inverso: há uma redução na autoestima, a perda é inconsciente e é o próprio ego do indivíduo que se esvazia e empobrece (Cruvinel & Boruchovitch, 2014).

Cabe ressaltar que dificilmente apenas um modelo ou uma única teoria seria suficiente para explicar um fenómeno tão complexo como a depressão. A depressão, sem dúvida, integra factores sociofamiliares, psicológicos e biológicos, onde as diferentes teorias não se excluem, mas se completa, contribuindo não somente para uma maior compreensão da natureza multicausal deste transtorno, mas também para a concepção do sujeito em sua totalidade biopsicossocial (Cruvinel & Boruchovitch, 2014).

2.3.3 Classificação dos Transtornos Depressivos nas Crianças

As classificações dos transtornos depressivos nas crianças são variadas. João (1987 citado por Silveira & Grinfeld, 2004) relata que a depressão pode ser classificada de acordo com a sua origem em endógena, reativa e neurótica. Quanto a sua intensidade, em leve, moderada ou grave. Em

relação à sua duração, em aguda, recorrente ou crônica e quanto a qualidade, em retardada ou agitada.

O DSM-5 apresenta três possíveis diagnósticos de depressão que podem se manifestar na infância, como o Transtorno Depressivo Maior, e o Transtorno Depressivo Persistente, também conhecido como Distímia (APA, 2014 citado por Fraga, 2015).

O diagnóstico da depressão baseia-se em três componentes essenciais; certa quantidade de sintomas depressivos, persistência dos sintomas durante um período de tempo e comprometimento funcional significativo (Wesselhoeft, 2016). Todos os três componentes são necessários para a atribuição de um diagnóstico de transtorno depressivo tanto no DSM V quanto na CID 10 (Hussain et al, 2018; Dolle et al, 2013; Wesselhoeft, 2016; Baptista, 2017).

| Tabela 1: Comparação entre um episódio depressivo de acordo com o DSM V e a CID 10 | | |
|---|---|---|
| | DSM V | CID 10 |
| Significância clínica | Transtorno Depressivo Maior (MDD) | Episódio Depressivo Maior (F32) |
| Duração de Sintomas | Pelo menos duas semanas | Pelo menos duas semanas |
| Gravidade | Leve, moderada ou grave | Leve, moderada ou grave |
| Crítérios Diagnósticos específicos para crianças | <p>Cinco ou mais dos seguintes sintomas devem estar presentes, sendo pelo menos um dos sintomas (1) humor deprimido ou (2) perda de interesse ou prazer, os outros sintomas incluem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perda ou ganho significativo de peso sem estar a fazer dieta <ul style="list-style-type: none"> • Insônia ou hipersônia • Agitação ou retardo psicomotor frequente • Fadiga ou perda de energia frequente <ul style="list-style-type: none"> • Sentimentos de inutilidade e culpa <ul style="list-style-type: none"> • Dificuldades de concentrar • Ideação suicida <p>Estes episódios devem ser clinicamente significativos e não atribuíveis aos efeitos fisiológicos de uma substância ou outra condição médica.</p> | <p>O número e a gravidade dos sintomas determinam o grau, sendo necessários no mínimo dois ou três sintomas para poder fazer o diagnóstico. Os sintomas incluem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Humor deprimido • Redução da energia/fadiga <ul style="list-style-type: none"> • Perda do prazer • Perda de interesse • Diminuição na capacidade de concentração <ul style="list-style-type: none"> • Problemas de sono • Diminuição do apetite • Diminuição da autoestima e autoconfiança • Ideias de culpabilidade e indignidade |

2.3.4 Diagnóstico

Na infância, o diagnóstico da depressão é difícil, pois seus sintomas podem ser confundidos com tristeza excessiva, agressividade, birra, manha, malcriação ou mau humor (Borges et al, 2017)

citado por Plastina & Oliveira, 2021). Alguns autores salientam que ainda hoje existem dificuldades no diagnóstico da depressão nas crianças (Baptista et al, 2017; Ribeiro et al, 2013, Bayma et al, 2015). Isto pode ser devido a dificuldade que a criança possui de perceber e explicar os seus sintomas, a complexidade de compreender os seus sentimentos e ao facto de que estes sintomas e sinais podem ser confundidos com outros problemas ou transtornos.

Na criança, os sintomas variam de acordo com a faixa etária, gênero e contexto social, e, como ela ainda não é capaz de descrever verbalmente seus sentimentos, é necessário observar as formas de comunicação pré-verbal, como a expressão facial, produções gráficas, súbitas mudanças de comportamento, postura corporal, entre outros (Baptista & Golfeto, 2000 citado por Miranda et al, 2013).

Na medida em que a depressão interfere directamente nas fases de desenvolvimento infantil, são muito importantes o diagnóstico precoce e o tratamento adequado ainda nessa fase inicial da vida, já que as repercussões da doença são graves e podem comprometer o convívio social e o ambiente escolar e familiar (Calderaro & Carvalho, 2005).

Embora não seja função dos educadores, o diagnóstico da depressão em crianças, a escola e o professor desempenham uma função importante na identificação dos sintomas depressivos. Porém, a dificuldade em reconhecer os sintomas da depressão, por parte dos educadores e também por parte da família, agrava essa situação, pois, muitas vezes, os sintomas não são identificados corretamente e estas crianças acabam não recebendo orientação e tratamentos adequados de forma atempada (Cruvinel; Boruchovitch, 2004 citado por Miranda et al, 2013).

Quando a criança não é tratada a tempo, ela poderá desenvolver modelos de comportamento como isolamento, retraimento, dificuldades de se comunicar, entre outros, os quais podem mais tarde levar ao suicídio (Miranda et al, 2013).

2.3.5 Manifestações dos Sintomas da Depressão em Crianças

Actualmente, considera-se que os sintomas se alteram dependendo da faixa etária. Estudos apontam que na depressão nas crianças há a presença de humor triste e de um sentimento de vazio, acompanhados de alterações somáticas ou cognitivas que afetam de forma significativa a vida do sujeito. Além disso, há perda ou ganho de peso, insónia ou hipersónia, perda da energia e sentimentos de incapacidade, dificuldade em concentrar-se, pensamentos relacionados à morte ou à tentativa de suicídio. Sentimento de irritabilidade, agressividade desencadeando a diminuição no

rendimento escolar por conta da dificuldade de se concentrar também podem ser evidenciados em crianças (Schneider e Cervi, 2017).

De acordo com Baptista et al. (2017), existem também diferenças de gênero na expressão de sintomas dos transtornos depressivos na infância. Segundo este autor, crianças do sexo feminino tendem a expressar mais a irritabilidade, anedonia, humor deprimido, hipersônia, insônia e queixas somáticas. Também possuem maior propensão a alterações no apetite, distúrbios do sono e somatização. Por outro lado, as crianças do sexo masculino apresentam mais sintomas externalizantes, como agressividade, agitação e impulsividade, como também, dificuldades de socialização e expressar emoções. Estas diferenças sugerem uma complexidade na expressão da depressão influenciada por uma interação entre factores biológicos, sociais e cognitivos.

Segundo as pesquisas relatadas por Bahls (2004, citado por Carmo & Silva, 2009), alguns pesquisadores afirmam que a partir dos 6 meses de idade é possível o aparecimento da manifestação de sintomas depressivos, como atraso no desenvolvimento motor, falta de apetite, alterações do sono, choro excessivo sem motivo orgânico, desinteresse e poucas respostas aos estímulos do ambiente, irritabilidade e hipoactividade.

A depressão em crianças pré-escolares se manifesta de forma marcante através de ansiedade, fobias, hiperatividade, irritabilidade, alterações no sono e no apetite, dores somáticas e prazer diminuído nas atividades que antes. (Bahls, 2004 citado por Carmo & Silva, 2009). Nas crianças em idade escolar, dos 6/7 até os 12 anos, o padrão mais frequente de sintomas refere-se às dificuldades académicas e aos problemas de relacionamento com os colegas (Petersen & Wainer, 2011 citado por Ribeiro et al, 2013). O rendimento escolar da criança diminui devido ao seu desinteresse, falta de concentração e dificuldades de raciocínio. As fobias, ansiedade de separação e dores somáticas podem levar a recusa a ir à escola, bem como o isolamento e dificuldade em fazer amigos (Carmo & Silva, 2009).

Quando essas crianças não possuem vontade de verbalizar seu estado emocional, podem comunicar seu sofrimento por meio de queixas somáticas, relatando dores de cabeça, de estômago ou outras queixas físicas frequentemente infundadas (Friedberg & McClure, 2004 citado por Ribeiro et al, 2013). Além disso, a depressão pode tornar-se evidente principalmente por meio dos conteúdos de suas fantasias, desejos, sonhos, brincadeiras e jogos, que constantemente apresentam

temas de fracasso, frustração, destruição, ferimentos, perdas ou abandonos, culpa, excesso de autocríticas, e até mesmo, morte (Bahls, 2002 citado por Ribeiro et al, 2013).

2.3.6 Factores de Risco

A depressão nas crianças pode ter diversas causas, e muitas vezes é o resultado de uma combinação de factores. É importante ressaltar que a interação entre diferentes factores pode desempenhar um papel significativo. As causas podem ser de origem biológica, psicológica e psicossocial/ambiental (Wesselhoeft et al, 2016; Bufferd et al, 2014; Hankin et al, 2015; Dietz et al, 2014; Brandao Junior et al, 2023).

Os factores de risco mais descritos na literatura para o surgimento do TDM na criança incluem uso precoce de álcool, presença do Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperactividade (TDAH), condutas parentais inadequadas, rejeição dos colegas, estressores ambientais, abuso físico e sexual e perda de um dos pais, irmão ou amigo íntimo (Ribeiro et al, 2013).

Além desses, destaca-se que um dos factores de risco mais importantes a ser considerado é a presença de depressão em um dos pais, pois a existência de histórico familiar aumenta em pelo menos três vezes o risco de a criança também desenvolver o transtorno (Ribeiro et al, 2013). Acredita-se, não obstante, que a hereditariedade pode ser outro factor importante, mas não o determinante único no aparecimento dos transtornos depressivos, pois há evidências de que a predisposição genética se soma às condições adversas da realidade externa (Calderao e Carvalho, 2013).

Quanto às condições sociais e à configuração familiar, para Solomon (2002) e Marcelli (1998), as pessoas que vivem em condições socioeconómicas desfavoráveis são mais propensas a desenvolver patologias físicas e mentais (Calderao e Carvalho, 2005).

Estes factores não só podem potencializar e/ou agravar o aparecimento dos transtornos depressivos precocemente nas crianças, como também, possivelmente, podem criar espaço para o desenvolvimento de transtornos comórbidos.

2.3.7 Factores de Protecção

A investigação sobre factores de resiliência, também conhecidos como factores de protecção está muito menos evoluída do que a investigação sobre os factores de risco. Dentre estes factores

podemos destacar os factores ambientais e factores individuais (Wesselhoeft, 2016; Kudinova et al, 2018).

Em relação aos factores ambientais de protecção em crianças, existem hipóteses que defendem que as amizades próximas, socialização, brincadeiras e apoio social podem ajudar a proteger contra o desenvolvimento de sintomas depressivos (Wesselhoeft, 2016).

No que diz respeito aos factores individuais, destaca-se a regulação emocional infantil (RE), conceituada como a capacidade de modular a experiência emocional, que se desenvolve gradualmente nos primeiros anos de vida, à medida que as crianças deixam de depender exclusivamente dos cuidadores para a regulação de afeto e passam a autorregular as suas emoções (Gross, 1998 citado por Kudinova et al, 2018). Este factor promove a adaptação ao ambiente familiar/social, e age como um moderador entre a depressão dos pais e dos filhos. Adicionalmente, o uso de estratégias adaptativas de enfrentamento, como o pensamento positivo, aceitação e a distração, está associado a menos sintomas de depressão entre crianças e adolescentes de pais actualmente deprimidos.

2.4 Marco Referencial

2.4.1 Prevalência

Actualmente os transtornos depressivos representam uma grande parte das patologias que afectam a população no geral, e seus índices de prevalência estão a aumentar. A depressão na criança é cada vez mais comum (Fraga, 2015). Segundo informações epidemiológicas das últimas décadas, a ocorrência dos sintomas depressivos em crianças tem se mostrado maior na faixa etária entre seis e onze anos de idade (Coutinho et al., 2003 citado por Fraga, 2015).

Barbosa et al. (1996, citado por Fraga, 2015) afirmam que ainda é muito difícil traçar um perfil epidemiológico os transtornos depressivos em crianças, especialmente em função de questões metodológicas dos estudos, tais como métodos de avaliação e diagnóstico, diferentes pontos de corte dos instrumentos avaliativos e diferentes populações estudadas.

Nos estudos conduzidos por autores como Kazdin (1983) e Kashani et al. (1983), não se têm encontrado diferenças significativas entre sexo e idade (Manuel, 2012). Contudo, outros estudos

têm comprovado que a prevalência dos transtornos depressivos aumenta paralelamente ao avanço da idade (Domenech & Polaino, 1990 citado por Barbosa et al, 1996).

Cruvinel & Boruchovitch (2013, citado por Paes, 2022) lembram que a alta prevalência dos transtornos depressivos em crianças leva à reflexão a respeito de vários factores que influenciam a sua ocorrência.

Os estudos apontam que os transtornos depressivos em crianças apresentam um problema de saúde cada vez mais prevalente. No entanto, não se pode afirmar com exactidão se tal aumento no índice de prevalência se justifica pelo crescente número de casos ou resulta de instrumentos de diagnóstico aperfeiçoados ou ainda pelo aumento do número de estudos sobre o tema (Fraga, 2015).

2.4.2 Instrumentos de Diagnóstico e Avaliação dos Transtornos Depressivos em Crianças

Como a criança é a fonte primária de informações sobre a sua experiência subjectiva na depressão, para verificar se o tratamento é efectivo, os instrumentos de medição psicométricos da depressão na criança, são de grande valor e utilidade para a avaliação da presença e severidade dos sintomas no curso do tratamento e no auxílio aos profissionais na identificação precoce desta doença (Pereira & Amaral, 2004).

Independente do instrumento utilizado, os dados obtidos na avaliação buscam auxiliar o processo diagnóstico, facilitando o reconhecimento de sintomas, bem como providenciar informações sobre a frequência, intensidade e duração dos mesmos (Gomes et al, 2013; Lima et al, 2020; Charles et al, 2017). Adicionalmente, de acordo com Ribeiro et al (2013), a avaliação pode ter continuidade durante o tratamento, guiando o seu curso, como por exemplo, o autorrelato ou relato dos pais durante um estudo de caso para avaliar o efeito do antidepressivo fluoxetina e a terapia cognitivo comportamental nos sintomas depressivos de uma criança.

O instrumento mais frequentemente mencionado na literatura é o Inventário de Depressão Infantil (CDI) (Roseman et al, 2016; Charles et al, 2017; Chavez-Hernandez et al, 2017; Gomes et al, 2013). O CDI é um instrumento adaptado do Inventário de Depressão de Beck (BDI). Além do CDI, segundo Lima et al (2020), destacam-se alguns de outros instrumentos, incluindo: O Inventário de Depressão Infantil Short (CDI-S), a escala *Revised Child Anxiety and Depression Scale* (RCADS), *Children's Depression Scale* (CDS), *Behaviour Assessment for Children*

(BASC), *Children's Depression Scale-Teacher (CDS-T)*, *Screening for Children's Behavioural Problems (SPECI)*, *Children's Depression Screener (ChilD-S)*, *Depression Self Rating Scale (DSRS)*, *Well-being Index (WHO-FIVE)* e *Arab Youth Mental Health (AYMH)*.

Todos estes instrumentos mostraram ser válidos e adequados para contextos específicos. Em geral, os resultados do estudo do Lima (2020), indicam que esses instrumentos são considerados eficientes para identificar sintomas depressivos em crianças. Porém, nesse estudo também se destacaram algumas limitações, incluindo:

- a necessidade de ampliação da faixa etária em alguns instrumentos como a CDI;
- uma falta de representatividade em determinadas amostras, como por exemplo, com BASC, CDS, CDS-T e ChilD-S; e
- a necessidade de avaliação em amostras maiores, especificamente para DSRS, WHO-Five e AYMh.

Apesar das limitações, os resultados dos estudos existentes sugerem haver uma gama abrangente de recursos para avaliação e triagem de sintomas depressivos nas crianças.

2.4.3 Manejo Clínico dos Transtornos Depressivos em Crianças

Existem poucos estudos sobre as intervenções e sobre a eficácia das mesmas para a depressão em crianças (Schwan & Ramires, 2011 citado por Fraga, 2015). Entretanto, há uma variedade de psicoterapias indicadas para o tratamento da depressão nas crianças, desde o quadro mais leve ao mais grave que necessita de um tratamento da depressão em crianças, desde o quadro mais leve ao mais grave (Son & Kirchner, 2000 citado por Fraga, 2015).

A criança com depressão deve receber intervenção o mais rápido possível, com avaliação e definição do tipo de tratamento mais adequado. Uma avaliação da sintomatologia depressiva precisa de ser realizada, bem como as possíveis associações: diagnóstico, falhas na educação, prejuízo no funcionamento psicossocial, transtornos psiquiátricos, maus tratos, entre outros (Miranda et al, 2013).

