

# **Depressão na Infância: Uma revisão da literatura**

Bibiana Pereira de Fraga

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Instituto de Psicologia

Porto Alegre, junho de 2015

## **Depressão na Infância: Uma revisão da literatura**

Bibiana Pereira de Fraga

Monografia apresentada como exigência parcial do Curso de Especialização em  
Psicologia – Ênfase em Infância e Família: Avaliação, Prevenção e Intervenção – sob  
orientação dos professores  
Dra. Camila Guedes Henn e  
Dr. Cesar Augusto Piccinini

Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Instituto de Psicologia  
Porto Alegre, junho de 2015

## SUMÁRIO

|  | Pág. |
|--|------|
| Resumo.....  | 3    |
| Capítulo I   |      |
| Introdução .....   | 5    |
| Capítulo II  |      |
| Depressão Infantil .....                                 | 7    |
| 1. História e Prevalência .....                          | 7    |
| 2. Etiologia.....  | 10   |
| 3. Sintomatologia.....                                   | 13   |
| 4. A Família.....  | 16   |
| 5. A Escola.....   | 19   |
| 6. Avaliação e Diagnóstico .....                         | 21   |
| 6.1 Transtorno Disruptivo da Desregulação do Humor ..... | 25   |
| 6.2 Transtorno Depressivo Maior .....                    | 27   |
| 6.3 Transtorno Depressivo Persistente (Distímia) .....   | 28   |
| 7. Prevenção.....  | 30   |
| 8. Tratamento.....                                       | 32   |
| Capítulo III   |      |
| Considerações Finais.....                                | 34   |
| Referências.....   | 36   |

## **Resumo**

A depressão infantil é um transtorno muito complexo e é decorrente de múltiplos fatores, apresentando um surgimento crescente nas últimas décadas. A sintomatologia apresenta semelhanças com a depressão no adulto, porém apresenta algumas peculiaridades decorrente da etapa de desenvolvimento e maturidade próprias da infância. No levantamento bibliográfico realizado para este estudo, os diversos autores abordam o tema enfocando os aspectos da história da doença, prevalência, etiologia, sintomatologia, avaliação e diagnóstico, bem como a importância de pais e professores no tratamento e na prevenção. Família e escola constituem importante rede de apoio com caráter protetivo ou preditivo da doença, devendo portanto estarem incluídas nas estratégias de tratamento. Os principais sintomas mencionados como baixa autoestima, agressividade, apatia e problemas escolares são vivenciados pela criança com intenso sofrimento, que podem levar a comportamentos auto destrutivos, chegando até mesmo ao suicídio. A prevenção não dispensa o tratamento, devendo favorecer as relações vinculares afetivas positivas e proporcionar vivências favoráveis para o desenvolvimento saudável. Embora o avanço na identificação dos sintomas da depressão infantil, bem como métodos avaliativos, há necessidade de maiores aprofundamentos na questão deste transtorno na infância.

Palavras-chaves: depressão infantil, sintomatologia, diagnóstico e tratamento.

### **Abstract**

Child depression is a complex disorder and is due to multiple factors, presenting a growing emergence in recent decades. Symptoms shows similarities with depression in adults, but has some peculiarities arising from the development stage and own childhood maturity. In the literature review conducted for this study, the various authors approach the subject focusing on the aspects of the history of the disease, prevalence, etiology, symptoms, assessment and diagnosis, as well as the importance of parents and teachers in the treatment and prevention. Family and school are an important support network with protective or predictive nature of the disease and should therefore be included in treatment strategies. The main symptoms mentioned as low self-esteem, aggression, apathy and school problems are experienced by children with intense suffering, which can lead to destructive behavior self, even to the suicide. Prevention not providing treatment and should promote positive affective vinculares relations and provide favorable vivencias for healthy development. Although progress in the identification of symptoms of childhood depression and evaluation methods, there is need for further insights on the issue of this disorder in childhood.

Key-words: childhood depression, symptoms, diagnosis and treatment.

## Capítulo I - Introdução

A depressão infantil vem constituindo-se num desafio constante para os profissionais de diversas áreas, que atuam com crianças. A busca de conhecimentos para intervenções com melhores resultados está se fazendo cada vez mais necessária.

O presente trabalho tem o propósito de ampliar conhecimentos para um exercício profissional mais eficaz. Assim, o presente estudo tem por objetivo realizar uma revisão da literatura sobre depressão infantil. Mais especificamente, o presente trabalho enfoca algumas características do transtorno, tais como prevalência, etiologia, sintomatologia, os aspectos relacionados à família e escola, avaliação, diagnóstico, tratamento e prevenção.

