

Saúde da Criança e do Adolescente: Instrumentos Norteadores e de Acompanhamento

Marilande Carvalho de Andrade Silva
(Organizadora)



Saúde da Criança e do Adolescente: Instrumentos Norteadores e de Acompanhamento

Marilande Carvalho de Andrade Silva
(Organizadora)



2020 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2020 Os autores

Copyright da Edição © 2020 Atena Editora

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Diagramação: Karine de Lima

Edição de Arte: Lorena Prestes

Revisão: Os Autores



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Profª Drª Denise Rocha – Universidade Federal do Ceará
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima
Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionale delle Figlie di Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Universidade Federal do Maranhão
Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná

Profª Drª Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Fágner Cavalcante Patrocínio dos Santos – Universidade Federal do Ceará
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Profª Drª Lina Raquel Santos Araújo – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Pedro Manuel Villa – Universidade Federal de Viçosa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Profª Drª Talita de Santos Matos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Tiago da Silva Teófilo – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília
Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Prof. Dr. Alexandre Leite dos Santos Silva – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Carlos Eduardo Sanches de Andrade – Universidade Federal de Goiás
Profª Drª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Conselho Técnico Científico

Prof. Msc. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo
Prof. Msc. Adalberto Zorzo – Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza
Prof. Dr. Adailson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba
Prof. Msc. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Profª Drª Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Profª Msc. Bianca Camargo Martins – UniCesumar
Prof. Msc. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Msc. Cláudia de Araújo Marques – Faculdade de Música do Espírito Santo
Prof. Msc. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará
Profª Msc. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Edwaldo Costa – Marinha do Brasil
 Prof. Msc. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita
 Prof. Msc. Gevair Campos – Instituto Mineiro de Agropecuária
 Prof. Msc. Guilherme Renato Gomes – Universidade Norte do Paraná
 Prof^a Msc. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
 Prof. Msc. José Messias Ribeiro Júnior – Instituto Federal de Educação Tecnológica de Pernambuco
 Prof. Msc. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa
 Prof^a Msc. Lilian Coelho de Freitas – Instituto Federal do Pará
 Prof^a Msc. Liliani Aparecida Sereno Fontes de Medeiros – Consórcio CEDERJ
 Prof^a Dr^a Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
 Prof. Msc. Luis Henrique Almeida Castro – Universidade Federal da Grande Dourados
 Prof. Msc. Luan Vinicius Bernardelli – Universidade Estadual de Maringá
 Prof. Msc. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
 Prof^a Msc. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal
 Prof^a Msc. Solange Aparecida de Souza Monteiro – Instituto Federal de São Paulo
 Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)**

S255 Saúde da criança e do adolescente [recurso eletrônico] : instrumentos norteadores e de acompanhamento / Organizadora Marilande Carvalho de Andrade Silva. – Ponta Grossa, PR: Atena, 2020.

Formato: PDF
 Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
 Modo de acesso: World Wide Web
 Inclui bibliografia
 ISBN 978-65-81740-17-7
 DOI 10.22533/at.ed.177201102

1. Crianças – Cuidado e tratamento. 2. Adolescentes – Saúde e higiene. I. Silva, Marilande Carvalho de Andrade.

CDD 649.1

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

Atena Editora
 Ponta Grossa – Paraná - Brasil
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

A saúde relacionada aos períodos que se refere a criança e adolescência reflete a percepção de vários autores que pesquisam a problemática relacionada às fases iniciais do desenvolvimento do ser humano.

Portanto, a organização deste livro é resultado dos estudos desenvolvidos por diversos autores e que tem como finalidade sensibilizar profissionais e gestores para a assimilação pautada na educação em saúde, para a busca da melhoria do cuidado ofertado às crianças e adolescentes.

O livro “Saúde da Criança e do Adolescente: Instrumentos Norteadores e de Acompanhamento” apresenta um compilado de 19 artigos distribuídos em temáticas que abordam desde a assistência maternidade até a fase da adolescência, com um olhar diversificado e multiprofissional de pesquisadores de várias Instituições, que buscam a melhoria da qualidade de vida e do processo inicial da vida.

Esta coletânea tem seu potencial demonstrado através do objetivo de impulsionar a pesquisa e construção de saberes interdisciplinares voltados às diversas áreas que se interligam, buscando a consolidação do olhar na saúde da criança e do adolescente.

Convido-os, portanto a adentrar nesse mundo que traz uma contribuição relevante e com a importância de organizar os serviços de saúde em busca da melhoria e da qualidade da assistência ofertada à população envolvida.

Marilande Carvalho de Andrade Silva

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
A IMPORTÂNCIA DA PASSAGEM DE PLANTÃO PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE EM OBSTETRÍCIA	
Thauane Luara Silva Arrais Cintia de Lima Garcia Andrezza Gabrielle Pereira da Nóbrega Clecyanna da Silva Santos Fabia Maria da Silva Elaine Cristina Barboza de Oliveira Cibele do Nascimento Cicera Danielle dos Santos Biró Maria Aline Andrade da Silva	
DOI 10.22533/at.ed.1772011021	
CAPÍTULO 2	15
QUALIDADE DO AMBIENTE DE BERÇÁRIOS E ASPECTOS BIOPSISSOCIAIS NO DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS	
Samyra Said de Lima Elson Ferreira Costa Lília Iêda Chaves Cavalcante	
DOI 10.22533/at.ed.1772011022	
CAPÍTULO 3	31
RELAÇÃO ENTRE O ÍNDICE APGAR E AS CARACTERÍSTICAS MATERNO-OBSTÉTRICAS	
Jéssica Aparecida Cortes Isabella Queiroz Jennifer Oliveira Inácio Jéssica Pereira Dias Vitória Borges Cavaliere Giselle Cunha Barbosa Safatle Natália de Fátima Gonçalves Amâncio	
DOI 10.22533/at.ed.1772011023	
CAPÍTULO 4	39
AVALIAÇÃO DA REALIZAÇÃO DO “TESTE DA LINGUINHA” EM RECÉM-NASCIDOS NAS MATERNIDADES DA GRANDE VITÓRIA – ES	
Ana Maria Martins Gomes Jenifer Garcia Rocha Elaine Cristina Vargas Dadalto Lilian Sarmiento City Antônio Augusto Gomes Ana Paula Martins Gomes	
DOI 10.22533/at.ed.1772011024	
CAPÍTULO 5	49
FATORES ASSOCIADOS À INTRODUÇÃO PRECOCE DA ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR EM RIO BRANCO, ACRE	
Neuza dos Santos Silva Neta Rita de Kássia Souza da Silva Ludimilly de Souza Samaira Cristina Mendonça Matos Thaíla Alves dos Santos Lima	