Maj e Sartorius (2005, citado por Miranda et al, 2013) consideram que, para a escolha do tratamento correcto, além de analisar factores como gravidade, cronicidade, idade e questões contextuais, é de grande relevância enfatizar a realização do exame do estado mental da criança e a colheita de informações relevantes junto da família, tais como a duração dos sintomas e o grau

de comprometimento psicossocial, pois estes factores ajudam na elaboração do tratamento adequado.

a. Terapias Psicológicas

Na depressão nas crianças, as psicoterapias são indicadas para o tratamento, especialmente nos casos de sintomas mais leves. Procura-se ajudar o paciente e os seus familiares a criarem habilidades para enfrentar as situações de conflito e lidar com as sequelas psicossociais causadas pela depressão.

Os principais objectivos da psicoterapia, de acordo com Bahls (2004, citado por Carmo & Silva, 2009) são: alívio dos sintomas, restabelecimento das funções e habilidades do paciente e, finalmente, prevenção de um novo episódio depressivo.

- Terapia Cognitivo Comportamental (TCC)

O tratamento recomendado de primeira escolha para crianças com depressão é a terapia cognitivo comportamental (TCC), de forma isolada ou em combinação com o tratamento medicamentoso (exemplo, a fluoxetina). A TCC procura a reestruturação cognitiva e ensino de mudanças comportamentais. A TCC tem como objectivo aumentar comportamentos úteis (como sair mais de casa) e modificar pensamentos negativos (Zhou et al, 2020; Hussain et al, 2018; Ribeiro et al, 2013; Cox et al, 2014).

Contudo, existem alguns estudos que sugerem que não há evidência suficiente da eficácia do TCC pois, nem sempre é possível afirmar que a TCC é eficaz. Esta ambiguidade pode ser resultado do desenho dos estudos e características das crianças incluídas nesses estudos (Forti-Buratti, 2016).

- Terapia Interpessoal (TIP)

Um estudo demonstrou que a TIP foi considerada significativamente melhor que a TCC no acompanhamento a longo prazo (Hussain et al, 2018). A TIP visa reduzir os sintomas depressivos através da melhoria dos relacionamentos, do uso de técnicas como a análise da comunicação e da construção de redes sociais positivas. O foco desta terapia está na melhoria das habilidades de relacionamento (Hussain et al, 2018; Cox et al, 2014; Ribeiro et al, 2013).

- Terapia Familiar (TF)

A terapia familiar (TF) examina as relações familiares e tenta melhorar conflitos e outras eventuais disfunções. Para crianças, de 7 a 14 anos, com depressão, há algumas evidências de que as abordagens centradas na família são mais eficazes do que a terapia individual (Hussain et al, 2018). Esta terapia é de extrema importância em casos de crianças que têm pais que também sofrem de transtornos depressivos ou outra perturbação mental (Eckshtain et al, 2018). Contudo, a evidência da eficácia da terapia familiar ainda é muito limitada (Forti-Buratti, 2016).

- Psicoterapia Psicodinâmica

A psicoterapia psicodinâmica concentra-se nas relações interpessoais, no apego e no estresse da vida, e trabalha explicitamente no relacionamento terapêutico entre o cliente e o terapeuta, para abordar eficazmente as raízes emocionais da depressão, contribuindo para mudanças positivas no bem-estar emocional da criança ao longo do tempo. Centrada na exploração das dinâmicas emocionais, busca identificar padrões repetitivos, promover a expressão emocional e desenvolver uma aliança terapêutica sólida. A terapia adapta-se às necessidades individuais da criança, integrando técnicas lúdicas e expressivas (Hussain et al, 2018; Zhou et al, 2020; Dolle et al, 2013; Ribeiro et al, 2013).

- Psicoterapia Transcultural (PTC)

A Psicoterapia Transcultural (PTC) surge como uma abordagem inovadora para atender às necessidades específicas de migrantes com problemas de saúde mental. Desenvolvida com base em princípios de etnopsiquiatria, a PTC combina técnicas de mediação cultural, terapia psicanalítica pais-bebê, terapia narrativa e terapia familiar sistemática e psicanalítica (Devereux, 1967; Nathan, 1986; Moro, 1998; Sturm, Nadig e Moro, 2011 citado por Lachal et al, 2020).

Segundo Lachal et al (2020), a PTC surge como uma resposta inovadora às complexidades dos transtornos depressivos em crianças migrantes, de primeira e segunda geração, promovendo um enfoque culturalmente sensível e integrado que pode oferecer benefícios significativos, embora mais pesquisas sejam necessárias para validar a sua eficácia, para poder ser implementada como técnica de primeira linha de intervenção nesta população.

- Psicoterapia Psicanalítica

A psicanálise insere uma proposta distinta de tratamento. Enquanto as outras propostas terapêuticas focam-se em modulações ambientais, comportamentais e no manejo de sintomas, a psicanálise direciona o tratamento para outra vertente, levando em consideração a especificidade de cada indivíduo (Brandao Junior et al, 2023; Bayma et al, 2015). A psicanálise propõe, em prol da cura, substituir o sujeito universal da depressão pela singularidade que emerge quando o inconsciente produz as suas formações. A psicanálise, escuta assim não só as formações do inconsciente na criança, como também as passagens ao acto, sendo este uma forma de defesa contra a angústia (Bayma et al, 2015; Brandao Junior et al, 2023).

- Psicoeducação

A psicoeducação é uma abordagem terapêutica que visa fornecer informações educacionais e apoio psicológico para ajudar indivíduos e suas famílias a compreenderem e lidarem com transtornos depressivos. A psicoeducação também é importante no fornecimento de ferramentas para identificar sinais precoces de recaída e promoção de estratégias de enfrentamento eficazes (Dolle et al, 2013; Kennard et al, 2018; Dietz et al, 2014; Ribeiro et al, 2013).

- Ludoterapia

A ludoterapia é uma forma de terapia que utiliza o brincar como meio de comunicação e expressão. Nos estudos, tanto nos quantitativos quanto nos qualitativos, foi verificada a eficácia dos tratamentos baseados na ludoterapia, os quais reduziram, na maioria dos casos, de forma significativa, os índices de depressão nas crianças (Carvalho e Ramirez, 2013). A ludoterapia permite que a criança expresse emoções difíceis de articular verbalmente através do brincar, promovendo a construção de habilidades sociais e emocionais. De acordo com Carvalho e Ramirez (2013), há indicações de que o tratamento lúdico para crianças possibilita que elas saiam de uma posição passiva em relação às suas experiências traumáticas e passem a vivenciar uma posição activa, de modo que consigam dar novo significado as suas experiências e, dessa forma, reduzir os sintomas depressivos.

Outros tratamentos usados na prática clínica actual incluem a arte e a musicoterapia; a terapia ocupacional e a estimulação magnética transcraniana repetitiva (EMTr). Entretanto, nenhum destes métodos é apoiado por evidências adequadas, uma vez que os ensaios clínicos são escassos

ou apresentam deficiências metodológicas como, por exemplo, falta de critérios de inclusão padronizados ou falta de avaliação padronizada do resultado do tratamento.

b. Terapia Farmacológica

De acordo com Miller (2003) o medicamento para transtornos de humor nas crianças deve ser prescrito apenas em última instância, com a indicação de um médico, que poderá ser o próprio pediatra da criança ou um psiquiatra. A decisão de usar medicamentos na depressão nas crianças baseia-se na gravidade, duração dos sintomas e perante dificuldades de aliviar os sintomas através de terapias psicológicas.

Os antidepressivos são frequentemente reservados para estágios mais graves de doença, quando a psicoterapia não funciona ou não está disponível, ou se os sintomas forem particularmente incapacitantes (Zhou et al, 2020; Hussain et al, 2018; Kennard et al, 2018; Cox et al, 2014; Miller, 2003).

A fluoxetina é o antidepressivo com maior evidencia de eficácia em comparação com o placebo. Segundo Hussain et al (2018), em crianças (com idade 5-11 anos), a combinação de fluoxetina com tratamento psicológico deve ser considerada com cautela e somente após quatro a seis sessões de terapia psicológica. Se o tratamento com fluoxetina não for possível ou desejado, recomenda-se escitalopram, citalopram e sertralina como medicamentos alternativos. No entanto, os mesmos autores recomendam que venlafaxina, paroxetina e antidepressivos tricíclicos não devem ser usados devido aos efeitos colaterais significativos (Dolle et al, 2013, Hussain et al, 2018).

De acordo com estudos já existentes, nenhuma farmacoterapia, usada isoladamente, foi mais eficaz que psicoterapia isoladamente (Zhou et al, 2020; Charles et al, 2017). Existe uma falta de dados empíricos, fora dos estudos de caso, que falem sobre a segurança e eficácia dos antidepressivos para o tratamento dos transtornos depressivos em crianças, especialmente nos menores de 7 anos de idade (Donohue et al, 2019; Charles et al, 2017).

c. Intervenções Sociais/Educacionais

Muitas vezes, a criança, que é tida como portadora do problema, leva a família a buscar auxílio, sendo ela o membro mais saudável e apenas um representante do problema familiar. Para este tipo de família, a terapia auxilia os pais a confrontar seus próprios conflitos e resolvê-los (Papalia, 2006).

As orientações psicoeducativas ajudam também no tratamento da depressão nas crianças. Essas orientações têm a intenção de esclarecer possíveis dúvidas dos familiares referentes ao transtorno, bem como auxiliar na compreensão das manifestações sintomáticas da criança e no manejo de seu comportamento (Ito & Lotufo Neto, 2000 citado por Fraga, 2015).

É importante chamar a atenção dos pais e professores em relação aos problemas de aprendizagem que podem estar associados à depressão. A colaboração com professores e administradores escolares é importante para criar um ambiente de aprendizagem favorável e fornecer apoio escolar quando necessário (Borges et al, 2016; Ciuhan et al, 2021).

d. Terapia Online

A terapia online refere-se à utilização das intervenções digitais de saúde (IDS) para problemas de saúde mental, nomeadamente através de um modelo de TCC computadorizado (Hussain et al, 2018). Considera-se que este método possa ser acessível, eficiente e eficaz. Porém, existem evidências ainda limitadas para o uso de aplicativos digitais para transtornos de saúde mental em crianças.

e. Eletroconvulsoterapia (ECT)

Existe ainda uma outra forma de tratamento da depressão, mas pouco utilizada nas crianças, que corresponde a uma técnica denominada eletroconvulsoterapia (ECT). Essa técnica é utilizada somente quando todas as outras formas de tratamento falham e, de um modo geral, tem se mostrado efectiva e segura (Miranda et al, 2013). A ECT é geralmente indicada para pacientes diagnosticados com o transtorno depressivo grave, dependendo de factores como: intensidade, frequência e duração dos sintomas depressivos, bem como pela presença de manifestações psicóticas ou catatônicas, pelo risco de suicídio ou ainda pela necessidade urgente de melhora, frente à acelerada deterioração física (Salleh et al., 2006; Harrington, 1990 citado por Miranda et al, 2013).

2.4.4 Prevenção

O ambiente familiar saudável está directamente ligado ao desenvolvimento emocional equilibrado, pois é necessário que supra adequadamente as necessidades básicas da criança, incluindo de protecção e acolhimento (Rotondaro, 2002 citado por Fraga, 2015). Segundo Brody (1997, citado por Fraga, 2015), os pais são os principais cuidadores para auxiliar na prevenção da depressão em

crianças, fornecendo aos seus filhos todo o amor, protecção, acolhimento, carinho, compreensão, amparo e construindo uma relação de confiança com eles. Contudo, no presente existem diferentes configurações familiares onde o papel dos pais fica relegado a outrem na sociedade. O reconhecimento atempado do transtorno depressivo nas crianças por parte das pessoas que estão envolvidas com a criança, como pais e professores, contribui na prevenção da evolução ou o agravamento do transtorno (Cruvinel & Boruchovitch, 2003 citado por Fraga, 2015). Visto que a saúde mental dos pais também é um factor contribuinte, a prática de bons hábitos para a saúde mental por parte dos pais pode ajudar a prevenir os transtornos depressivos nas crianças.

2.4.5 A Situação das Crianças em Moçambique

Cerca de 52% dos habitantes em Moçambique são indivíduos com menos de 18 anos, ou seja, aproximadamente 16, 1 milhões de pessoas, dos quais cerca de 11 milhões são crianças dos 0–10 anos e cerca de 5 milhões dos 11–17 anos com proporções similares entre o sexo masculino e feminino (Projecções da População 2017-2050 (INE), citado por UNICEF, 2021).

Nos últimos 15 anos, as crianças têm sido expostas a um crescente número de riscos, incluindo os relacionados com o clima, como seja os ciclones, cheias e secas que resultaram em mortes, deslocamentos populacionais, insegurança alimentar extrema, surtos de doenças e a destruição de escolas e instalações de saúde (UNICEF, 2021).

A intensificação do conflito armado em Cabo Delgado em 2020 acrescentou outra dimensão de complexidade no Norte do país, com as crianças expostas à violência e às separações familiares bem como forçadas a abandonar as suas casas e escolas. Outros factores com impacto sobre as crianças incluem as tensões políticas nas províncias centrais e a pandemia da COVID 19 em 2020-2021 com impacto sobre a sociedade e múltiplos sectores.

Na primeira infância e fase pré-escolar (dos 0 aos 5 anos), embora Moçambique tenha melhorado as taxas de sobrevivência infantil, problemas de saúde como diarreia, malária e tuberculose ainda persistem. A pobreza e a desnutrição crónica continuam sendo um desafio especialmente importante principalmente nas zonas rurais onde também se nota o acesso inadequado à água e saneamento. Além disso, a participação em programas pré-escolares no país é baixa devido à falta de professores capacitados e infraestrutura adequada (UNICEF, 2021).

Na meia infância (de 5 a 11 anos), as oportunidades educacionais além do ensino primário são limitadas. Embora as taxas de matrícula reportadas sejam altas, a frequência escolar é

significativamente baixa. O absentismo e abandono ao nível da escola primária estão ligadas a compromissos familiares e cerimoniais, infraestruturas e recursos inadequados e à fraca qualidade de ensino. As más condições escolares diminuem a motivação das crianças para continuar a frequentar a escola. Adicionalmente, crianças com deficiência, um número estimado de 1,4% das crianças entre os 6 e 14 anos, enfrentam barreiras adicionais para ter acesso à educação (UNICEF, 2020).

Muitas crianças, especialmente no Norte, abandonam a escola devido a necessidade de trabalhar para apoiar as suas famílias. Além disso, há relatórios da indústria que indicam que as crianças estão envolvidas nas piores formas de exploração laboral e são extremamente vulneráveis ao tráfico de crianças (Ramos, 2018).

As crianças carenciadas em Moçambique têm menos probabilidades de crescer e ter relações seguras, lares decentes, acesso à boa nutrição e água e saneamento adequado. É provável que elas tenham uma educação pouco inspiradora e, muitas são propensas a deixar a educação escolar com qualificações ou habilidades inadequadas para prepará-las para a vida adulta.

CAPÍTULO 3: METODOLOGIA

3.1 Tipo de Pesquisa Quanto aos Procedimentos

Foi feita uma pesquisa bibliográfica, com revisão da literatura publicada nas plataformas PUBMED, SCIELO e LILACS. Conforme Casarin et. al (2020), as revisões da literatura são estudos que visam fazer uma síntese da literatura ou identificar o estado da arte sobre determinado assunto, bem como conhecer quais as lacunas sobre ele. Para este trabalho, foi utilizada a revisão narrativa que é uma forma não sistematizada de revisar a literatura. É importante para buscar actualizações a respeito de um determinado assunto dando ao revisor suporte teórico em curto período (Casarin et al, 2020). De acordo com Melnik e Fineout-Overholt (2018), na revisão narrativa não é necessária uma abordagem explícita e sistemática do processo de busca e avaliação das publicações, como acontece com os outros métodos de revisão.

Ao dispensar tal abordagem, a revisão narrativa torna-se um método mais susceptível a vieses de selecção. Contudo, Gil (2017) afirma que a principal vantagem da revisão narrativa reside no facto de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenómenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar por outros métodos.

A escolha deste método de revisão deve-se à opção por um método que permite uma visão mais geral do objecto de estudo, neste caso, os transtornos depressivos em crianças. Considerando a escassez de discussões sobre o tema escolhido, esta revisão buscou, principalmente, a exploração temática e a problematização de lacunas.

3.2 Detalhamento do Processo de Busca

O processo de busca incluiu as seguintes etapas:

- Foi feita pesquisa bibliográfica nas bases eletrónicas de dados PUBMED, SCIELO e LILACS.
- Foi revisada bibliografia, publicada no período de 2013 e 2023, em português e inglês, que aborda os seguintes assuntos sobre os transtornos depressivos nas crianças:
 - Classificação dos Transtornos;
 - Factores de Risco e de Protecção;
 - Sintomas e Sinais;

- Meios e Técnicas de Diagnóstico;
- Prevenção e Tratamento.
- Os descritores utilizados para a pesquisa bibliográfica foram seleccionados a partir de sugestões produzidas pela plataforma **Descritores em Ciências de Saúde (DeCS/MeSH)**. Os descritores utilizados para a pesquisa foram: *transtornos depressivos; depressão; criança; classificação; factores de risco; diagnóstico; prevenção; tratamento*.
- A selecção dos textos foi realizada manualmente nos meses de Setembro e Outubro de 2023.
- **CRITERIOS DE INCLUSÃO:**
 - ⇒ Artigos originais, artigos de revisão, artigos de opinião e comentários, e editoriais, relacionados com os transtornos depressivos em crianças (até aos 12 anos incompletos). No entanto, cabe ressaltar que também foram incluídos os artigos que especificavam os diferentes grupos etários até aos 18 anos pois permitiam avaliar o grupo de interesse (os até <12 anos);
 - ⇒ Artigos publicados no período entre 1 de janeiro de 2013 a 31 de agosto de 2023;
 - ⇒ Artigos em língua portuguesa e inglesa;
 - ⇒ Artigos que falassem de transtornos depressivos em crianças, mas também em outras faixas etárias (se os artigos apresentassem análise estratificados dos grupos etários);
- **CRITERIOS DE EXCLUSÃO:**
 - ⇒ Artigos que relatavam transtornos depressivos apenas em outras faixas etárias (sem estratificação ou especificação);
 - ⇒ Artigos em espanhol, francês ou outros idiomas foram excluídos por falta de proficiência da investigadora para outros idiomas (além da língua inglesa e portuguesa);
 - ⇒ Artigos que não estão disponíveis para leitura *online* de forma gratuita.

3.3 Análise e Interpretação dos Resultados

Todos os artigos que contemplaram os critérios de inclusão foram analisados descritiva e qualitativamente a partir de uma síntese dos dados, em que as principais características de cada

estudo foram sistematizadas e integradas, em duas tabelas apresentadas em seguida, nomeadamente tabela (i) e tabela (ii).

- Tabela (i): Planilha para o registo dos artigos seleccionados de acordo com as seguintes variáveis: autoria, ano e país de publicação, tipo de estudo, tema, faixa etária e fonte do artigo (plataforma da literatura).

| TABELA (i) CARACTERÍSTICAS DOS ARTIGOS SELECIONADOS | | | | | | | |
|--|------------------|--------------------------|---------------------------|-----------------------|-------------|---|---------------------------|
| Nº | Autor(es) | Ano de Publicação | País de Publicação | Tipo de Estudo | Tema | Faixa Etária Envolvida no Estudo | Fonte (plataforma) |
| | | | | | | | |

- Tabela (ii): Planilha para o registo dos artigos seleccionados de acordo com as seguintes variáveis: Nome dos autores e ano de publicação, foco do estudo e principais resultados

| TABELA (ii) RESUMO DOS TEMAS CENTRAIS DOS ARTIGOS SELECIONADOS | | | |
|---|--------------------------------------|-----------------------|------------------------------|
| Nº | Nome do(s) Autor (es) E (Ano) | Foco do Estudo | Principais Resultados |
| | | | |

Na análise bibliográfica procurou-se a sistematização dos dados. Procedeu-se à busca de sínteses convergentes e divergentes de ideias, seleccionando os temas mais recorrentes, e procurando lacunas e inconsistências.

3.4 Aspectos Éticos

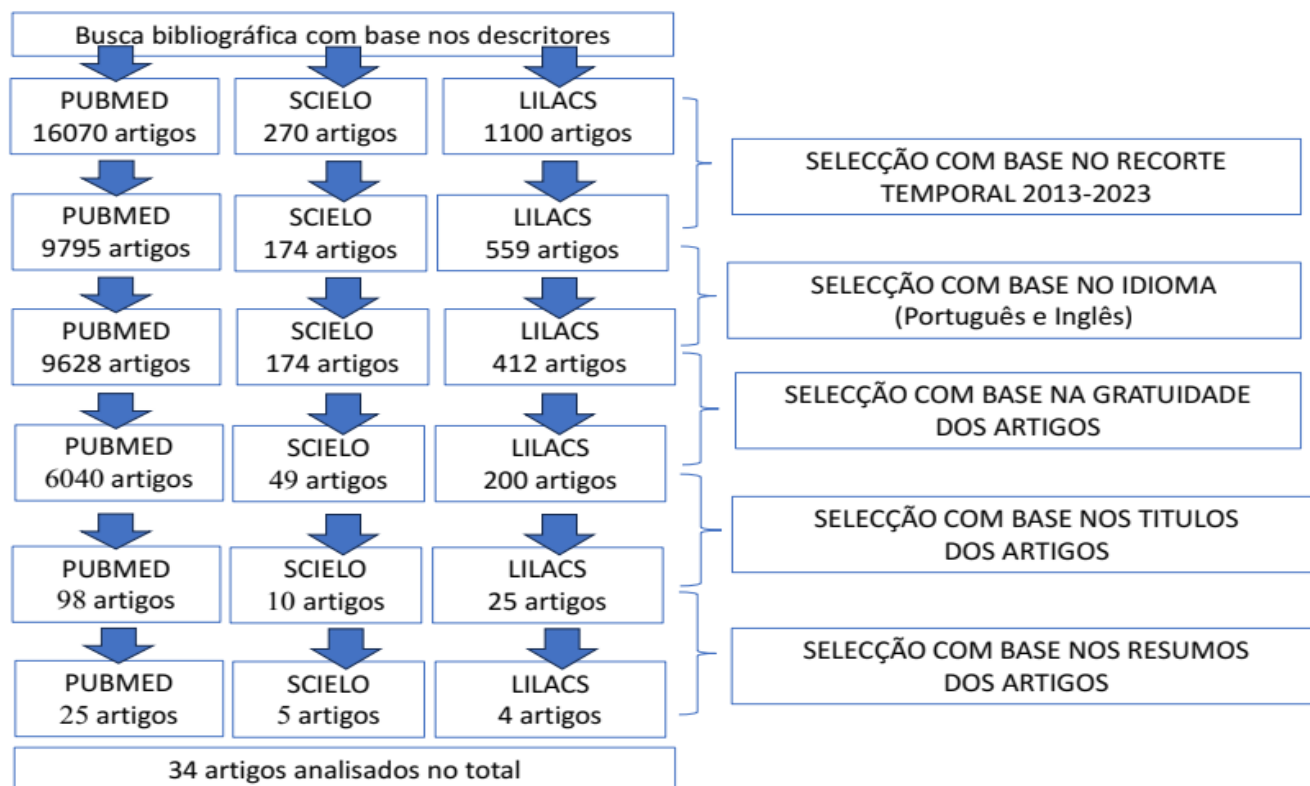
Embora este tipo de trabalho dispense o processo de submissão a um Comitê de Ética para pesquisa, foram respeitados os princípios éticos ao citar as obras e assim resguardar os direitos autorais dos estudos citados evitando plágio ou qualquer outro tipo de prática inapropriada de escrita académico-científica.

CAPÍTULO 4: RESULTADOS

A busca inicial localizou 17440 publicações, sendo 16070 na base de dados PUBMED, 270 na base de dados SCIELO e 1100 na base de dados LILACS. É importante salientar que alguns artigos estavam duplicados na mesma base de dados e entre bases distintas. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão o número de artigos diminuiu significativamente. Assim:

- Quando se aplicou o filtro relativo ao recorte temporal dos últimos dez anos (2013-2023), restaram 9795 artigos na base PUBMED, 174 na base SCIELO e 559 na base LILACS.
- Em seguida, aplicou-se o filtro de idioma (artigos em língua portuguesa e inglesa). Nas bases de dados, um total de 10214 atenderam ao critério de idioma, sendo 9628 da base de dados PUBMED, 174 da base de dados SCIELO e 412 da base de dados LILACS.
- Destas publicações, apenas 6040 na base PUBMED, 49 na base SCIELO e 200 na base LILACS, estavam disponíveis gratuitamente para leitura online, motivo pelo qual os outros artigos foram excluídos.
- Após a leitura dos títulos das publicações, foram seleccionados 133 artigos sendo 98 da base PUBMED, 10 da base SCIELO e 25 da base LILACS. Os restantes artigos foram excluídos por não estarem relacionados ao tema do presente estudo.
- Para finalizar o processo de seleção, analisou-se a temática dos artigos a partir do resumo. Após a exclusão de artigos que não respondiam aos objectivos desta pesquisa, restaram 34 artigos que passaram a compor o corpus de análise para este estudo. A Figura 1 apresenta o processo de seleção de artigos que foram utilizados nesta revisão.

Figura 1: Fluxograma representativo do processo de selecção dos artigos para revisão.



4.1 Caracterização Dos Estudos Seleccionados

Para facilitar a leitura e análise dos dados, os resultados foram organizados em gráficos e tabelas. A Tabela 2 (8.1 Apêndices, páginas 61-63) organiza informações sobre os artigos seleccionadas para esta revisão, como: autor(es), ano de publicação, país de publicação, tipo de estudo, tema abordado, faixa etária envolvida no estudo e a fonte (plataforma e literatura).

A figura 2 indica o número de artigos seleccionados por ano de publicação. O ano de publicação dos artigos varia consideravelmente, destacando um aumento de 2013 a 2016, com 6 artigos em 2016 (17,65% da amostra). Posteriormente, há uma certa flutuação nos números, com um pico de artigos em 2018 (11,76% da amostra) e uma queda notável em 2019 (2,94%). Para os anos mais recentes (i.e. 2020, 2021, 2022 e 2023), o número de artigos seleccionados mantêm se entre 2 a 4 artigos (entre 5,88% a 11,76% da amostra).

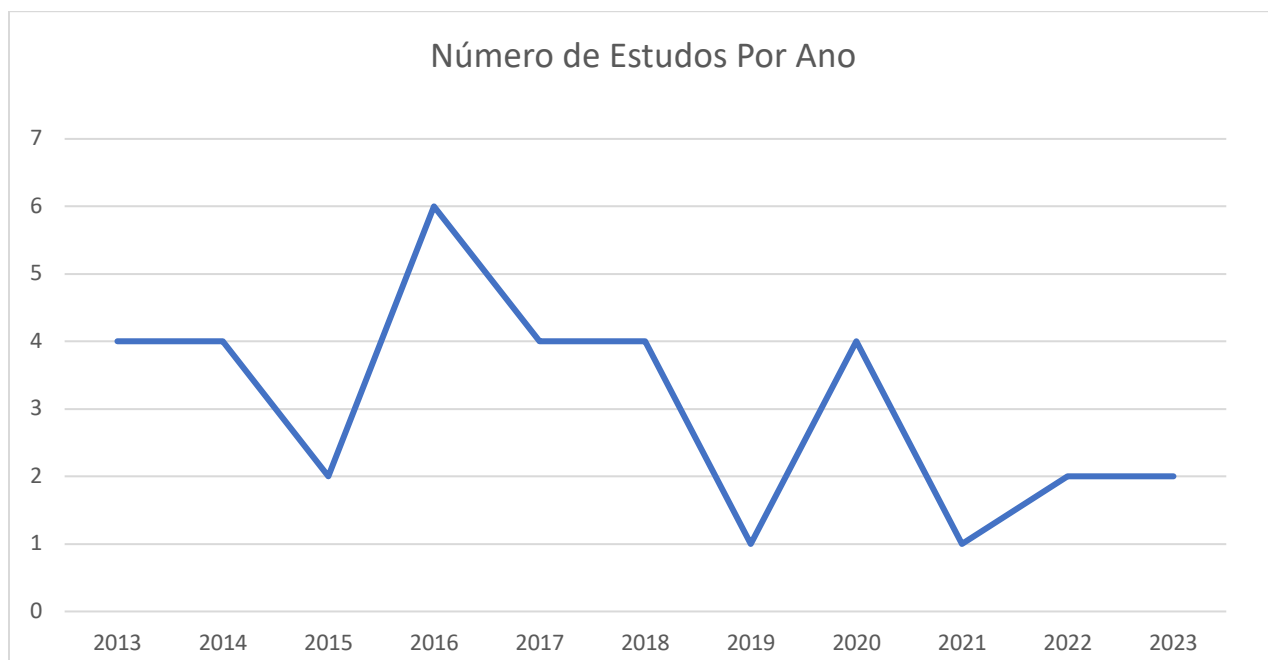


Figura 2. Número de artigos seleccionados sobre transtornos depressivos nas crianças no período de 2013-2023

No que diz respeito à distribuição geográfica dos artigos, o estudo revelou uma distribuição geográfica variada (Figura 3), com uma concentração significativa nos Estados Unidos, que totalizaram 13 estudos (38,24%). Além disso, o Brasil destacou-se como um importante país de origem para esta pesquisa, com um total de 8 publicações (23,53%). O Reino Unido, Dinamarca e Austrália apresentaram uma presença considerável nesta revisão, sendo que foram seleccionados 2 estudos (5,88%) de cada um deles. Outros países, como China, Alemanha, Canadá, Itália, Romênia e México, também estiveram representados, com uma publicação cada (2,94%). Notavelmente, apenas um estudo teve múltiplos autores de vários países (pesquisa multinacional). Essa diversidade geográfica sugere uma ampla gama de perspectivas e contextos culturais abordados para esta revisão.

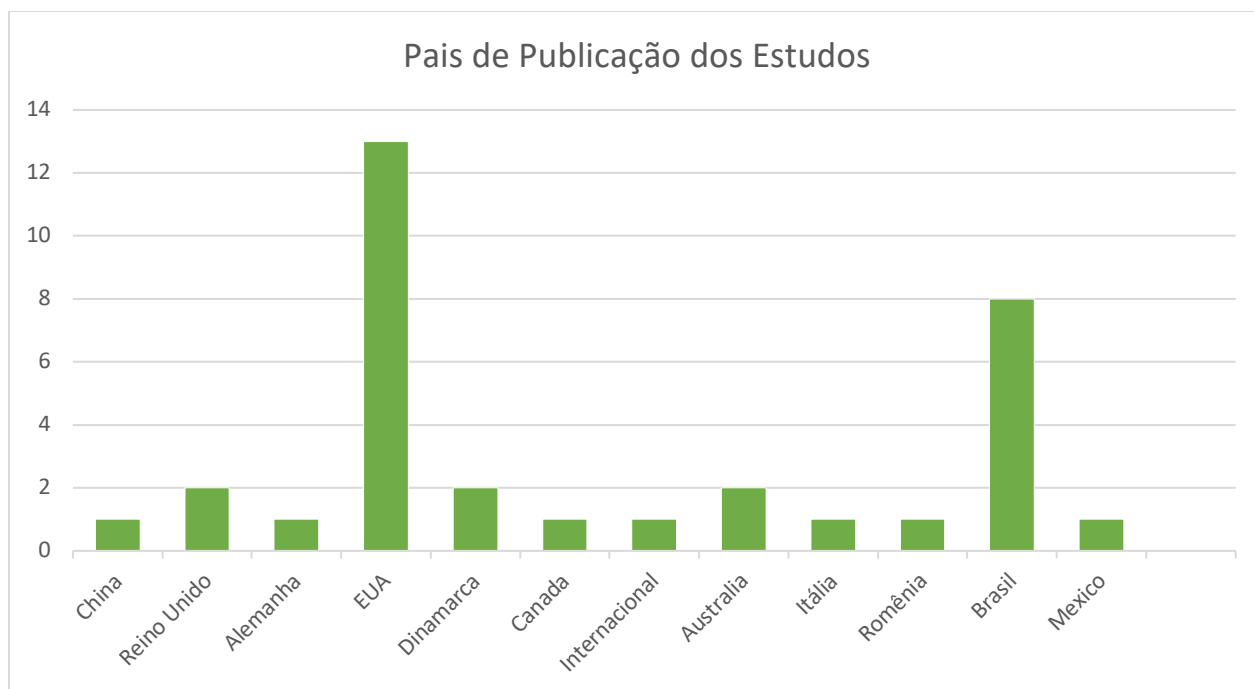


Figura 3. Países de publicação dos artigos seleccionados

A análise dos tipos de artigo seleccionadas para esta revisão revela uma distribuição diversificada de abordagens metodológicas (Figura 4). Estes resultados podem sugerir uma busca equilibrada por evidencias tanto quantitativas quanto qualitativas. As revisões sistemáticas e narrativas estão igualmente representadas, ambas contribuindo com um total de 8 publicações cada (23,53%). Os ensaios clínicos randomizados e estudo de caso apresentam uma presença mais modesta, com apenas 2 (5,88%) e 1 (2,94%), respectivamente. As pesquisas de campo (8, equivalente a 23,53%) e de levantamento (2, equivalente a 5,88%) são notavelmente proeminentes, sugerindo uma forte ênfase na coleta de dados e obtenção de percepções de grandes amostras. Os estudos longitudinais, com 4 publicações (11,76%) contribuem para uma compreensão mais aprofundada das mudanças ao longo do tempo. Por fim, a revisão integrativa, representada por 1 estudo (2,94%), destaca a busca por integrar diversas perspectivas e fontes de evidencia. Essa variedade de abordagens metodológicas oferecem uma visão abrangente e multifacetada dos transtornos depressivos em crianças.