Ingridi Kely Bezerra dos Santos
Isliane Verus Magalhães
Suellen Cristina Enes Valentim da Silva
Thaísa Castello Branco Danzicourt
Andréia Moreira de Andrade
Fernanda Andrade Martins
Alanderson Alves Ramalho

DOI 10.22533/at.ed.1772011025

CAPÍTULO 6 69

CONSUMO ALIMENTAR ASSOCIADO À CONCENTRAÇÃO DE HEMOGLOBINA ENTRE PRÉ-ESCOLARES

Elida Mara Braga Rocha
Maria Elisabeth Medeiros Feitosa
Cícero Jonas Rodrigues Benjamim
Amanda Forster Lopes
Sílvia Maira Pereira
Amanda de Andrade Marques
Maria Auxiliadora Macêdo Callou
Mariana Machado Bueno
Karina Moraes Borges
Aline Muniz Cruz
Sophia Cornbluth Szarfarc

DOI 10.22533/at.ed.1772011026

CAPÍTULO 7 81

PROMOVENDO AS HABILIDADES PREDITORAS PARA O DESENVOLVIMENTO DA COMUNICAÇÃO: RELATO DE EXPERIÊNCIA COM PRÉ-ESCOLARES

Raphaela Barroso Guedes-Granzotti
Carla Patrícia Hernandez Alves Ribeiro César
Aline Cabral de Oliveira

DOI 10.22533/at.ed.1772011027

CAPÍTULO 8 88

TRADUÇÃO PARA O PORTUGUÊS BRASILEIRO DO CHILDREN'S DEPRESSION INVENTORY 2

Marcelo Xavier de Oliveira
Renata da Silva Araújo
Adyson da Silva Diógenes

DOI 10.22533/at.ed.1772011028

CAPÍTULO 9 100

TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA): A IMPORTÂNCIA DO ACOMPANHAMENTO MULTIPROFISSIONAL NOS TRATAMENTOS NEUROCOGNITIVOS

Synara Suellen Lebre Félix
Lília Raquel Fé da Silva
Daisy Cristina da Silva Guerra
Edmilson Pereira Barroso
Alanna Ferrari Nonato
Cícera Mariana da Silva Bayma Tavares
Anna Júlia Lebre Félix
Maria Júlia Enes Lebre Félix
Hana Lis Paiva de Souza

DOI 10.22533/at.ed.1772011029

CAPÍTULO 10 108

ESQUIZOFRENIA INFANTIL: UM RELATO DE CASO NO MARANHÃO

Izabely Lima Assunção
Ana Karoline de Almeida Mendes
Byanca Pereira Borges
Camila Judith Sousa San Lucas
Danielle Brena Dantas Targino
Isabel Alice Ramos Fonseca
Juliana Gomes Cruz
Juliana Silva Carvalho
Marina Quezado Gonçalves Rocha
Raissa Melo Feitosa
Rodrigo Borges Arouche
Hamilton Raposo de Miranda Filho

DOI 10.22533/at.ed.17720110210

CAPÍTULO 11 116

CARACTERIZAÇÃO MOTORA DE CRIANÇAS COM DOENÇAS NEUROLÓGICAS INTERNADAS EM UNIDADE PARA PACIENTES CRÔNICOS

Mara Marusia Martins Sampaio Campos
Larice Felix de Sena
Samira de Moraes Sousa
Maria Valdeleda Uchoa Moraes Araujo
Kellen Yamille dos Santos Chaves
Cristiana Maria Cabral Figueirêdo
Sandra Mara Benevides Caracas
Auralice Maria Rebouças Machado Barroso
Karla Pimentel de Araújo
Cíntia Maria Torres Rocha Silva
Thais Sousa Pinto Ferreira
Lucia Goersch Fontenele

DOI 10.22533/at.ed.17720110211

CAPÍTULO 12 128

ALTERAÇÕES METABÓLICAS E O RISCO CARDIOVASCULAR EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM HIV/AIDS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Dalyla da Silva de Abreu
Nayra Anielly Cabral Cantanhede

DOI 10.22533/at.ed.17720110212

CAPÍTULO 13 139

INVESTIGAÇÃO DA PREVALÊNCIA DE DESNUTRIÇÃO EM ESCOLARES NO MUNICÍPIO DE RIO BRANCO – AC

Alice da Silva Malveira

DOI 10.22533/at.ed.17720110213

CAPÍTULO 14 145

A EXPERIÊNCIA DE UM ODONTÓLOGO NO ATENDIMENTO AO ADOLESCENTE COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA EM UM SERVIÇO PÚBLICO DO DISTRITO FEDERAL

Benhur Machado Cardoso
Lídia Isabel Barros dos Santos Silveira

DOI 10.22533/at.ed.17720110214

CAPÍTULO 15	156
HOMICÍDIO EM ADOLESCENTES NO RECIFE: UM RECORTE NO ESPAÇO URBANO	
<ul style="list-style-type: none"> Maria Olívia Soares Rodrigues Conceição Maria de Oliveira Amanda Priscila de Santana Cabral Silva Wildson Wellington Silva 	
DOI 10.22533/at.ed.17720110215	
CAPÍTULO 16	167
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO COMPORTAMENTO ANTISSOCIAL NA ADOLESCÊNCIA	
<ul style="list-style-type: none"> Marcelo Xavier de Oliveira Renata da Silva Araújo Vânia Damasceno Costa 	
DOI 10.22533/at.ed.17720110216	
CAPÍTULO 17	179
PATERNIDADE ADOLESCENTE: REVISÃO SISTEMÁTICA	
<ul style="list-style-type: none"> Paula Orchiucci Miura Estefane Firmino de Oliveira Lima Maria Eduarda Silveira Souza Ferro Maria Marques Marinho Peronico Pedrosa Ana Caroline dos Santos Silva Kedma Augusto Martiniano Santos 	
DOI 10.22533/at.ed.17720110217	
CAPÍTULO 18	192
PANORAMA DO TRAUMA DURANTE O NASCIMENTO NO BRASIL NO PERÍODO DE 2009 A 2018: UM ESTUDO ECOLÓGICO DE SÉRIE TEMPORAL	
<ul style="list-style-type: none"> Paula Pitanga Galvão de Carvalho Rebeca Ataíde de Cerqueira Taline Caetano Teixeira Alves Thiago Barbosa Vivas 	
DOI 10.22533/at.ed.17720110218	
CAPÍTULO 19	205
HEMOGLOBINÚRIA PAROXÍSTICA NOTURNA EM JOVEM NA AMAZÔNIA OCIDENTAL: RELATO DE CASO	
<ul style="list-style-type: none"> Lorena Carlesso Vicensi de Assunção Louise Araújo Lambert Fernanda Araújo de Melo Paulo Artur da Silva Rodrigues Roberto Egídio Brelaz Goulart Maria Carolina Borrasca Ramos da Silva Leonardo Magalhães Braña Leonardo Assad Lomonaco 	
DOI 10.22533/at.ed.17720110219	
SOBRE A ORGANIZADORA	211
ÍNDICE REMISSIVO	212

TRADUÇÃO PARA O PORTUGUÊS BRASILEIRO DO CHILDREN'S DEPRESSION INVENTORY 2

Data de submissão: 02/11/2019

Data de aceite: 30/01/2020

Marcelo Xavier de Oliveira

Universidade Federal do Acre, Centro de Filosofia e Ciências Humanas – Acre

<https://orcid.org/0000-0002-8751-6426>

Renata da Silva Araújo

Universidade Federal do Acre, Centro de Filosofia e Ciências Humanas – Acre

<http://lattes.cnpq.br/0204358646816993>

Adyson da Silva Diógenes

Universidade Federal do Acre, Centro de Filosofia e Ciências Humanas – Acre

<http://lattes.cnpq.br/2722581519398974>

RESUMO: A depressão tem se tornado uma das doenças mais prevalentes no mundo, e sua expressão nas crianças e adolescentes tem suscitado preocupação entre os profissionais de saúde. Assim, aponta-se a necessidade de se desenvolver instrumentos de avaliação da depressão, que possuam validade para estas fases do desenvolvimento humano. A presente proposta de pesquisa teve como objetivo adaptar o Children's Depression Inventory 2 (CDI 2) para a língua portuguesa do Brasil. No processo de tradução do CDI 2 se executou as etapas de tradução, síntese e tradução reversa. Com a avaliação de que a versão brasileira do CDI 2

mantém equivalência semântica em comparação com os itens de elaboração original em língua inglesa, pôde-se então verificar que há inclusão de critérios diagnósticos em comparação com a primeira versão do instrumento. A continuidade do processo de adaptação do CDI 2 para o contexto brasileiro é uma etapa necessária para prover os profissionais de saúde mental com um instrumento de avaliação da depressão em crianças e adolescentes válido para o contexto brasileiro.

PALAVRAS-CHAVE: depressão, criança, adolescente.

BRAZILIAN PORTUGUESE TRANSLATION OF CHILDREN'S DEPRESSION INVENTORY 2

ABSTRACT: Depression has become one of the most prevalent diseases in the world, and its expression in children and adolescents has raised concern among health professionals. Thus, it is pointed out the need to develop instruments for the evaluation of depression validated for these phases of human development. This research aimed to adapt the Children's Depression Inventory 2 (CDI 2) into Brazil's portuguese language. In the translation process of CDI 2, the translation, synthesis and reverse translation stages were conducted. With the evaluation that the Brazilian version of

CDI 2 maintains semantic equivalence in comparison to the original items in English, it was possible to verify that diagnostic criteria were included in comparison with the first version of the instrument. The continuity of the process of adapting CDI 2 to the Brazilian context is a necessary step to provide mental health professionals with an instrument that assess depression in children and adolescents validated for the Brazilian context.

KEYWORDS: depression, children, adolescent.

1 | INTRODUÇÃO

Na sociedade contemporânea, a depressão tem sido considerada um dos transtornos emocionais mais prevalentes na infância e na adolescência (COUTINHO; CAROLINO; MEDEIROS, 2008). Após revisão da literatura, constatou-se que os estudos internacionais apontam uma prevalência desta síndrome entre 2,5% a 57% desta população (FRÖJD et al., 2008; KLEFTARAS & DIDASKALOU, 2006).

No Brasil, pesquisas realizadas em diferentes regiões têm apontado prevalências da depressão em crianças e adolescentes que variam de 3,55% a 45,7%. Estudos desenvolvidos na região Sudeste revelaram índices de 3,55% com uma amostra de 169 participantes entre 8 e 15 anos (CRUVINEL; BORUCHOVITCH; SANTOS, 2008); de 13,7% com uma amostra de 519 participantes entre 7 e 13 anos (FONSECA; FERREIRA; FONSECA, 2005); de 45,7% na pesquisa de Rocha, Ribeiro, Pereira, Aveiro e Silva (2006), realizada com 791 participantes que cursavam o Ensino Médio, na cidade de Uberaba - MG.

De acordo com a American Psychiatric Association (2013), o transtorno depressivo é caracterizado pela presença de humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas, que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo.

Friedberg e McClure (2004) ressaltam peculiaridades que diferem a depressão na infância da depressão nas demais faixas etárias. Os sintomas afetivos infantis são bastante desafiadores, ora são acompanhados por humor triste ou deprimido e, ora manifestados através de uma grande irritabilidade. Sendo assim, crianças são descritas quase sempre por familiares e educadores como raivosas, irritáveis e que facilmente se aborrecem.

1.1 Children's Depression Inventory (CDI) e sua utilização no Brasil

Nakamura e Santos (2007) apontam para diferentes formas de compreender e identificar a depressão na infância, já que esta pode ser modificada a partir dos padrões socioculturais de cada indivíduo. Segundo psiquiatras, a patologia é caracterizada como grave e provoca prejuízo social, entretanto, Schwan e Ramires (2011) ressaltam alguns estudos sobre a realização do diagnóstico, que consiste em avaliar os comportamentos infantis, utilizando instrumentos como o Children Depression

Inventory (CDI), elaborado por Kovacs (1983), a partir do Inventário de Depressão de Beck. Este instrumento tem como função medir o grau de severidade dos sintomas em sujeitos dos 7 aos 17 anos, através de 27 itens, referentes aos sintomas afetivos, cognitivos, somáticos e de conduta.