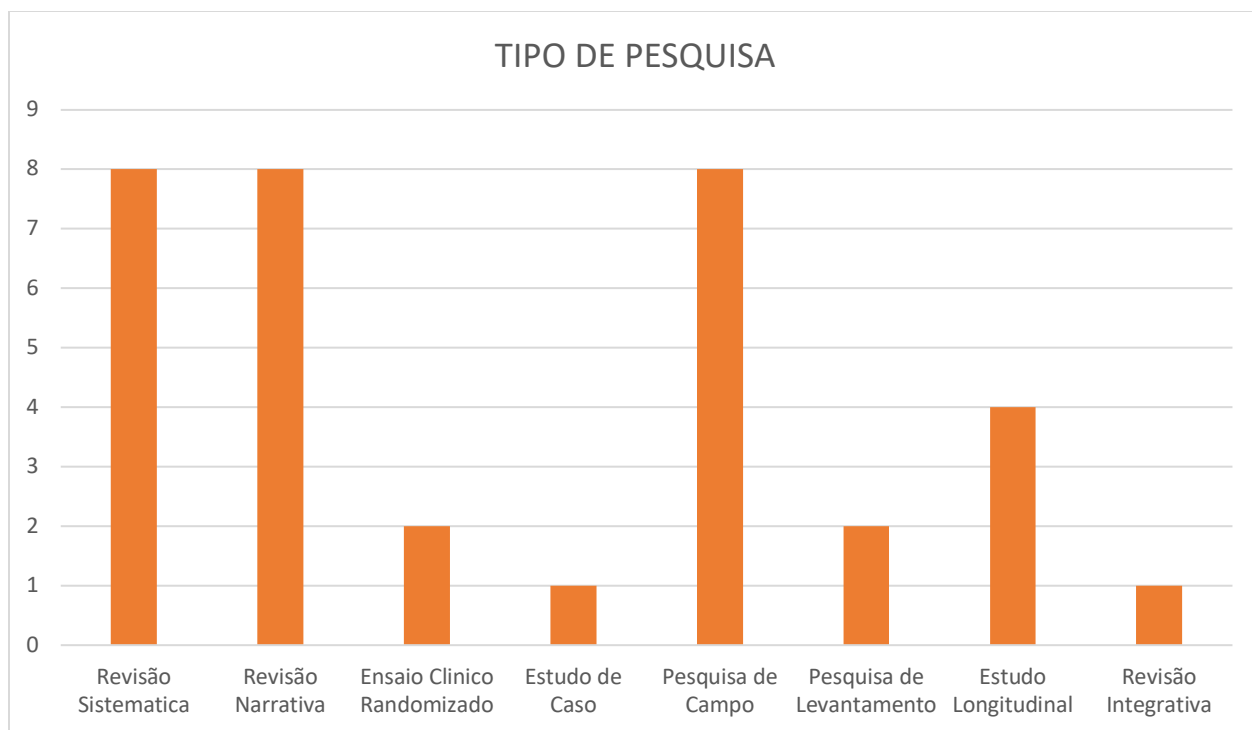


Figura 4. Tipo de pesquisa dos artigos seleccionados

Inicialmente, como critério de selecção dos artigos para esta revisão, decidiu-se que só seriam incluídos artigos que falam de crianças até aos 12 anos incompletos. No entanto, optou-se por incluir artigos que abrangem outros grupos etários, em particular até aos 18 anos completos para poder fazer uso dos dados relacionados apenas à faixa etária relevante para este estudo. A maioria dos artigos seleccionados (19, equivalente a 55,88%) concentram-se na infância (até os 12 anos incompletos). Dos seleccionados, 5 publicações (14,7%) estão direccionadas a crianças pequenas até aos 6 anos. No que diz respeito aos artigos que incluem outras faixas etárias, 9 estudos (26,47%) envolvem crianças e adolescentes até os 18 anos completos, e 1 estudo (2,94%) inclui todas as faixas etárias, da infância até a velhice, com dados estratificados e especificados. A variedade do material seleccionado permite uma compreensão mais abrangente dos transtornos depressivos em crianças ao longo de diferentes estágios de crescimento.

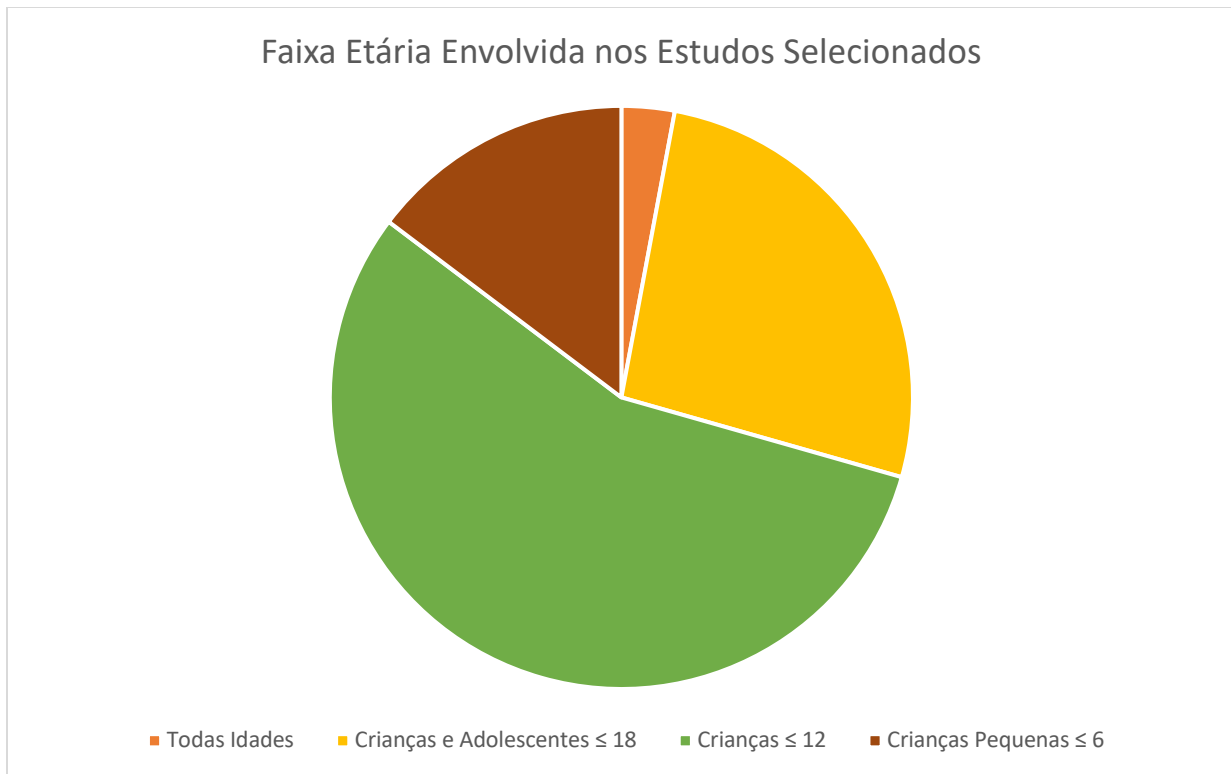


Figura 5. Faixa etária envolvida nos artigos seleccionados

4.2 Principais Resultados

A Tabela 3 (8.2 Apêndices: páginas 64-68) resume o foco de cada estudo e os principais resultados obtidos. A literatura revisada abrange uma variedade de estudos relacionados aos transtornos depressivos em crianças. As pesquisas destacam factores de risco, identificação de preditores e moderadores, prevalência, sintomas e sinais nas diferentes faixas etárias, meios e instrumentos de diagnóstico, abordagens e classificações, incluindo a visão psicanalítica, e o impacto dos transtornos depressivos nas relações familiares. Há também uma ênfase nas abordagens terapêuticas, incluindo terapia cognitivo-comportamental (TCC), psicoterapia interpessoal, psicoterapia transcultural e farmacoterapia.

4.2.1 Classificação dos Transtornos Depressivos em Crianças

Com base numa revisão de ampla variedade de artigos, com diversas metodologias de pesquisa, abordagens teóricas e focos de estudo, foi possível construir uma visão abrangente no que diz respeito a classificação dos transtornos depressivos nas crianças, os sintomas e sinais, e os instrumentos de avaliação e diagnóstico.

Dos artigos seleccionados, 5 mencionaram os critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) (Associação Americana de Psiquiatria) como sendo o guia para o diagnóstico dos transtornos depressivos nas crianças (artigos N°: 2, 3, 5, 15 e 34 na Tabela 3). É importante mencionar que a maioria dos artigos nesta revisão usou a versão DSM IV (American Psychiatric Association, 2000) ao em vez da versão mais recente, DSM V (American Psychiatric Association, 2013). Apenas dois artigos mencionaram o CID-10 (Organização Mundial de Saúde, 2004), como a primeira escolha para a classificação dos transtornos depressivos em crianças e um artigo fez a comparação entre os dois manuais. Os critérios diagnósticos específicos para os transtornos depressivos nas crianças segundo a DSM V e a CID 10 foram mencionados na tabela 1 (página 12).

4.2.2.1 Sintomas e Sinais

Dos 34 artigos que foram seleccionados para esta revisão, 31 destacaram os sintomas e sinais dos transtornos depressivos em crianças (artigos n° 1-12, 14-32, 34 da tabela 3). De forma geral, os sintomas que foram mencionados em todos os artigos foram:

- Instabilidade de humor, irritabilidade e raiva são mais comuns do que humor deprimido;
- Alterações no comportamento, incluindo agressividade e outras manifestações “externalizantes”;
- Falta de interesse em atividades prazerosas/Anedonia;
- Perturbações de sono e de apetite;
- Dificuldades de concentração;
- Cognições negativas, culpa, medo e autoaversão;

- Sintomas somáticos como dor de estomago e fadiga;
- Manifestações motoras como movimento lento ou inquietação
- Ideação suicida e comportamentos associados;
- Retraimento social, prejuízo nas relações, declínio académico.

É importante salientar que 11 artigos destacaram diferenças significativas nos sintomas que a criança apresenta em função do estágio de desenvolvimento, capacidade de expressão verbal, cognição, níveis de angústia e oportunidades de modelagem. Diferenças de género na expressão de sintomas dos transtornos depressivos na infância foram reportados em dois artigos.

4.2.2.2 Meios e Instrumentos de Avaliação e Diagnóstico

Nos estudos seleccionados, os métodos mais utilizados foram as entrevistas com crianças, pais e professores (dependendo da faixa etária) e instrumentos de avaliação para recolher informações, foram principalmente os questionários.

O presente estudo revela que, apesar do crescente interesse no tema da depressão na infância nos últimos anos, há ainda poucos estudos que examinam a precisão dos instrumentos de diagnóstico para os transtornos depressivos nas crianças. O número de instrumentos validados para crianças menores de 12 anos ainda é limitado. No entanto, 5 artigos mencionaram o Inventário de Depressão Infantil (CDI) como sendo o instrumento de escolha para a triagem no momento (artigos Nº 13, 21, 26, 28 e 33 da tabela 3).

Contudo, 3 artigos destacaram também outros instrumentos, incluindo: O Inventário de Depressão Infantil Short (CDI-S), a Escala *Revised Child Anxiety and Depression Scale* (RCADS), *Children's Depression Scale* (CDS), *Behaviour Assessment for Children* (BASC), *Children's Depression Scale-Teacher* (CDS-T), *Screening for Children's Behavioural Problems* (SPECI), *Children's Depression Screener* (Child-S), *Depression Self Rating Scale* (DSRS), *Well-being Index* (WHO-FIVE) e *Arab Youth Mental Health* (AYMH). Porém estes ainda demonstram algumas limitações e, por isso, não são usados como a primeira escolha para a avaliação e diagnóstico.

4.2.3 Factores Predisponentes, de Risco e Causais de Transtornos Depressivos em Crianças

Dos artigos analisados nesta revisão, 13 abordam os factores predisponentes, de risco e causais de transtornos depressivos em crianças. Os factores destacados por estes artigos incluem temperamento, eventos estressantes, histórico familiar e ambiente social (artigos Nº 3, 4, 5, 6, 8, 15, 17, 19, 21, 22, 25, 27 e 28 da tabela 3).

4.2.3.1 Factores de Protecção

A investigação sobre factores de resiliência, também conhecidos como factores de protecção está muito menos evoluída do que a investigação sobre factores de risco. Nesta revisão, apenas dois dos artigos seleccionados abordaram este tema. Dentre estes factores podemos destacar os factores ambientais e factores individuais (artigos Nº 8 e 9 da tabela 3).

4.2.4 Consequências dos Transtornos Depressivos em Crianças

Os transtornos depressivos em crianças podem ter uma serie de consequências adversas que afectam não apenas o bem-estar emocional, como também o desenvolvimento geral da criança. Dez (10) artigos falaram das consequências dos transtornos depressivos nesta faixa etária, que incluem: comprometimento funcional, risco de recorrência ou agravação dos transtornos depressivos em fases posteriores da vida, risco de desenvolver outros transtornos mentais (comorbidades), risco elevado de suicídio, impacto negativo no funcionamento social e na aprendizagem, e alterações cerebrais (artigos Nº 15, 20, 22, 23, 25, 26, 28, 29 e 32 da tabela 3).

4.2.5 Abordagens Preventivas e Terapêuticas de Transtornos Depressivos em Crianças

4.2.5.1 Estratégias Preventivas

Dos artigos seleccionados, 13 mencionaram a importância das estratégias preventivas. A infância parece ser uma janela de oportunidade para a prevenção de transtornos mentais, emocionais e comportamentais (artigos Nº 2, 4, 5, 8, 11, 12, 14, 18, 20, 21, 22, 27, 28, 29, 34 da tabela 3).

Os resultados da análise dos artigos indica haver maior risco de desenvolvimento de quadros de depressão graves na idade adulta se as crianças manifestarem sintomatologia depressiva persistente e, por isso, nessas situações se justifica intervenções preventivas. Deve-se actuar de imediato nestas crianças para reduzir prejuízos futuros, sofrimento e custos sociais (Kennard et al, 2018; Wesselhoeft et al, 2016; Charles et al, 2017).

Apenas 5 (cinco) artigos encontrados nesta revisão descreveram e explicaram algumas das estratégias de prevenção dos transtornos depressivos em crianças. As estratégias preventivas destacadas nos artigos incluem intervenções psicológicas baseadas em evidências, tratamento sequencial com antidepressivos e terapia cognitivo comportamental (TCC). As principais estratégias preventivas mencionadas nos textos são:

- a) Intervenções Psicológicas Baseadas em Evidências:
- b) Continuação do Tratamento com Antidepressivos:
- c) Moderação da Depressão Parental
- d) Implementação de Programas Preventivos Universais

4.2.5.2 Tratamento (Terapias e Intervenções)

Dos artigos seleccionados, 16 abordaram o tema de tratamento dos transtornos depressivos em crianças (artigos Nº 1, 2, 3, 7, 8, 9, 10, 11, 17, 18, 19, 21, 22, 29, 30, 34 da tabela 3). As abordagens mais comumente encontradas incluem:

a. Terapias Psicológicas

Dos artigos seleccionados, 13 recomendam que a psicoterapia seja considerada como a intervenção de primeira linha para o tratamento dos transtornos depressivos em crianças. As intervenções psicológicas mais mencionadas foram a terapia cognitivo comportamental (TCC), terapia interpessoal (TIP) e terapia familiar (TF). Um total de 10 artigos recomendou a TCC como sendo o tratamento de escolha nas crianças, de forma isolada e/ou em conjunto com a terapia medicamentosa, dependendo da gravidade do transtorno. A TF e TIP foram mencionadas em 8 artigos como sendo eficazes para reduzir a sintomatologia depressiva experimentada pela criança. Outras terapias psicológicas mencionadas apenas uma ou duas vezes nos artigos revisados incluem a psicoterapia psicodinâmica, psicoterapia transcultural, a psicoterapia psicanalítica, psicoeducação e a ludoterapia.

Pouco se falou sobre os riscos associados à intervenção psicológica em crianças. Assim, Hussain et al (2018) mencionou que os danos potenciais da psicoterapia poderiam ser resultado de uma prática ineficaz, de um envolvimento ineficaz ou de eventos adversos específicos. Exemplos de efeitos adversos incluem dependência no terapeuta, terapia de baixa qualidade que também pode impedir a aceitação futura da terapia e sentimentos de fracasso por não ter “sucesso” em tarefas psicológicas.

b. Terapia Farmacológica

Um total de 6 artigos abordaram o tema da terapia farmacológica. De forma unânime, a fluoxetina é o antidepressivo mais indicado na literatura, e também com maior evidência de eficácia. No entanto, todos estes artigos sublinharam a importância de serem feitas mais investigações acerca da eficácia dos antidepressivos nas crianças. Pois, de acordo com estudos já existentes, nenhuma farmacoterapia isoladamente é mais eficaz que psicoterapia isoladamente.

c. Outras Intervenções

Um artigo apenas abordou as intervenções sociais, com pais e educadores e a terapia *online* como sendo importantes formas de tratamento dos transtornos depressivos em crianças. No entanto, existem limitações significativas ainda nos ensaios clínicos e, portanto, não se pode afirmar a sua eficácia no presente (Hussain et al, 2018).

Nos artigos que abordaram o tema, existe forte consenso em relação à importância de o tratamento ser personalizado para atender às necessidades específicas da criança, envolvendo a colaboração entre profissionais de saúde mental, educadores, pais e quando necessário, médicos especialistas em saúde infantil, tendo em conta as circunstâncias individuais e os potenciais benefícios, riscos e disponibilidade de tratamento.

CAPÍTULO 5: DISCUSSÃO

5.1 Produção Científica Global Relacionada aos Transtornos Depressivos nas Crianças, no Horizonte Temporal de 2013 a 2023

A partir da leitura criteriosa dos artigos seleccionados, foi possível afirmar que existe uma ampla variedade de estudos acerca dos transtornos depressivos nas crianças. Os resultados destacam a complexidade dos transtornos depressivos nas crianças e respondem às várias questões relacionadas à compreensão desta condição em crianças.

No que diz respeito às características dos estudos seleccionados, foi notável uma variação nos anos de publicação sobre transtornos depressivos na infância. Na figura 2 (página 31) observa-se um aumento notável de 2013 a 2016 seguido por flutuações e com uma estabilização nos anos mais recentes. A queda em 2019 pode sugerir uma pausa ou uma mudança de foco na pesquisa, enquanto os anos subsequentes mostram uma continuidade relativamente estável. O tema principal dos estudos. A partir da análise da temática principal abordada nos artigos seleccionados, não foi possível reconhecer uma tendência anual, pois não foi encontrada nenhuma correlação entre os subtemas principais dos artigos seleccionados e o ano de publicação. As abordagens terapêuticas constituem um dos focos principais dos estudos seleccionados em relação aos transtornos depressivos em crianças e essa tendência é evidente ao longo dos anos, porém, nos últimos anos, tem havido um aumento no número de estudos relacionados às consequências de longo prazo dos transtornos depressivos em crianças e às estratégias preventivas.