O CDI vem sendo descrito como o instrumento mais utilizado, em nível nacional e internacional, para avaliar sintomas depressivos em crianças e adolescentes tanto no contexto clínico como no de pesquisa (CRUVINEL; BORUCHOVITCH; SANTOS, 2008). As pesquisas abordam questões ligadas ao levantamento da prevalência e/ou de critérios diagnósticos da depressão (COUTINHO, CAROLINO; MEDEIROS, 2008; CRUVINEL; BORUCHOVITCH, 2008; WATHIER; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 2008).

O CDI surgiu nos Estados Unidos, compreendendo uma adaptação do Inventário de Depressão de Beck – BDI. Elaborado por Kovacs (1983), serve para mensurar sintomas depressivos em crianças e jovens de 7 a 17 anos. Trata-se de uma escala de autoavaliação que, em sua versão original, contém 27 itens. Os participantes utilizam uma escala de resposta do tipo Likert, variando de 0 a 2 para a alternativa que descreve seus sentimentos com relação às duas últimas semanas. O coeficiente de consistência interna do instrumento original foi de 0,86 (KOVACS, 1983).

No Brasil, o CDI foi adaptado e normatizado por Gouveia et al. (1995), em um estudo realizado na cidade de João Pessoa-PB, com uma amostra de 305 escolares de 8 a 15 anos, de ambos os sexos, provenientes de escolas públicas e privadas. Nesse estudo, o CDI apresentou parâmetros psicométricos aceitáveis, com alfa de Cronbach de 0,81, com uma estrutura unifatorial composta por 18 itens que representam sintomas afetivos, cognitivos e comportamentais. Wathier Dell'aglio e Bandeira (2008) com uma amostra de 951 crianças e adolescentes da região Sul do Brasil, realizaram uma análise fatorial exploratória do CDI, em sua versão original composta por 27 itens, com o método dos Componentes Principais e rotação Varimax. Encontraram uma solução conceitualmente aceitável de três fatores, que explicaram 31,89% da variância das respostas. A consistência interna do instrumento (alfa de Cronbach) foi de 0,85.

Apesar da popularidade do CDI no Brasil, se chama atenção para algumas divergências quanto a sua administração e utilização em pesquisas, pois, apesar deste instrumento não ter o caráter de diagnóstico clínico, tem sido utilizado para o levantamento da prevalência e/ou de critérios diagnósticos da depressão (BARRETO; CIPOLOTTI, 2011; COUTINHO; CAROLINO; MEDEIROS, 2008; CRUVINEL; BORUCHOVITCH, 2008; CRUVINEL ET AL., 2008, GOLFETO et al., 2002; GOUVEIA et al., 1995; WATHIER; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 2008; COUTINHO et al., 2014). Estas divergências dizem respeito a aspectos como a solução fatorial e o ponto de corte estabelecido em cada estudo, uma vez que esses aspectos também são responsáveis pelas diferenças encontradas na prevalência da depressão infantil (CRUVINEL; BORUCHOVITCH, 2008).

É fundamental observar a falta de consenso quanto à utilização do instrumento composto por 27 itens (CRUVINEL; BORUCHOVITCH, 2008) e do instrumento

composto por 18, 19 ou 20 itens (GOUVEIA et al., 1995, COUTINHO et al., 2008; CURVINEL; BORUCHOVITCH; SANTOS, 2008). Observa-se nestes estudos o mesmo ponto de corte, mesmo quando se utilizam itens diferentes, o que conseqüentemente produz resultados de prevalência distintos, ainda que aplicados à mesma amostra, como se pode observar em Cruvinel e Boruchovitch (2008).

Coutinho et al. (2014) argumentaram que a relevância da depressão infantil no contexto dos distúrbios psicoafetivos aponta para a necessidade de instrumentos capazes de melhor avaliar seus sintomas. A divergência em diferentes estudos que utilizaram o CDI (BARRETO; CIPOLOTTI, 2011; COUTINHO et al., 2008; CRUVINEL; BORUCHOVITCH, 2008; GOLFETO et al., 2002; GOUVEIA et al., 1995) sinaliza a dificuldade de escolher qual das formas do CDI é mais adequada à cada população e, com isso, legitima o estabelecimento de normas mais específicas.

1.2 Children's Depression Inventory (CDI) E Children's Depression Inventory 2 (CDI 2)

O Children's Depression Inventory teve suas qualidades psicométricas documentadas de forma ampla (KOVACS, 2015) e se consolidou enquanto um dos instrumentos mais seguros para a avaliação de indicadores de depressão em crianças. O Inventário de Depressão Infantil foi traduzido para cerca de 43 idiomas, incluindo dialetos regionais (KOVACS, 2015). Com o objetivo de manter as qualidades psicométricas do instrumento original ao mesmo tempo em que acompanhava as mudanças geracionais ocorridas nas últimas duas décadas (KOVACS, 2015), Maria Kovacs – autora do instrumento original – desenvolveu o Children's Depression Inventory 2.

O ponto de partida para a necessidade de atualização surgiu da pesquisa de Twenge e Nolen-Hoeksema (2002), que realizaram uma meta-análise de 310 amostras, de outros pesquisadores que utilizaram o CDI, que somavam 61.424 crianças de ambos os sexos, entre 8 e 16 anos de idade, todas habitantes dos Estados Unidos. Duas informações recolhidas no estudo contribuíram para a atualização: a condição socioeconômica das crianças avaliadas não apresentava relação com os scores do CDI e os estudos de coorte de nascimento apontavam que os scores de depressão das crianças diminuíram nas últimas décadas (i.e., décadas anteriores aos primeiros anos 2000) (KOVACS, 2015; TWENGE; NOLEN-HOEKSEMA, 2002). As razões para a mudança estariam relacionadas ao crescimento da economia norte-americana, à diminuição da taxa de divórcios desde os anos 1980, e à menor preocupação com guerras nucleares. Assim, é possível que os scores voltem a aumentar devido a novas mudanças socioculturais nas próximas décadas (TWENGE; NOLEN-HOEKSEMA, 2002).

2 | OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Adaptar o Children's Depression Inventory 2 para o contexto brasileiro.

2.2 Objetivos específicos

Traduzir Children's Depression Inventory 2 para o português brasileiro;

Retraduzir Children's Depression Inventory 2;

Verificar a equivalência semântica entre as versões original e retraduzida do Children's Depression Inventory 2.

3 | METODOLOGIA

O instrumento utilizado nesta pesquisa foi a versão composta por 28 itens de autorrelato destinada ao público infanto-juvenil do Children's Depression Inventory 2. Antes de iniciar a tradução do instrumento foi solicitado a MULTI-HEALTH SYSTEMS INC. (MHS), detentora dos direitos do instrumento desenvolvido por Maria Kovacs - por meio de correio eletrônico, a autorização para traduzi-lo e para ter acesso a sua versão original, no qual a autora se mostrou favorável e autorizou.

Posteriormente, houve a tradução das folhas de resposta, atentando-se a recomendação de Hambleton (1994, 2005, apud BORSA; DAMÁSIO; BANDEIRA; 2012) ao aconselhar que não fosse feita a tradução literal dos itens, pois esta poderia acarretar problemas como frases incompreensíveis e não coerentes com o idioma-alvo, sendo necessária a adequação semanticamente do conteúdo dos itens do instrumento utilizado levando em consideração aspectos culturais, sociais e econômicos do contexto e da época vigente.

Na etapa de tradução, dois psicólogos brasileiros realizaram a tradução da versão em inglês do CDI 2 para o português brasileiro. As duas versões de tradução foram comparadas e sintetizadas para que então se inicia-se a etapa de tradução reversa. A versão de síntese do CDI 2 em português brasileiro foi retraduzida para a língua inglesa por uma profissional de língua inglesa e então enviado para a editora detentora dos direitos sobre o CDI 2, para avaliação da equivalência semântica entre a versão original do CDI 2 e a versão retraduzida. A equipe técnica da MULTI-HEALTH SYSTEMS INC. (MHS) avaliou que as versões comparadas são equivalentes semanticamente.

No processo de adaptação transcultural de instrumentos psicológicos é feita a tradução reversa, que consiste na tradução da versão sintetizada para o idioma de origem, ou seja, do português brasileiro para o inglês. A realização dessa etapa tem como objetivo que os autores do instrumento avaliem se a tradução preservou o que os itens originais se propõem a mensurar, não buscando uma equivalência literal entre o instrumento original e o traduzido, mas verificando se a equivalência de construto se mantém (BORSA; DAMÁSIO; BANDEIRA, 2012).

4 | RESULTADOS

As traduções dos itens do CDI-2 evidenciaram a modificação de cinco itens e a exclusão de outros quatro itens. Vinte e três itens mantiveram a mesma representação comportamental, com a manutenção da mesma tradução da versão do CDI 1 ou com distinção entre as traduções que não representam mudança no critério utilizado no diagnóstico da depressão no contexto infanto-juvenil. Na tabela 1 é possível comparar os itens das duas versões do CDI.

Itens (CDI 1)	Itens (CDI 2)	Modificação
1.	Tristeza	Nenhuma
2.	Confiança	Semântica
3.	Autoeficácia	Nenhuma
4.	Diversão	Nenhuma
5. excluído (eu sou sempre má)	valorização familiar	Novo, inclusão conforme o DSM-V
6. excluído (eu tenho certeza que coisas terríveis me acontecerão)	Amor próprio	Nenhuma
7.	Culpa	Semântica
8.	Ideação suicida	Nenhuma
9.	Choro	Semântica
10.	Irritabilidade	Novo, inclusão conforme o DSM-V
11. excluído (eu me sinto sempre preocupado)	Sociabilidade	Semântica
12.	Indecisão	Nenhuma
13.	Aparência	Nenhuma
14.	Tarefas	Semântica
15.	Insônia	Semântica
16.	Cansaço	Nenhuma
17.	Falta de apetite	Semântica
18.	Dores	Semântica
19.	Desamparo	Nenhuma
20.	Tédio	Nenhuma
21.	Amigos	Nenhuma
22.	Comparação consigo no desempenho de tarefas	Semântica
23.	Comparação com pares	Semântica
24.	Desamor	Semântica
25.	Discussões	Semântica
26. excluído (eu nunca faço o que mandam)	Hipersonia	Novo, inclusão conforme o DSM-V
27.	excesso de apetite	Novo, inclusão conforme o DSM-V

28.	Memória	Novo, inclusão conforme o DSM-V
-----	---------	---------------------------------

Tabela 1- Comparação entre itens das versões do Children's Depression Inventory traduzidas para o português brasileiro.

Fonte: compilação dos autores.

As modificações observadas no instrumento resultaram em uma nova versão composta por 28 itens. Entre os itens adicionados estão representações comportamentais referentes a: hipersonia, excesso de apetite, dificuldade de memorização, irritabilidade e a percepção de valor para a família. Os itens excluídos foram relativos a: obediência, preocupação em geral, catastrofização e autoavaliação negativa (“eu sou sempre má/mau”). No processo de tradução ainda foi possível observar a modificação dos fatores extraídos na estrutura do CDI 2, os fatores extraídos foram: humor negativo/sintomas físicos, autoestima negativa, ineficácia e problemas interpessoais, e como fatores de segunda ordem: problemas emocionais e problemas funcionais.

5 | DISCUSSÃO

5.1 Mudanças do instrumento

O estudo de Gouveia et al. (1995) evidenciou uma estrutura unifatorial de 18 itens para a versão traduzida do CDI. Em um primeiro momento, a análise indicou até 9 fatores mensurados pelo instrumento, porém, foi verificado que um dos fatores agrupava 19 itens, enquanto os fatores restantes não mantinham mais do que quatro itens. A análise descrita por Gouveia et al. (1995) demonstrou que a solução unifatorial explica 13,4% da variância total dos escores. O fator único do CDI foi denominado Fator Geral de Depressão Infantil por agrupar os itens referentes aos seguintes comportamentos: sentir-se só, chorar, sentimento de rejeição, tédio, ideação de suicídio (GOUVEIA et al., 1995).