A figura 3 (página 32) destaca uma maior produção de estudos nos Estados Unidos e no Brasil. A presença de estudos originários do Reino Unido, Dinamarca, Austrália e outros países ressalta uma diversidade geográfica que contribui para uma compreensão mais ampla e culturalmente sensível dos transtornos depressivos infantis. No entanto, embora exista uma diversidade, é importante salientar que não foram encontradas, nas bases de dados consultadas, pesquisas de origem Moçambicana, em específico, nem do continente Africano que respondessem aos critérios de inclusão do presente estudo. Existem várias hipóteses que podem potencialmente explicar a falta aparente de artigos publicados, de origem Moçambicana, sobre os transtornos depressivos em crianças. Pode haver uma falta de conscientização geral sobre transtornos mentais nas crianças,

incluindo os transtornos depressivos, tanto entre profissionais de saúde quanto na comunidade em geral. Esta falta de artigos nacionais pode ser devida, também, a escassez de recursos financeiros, materiais, humanos e temporais entre os pesquisadores. Adicionalmente, deve se considerar a falta de capacitação e treinamento específico para os profissionais de saúde mental, o que torna a possibilidade de produzir estudos validados e significativos muito difícil. Outra hipótese seria o estigma em torno dos transtornos mentais na comunidade Moçambicana, especialmente neste grupo etário. Além disso, é importante ter em conta as barreiras linguísticas em Moçambique pois, a predominância de línguas locais pode dificultar a disseminação e publicação de resultados de pesquisa em um contexto mais amplo. Contudo, embora não foram encontrados estudos de origem Moçambicana nas plataformas consultadas, existe a possibilidade de existirem estudos nacionais publicados em outras bases de dados *online* ou disponíveis em forma física dentro do país.

A diversidade nas abordagens metodológicas, incluindo revisões sistemáticas, estudos longitudinais, pesquisas de campo e levantamentos, conforme se pode constatar na figura 4 (página 33), destaca a complexidade do fenómeno dos transtornos depressivos na criança. A pesquisa sobre os transtornos depressivos em crianças pode ser explorada através de diversos tipos de estudo, cada um fornecendo uma perspectiva diferente acerca das temáticas relacionadas ao tópico. As revisões narrativas incluídas nesta pesquisa ofereceram uma visão abrangente dos transtornos depressivos nas crianças, com enfoque principal no tratamento, na classificação e na abordagem psicanalítica. A revisão integrativa e a maioria das revisões sistemáticas analisaram a eficácia de intervenções psicoterapêuticas e nos instrumentos de diagnóstico dos transtornos depressivos em crianças. O estudo de caso forneceu uma descrição detalhada do processo de avaliação e diagnóstico dos casos individuais dos transtornos depressivos em crianças. Os ensaios clínicos randomizados e a pesquisa de campo forneceram uma descrição detalhada e holística dos transtornos depressivos em crianças, com enfoque em aspectos como diagnóstico, sintomas comuns, consequências a longo prazo, tratamento e estratégias preventivas. Por fim, os estudos longitudinais acompanharam a evolução dos sintomas, as causas, as consequências e os resultados a longo prazo das estratégias terapêuticas em crianças. Cada abordagem contribuiu para a busca por uma compreensão holística dos transtornos depressivos em crianças.

A concentração na criança, especialmente até aos 12 anos incompletos, alinha-se com a faixa etária primária de interesse desta revisão, enquanto a inclusão de estudos abrangendo apenas crianças

menores e estudos abrangendo várias faixas etárias adicionam uma dimensão importante sob perspectiva de desenvolvimento, conforme pode-se confirmar com a figura 5 (página 34).

Em conjunto, as características indicam uma abordagem abrangente e diversificada na pesquisa sobre transtornos depressivos na criança. No entanto, os desafios metodológicos, como a falta de informação adaptada ao contexto Moçambicano e a mudança do foco de estudo nos últimos anos, sugerem a necessidade contínua de aprimoramento nas práticas de pesquisa e relatórios acerca dos transtornos depressivos na criança.

5.2.1 Sintomas e Sinais Reportados Sobre os Transtornos Depressivos em Crianças e os Meios e Abordagens Utilizadas para o Diagnóstico e Classificação Clínica dos Transtornos Depressivos

A depressão na criança é um construto muito complexo. Foi evidente nos estudos, a dificuldade de diagnosticar os transtornos depressivos em crianças, sendo que os manuais de diagnóstico, sendo o CID 10 e DSM V os mais utilizados, nem sempre servem como guias devido ao carácter complexo e a unicidade dos transtornos depressivos em crianças até aos 12 anos incompletos (Lima et al, 2020). A complexidade dos transtornos depressivos na criança é evidente na diversidade de sintomas, que podem se sobrepor a outras patologias. Clínicos e pesquisadores continuamente expressam preocupações com o diagnóstico psiquiátrico na medida em que os sistemas de classificação atuais, CID-10 e DSM V, são mais categóricos e menos dimensionais, restritivos e estáticos, de natureza atórica, fragmentam excessivamente os quadros clínicos e não identificam casos sub-clínicos (D'Abreu, 2012). A dificuldade em diferenciar a depressão de outras condições também é uma preocupação comum, particularmente em crianças. Esse desafio diagnóstico é agravado pela falta de directrizes claras e instrumentos específicos para avaliação nessa faixa etária. É importante também salientar que a presença de comorbidades destaca a necessidade de considerar uma abordagem holística no diagnóstico e tratamento. Entretanto, este estudo não procurou avaliar o impacto das comorbidades na presença ou ausência de depressão na criança, uma vez que as comorbidades não fizeram parte dos objectivos desta revisão. Além disso, existe também uma preocupação generalizada das consequências do “rótulo” psiquiátrico, que pode dar um poder desproporcional às instituições médicas e educacionais, desconsiderando assim variáveis de contexto da família, da instituição educacional e da cultura.

Os transtornos depressivos na criança apresentam uma gama variada de sintomas, e a expressão desses sintomas varia com a idade e o género, sendo importante considerar as diferenças no desenvolvimento da criança ao avaliar e diagnosticar os transtornos depressivos (Bayma et al, 2015; Ribeiro et al, 2013). Embora existam diferenças nos sintomas, há a considerar também sintomas similares em todas as etapas do desenvolvimento (Ribeiro et al, 2013; Tavormina et al, 2022; Charles, et al, 2017). Contudo, é importante mencionar que as crianças apresentam mais sintomas internalizantes que são mais difíceis de identificar e diagnosticar nesta faixa etária (Wesselhoeft et al, 2016; Lachal et al, 2020; Eckshtain et al, 2018; Gomes et al, 2013).

As classificações encontradas na revisão dos transtornos depressivos na criança foram diferentes do que se esperava, pois não houve menção do transtorno disfórico pré-menstrual e pouco se falou sobre a distímia (transtorno depressivo persistente). No entanto, destacou-se o transtorno depressivo maior (TDM), a depressão subliminar (DS) e a depressão anaclítica nos estudos seleccionados para efeitos desta revisão.

No que diz respeito aos instrumentos de avaliação dos transtornos depressivos na criança, destaca-se que a escolha do instrumento para avaliação deverá estar alicerçada na etapa do desenvolvimento, nas características 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 (Lima et al, 2020). Actualmente, a avaliação é feita com base em entrevistas e com recurso à instrumentos de avaliação, como o Inventário da Depressão Infantil (CDI), entre outros (Miranda et al, 2013; Gomes et al, 2013).

Com base nos estudos seleccionados, pode se afirmar que existe uma necessidade de mais investigações, principalmente, sobre os instrumentos que possam auxiliar no diagnóstico e na avaliação dos transtornos depressivos em crianças. Preocupações metodológicas significativas, incluindo amostras pequenas, o uso de métodos exploratórios baseados em dados em estudos com cortes “óptimas” de faixas etárias e a falha em excluir pacientes já diagnosticados ou tratados para a depressão, levantam preocupações de que os estudos existentes possam subestimar a triagem e precisão dos instrumentos de avaliação e o diagnóstico dos transtornos depressivos em crianças (Roseman et al, 2016; Ribeiro et al, 2013; Lima et al, 2020). São necessários estudos bem conduzidos, com amostras grandes, que apresentem resultados em toda a gama de possíveis pontos

de corte das faixas etárias. De modo geral, observou-se uma escassez de instrumentos validados para a avaliação de crianças, sendo, portanto, de extrema relevância a construção, a adaptação e validação de instrumentos específicos voltados para este grupo alvo.

É importante salientar que cada criança é única e a sua experiência é subjectiva. Assim sendo, as causas dos transtornos depressivos em crianças podem variar. Identificar e abordar precocemente os factores de risco poderiam contribuir para a prevenção e tratamento eficaz dos transtornos depressivos na criança.

5.2.2 Factores predisponentes e causais dos transtornos depressivos nas crianças em diferentes faixas etárias

A identificação dos factores predisponentes e causais é crucial, mas é igualmente importante considerar os factores de protecção. Muito se falou dos factores de risco, porém não houve muita menção dos factores de protecção, sendo mencionado em apenas dois dos artigos seleccionados. Os ambientes familiares e escolares desempenham um papel significativo na prevenção e no tratamento dos transtornos depressivos na criança e compreender como fortalecer esses ambientes é fundamental.

O comprometimento causado pelos transtornos depressivos na criança é considerado mais grave em comparação com o comprometimento observado em adultos. Crianças com algum transtorno depressivo apresentam prejuízos mais graves no funcionamento social e educacional e têm um risco aumentado de fumar, do uso indevido de substâncias psicoactivas, como álcool e drogas, desenvolver obesidade e risco de cometer suicídio em comparação com adultos com algum transtorno depressivo (Zhou et al, 2020).

O início precoce dos transtornos depressivos está associado ao aumento do número e gravidade dos episódios depressivos e possível recorrência em idades mais avançadas, aumento da tendência suicida e maior prejuízo social, educacional e de qualidade de vida. Todas essas associações têm sérias implicações no prognóstico e no desenvolvimento infantil.

Nesse sentido, é possível perceber que os sintomas depressivos, quando combinados entre si, podem interferir globalmente na vida da criança. Deve-se dar especial atenção ao ambiente escolar, considerando que algumas habilidades como memória, concentração, atenção entre outros, são essenciais para o aprendizado. Adicionalmente, destaca-se a necessidade dos pais e educadores de

crianças, que demonstram sinais de transtornos depressivos, de estarem atentos a qualquer mudança de comportamento em seus filhos e/ou alunos.

As pesquisas sublinham também a presença preocupante de ideação e comportamentos suicidas em crianças pré-escolares deprimidas, desafiando concepções sobre a compreensão da morte nesta faixa etária. Há uma ênfase na necessidade crítica de levar a sério, expressões de suicídio em crianças, mesmo na pré-escola (Donohue et al, 2019; Tavormina et al, 2022; Brandao Junior et al, 2023). Os estudos seleccionados, sendo relativamente recentes, apontam para a falta de atenção devida ao tema do suicídio nesta faixa etária na literatura passada e encorajam estudos futuros nesta área.

5.2.3 As Abordagens Preventivas e Terapêuticas Dos Transtornos Depressivos Nas Crianças

Os resultados obtidos nesta revisão apontam para a importância da integração de métodos preventivos e terapêuticos para abordar, de forma holística, a complexidade dos transtornos depressivos em crianças. Nos estudos seleccionados, há uma ênfase na prevenção indicada, que sugere a importância de identificar e intervir precocemente em crianças com sintomas depressivos (Wesselhoeft et al, 2016). Porém, quanto à prevenção e tratamento, existem algumas limitações observadas nesta revisão que se devem ao facto de que a investigação das estratégias preventivas e terapêuticas ainda ser um grande desafio, especialmente devido à necessidade de amostras grandes e de acompanhamento durante longos períodos. Existe uma necessidade do desenvolvimento de estratégias preventivas abrangentes, multifacetadas, personalizadas e adaptáveis, considerando a diversidade de contextos e características individuais das crianças que apresentam sintomatologia depressiva.

No que diz respeito ao tratamento dos transtornos depressivos, os artigos seleccionados abordam vários métodos e é enfatizada a necessidade de uma abordagem multidisciplinar e personalizada para cada criança. A intervenção psicológica emerge como uma peça fundamental, sendo a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) a mais pesquisada e utilizada no momento. A TCC é destacada como a abordagem recomendada de primeira escolha, devido à sua estrutura bem definida, técnicas validadas e resultados promissores. Outras terapias psicológicas, como Terapia Interpessoal (TIP), Terapia Familiar (TF), Psicoterapia Psicodinâmica e Psicoterapia Transcultural (PTC), também são exploradas como alternativas, mas sempre com ênfase na importância da adaptação às

necessidades específicas de cada criança (Forti-Buratti et al, 2016; Cuijipers et al, 2020; Cox et al, 2014)

Quanto à terapia farmacológica, a fluoxetina, associada ou não a terapia psicológica, especificamente a TCC, é apontada no presente como uma opção viável para casos moderados a graves. No entanto, a escassez de evidências robustas e os potenciais efeitos adversos dos antidepressivos destacam a necessidade de cautela ao optar por essa abordagem, especialmente em crianças mais novas (Zhou et al, 2020; Cox et al, 2014)

Adicionalmente, nos estudos seleccionados, houve menção da terapia *online*, que destaca um campo emergente na actualidade. Porém os dados limitados impedem conclusões definitivas sobre sua eficácia. É ressaltada a importância de mais pesquisas nessa área.

Existem limitações significativas na pesquisa relacionada ao tratamento e prevenção dos transtornos depressivos em crianças. Evidenciam-se, nos estudos seleccionados, a falta de clareza sobre a eficácia comparativa entre as diferentes abordagens terapêuticas, para crianças com <12 anos. Para além disso, observa-se uma concentração dos estudos sobretudo para a fase aguda da patologia, ressaltando a falta de atenção nas fases de continuação e manutenção, indicando uma lacuna na compreensão da evolução e gestão a longo prazo desses transtornos (Zhou et al, 2020; Hussain et al, 2018; Forti Buratti et al, 2016; Cox et al, 2014).

É importante também salientar que o tratamento dos transtornos depressivos na infância difere do tratamento para adultos com estes transtornos. As recomendações sobre o tratamento em adultos não se aplicam necessariamente aos pacientes mais jovens, pois tanto as manifestações da doença quanto a adequação e eficácia das diversas formas de tratamento dependem da idade e do nível de desenvolvimento do paciente.

A inclusão de intervenções sociais/educacionais, como a colaboração com professores para criar um ambiente favorável de aprendizagem, destaca a importância dos factores contextuais na abordagem do transtorno depressivo. Para além do ambiente escolar, o envolvimento dos pais e da família também é importante. Há uma necessidade de mais pesquisas relacionadas a abordagens terapêuticas que considerem o papel fundamental da família no suporte e tratamento de crianças com transtornos depressivos.

Em última análise, a detecção precoce e a intervenção personalizada são reconhecidas como fundamentais para o manejo eficaz dos transtornos depressivos em crianças. O campo carece de mais pesquisas para preencher as lacunas de conhecimento e orientar práticas cientificamente fundamentadas e eficazes no tratamento desses transtornos nesta faixa etária. Ou seja, existe uma necessidade indispensável de pesquisas mais abrangentes, específicas para diferentes fases do desenvolvimento, e que considerem a eficácia, bem como o perfil de risco-benefício das intervenções. O envolvimento da família e a abordagem preventiva também emergem como áreas críticas que merecem atenção aprimorada na pesquisa e prática clínica.

5.3 Pontos Fortes e Limitações da Pesquisa

Em fase de término desta investigação, pretende-se delinear os pontos fortes deste estudo assim como fazer o levantamento das limitações desta revisão narrativa.

Em primeiro lugar, um dos pontos fortes desta revisão narrativa é a abrangência e diversidade das fontes consultadas. Esta revisão engloba uma ampla variedade de publicações, incluindo revisões sistemáticas, revisões narrativas, estudos de caso, pesquisas longitudinais, ensaios clínicos randomizados, entre outros, buscados em múltiplas fontes, e abrangendo um número considerável de artigos para o período de 2013-2023, oferecendo uma visão abrangente e multifacetada dos transtornos depressivos em crianças.

Adicionalmente, esta revisão narrativa seguiu uma metodologia detalhada, cuidadosa e rigorosa no que diz respeito à seleção e análise dos resultados, de forma a garantir confiabilidade, plausibilidade e criticidade.

Outro ponto forte desta revisão reside na análise qualitativa aprofundada dos artigos selecionados. Cada estudo foi minuciosamente examinado, permitindo uma compreensão detalhada das nuances e complexidades associadas aos transtornos depressivos em crianças.

Além disso, a síntese dos resultados é realizada de maneira coesa, destacando padrões, tendências, semelhanças e diferenças emergentes dos estudos selecionados. Essa abordagem permitiu a identificação de lacunas e forneceu insights valiosos para futuras pesquisas e práticas clínicas.

Uma das principais limitações desta pesquisa, por se tratar de uma revisão narrativa, influenciada pela subjetividade do pesquisador na seleção do material bibliográfico, é a impossibilidade de reproduzir rigorosamente o estudo para verificar os resultados obtidos.