Wathier, Dell’Aglío e Bandeira (2008) realizaram uma pesquisa com a versão original de 27 itens de Kovacs na região sul do país e encontraram uma solução de três fatores com 31,89% de explicação das respostas. O estudo reforça a indicação da literatura que descreve o CDI como um instrumento multifatorial (GOMES, et al., 2013).

Os três fatores encontrados por Wathier, Dell’Aglío e Bandeira (2008) foram descritos como: afetivo-somático, que agrupa os sentimento de tristeza, solidão, ser mau, preocupações pessimistas, irritabilidade, ideação suicida, incluindo também vontade de chorar, fadiga, e preocupação com adoecimento ou dores; o segundo fator, relação com o outro, traz itens que avaliam a dificuldade de se relacionar com os outros, falta de prazer nas atividades, auto depreciação, redução de interesse social e sensação de desamor; o último fator, desempenho, diz respeito às autoavaliações

sobre o desempenho no rendimento escolar, tomada de decisões, no comportamento agressivo e culpa por acontecimentos ruins.

Conhecendo os dados da pesquisa de Twenge e Noelen-Hoeksema (2002), Kovacs (2015) realizou o processo de repadronização do instrumento para a aplicação deste em uma população infanto-juvenil do século XXI. Inicialmente, foi realizada uma revisão dos itens do CDI, ao que Kovacs adicionou quatro itens: um sobre hipersonia (sono em excesso), um outro sobre apetite em excesso, um sobre irritabilidade, e um último sobre dificuldades de memória (KOVACS, 2015).

A intenção da mudança foi de ampliar a abrangência de sintomas que o instrumento pode avaliar, considerando que as descobertas da Psicologia Clínica dos últimos anos demonstraram que crianças podem apresentar uma maior gama de sintomas da depressão do que se acreditava em décadas passadas (KOVACS, 2011; KOVACS, 2015), que englobam problemas de concentração e raciocínio; irritabilidade; hipersonia, etc. (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013).

Esses novos critérios foram adicionados ao DSM-IV, aperfeiçoando o diagnóstico da depressão infantil. Atualmente, o DSM-V apresenta três diagnósticos possíveis para a depressão infantil: Transtorno Disruptivo da Regulação do Humor, Transtorno Depressivo Maior, Transtorno Depressivo Persistente (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013). O Transtorno Disruptivo da Regulação do Humor foi adicionado para diferenciar a depressão infantil de diagnósticos de bipolaridade (FRAGA, 2015). Uma das características desse transtorno é a irritabilidade crônica que pode se manifestar de duas maneiras: explosões de raiva frequentes ou agressões contra si, propriedades ou contra outros (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013). Esse critério também está presente no Transtorno Depressivo Maior.

Outros comportamentos são utilizados para o diagnóstico do Transtorno Depressivo Maior, como: hipersonia, aumento do apetite, dificuldade de concentração e raciocínio (FRAGA, 2015). Todos esses critérios foram adicionados ao CDI-2 visando o refinamento do instrumento, a partir das mudanças do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (KOVACS, 2015).

Além desses itens adicionais, três itens já presentes no CDI sofreram reformulações semânticas, para clarificar o seu significado e dois itens foram eliminados por não avaliarem atributos da depressão (KOVACS, 2015). A versão atualizada, CDI 2, do questionário de autorrelato apresenta 28 itens; a versão original do questionário, CDI, apresenta 27 itens (KOVACS, 1983, CRUVINEL; BORUCHOVITCH, 2008; CRUVINEL; BORUCHOVITCH; SANTOS, 2008, WATHIER; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 2008).

5.2 Estrutura do CDI 2

Para conduzir uma avaliação multifacetada de uma determinada criança, o CDI 2 inclui um questionário completo de autorrelato da criança ou adolescente, além de

uma escala de avaliação da criança ou adolescente a partir da percepção dos pais ou cuidadores e outro instrumento com a mesma finalidade, para o relato das observações dos professores. Ainda há uma escala de autorrelato reduzida, recomendada se um rastreamento rápido é necessário ou uma administração do completo não é viável (KOVACS, 2015). Deste modo, percebe-se a operacionalização de uma avaliação a partir de autorrelato e heterorrelato, que podem mutuamente contribuir para maior confiança da validade e confiabilidade do processo avaliativo no público infanto-juvenil.

Esta operacionalização é coerente com a atribuição de que a escola pode ter papel muito importante, em especial do professor, na identificação dos sintomas depressivos nos seus alunos, que se torna fundamental na orientação para a família, para o diagnóstico e busca pelo tratamento adequado. Acredita-se que também cabe à instituição de ensino acolher os familiares, além de oferecer suporte para as crianças, para que assim possam ser minimizados, da melhor forma possível, os fatores estressores do ambiente (CRUVINEL & BORUCHOVITCH, 2014).

As características sofisticadas do CDI 2, como escalas específicas para Problemas Emocionais e Funcionais, subescalas adicionais e normas de idade e sexo, apoiam firmemente o modelo teórico de sintomas depressivos em jovens. Além disso, as escalas sobre problemas funcionais em relação a colegas, escola e família mostram relevância para a população-alvo. As abordagens de amostragem do CDI 2, como correspondência e estratificação com base em idade, sexo, raça/ etnia e regiões geográficas nos Estados Unidos, reforçaram a representatividade da faixa etária de 7 a 17 anos.

Além disso, a categorização específica da amostra clínica pelos diagnósticos primários do DSM-IV (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002) aumentou a validade discriminativa. As estimativas de confiabilidade de nível alto ou adequado indicam a adequação do CDI 2 para aplicações práticas e acadêmicas. Particularmente, os coeficientes de correlação entre o autorrelato do CDI 2, o relatório dos pais e o relatório do professor apresentaram relações estatisticamente significativas entre si, mas com valores modestos. Isso sugere que todas as formas do CDI 2 medem o mesmo construto, mas representam perspectivas exclusivamente distintas sobre o funcionamento da criança (BAE, 2012).