Ademais, existe a possibilidade de viés de publicação nesta revisão, uma vez que os estudos publicados podem favorecer um certo ponto de vista. A falta de acesso a dados não publicados ou estudos com resultados não significantes pode ter impactado a integridade na síntese de evidências. Portanto, deve-se considerar a confiabilidade dos dados obtidos.

Uma outra limitação seria a ausência de análise estatística. A falta de análise estatística impede a realização de inferências estatísticas significativas. Esta análise iria permitir a interpretação de dados de maneira mais objectiva. A ausência da mesma pode resultar em uma interpretação limitada dos dados, tornando difícil conclusões robustas. Adicionalmente, isto pode aumentar o risco de viés na interpretação dos resultados, pois, o ponto de vista do pesquisador é subjectivo, e tem tendência a favorecer interpretações que se alinham com suas expectativas.

Além disso, a revisão narrativa tem uma abordagem limitada em relação à diversidade cultural, pois a maior parte dos estudos obtidos provêm de países como Estados Unidos, Brasil, Reino Unido, entre outros. No entanto, não foi possível obter nenhum estudo nacional (Moçambicano) nas bases de dados seleccionadas para esta revisão bibliográfica. Também não foram encontrados estudos de origem Africana, em relação aos transtornos depressivos em crianças. Por outro lado, a predominância de estudos provenientes de determinadas regiões pode limitar a aplicabilidade das conclusões a contextos culturais mais amplos, destacando a necessidade de investigações mais abrangentes e adequadas ao contexto cultural Africano.

Pela restrição do tempo, do idioma, e da disponibilidade “*online*” gratuita dos artigos, algumas pesquisas possivelmente foram excluídas devido a estes critérios metodológicos estabelecidos. Devido ao recorte temporal de 2013 a 2023, não foi possível incluir pesquisas de base, ou seja, as primeiras que foram realizadas sobre os transtornos depressivos nas crianças perdendo-se alguns aspectos de evolução histórica sobre o assunto.

A heterogeneidade na identificação e diagnóstico de transtornos depressivos em crianças representa uma limitação significativa. A falta de uniformidade entre os critérios e a metodologia empregada nos estudos pode comprometer a comparação directa dos resultados e a generalização das conclusões. Importa também ressaltar que a faixa etária abordada nesta revisão compreende

crianças em diferentes estágios de desenvolvimento (>12 anos). Esta variação tem influência nas diferentes manifestações dos transtornos depressivos e pode apresentar um desafio na análise coesa dos resultados. Adicionalmente, uma limitação é que a maioria dos estudos seleccionados excluíram as crianças com depressão severa, transtornos comórbidos e/ou um risco de suicídio elevado.

Por fim, a avaliação do impacto de intervenções terapêuticas em crianças com transtornos depressivos foi restricta e os resultados foram inconclusivos, devido não só a falta de ensaios clínicos randomizados e controlados, como também, amostras pequenas para os estudos já existentes. Isto enfraquece a capacidade de oferecer recomendações sólidas sobre abordagens eficazes e práticas clínicas.

CAPÍTULO 6: CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES

Os transtornos depressivos na infância são considerados como uma temática complexa de ser abordada, e, embora ainda pouco falado, toma um papel cada vez maior na actualidade, seja nas discussões académicas ou na prática clínica. Com base nos objectivos específicos do presente estudo, as seguintes **conclusões** podem ser tiradas:

- A causalidade dos transtornos depressivos em crianças é multifactorial. Os factores predisponentes e causais dos transtornos depressivos em crianças apresentados na literatura foram: temperamento, eventos estressantes como guerra ou desastres naturais, histórico familiar e ambiente social;
- Os sintomas e sinais mais comumente reportados dos transtornos depressivos em crianças foram: instabilidade de humor; alterações no comportamento; anedonia; perturbações de sono e apetite; dificuldades de concentração; cognições negativas; sintomas somáticos; manifestações motoras; ideação suicida, retraimento social e declínio académico. No que diz respeito aos meios e abordagens utilizada para o diagnóstico e a classificação clínica, foi possível concluir, segundo a literatura revisada, que os manuais DSM V e CID 10 são os mais utilizados para o diagnóstico e classificação dos transtornos depressivos em crianças. No entanto, por caracterizar-se por uma condição de difícil diagnóstico, a depressão nas crianças pode não ser devidamente tratada e controlada em tempo hábil e suas consequências são potencialmente duradouras. No que diz respeito aos instrumentos de diagnóstico, os resultados desta pesquisa sugerem que há uma gama abrangente de recursos para a avaliação e triagem de sintomas depressivos na infância, sendo o CDI o instrumento de primeira escolha para a triagem em crianças;
- Os resultados obtidos nesta revisão apontam para a importância da integração de métodos preventivos e terapêuticos para abordar a complexidade dos transtornos depressivos nas crianças. As abordagens preventivas apresentadas na literatura incluem: intervenções psicológicas baseadas em evidências; continuação do tratamento com antidepressivos; moderação da depressão parental; e implementação de programas preventivos universais. No que diz respeito às abordagens terapêuticas, a literatura refere à intervenção psicológica como uma peça fundamental, sendo a TCC a mais pesquisada e utilizada no momento. Quanto a

terapia farmacológica, a fluoxetina, associada ou não a terapia psicológica, especificamente a TCC, é apontada no presente como uma opção viável para casos moderados a graves. No entanto, a escassez de evidências robustas e os potenciais efeitos adversos dos antidepressivos destacam a necessidade de cautela ao optar por esta abordagem, especialmente em crianças menores. Nos artigos seleccionados, foi notável a existência de limitações significativas relacionadas ao tratamento e prevenção dos transtornos depressivos em crianças. Evidenciam-se nos estudos seleccionados, a falta de clareza sobre a eficácia comparativa entre as diferentes abordagens terapêuticas neste grupo etário.

A ausência de literatura sobre transtornos depressivos em crianças em Moçambique pode ser que seja devido ao pouco interesse sobre o assunto, a falta de profissionais de saúde mental com interesse em crianças, a ausência de conhecimento por parte dos encarregados e educadores sobre a possibilidade de existirem transtornos depressivos em crianças, entre outras razões. **Assim, recomenda-se:**

- Capacitação de profissionais de saúde mental e educadores de infância sobre a temática relacionada aos transtornos depressivos em crianças, incluindo programas de capacitação para que estes possam ter o conhecimento necessário, para reconhecer e actuar. Isto inclui: factores predisponentes e causais; sintomas e sinais; classificação e diagnóstico; abordagens preventivas e terapêuticas dos transtornos depressivos em crianças;
- A sensibilização, sobre a saúde mental das crianças e os transtornos depressivos em crianças, dos pais, familiares, encarregados de educação, educadores de infância e nas escolas primárias em Moçambique. Assim a maior conscientização contribuirá não só para a redução do estigma, como também para promover a busca de ajuda (prevenção universal, seletivo e indicado) e a detecção precoce evitando assim complicações na adolescência e na vida adulta;
- A necessidade de conhecer a realidade Moçambicana, em específico, e Africana, no geral, implica levar a cabo pesquisa com enfoque nos diferentes aspectos relacionados com os transtornos depressivos em crianças, como por exemplo, uma maneira de continuar este estudo no futuro seria através de uma pesquisa mista em Moçambique, com instrumentos adaptados e validados para o contexto local. Dessa maneira, novos conteúdos poderão ser descobertos com o objectivo de melhorar a prevenção, identificação precoce e o tratamento, e mais crianças poderão se beneficiar dessas intervenções.

CAPÍTULO 7: REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatry Association – APA (2013) *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais- DSM V* (5ª Edição) Washington DC: APA;
- Andriola, W.B; Cavalcante, L.R, (1999) *Avaliação da Depressão Infantil em Alunos da Pré-Escola*. *Psic Reflex Crit* Vol 12 No 2;
- Baptista, M.N; Borges, L.; Serpa, A.L (2017) *Gender and Age-Related Differences in Depressive Symptoms among Brazilian Children and Adolescents*. *Paidéia* (Ribeiro Preto), 27 (68), p 290-297;
- Barbosa, G; Lucena, A (1995) *Depressão Infantil*. *Infanto: Ver. Neuropsiq. da Inf. e Adol.*, Vol 3, Nº2, p 23-30;
- Barbosa, G.A; Dias, M.R; Giaião, A.A; Lorenzo, W.C.G (1996) *Depressão Infantil: Um Estudo de Prevalência com o CDI*. *Infanto: Ver. Neuropsiq. da Inf. e Adol.*, Vol 4, Nº3, p. 36-40;
- Bayma, M.B.J; Martins, K.P.H; Pereira, C.L. (2015) *Depressão em Crianças: Sintoma ou Inibição? Revista de Psicologia*, Fortaleza, v. 6 n. 2, p. 7-20;
- Boletim da República (2004) *Constituição da República de Moçambique*. I Série, Número 51. (Disponível em: https://www.masa.gov.mz/wp-content/uploads/2018/01/Constituicao_republica_mocambique.pdf, consultado em: 05/07/2023);
- Bordignon, L; Gomes, K; Nunes, R; Zavadil, S; Amboni, G; Tomasi, C; Bitencourt, L & Ceretta, L. (2019) *Depressão Infantil e Dificuldades de Aprendizagem*. *Revista Mult. Psic*, V.13, N.47, p327-342, ISSN 1981-1179;
- Borges, L; Angeli Dos Santos, A.A. (2016). *Sintomatología Depresiva Y Desempeño Escolar: Un Estudio Con Niños Brasileños*. *Ciencias Psicológicas*, 10(2), 189-197;
- Brandao Junior, P.M:C; Oliveira, S.C.D; Triani, I (2023) *Contribuições Psicanalíticas a Uma Revisão Narrativa da Depressão Infantil*. *Tempo Psicanalítico*, 55(1), 208-229;
- Bufferd, S. J., Dougherty, L. R., & Olino, T. M. (2017). *Mapping the Frequency and Severity of Depressive Behaviors in Preschool-Aged Children*. *Child psychiatry and*

- human development, 48(6), 934–943. (Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10578-017-0715-2> Consultado em: 20/10/2023);
- Bufferd, S. J., Dougherty, L. R., Olino, T. M., Dyson, M. W., Lupton, R. S., Carlson, G. A., & Klein, D. N. (2014). *Predictors of the onset of depression in young children: a multi-method, multi-informant longitudinal study from ages 3 to 6*. Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines, 55(11), 1279–1287. (Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jcpp.12252> Consultado em: 23/10/2023);
 - Calderaro, R.S; Carvalho, C.V. (2005) *Depressão na Infância: Um Estudo Exploratório*. *Psicologia Estudos* V.10 N.2 (Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-73722005000200004> Consultado em: 18/05/2023);
 - Canale, A; Furlan, MMDP. (2006) *Depressão*. *Arq Mudi*; 10 (2); p 23-31;
 - Carmo, A.L; Silva, APB. (2009) *Depressão Infantil: Uma realidade Presente Na Escola*. *Nucleus*, V.6, N.2;
 - Carvalho, C.; Ramires, V.R.R (2013) *Repercussões da Depressão Infantil e Materna no Brincar de Crianças: Revisão Sistemática*. *Psicologia: Teoria e Prática*, 15 (2), 46-61 (Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/en/lil-717652> Consultado em: 06/11/2023);
 - Carvalho, D.C.P; Assis, M.F.P (2016) *A Depressão Na Clínica Psicanalítica: Ressonâncias da Atualidade*. *UFG Vol.20, N.2, p. 53-171*;
 - Casarin, S. T.; Porto, A. R.; Gabatz, R. I. B.; Bonow, C.A.; Ribeiro, J. P. & Mota, M. S. (2020) *Tipos de Revisão de Literatura: Considerações das Editoras do Journal of Nursing and Health*. *Journal of Nursing and Health*, 10(5), e20104031 (Disponível em: <https://doi.org/10.15210/JONAH.V10I5.19924> Consultado em: 18/04/2023);
 - Charles, J. & Fazeli, M. (2017) *Depression in Children*. *The Royal Australian College of General Practitioners Vol 46 N°12*;
 - Chavez-Hernandez, A.M; Correa-Romero, F.E; Klein-Caballero, A.L; Macías-García, L.F; Cardoso-Espindola, K.V & Acosta-Roas, I.B (2017) *Sintomatologia Depressiva, Ideação Suicida e Autoconceito em uma Amostra de Crianças Mexicanas*. *Avances em Psicologia Latinoamericana*, 35 (3), 501-514;
 - Ciuhan, G. C., & Iliescu, D. (2021). *Depression and learning problems in children: Executive function impairments and inattention as mediators*. *Acta psychologica*, 220,

103420. (Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2021.103420> Consultado em: 26/10/2023);

- Conceição, V. (2016). *Representações Sociais das Crianças sobre o Trabalho Infantil na Cidade de Maputo*. Universidade Eduardo Mondlane 1(1) Disponível em: <http://monografias.uem.mz/bitstream/123456789/290/1/2016%20-%20Conceicao%2C%20Veronica%20da.pdf> Consultado em: 20/04/2023;
- Cox, G. R., Callahan, P., Churchill, R., Hunot, V., Merry, S. N., Parker, A. G., & Hetrick, S. E. (2014). *Psychological therapies versus antidepressant medication, alone and in combination for depression in children and adolescents*. The Cochrane database of systematic reviews, 2014(11), CD008324. (Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008324.pub3> Consultado em: 25/10/2023);
- Cruvinel, M; Boruchovitch, E (2003) *Depressão Infantil: Uma Contribuição para a Prática Educacional*. Psicol. Esc. Educ. 7 (1). (Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-85572003000100008> Consultado em: 11/09/2023);
- Cruvinel, M; Boruchovitch, E. (2014) *Compreendendo a Depressão Infantil*. Editora Vozes, Rio de Janeiro;
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., Eckshtain, D., Ng, M. Y., Corteselli, K. A., Noma, H., Quero, S., & Weisz, J. R. (2020). *Psychotherapy for Depression Across Different Age Groups: A Systematic Review and Meta-analysis*. JAMA psychiatry, 77(7), 694–702. (Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.0164> Consultado em: 24/10/2023);
- D'Abreu, L.C.F (2012) *O Desafio do Diagnóstico Psiquiátrico na Criança*. Contextos Clínic, São Leopoldo, Vº5, Nº1, p. 2-9;
- Dietz, L. J., Weinberg, R. J., Brent, D. A., & Mufson, L. (2014). *Family-based interpersonal psychotherapy for depressed preadolescents: examining efficacy and potential treatment mechanisms*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 54(3), 191–199. (Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.12.011> Consultado em: 24/10/2023);
- Dolle, K., & Schulte-Körne, G. (2013). *The treatment of depressive disorders in children and adolescents*. Deutsches Arzteblatt international, 110(50), 854–860. (Disponível em: <https://doi.org/10.3238/arztebl.2013.0854> Acesso em 20/10/23 Consultado em: 17/10/2023);

- Donohue, M. R., Whalen, D. J., Gilbert, K. E., Hennefield, L., Barch, D. M., & Luby, J. (2019). *Preschool Depression: a Diagnostic Reality*. *Current psychiatry reports*, 21(12), 128. (Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1102-4> Consultado em: 26/10/2023);
- Dougher, M.J.; Hackbert, L. (2003) *Uma Explicação Analítico - Comportamental Da Depressão E O Relato De Um Caso Utilizando Procedimentos Baseados Na Aceitação*. *Rev. bras. ter. comport. cogn.*, São Paulo , v. 5, n. 2, p. 167-184;
- Eckshtain, D., Marchette, L. K., Schleider, J., & Weisz, J. R. (2018). *Parental Depressive Symptoms as a Predictor of Outcome in the Treatment of Child Depression*. *Journal of abnormal child psychology*, 46(4), 825–837. (Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10802-017-0323-4> Consultado em: 20/10/2023);
- Forti-Buratti, M. A., Saikia, R., Wilkinson, E. L., & Ramchandani, P. G. (2016). *Psychological treatments for depression in pre-adolescent children (12 years and younger): systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials*. *European child & adolescent psychiatry*, 25(10), 1045–1054. (Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00787-016-0834-5> Consultado em: 20/10/2023);
- Fraga, B (2015) *Depressão na Infância: Uma Revisão da Literatura*. UFRGS: Instituto de Psicologia. Porto Alegre;
- Gil, A. C. (2017) *Como Elaborar Projetos De Pesquisa*. (6ª Edição) Atlas. São Paulo;
- Gomes, L.P; Baron, E; Albornoz, A.C.G & Borsa, J.C. (2013) *Inventário de Depressão Infantil (CDI): Uma Revisão de Artigos Científicos Brasileiros*. *Contextos Clínicos*, 6(2), 95-105. (Disponível em: <https://dx.doi.org/10.4013/ctc.2013.62.03> Consultado em: 06/11/2023);
- Hankin, B. L., Young, J. F., Abela, J. R., Smolen, A., Jenness, J. L., Gulley, L. D., Technow, J. R., Gottlieb, A. B., Cohen, J. R., & Oppenheimer, C. W. (2015). *Depression From Childhood Into Late Adolescence: Influence Of Gender, Development, Genetic Susceptibility, And Peer Stress*. *Journal of abnormal psychology*, 124(4), p.803–816. (Disponível em: <https://doi.org/10.1037/abn0000089> Consultado em: 23/10/2023);
- Hardin, A.P, Hackell, J.M (2017) *AAP Committee on Practice and Ambulatory Medicine, Age Limit of Pediatrics*. *Pediatrics*, 140 (3), e20172151;

- Hussain, H., Dubicka, B., & Wilkinson, P. (2018). *Recent developments in the treatment of major depressive disorder in children and adolescents*. Evidence-based mental health, 21(3), p.101–106. (Disponível em: <https://doi.org/10.1136/eb-2018-102937> Consultado em: 15/10/2023);
- Huttel, J; Kixiner, K.A; Bonetti, R.A; Rosa, M.I.P.D.R (2011) *A Depressão Infantil e Suas Formas de Manifestação*. Psicologia Argum. Vol. 29, N. 64, p. 11-22. (Disponível em: <https://biblat.unam.mx/hevila/Psicologiaargumento/2011/vol29/no64/1.pdf> Consultado em: 11/09/2023);
- Kennard, B. D., Mayes, T. L., Chahal, Z., Nakonezny, P. A., Moorehead, A., & Emslie, G. J. (2018). *Predictors and Moderators of Relapse in Children and Adolescents With Major Depressive Disorder*. The Journal of clinical psychiatry, 79(2), 15m10330. (Disponível em: <https://doi.org/10.4088/JCP.15m10330> Consultado em: 17/10/2023);
- Klein, R. J., Gyorda, J. A., & Jacobson, N. C. (2022). *Anxiety, Depression, And Substance Experimentation In Childhood*. PloS one, 17(5), e0265239. (Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0265239> Consultado em: 28/10/2023);
- Kudinova, A. Y., James, K., & Gibb, B. E. (2018). *Cognitive Reappraisal and Depression in Children with a Parent History of Depression*. Journal of abnormal child psychology, 46(4), 849–856. (Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10802-017-0333-2> Consultado em: 20/10/2023);
- Lachal, J., Moro, M. R., Carretier, E., Simon, A., Barry, C., Falissard, B., & Rouquette, A. (2020). *Assessment of transcultural psychotherapy to treat resistant major depressive disorder in children and adolescents from migrant families: Protocol for a randomized controlled trial using mixed method and Bayesian approaches*. International journal of methods in psychiatric research, 29(4), p. 1–10. (Disponível em: <https://doi.org/10.1002/mpr.1847> Consultado em: 20/10/2023);
- Lima, M.O.F.F; Schunke, L.K; Mosmann, C.P. (2020) *Instrumentos de Avaliação da Depressão Infantil: Revisão Integrativa da Literatura*. Revista Brasileira de Psicoterapia Online, 22(11), p. 53-69. (Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/en/biblio-1223936> Consultado em: 06/11/2023);

- Luby, J. L., Gaffrey, M. S., Tillman, R., April, L. M., & Belden, A. C. (2014). *Trajectories of preschool disorders to full DSM depression at school age and early adolescence: continuity of preschool depression*. The American journal of psychiatry, 171(7), p. 768–776. (Disponível em: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.13091198> Consultado em: 23/10/2023);
- Manuel, J (2012) *Prevalência da Depressão em Crianças Angolanas da província de Benguela com as idades compreendidas entre 8-13 anos*. ISCS-Norte;
- Miller, J.A (2003) *O Livro de Referência para a Depressão Infantil*. São Paulo;
- Miranda, M; Firmo, W; Castro, N; Alves, L; Dias, C; Rego, M; Pope, M; Dias, R. (2013) *Depressão Infantil: Aspectos Gerais, Diagnóstico e Tratamento*. Cad. Pesq., São Luís, v.20, n.3;
- Nunez, LP.(2016) *Implantação De Ações Para Promoção À Saúde Mental Dos Pacientes Com Diagnostico De Depressão Da Estratégia Da Saúde Da Família São José No Município De Santana Do Paraíso/ Mg UFDG* (Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/liubcha-pulgar-nunez.pdf> Consultado em 11/09/2023);
- Organização Mundial de Saúde . (2017) *Ministério da Saúde Lança As Celebrações do Dia Mundial da Saúde*. (Disponível em: <https://www.afro.who.int/pt/news/ministerio-da-saude-lanca-celebracoes-do-dia-mundial-da-saude> Consultado em: 13/05/23);
- Paes, S. (2022) *Depressão Infantil e Sua Inserção na Atualidade: Uma Análise da Literatura*. Revista Científica HPCHSJ, Vol.1, N.1, Artigo N.7;
- Papalia, D.E; Olds, S.W; Feldman, R.D. (2009) *Desenvolvimento Humano*. Porto Alegre: Artmed;
- Pereira, D.A.P; Amaral, V.L.A.R. (2004) *Escala de Avaliação de Depressão para Crianças: Um Estudo de Validação*. Estud. Psicol. (Campinas) 21(1) (Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2004000100001> Consultado em: 10/09/23);
- Pereira, L. (2015) *Depressão: O Mal do Século XXI, Possíveis Diagnósticos e Tratamentos*. UFMG: Belo Horizonte;
- Plastina, A.C.M; Oliveira, R.S. (2021) *A Identificação da Depressão Infanto-Juvenil: Principais Desafios Encontrados na Atenção Primária à Saúde*. Research Society and Development, v.10, n.17, e160101724418;

- Powell, V.B; Abreu, N; Oliveira, I.R; Sudak, D (2008) *Terapia Cognitivo Comportamental da Depressão*. Braz J. Psychiatry 30 (2) (Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462008000600004> Consultado em: 12/09/2023);
- Ribeiro, M.V; Macuglia, G.C.R; Dutra, M.M (2013) *Terapia Cognitivo-Comportamental na Depressão Infantil: Uma Proposta de Intervenção*. Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, 9(2), 81-92. (Disponível em: <https://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20130012> Consultado em: 06/11/2023);
- Roseman, M., Kloda, L. A., Saadat, N., Riehm, K. E., Ickowicz, A., Baltzer, F., Katz, L. Y., Patten, S. B., Rousseau, C., & Thombs, B. D. (2016). *Accuracy of Depression Screening Tools to Detect Major Depression in Children and Adolescents: A Systematic Review*. Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie, 61(12), 746–757. (Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0706743716651833> Acesso em: 23/10/2023
- Schneider, A. Cervi, T. (2017) *Depressão Infantil: Uma Revisão Narrativa de Literatura*. UNIJUI;
- Silveira, K.B.M; Grinfeld, S (2004) *Depressão Infantil: Um Breve Estudo*. International Journal of Dentistry. RECIFE 3 (1);
- Singh, J.A, Siddiqi, M., Parameshwar, P. & Chandra-Mouli, V. (2019). *World Health Organization Guidance on Ethical Considerations in Planning and Reviewing Research Studies on Sexual and Reproductive Health in Adolescents*. The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine, 64(4), p. 427-429;
- Spoelma, M. J., Sicouri, G. L., Francis, D. A., Songco, A. D., Daniel, E. K., & Hudson, J. L. (2023). *Estimated Prevalence of Depressive Disorders in Children From 2004 to 2019: A Systematic Review and Meta-Analysis*. JAMA pediatrics, 177(10), p. 1017–1027. (Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2023.3221> Consultado em: 18/10/2023);
- Tavormina, M. G. M., & Tavormina, R. (2022). *Depression in Early Childhood*. Psychiatria Danubina, 34(Suppl 8), 64–70;
- Thompson, A.H (2012) *Childhood Depression revisited: Indicators, Normative Tests and Clinical Course*. J Can Acad: Child Adolescent Psychiatry;
- UNICEF (2020) *Multidimensional Child Poverty in Mozambique. Summary Report*. (Disponível em:

<https://www.unicef.org/mozambique/media/2691/file/MultidimensionalChildPovertyinMozambiqueSummaryReport.pdf> Consultado em: 10/03/2024);

- UNICEF (2021) *A Situação das Crianças em Moçambique: Resumo do Relatório*. (Disponível em: <https://www.unicef.org/mozambique/media/4491/file/A%20Situa%C3%A7%C3%A3o%20das%20Crian%C3%A7as%20em%20Mo%C3%A7ambique%202021.pdf> Consultado em: 10/03/2024);
- Wells, R.H.C; Bay-Nielsen, H; Braun, R; Israel, R.A; Laurenti, R; Maguin, P; Taylor, E. (2011) *CID- 10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde* (10ª Edição) São Paulo: EDUSP;
- Wesselhoeft R. T. (2016). *Childhood Depressive Disorders*. Danish medical journal, 63(10), B5290;
- Wesselhoeft, R., Heiervang, E. R., Kragh-Sørensen, P., Juul Sørensen, M., & Bilenberg, N. (2016). *Major Depressive Disorder And Subthreshold Depression In Prepubertal Children From The Danish National Birth Cohort*. *Comprehensive psychiatry*, 70, p. 65–76. (Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2016.06.012> Consultado em: 17/10/2023);
- Whalen, D. J., Luby, J. L., Tilman, R., Mike, A., Barch, D., & Belden, A. C. (2016). *Latent Class Profiles Of Depressive Symptoms From Early To Middle Childhood: Predictors, Outcomes, And Gender Effects*. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 57(7), 794–804. (Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jcpp.12518> Consultado em: 28/10/2023);
- Zhou, X., Teng, T., Zhang, Y., Del Giovane, C., Furukawa, T. A., Weisz, J. R., Li, X., Cuijpers, P., Coghill, D., Xiang, Y., Hetrick, S. E., Leucht, S., Qin, M., Barth, J., Ravindran, A. V., Yang, L., Curry, J., Fan, L., Silva, S. G., Cipriani, A., ... Xie, P. (2020). *Comparative Efficacy and Acceptability of Antidepressants, Psychotherapies, and Their Combination for Acute Treatment of Children and Adolescents with Depressive Disorder: A Systematic Review and Network Meta-Analysis*. *The Lancet. Psychiatry*, 7(7), 581–601. (Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30137-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30137-1) Consultado em: 15/10/2023).

APÊNDICES

CAPÍTULO 8: APÊNDICES

| 8.1 TABELA 2: CARACTERÍSTICAS DOS ARTIGOS SELECIONADOS | | | | | | | |
|--|--------------------------------------|-------------------|--------------------|--|--|----------------------------------|--------|
| Nº | Autor(es) | Ano de Publicação | País de Publicação | Tipo de Estudo | Tema | Faixa Etária Envolvida no Estudo | Fonte |
| 1 | Zhou, X et. al | 2020 | China | Revisão Sistemática e Metanálise | Métodos de tratamento dos Transtornos Depressivos | Crianças e adolescentes ≤18 | PUBMED |
| 2 | Hussain, H; Dubicka, B; Wilkinson, P | 2018 | Reino Unido | Revisão Narrativa | Métodos de tratamento dos Transtornos Depressivos | Crianças e adolescentes ≤18 | PUBMED |
| 3 | Dolle, K; Schulte-Korne, G | 2013 | Alemanha | Revisão Sistemática | Métodos de tratamento dos Transtornos Depressivos | Crianças e adolescentes ≤18 | PUBMED |
| 4 | Kennard, B et. al | 2018 | EUA | Ensaio Clínico Randomizado | Preditores e Moderadores de Recaída na continuação de tratamento dos Transtornos Depressivos | Crianças e adolescentes ≤18 | PUBMED |
| 5 | Wesselhoeft, R et. al | 2016 | Dinamarca | Estudo De Caso | Depressão Subliminar e Transtorno Depressivo Maior em Crianças | Crianças ≤ 11 | PUBMED |
| 6 | Spoelma, MJ et. al | 2023 | EUA | Revisão Sistemática e Metanálise | Prevalência dos Transtornos Depressivos em Crianças | Crianças < 13 | PUBMED |
| 7 | Lachal, J et. al | 2020 | EUA | Ensaio Clínico Randomizado (protocolo de pesquisa) | Métodos de tratamento dos Transtornos Depressivos | Crianças e adolescentes ≤18 | PUBMED |
| 8 | Wesselhoeft, R | 2016 | Dinamarca | Revisão Sistemática | Prevenção, Classificação, Factores de Risco, Comorbidades e Tratamento dos Transtornos Depressivos em Crianças | Crianças < 13 | PUBMED |
| 9 | Kudinova, AY; James, K; Gibb, BE | 2018 | EUA | Pesquisa de Campo | Regulação Emocional Infantil e Transtornos Depressivos | Crianças ≤ 11 | PUBMED |

8.1 TABELA 2: CARACTERÍSTICAS DOS ARTIGOS SELECIONADOS (CONTINUAÇÃO)

| | | | | | | | |
|-----------|--|------|---------------|----------------------------------|---|--|--------|
| 10 | Forti-Buratti, MA et. al | 2016 | Reino Unido | Revisão Sistemática e Metanálise | Métodos de tratamento dos Transtornos Depressivos | Crianças ≤ 12 | PUBMED |
| 11 | Eckshtain, D; Marchette, LK; Schleider, J; Weisz, JR | 2018 | EUA | Pesquisa de Campo | Sintomas Depressivos Parentais como Preditores de Resultado no Tratamento dos transtornos depressivos em Crianças | Crianças < 13 | PUBMED |
| 12 | Bufferd, SJ; Dougherty, L; Olino, TM | 2017 | EUA | Pesquisa de Levantamento | Transtornos Depressivos em Crianças de idade Pré-escolar | Crianças de 3 a 5 anos | PUBMED |
| 13 | Roseman, M et. al | 2016 | Canada | Revisão Sistemática | Instrumentos de diagnostico e avaliação dos transtornos depressivos | Crianças e adolescentes ≤ 18 | PUBMED |
| 14 | Bufferd, SJ et. al | 2014 | EUA | Estudo Longitudinal | Preditores do aparecimento dos transtornos depressivos em crianças | Crianças de 3 a 6 anos | PUBMED |
| 15 | Luby, JL; Gaffrey, MS; Tillman, R; April, LM; Belden, AC | 2014 | EUA | Estudo Longitudinal | Trajectória da Depressão Pré-Escolar | Crianças de 3 a 5 anos | PUBMED |
| 16 | Hankin BL et. al | 2015 | EUA | Estudo Longitudinal | Influencia do género, desenvolvimento e estresse dos pares nas taxas de depressão em crianças e adolescentes | Crianças e adolescentes 7 - 16 anos | PUBMED |
| 17 | Cuijipers, P et. al | 2020 | Internacional | Revisão Sistemática e Metanálise | Métodos de tratamento dos Transtornos Depressivos | Crianças, adolescentes, adultos e idosos até mais de 75 anos | PUBMED |
| 18 | Dietz, LJ; Weinberg, RJ; Brent, DA; Mufson, L | 2014 | EUA | Pesquisa de Campo | Métodos de tratamento dos Transtornos Depressivos | Crianças de 7 a 12 anos | PUBMED |
| 19 | Cox, GR et. al | 2014 | Austrália | Revisão Narrativa | Métodos de tratamento dos Transtornos Depressivos | Crianças e adolescentes ≤ 18 | PUBMED |
| 20 | Donohue, MR et. Al | 2019 | EUA | Revisão Narrativa | Depressão Pré-Escolar | Crianças de 3 a 6 anos | PUBMED |

8.1 TABELA 2: CARACTERÍSTICAS DOS ARTIGOS SELECIONADOS (CONTINUAÇÃO)

| | | | | | | | |
|----|---|------|-----------|--------------------------|---|-----------------------------|--------|
| 21 | Charles, J; Fazeli, M | 2017 | Austrália | Pesquisa de Levantamento | Factores de Risco, Sintomas e sinais, Instrumentos para diagnóstico e tratamento do transtorno depressivo maior | Crianças de 5 a 12 anos | PUBMED |
| 22 | Tavormina, MGM; Tavormina, R | 2022 | Itália | Revisão Narrativa | Prevenção, classificação, factores de risco, comorbidades e tratamento dos transtornos depressivos em crianças | Crianças de 0 a 5 anos | PUBMED |
| 23 | Ciuhan, GC; Iliescu, D | 2021 | Romênia | Pesquisa de Campo | Depressão e problemas de aprendizagem | Crianças de 7 a 12 anos | PUBMED |
| 24 | Whalen, DJ et. al | 2016 | EUA | Estudo Longitudinal | Trajectórias da depressão pré escolar | Crianças ≤ 12 | PUBMED |
| 25 | Klein, RJJ; Gyorda, JA; Jacobson, NC | 2022 | EUA | Pesquisa de Campo | Transtornos depressivos, Ansiedade e Experimentação de álcool e drogas durante a infância | Crianças de 9 a 12 anos | PUBMED |
| 26 | Borges, L; Angeli dos Santos, AA | 2016 | Brasil | Pesquisa de Campo | Depressão e problemas de aprendizagem | Crianças de 7 a 11 anos | SCIELO |
| 27 | Baptista, MN; Borges, L; Serpa, ALO | 2017 | Brasil | Pesquisa de Campo | Diferenças nos sintomas depressivos por sexo e faixa etária | Crianças e adolescentes ≤18 | SCIELO |
| 28 | Chavez-Hernandez, AM et. al | 2017 | México | Pesquisa de Campo | Depressão e autoconceito em crianças | Crianças de 9 a 13 anos | SCIELO |
| 29 | Brandao Junior, PMC et. al | 2023 | Brasil | Revisão Narrativa | Depressão em crianças do ponto de vista da Psicanalise | Crianças < 13 | LILACS |
| 30 | Lima, MOFF; Schunke, LK; Mosmann, CP | 2020 | Brasil | Revisão Integrativa | Instrumentos de diagnostico e avaliação dos transtornos depressivos | Crianças ≤ 12 | LILACS |
| 31 | Bayma, MBJ; Martins, KPH; Pereira, CL | 2015 | Brasil | Revisão Narrativa | Depressão em crianças do ponto de vista da Psicanalise | Crianças ≤ 12 | LILACS |
| 32 | Carvalho, Cibele; Ramires, VRR | 2013 | Brasil | Revisão Sistemática | Depressão em crianças e o “Brincar” | Crianças de 1 a 12 anos | LILACS |
| 33 | Gomes, LP; Baron, E; Albornoz, ACG; Borsa, JC | 2013 | Brasil | Revisão Narrativa | Instrumentos de diagnostico e avaliação dos transtornos depressivos | Crianças de 7 a 13 anos | SCIELO |
| 34 | Ribeiro, MV; Macuglia, GCR; Dutra, MM | 2013 | Brasil | Revisão Narrativa | Metodos de tratamento dos Transtornos Depressivos | Crianças de 7 a 11 anos | SCIELO |