No entanto, embora, a primeira versão do CDI (KOVACS, 1983; KOVACS, 2002) tenha sido traduzida para 43 países, o CDI 2 só possui tradução e adaptação para a língua espanhola. As amostras de validação e padronização a partir das quais se elaborou e validou o instrumento foram selecionadas apenas dentro dos Estados Unidos, de modo que um processo adaptação e validação do CDI 2 se faz necessário para que este possa ser utilizado de forma eficaz com crianças e adolescentes no Brasil, uma vez que há a necessidade do exercício de avaliações psicométricas de instrumentos psicológicos para amostras específicas, para que se legitime a sua utilização (ANASTASI & URBINA, 2000).

6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a tradução da forma longa de autorrelato para crianças e adolescentes do CDI-2, foi possível verificar que a nova versão do instrumento foi atualizada com bases nos critérios diagnósticos do DSM-V, um dos principais manuais diagnósticos de transtornos mentais.

As modificações realizadas, sejam elas semânticas, inclusão de novos itens, bem como a exclusão de outros, tiveram com objetivo a ampliação dos critérios da sintomatologia depressiva, uma vez que pesquisas no campo da Psicologia Clínica indicam um maior espectro de sintomas de tal transtorno em crianças e adolescentes. É importante mencionar também, que essa atualização leva em consideração as mudanças observadas no contexto social e como elas refletem na etiologia dos transtornos mentais e na forma em que estes se apresentam ao longo dos anos.

A tradução é a primeira etapa que favorece a adaptação transcultural dos instrumentos psicológicos, que demonstra sua importância ao observarmos os índices de prevalência do transtorno em crianças e adolescentes brasileiros, assim como, a continuidade desse processo possibilitará a utilização de equipamentos diagnósticos e de rastreio da depressão infanto-juvenil no contexto brasileiro. Outro aspecto, é a necessidade de adaptação transcultural das outras formas de resposta que o CDI 2 traz, uma vez que a observação por parte dos cuidadores e educadores são fundamentais para verificação da fidedignidade do processo avaliativo.

Por fim, elencamos ainda a indispensabilidade da verificação das qualidades psicométricas do CDI-2 para amostras de crianças e adolescentes no Brasil, para que sejam verificados aspectos de validade, fidedignidade, além do estabelecimento de normas do instrumento para o contexto brasileiro.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION [APA]. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais- DSM- IV-TR**. (C. Dornelles, Trad.). Porto Alegre: Artmed, 2002.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-V)**. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.

ANASTASI, A., & URBINA, S. **Testagem psicológica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

BAE, Y. Test review: Children's Depression Inventory 2 (CDI 2) **Journal of Psychoeducational Assessment**, 30 (3),304–308, 2012.

BARRETO F. J. N., & CIPOLOTTI, R. Sintomas depressivos em crianças e adolescentes com anemia falciforme. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, 60(4), 277-83, 2011.

BORSA, J. C., DAMÁSIO, B. F., BANDEIRA, D. R. Adaptação e Validação de Instrumentos

Psicológicos entre Culturas: Algumas Considerações. **Revista Paidéia**, v. 22, n. 53, p. 423-432, 2012.

COUTINHO, M. P. L., CAROLINO, Z. C. G., & MEDEIROS, E. D. Inventário de Depressão Infantil (CDI): evidências de validade de constructo e consistência interna. **Avaliação Psicológica**, 7(3), 291-300, 2008.

COUTINHO, M. P. L., OLIVEIRA, M. X., PEREIRA, D. R., & SANTANA, I. O. Indicadores psicométricos do Inventário de Depressão Infantil em amostra infantojuvenil. **Avaliação Psicológica**, 13(2), pp. 269-276, 2014.

CRUVINEL, M., & BORUCHOVITCH, E. Sintomas depressivos em crianças: estudos com duas versões do CDI. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 28, n. 3, p. 574-585, 2008.

CRUVINEL, M., BORUCHOVITCH, E., & SANTOS, A. A. A. Inventário de Depressão Infantil (CDI): análise dos parâmetros psicométricos. **Fracta: revista de Psicologia**, 20(2), 473-490, 2008.

FONSECA, M. H. G., FERREIRA, R. A., & FONSECA, S. G. Prevalência de sintomas depressivos em escolares. **Pediatria**, v. 27, n. 4, p. 223-232, 2005.

FRAGA, B. P. **Depressão na Infância: Uma revisão da literatura**. 39 f. Monografia (Especialização em Psicologia) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

FRIEDBERG, R. D., & MCCLURE, J. M. **A prática clínica de terapia cognitiva com crianças e adolescentes**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

FRÖJD, S. A., NISSINEN, E. S., PELKONEN, M. U. I., MARTTUNEN, M. J., KOIVISTO, A. M., & KALTIALA-HEINO, R. Depression and school performance in middle adolescent boys and girls. **Journal of Adolescence**, 31(4), 2008.

GOLFETO, J. H., VEIGA, M. H. SOUSA, L., & BARBEIRA, C. Propriedades Psicométricas do Inventário de Depressão Infantil (CDI) aplicado em uma amostra de escolares de Ribeirão Preto. **Revista Psiquiatria Clínica**, 29, 66-70, 2002.

GOMES, L. P., BARON, E., ALBORNOZ, A. C. G., & BORSA, J. C. Inventário de depressão infantil (CDI): uma revisão de artigos científicos brasileiros. **Contextos Clínicos**, v. 6, n. 2, p. 95-105, 2013.

GOUVEIA, V. V., BARBOSA, G. A., ALMEIDA, H. J. F., & GAIÃO, A. A. Inventário de Depressão Infantil – CDI: estudo de adaptação com escolares de João Pessoa. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, 44, 345-349, 1995.

KLEFTARAS, G., & DIDASKALOU, E. Incidence and teachers' perceived causation of depression in primary school children in Greece. **School Psychology International**, 27(3), 296-314, 2006.

KOVACS, M. **The Children's Depression Inventory: A self-rated depression scale for school – aged youngsters**. University of Pittsburg, 1983.

KOVACS, M., & MHS Staff. **The Children's Depression Inventory 2nd Edition (CDI 2)**. Technical manual update. Toronto, Canadá: Multi-Health Systems, 2011.

KOVACS, M. Children's Depression Inventory (CDI And CDI 2). In: R. L. Cautin (Editor) & S. O. Lilienfeld (Ed). **The Encyclopedia of Clinical Psychology**, (Vol. 5 Vol, pp. 494-499). New Jersey: Wiley-Blackwell, 2015.