8.2 TABELA 3: RESUMO DOS TEMAS CENTRAIS DOS ARTIGOS SELECIONADOS

| Nº | Nome do(s) Autor (es) E (Ano) | Foco do Estudo | Principais Resultados |
|----|---|--|--|
| 1 | Zhou, X et. Al (2020) | Métodos de Tratamento dos Transtornos Depressivos | O antidepressivo, Fluoxetina, de forma isolada ou em combinação com TCC (terapia cognitivo comportamental) parece ser a melhor escolha para o tratamento agudo do Transtorno Depressivo (moderado a grave) em crianças (e adolescentes). |
| 2 | Hussain, H; Dubicka, B; Wilkinson, P (2018) | Métodos de Tratamento dos Transtornos Depressivos | Para crianças com depressão, há algumas evidências de que as abordagens centradas na família são mais eficazes do que a terapia individual. A fluoxetina é o antidepressivo com maior evidência de eficácia em comparação com o placebo. |
| 3 | Dolle, K; Schulte-Korne, G (2013) | Métodos de Tratamento dos Transtornos Depressivos | O tratamento recomendado de primeira escolha para crianças a partir dos 8 anos (e para adolescentes) é a TCC (terapia cognitivo comportamental) ou PI (psicoterapia interpessoal). |
| 4 | Kennard, B et. Al (2018) | Identificação dos Preditores e Moderadores de Recaída Durante o Tratamento dos Transtornos Depressivos | Os jovens com maior melhoria ao fim de 3 meses de tratamento tiveram menos probabilidade de recaída do que aqueles com sintomas depressivos contínuos. Os jovens com distímia comorbida, apresentaram risco 3x maior de recaída do que jovens sem distímia. |
| 5 | Wesselhoeft, R et. Al (2016) | Depressão Subliminar e Transtorno Depressivo Maior em Crianças | Crianças com Depressão Subliminar e Transtorno Depressivo maior apresentaram semelhanças impressionantes. Eles diferem principalmente pelo número de sintomas depressivos e pelo comprometimento funcional relacionada à depressão. |
| 6 | Spoelma, MJ et. Al (2023) | Prevalência dos Transtornos Depressivos em Crianças | Os resultados sugerem que os transtornos depressivos em crianças menores de 13 anos são incomuns, talvez mais incomuns do que estimativas anteriores. Apesar do risco aumentado representado por factores de estilo de vida nos tempos modernos, os transtornos depressivos não parecem estar aumentando em crianças com menos de 13 anos. A depressão em crianças era incomum e não aumentou substancialmente entre 2004 e 2019. |
| 7 | Lachal, J et. Al (2020) | Métodos de Tratamento dos Transtornos Depressivos | A Psicoterapia Transcultural (PTC) é uma técnica psicoterapêutica original desenvolvida para atender as necessidades específicas de migrantes que sofrem de problemas de saúde mental e deve se encorajar para o uso de segunda linha e sua adaptação como técnica de primeira linha nesta população. |
| 8 | Wesselhoeft, R (2016) | Prevenção, Classificação, Factores de Risco, Comorbidades e Tratamento dos Transtornos Depressivos | A depressão subliminar (DS) na infância (e na adolescência) é uma condição significativa, devido ao início precoce, ao risco de progressão para transtorno depressivo maior (TDM) e ao mau resultado. A prevenção deve ter como alvo, crianças com depressão subliminar. As intervenções preventivas selectivas poderiam visar eficazmente as crianças que sofrem de doenças físicas crônicas e as crianças cujas mães apresentam sintomas depressivos, também abaixo do limiar clínico. |

8.2 TABELA 3: RESUMO DOS TEMAS CENTRAIS DOS ARTIGOS SELECIONADOS (CONTINUAÇÃO)

| | | | |
|----|---|---|--|
| 9 | Kudinova, AY; James, K; Gibb, BE (2018) | Relação entre a Regulação Emocional Infantil e a Depressão em Pais e Filhos | Os resultados destacam um fator importante e modificável em crianças com histórico de depressão nos pais, que poderia ser direcionado para reduzir o risco de desenvolvimento de depressão nessas crianças. Especificamente, mesmo entre crianças de alto risco (aquelas com histórico de TDM nos pais), as crianças que relataram maior uso de Reavaliação Cognitiva (RC) apresentaram taxas de depressão e níveis de sintomas depressivos e afeto positivo semelhantes aos observados em crianças sem histórico de depressão nos pais. |
| 10 | Forti-Buratti, MA et. Al (2016) | Métodos de Tratamento dos Transtornos Depressivos | As evidências em que se baseia o tratamento da depressão em crianças com 12 anos ou menos são extremamente limitadas e inconclusivas quando se trata de estabelecer as formas de tratamento mais eficazes. A TCC é a terapia mais amplamente estudada |
| 11 | Eckshtain, D; Marchette, LK; Schleider, J; Weisz, JR (2018) | Relação entre os Sintomas Depressivos Parentais e o Tratamento da Depressão em Crianças | Os sintomas depressivos dos pais predizem as trajetórias dos sintomas da criança e a resposta ao tratamento. Isto deve ser considerado no tratamento da depressão em crianças. |
| 12 | Bufferd, SJ; Dougherty, L; Olino, TM (2017) | Frequência e Gravidade de Comportamentos Depressivos em Idade Pré-escolar | Comportamentos como tristeza, irritabilidade e choro /sensibilidade foram considerados relativamente normativos, enquanto outros comportamentos, como baixo interesse/prazer, baixa autoestima, dificuldade de concentração/tomada de decisões, foram menos normativos. Estes comportamentos foram associados a prejuízos em todos domínios da funcionalidade. |
| 13 | Roseman, M et. Al (2016) | Instrumentos de Diagnóstico e Avaliação da Depressão | Não há evidências suficientes da capacidade dos instrumentos de rastreio da depressão para detectar com precisão o TDM em crianças (e adolescentes). |
| 14 | Bufferd, SJ et. Al (2014) | Preditores do Aparecimento dos Transtornos Depressivos em Crianças Pequenas | Os preditores do início da depressão na primeira infância tendem a ser semelhantes aos identificados em jovens mais velhos e adultos, e apoiam a viabilidade de identificar crianças com maior necessidade de intervenção precoce. |
| 15 | Luby, JL; Gaffrey, MS; Tillman, R; April, LM; Belden, AC (2014) | Trajetórias da Depressão Pré Escolar | Os resultados do estudo fornecem evidências de que esta síndrome depressiva pré escolar é um fator de risco robusto para o desenvolvimento de critérios completos para depressão maior no final da infância, além de outros factores de risco estabelecidos. Os resultados sugerem que a atenção à depressão pré-escolar e ao transtorno de conduta, além do histórico materno de depressão e exposição a traumas, pode ser importante na identificação de crianças pequenas com maior risco de depressão grave posterior e na aplicação de intervenções precoces. |
| 16 | Hankin BL et. Al (2015) | Influencia do género, desenvolvimento e estresse dos pares nas taxas de depressão | As descobertas do estudo GEM mostraram que a depressão aumenta dramaticamente após a puberdade. Jovens mais velhos, geneticamente suscetíveis, que vivenciaram maior estresse entre colegas, foram geneticamente suscetíveis, que vivenciaram maior estresse entre colegas, foram os mais propensos a serem diagnosticados com um episódio depressivo. As meninas que vivenciavam maior estresse entre colegas também eram as mais propensas a receber um diagnóstico de depressão. |
| 17 | Cuijipers, P et. Al (2020) | Métodos de tratamento dos Transtornos Depressivos | Os efeitos das terapias em crianças (e adolescentes) foram significativamente menores do que os encontrados em adultos. |

8.2 TABELA 3: RESUMO DOS TEMAS CENTRAIS DOS ARTIGOS SELECIONADOS (CONTINUAÇÃO)

| | | | |
|-----------|---|---|---|
| 18 | Dietz, LJ; Weinberg, RJ; Brent, DA; Mufson, L (2014) | Métodos de tratamento dos Transtornos Depressivos | Os resultados indicam que a psicoterapia interpessoal baseada na família (PI-BF) é um tratamento eficaz para a depressão pré-adolescente e apoiam uma investigação mais aprofundada dos mecanismos interpessoais, pelos quais PI-BF pode reduzir a depressão pré-adolescente. |
| 19 | Cox, GR et. Al (2014) | Metodos de tratamento dos Transtornos Depressivos | Existem evidencias muito limitadas nas quais se podem basear conclusões sobre a eficácia relativa de intervenções psicológicas, medicação antidepressiva e uma combinação destas intervenções. Com base nas evidencias disponíveis, a eficácia destas intervenções no tratamento de perturbações depressivas em crianças e adolescentes não pode ser estabelecida. |
| 20 | Donohue, MR et. Al (2019) | Depressão Pré Escolar | As descobertas mais recentes relacionadas ao Transtorno Depressivo Maior em crianças pré-escolares fornecem uma descrição clínica cada vez mais refinada do transtorno, bem como profunda validade neurobiológica concorrente e preditiva. |
| 21 | Charles, J; Fazeli, M (2017) | Factores De Risco, Sintomas E Sinais, Instrumentos Para Diagnóstico E Tratamento Do Transtorno Depressivo Maior | O transtorno depressivo maior em crianças de 5 a 12 anos tem um impacto negativo na saúde psicológica e desenvolvimento social, e o seu início precoce está associado ao aumento do risco de recorrência, morbidade psiquiátrica e diminuição da qualidade de vida na idade adulta. O TDM em crianças geralmente se apresenta pela primeira vez nos cuidados primários, e as crianças frequentemente apresentam sintomas graves e duradouros e prejuízo funcional considerável antes da avaliação e do diagnóstico. |
| 22 | Tavormina, MGM; Tavormina, R (2022) | Prevenção, Classificação, Factores De Risco, Comorbidades E Tratamento Dos Transtornos Depressivos Em Crianças | O adoecimento da mãe, a falta de cuidado, atenção e estímulo às vocalizações do filho pequeno podem induzir reações negativas na relação entre mãe e filho. A identificação e o tratamento precoce da depressão perinatal são fundamentais para garantir o desenvolvimento ideal da criança e a saúde mental futura. É fundamental capacitar e informar educadores e familiares sobre a depressão na infância para permitir o reconhecimento do sofrimento da criança e que ela seja examinada pelo medico. É importante uma intervenção precoce tanto na família como na criança para evitar recaídas, cronicidade e quaisquer danos graves. |
| 23 | Ciuhan, GC; Iliescu, D (2021) | Relação entre Depressão E Problemas De Aprendizagem | Crianças com um elevado nível de sintomas depressivos apresentam também um nível muito elevado de problemas de aprendizagem, deficiências nas funções executivas e desatenção. A avaliação das funções executivas e da atenção é parte importante na avaliação das crianças com depressão: os programas de intervenção e tratamento da depressão devem incluir componentes centrados nas funções executivas e na atenção. |
| 24 | Whalen, DJ et. Al (2016) | Trajectórias Da Depressão Pré-Escolar | Os resultados deste estudo sugerem que o aumento da atenção ao rastreio de sintomas depressivos na primeira infância é de importância significativa para a saúde publica, uma vez que trabalhos anteriores destacam o comprometimento funcional, risco significativo para mais tarde desenvolver transtorno depressivo maior, evidencia de alteração cerebral e, mais importante, a fraca eficácia geral dos tratamentos para depressão no final da infância. As intervenções precisarão adotar uma abordagem multifacetada (apoio social, construção do autoconceito e do autocontrole das crianças e melhorar a qualidade do relacionamento entre pais e filhos e o funcionamento familiar). |

8.2 TABELA 3: RESUMO DOS TEMAS CENTRAIS DOS ARTIGOS SELECIONADOS (CONTINUAÇÃO)

| | | | |
|----|---|--|--|
| 25 | Klein, RJJ; Gyorda, JA; Jacobson, NC (2022) | Relação entre os Transtornos Depressivos, Ansiedade E Experimentação De Álcool E Drogas no Período da Infância | Existe uma associação positiva entre problema de saúde mental e experimentação de substâncias na infância, bem como algumas evidencias de uma atenuação desta associação entre crianças com dificuldades psicológicas mais graves (isto é, depressão e ansiedade comórbidas). |
| 26 | Borges, L; Angeli dos Santos, AA (2016) | Relação Entre Depressão E Problemas De Aprendizagem | Os autores observaram que as crianças com maiores dificuldades de compreensão concentraram pontuações mais altas nos indicadores de sentimentos de insegurança, retraimento e timidez, além de sentimentos de inadequação e preocupação relacionadas ao ambiente. Problemas emocionais também se mostraram associados a erros de escrita, especificamente ansiedade, mau autoconceito, denotando sentimentos de inadequação e preocupação relacionados a impulsos agressivos mal preparados, dificuldade de comunicação e timidez. |
| 27 | Baptista, MN; Borges, L; Serpa, ALO (2017) | Diferenças Nos Sintomas Depressivos Por Sexo E Faixa Etária | Os testes psicológicos para a depressão deveriam adotar padrões diferenciados dependendo da idade e do sexo. Os sintomas depressivos nas diferentes fases da vida podem, na verdade, ser distintos e devem ser analisados separadamente, uma vez que as diferenças relacionadas ao sexo só foram perceptíveis quando os itens foram analisados dentro de cada faixa etária. |
| 28 | Chavez-Hernandez, AM et. Al (2017) | Relação entre Depressão e Autoconceito em Crianças | Ao correlacionar os escores totais de cada um dos factores de autoconceito com os escores de sintomatologia depressiva, encontra-se uma relação proporcional inversa moderada de todos os factores, destacando-se os factores pessoais, familiares e sociais. |
| 29 | Brandao Junior, PMC et. Al (2023) | Visão Psicanalítica da Depressão em Crianças | A psicanalise insere uma proposta distinta de tratamento para os transtornos depressivos. Se para a TCC, o tratamento visa modulações ambientais e comportamentais e à supressão dos sintomas. Para a psicanalise, a direção do tratamento implica no manejo da transferência, levando em consideração a especificidade de cada estrutura clínica. Ao considerar a criança como sujeito, a psicanalise sugere escutar as formações do inconsciente que ignoram sua idade cronológica e o momento de seu desenvolvimento. |
| 30 | Lima, MOFF; Schunke, LK; Mosmann, CP (2020) | Instrumentos De Diagnostico E Avaliação Dos Transtornos Depressivos | Muitos instrumentos avaliam sintomas concomitantes de ansiedade e depressão, bem como contemplam sujeitos de idade escolar até a adolescência, o que nos remete à diversidade do fenómeno. A escolha do instrumento para avaliação da depressão em crianças deverá estar alicerçada na etapa do desenvolvimento, nas características do paciente e no contexto. No qual o mesmo estiver inserido. |
| 31 | Bayma, MBJ; Martins, KPH; Pereira, CL (2015) | Visão Psicanalítica da Depressão em Crianças | O artigo pretende contribuir para a compreensão das incidências da depressão em crianças, elegendo como eixos de investigação os conceitos psicanalíticos de sintoma e inibição. Evidencia-se relevância da distinção entre sintoma, inibição e angústia, na medida em que inibição e angústia dizem respeito ao processo de constituição psíquica, podendo ser tomados como testemunhos de uma mudança de posição subjetiva. |
| 32 | Carvalho, Cibele; Ramires, VRR (2013) | Relação entre a Depressão Materna, Depressão em Crianças e o Brincar | Esta revisão revela evidencias que apoiam a utilização do brincar como um recurso importante na avaliação psicológica de sintomas depressivos na infância, com diferenças encontradas no comportamento lúdico de crianças que apresentavam esse quadro. Outra evidencia revelada por este estudo apoia a eficácia do brincar utilizado como recurso terapêutico no tratamento de sintomas depressivos na infância. |

8.2 TABELA 3: RESUMO DOS TEMAS CENTRAIS DOS ARTIGOS SELECIONADOS (CONTINUAÇÃO)

| | | | |
|-----------|---|---|--|
| 33 | Gomes, LP; Baron, E; Albornoz, ACG; Borsa, JC (2013) | Instrumentos De Diagnostico E Avaliação Dos Transtornos Depressivos | O Inventario de Depressão Infantil (CDI) pode ser uma importante medida de “ <i>screening</i> ” para avaliação de sintomas depressivos em crianças e adolescentes. Os artigos sugerem a necessidade de mais investigações acerca do construto da depressão em crianças, bem como de suas características e de sua prevalência em crianças e adolescentes pois os sintomas depressivos em populações jovens apresentam variadas manifestações, dificultando sua identificação e seu diagnostico). |
| 34 | Ribeiro, MV; Macuglia, GCR; Dutra, MM (2013) | Métodos De Tratamento Dos Transtornos Depressivos | O impacto da depressão vem sendo subestimado, apesar de existirem pesquisas demonstrando os efeitos devastadores da doença em todo mundo. Pesquisas demonstram que as abordagens mais eficazes no tratamento do TDM são a TCC, a psicoterapia de orientação psicodinâmica e a psicoterapia interpessoal. |