NAKAMURA, E., & SANTOS, J. Q. Depressão infantil: abordagem antropológica: Child depression: anthropological approach. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 1, p.53-60, 2007.

ROCHA, T. H. R., RIBEIRO, J. E. C., PEREIRA, G. A., AVEIRO, C. C., & SILVA, L. C. A. Sintomas depressivos em adolescentes de um colégio particular. **Psico-USF**, 11(1), 95-102, 2006.

SCHWAN, S., & RAMIRES, V. R. R. Depressão em crianças: Uma breve revisão de literatura: Depression in children: A brief review of literature. **Psicologia e Argumento**, 29 (67), p .457-468, 2011.

TWENGE, J. M., & NOLEN-HOEKSEMA, S. Age, Gender, Race, Socioeconomic Status, and Birth Cohort Differences on the Children's Depression Inventory: A Meta-Analysis. **Journal of Abnormal Psychology**. 111(4), 578–588, 2002.

WATHIER, J. L., DELL'AGLIO, D. D., & BANDEIRA, D. R. Análise Fatorial do Inventário de Depressão Infantil (CDI) em amostra de jovens brasileiros. **Avaliação Psicológica**, 7(1), pp. 75-84, 2008.

SOBRE A ORGANIZADORA

Marilande Carvalho de Andrade Silva: Mestre em Ergonomia pelo Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Pernambuco-UFPE (2018). Especialista em Clínica Cirúrgica, Sala de Recuperação Pós-Anestésica e Central de Materiais e Esterilização pelo Instituto de Ensino Superior Santa Cecília (2010). Especialista em Unidade de Terapia Intensiva pelo Instituto Brasileiro de Pós-Graduação e extensão (2007). Especialista em Programa de Saúde da Família pelo Centro de Ensino Superior e Desenvolvimento (2006) e Graduada em Enfermagem pela Fundação de Ensino Superior de Olinda - FUNESO (2004). Atualmente trabalha no Hospital das Clínicas da UFPE, na Central de Materiais e Esterilização. Concursada pela UFPE desde 1992. Atuou como Enfermeira na Urgência/Emergência do HSE pela COOPSERSA (2005-2007). Atuou como Coordenadora de Enfermagem do Centro Cirúrgico e CME no Hospital Prontolinda (2007-2010). Atuou como Enfermeira de Central de Materiais e Esterilização do HSE (2012).

ÍNDICE REMISSIVO

A

Adolescência 33, 35, 36, 89, 114, 115, 145, 159, 162, 167, 168, 169, 170, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 180, 183, 184, 185, 189, 190, 191

Aleitamento materno 45, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 78, 83, 103

Alimentação artificial 50

Alimentação complementar 49, 50, 51, 52, 53, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 78

Anemia ferropriva 71, 78

Anquiloglossia 39, 40, 41, 45, 46, 48

Assistência 1, 2, 3, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 32, 33, 37, 46, 107, 118, 137, 145, 148, 149, 151, 186, 188, 189, 203

Assistência de enfermagem 2, 8, 14, 107

Autismo 101, 102, 103, 105, 106, 107, 110, 145, 146, 147, 148, 153, 155

B

Berçários 15, 16, 18, 20, 29

C

Clínica odontológica 145

Comportamento Antissocial 167, 168, 170, 174, 177

Comunicação 3, 7, 10, 11, 12, 14, 26, 81, 82, 83, 85, 103, 104, 107, 110, 145, 147, 149, 151, 152, 153, 172, 175, 188

Consumo de Alimentos 70, 71, 76, 77

Creches 16, 20, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 70, 72, 77, 79

Cuidado pré-natal 31

D

Desenvolvimento Infantil 16, 18, 19, 24, 25, 27, 28, 29, 30, 85, 86, 87, 139, 187, 188

Desmame 41, 50, 52, 59, 62, 126

Desnutrição 51, 133, 139, 140, 141, 142, 143, 144

Doença crônica 117

Doenças cardiovasculares 128, 130, 135

E

Equipe tratamento 101

Escalas de Avaliação 16, 27

Esquizofrenia 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115

Esquizofrenia infantil 108, 109, 110, 111, 112

Estudos Transversais 71

Evolução 3, 9, 29, 38, 52, 101, 103, 109, 131, 133, 165

F

Freio Lingual 40, 41, 45, 46

G

Guia Alimentar 70, 71, 72, 73, 74, 76, 78

H

Homicídio 156, 157, 159, 160, 162, 163, 164, 165

I

Idade materna 31, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 59, 64, 73, 74

Índice Apgar 31

M

Maternidades 2, 39, 42, 43, 45, 46, 49, 52, 53

Motor 16, 20, 21, 26, 27, 29, 30, 60, 84, 87, 103, 109, 113, 117, 118, 119, 124, 125, 126, 195

N

Neurocognitivo 101, 102, 103

Neurológico 117, 148

O

Obstetrícia 1, 3, 31, 204

P

Parto obstétrico 31

Paternidade 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191

Pré-escolar 70, 73, 76, 82

Protocolo Clínico 40

Psicologia 95, 97, 98, 99, 101, 102, 109, 115, 149, 155, 168, 178, 179, 180, 182, 188, 190, 191

Psicoses infantis 108, 109

Q

Qualidade ambiental 16, 17, 25, 27

R

Recém-Nascido 31, 32, 33, 37, 38, 39, 40, 42, 45, 46, 48, 194

Representações Sociais 167, 168, 169, 170, 173, 177, 178

Revisão sistemática 51, 63, 128, 130, 131, 132, 155, 179, 180, 181, 188

S

Segurança do paciente 1, 2, 3, 6, 7, 10, 14

Síndrome da Imunodeficiência Adquirida 128, 129, 130, 133, 137, 138

SUS 54, 145, 151, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202

T

Transtorno do Espectro Autista 100, 102, 103, 104, 106, 107, 109, 111, 112, 145, 146, 148, 155

Triagem 19, 21, 23, 29, 30, 42, 81, 82, 84, 85, 86, 87

V

Violência 149, 156, 157, 158, 159, 163, 164, 165, 166, 167, 188

 **Atena**
Editora

2 0 2 0