Trata-se de um estudo exploratório, realizado através de levantamento da literatura sobre a depressão infantil. Não se pretende esgotar o assunto, mas identificar aspectos que nos remetam a futuros estudos, que subsidiem o aprimoramento do exercício profissional. A realização da revisão da literatura baseou-se no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) (APA, 2014), em um livro sobre desenvolvimento humano (Papalia, 2006), e em 28 artigos científicos, publicados no período de 1995 a 2014, obtidos em revistas de psicologia, psiquiatria e através de buscas nas bases de dados do Scielo, Pepsic, Pubmed e biblioteca virtual em saúde, a partir dos descritores: depressão infantil, e sintomatologia, diagnóstico, ou tratamento. Além disso foram consultados uma tese de doutorado (Costa, 2011) e um trabalho de licenciatura (Pires, 2004).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a depressão se tornará a doença mais comum nos próximos 20 anos. Será maior do que outros problemas de saúde, como as doenças cardíacas e o câncer, podendo ser considerada uma epidemia silenciosa (Portela & Santos, 2011; Schwan & Ramires, 2011). A previsão da OMS, bem como a própria prática profissional com crianças que apresentam transtorno depressivo, motivam a presente revisão sobre o assunto.

A depressão juvenil é composta por uma variada gama de sintomas, os quais podem ir de sintomas mais leves, como reações normais de tristeza frente a situações estressantes, até sintomas mais graves, que podem levar a uma condição clínica, geralmente salientada por uma vivência de enorme sofrimento (Fonseca, Ferreira & Fonseca, 2005). É uma doença que afeta o organismo da pessoa como um todo,

prejudicando-o em sua completude, pois não existe uma segregação entre o psíquico, o físico e o social (Camon, 2001, como citado em Coutinho, Gontiès, Araújo & Sá, 2003).

A escola e a família também podem estar relacionadas à depressão infantil, nos aspectos referentes aos padrões de relacionamentos disfuncionais, opressão, humilhação e maltrato, tanto na escola como na família. Outros fatores preditivos da depressão infantil são: problemas de relacionamento com professores e colegas, sentir-se rejeitado pelos amigos, assim como o afastamento de um dos pais do convívio da criança (Abaid, Dell’Aglío & Koller, 2010).

Outro ponto importante é o desconhecimento da doença por parte da escola, professores e pais que, embora muitas vezes não tenham o conhecimento necessário para identificar os sintomas da depressão, poderiam auxiliar no reconhecimento de características desse transtorno e realizar os encaminhamentos adequados. Por isso é fundamental fornecer maior conhecimento tanto para os pais quanto para a escola, a fim de auxiliar na identificação dos sintomas nas crianças, e encaminhar para o tratamento (Cruvinel & Boruchovitch, 2003). De fato, conforme pode ser confirmado pela prática profissional, o desconhecimento dos sintomas depressivos na infância tanto por parte tanto dos pais, quanto da escola, pode levar a um encaminhamento inadequado ou, até mesmo, à ausência de tratamento.

Dada a importância deste tema e as questões que ainda pairam sobre a abrangência do mesmo, cabe a ampliação de estudos e investigações que lancem mais luz sobre a depressão infantil, como forma de auxiliar aqueles que interagem com crianças, sejam eles profissionais da área da saúde, pais ou professores. Para tanto, neste trabalho, abordam-se, a seguir, os aspectos relacionados à história e prevalência da depressão infantil, etiologia, sintomatologia, aspectos referentes à família e à escola, avaliação e diagnóstico, mais especificamente quanto aos três tipos de transtorno depressivo que podem acometer as crianças, bem como o tratamento e a prevenção dos quadros depressivos na infância. Ao final, serão tecidas algumas considerações a respeito do trabalho e dos aspectos revisados.

## Capítulo II - Depressão infantil

### 1. História e Prevalência

A história da depressão infantil passou por diversas incompreensões e por muito tempo não foi considerada como um transtorno pertencente à infância. Os primeiros registros sobre depressão infantil são do ano de 1621, escritos por Robert Burton, sobre a anatomia da melancolia. 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 infantil foi comprovada através de pesquisas (Barbosa & Lucena, 1995). 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).

Os critérios diagnósticos do transtorno foram estabelecidos em 1970, mesmo com alguns aspectos polêmicos (Barbosa & Lucena, 1995). Enquanto alguns autores consideravam que a depressão infantil deveria ser diagnosticada como a depressão no adulto e utilizando os mesmos instrumentos para avaliação (Puig-Antich et al., 1980, como citado em Barbosa & Lucena, 1995), 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, como citado em Barbosa & Lucena, 1995). Sendo assim, havia uma falta de consenso entre os pesquisadores da época sobre os critérios diagnósticos para depressão na infância.

A depressão infantil encontra-se cada vez mais frequente em crianças e adolescentes (Barbosa, Dias, Gaião & Di Lorenzo, 1996, Cruvinel & Boruchovitch, 2009). Sua prevalência vem aumentando de forma expressiva, afirmam Cruvinel e Boruchovitch (2008), em seu estudo onde avaliaram a ocorrência da depressão infantil em crianças. Segundo informações epidemiológicas das últimas décadas, a ocorrência dos sintomas depressivos em crianças têm se mostrado maior na faixa etária entre seis e onze anos de idade (Coutinho et al., 2003).

A alta prevalência do transtorno depressivo em crianças leva-nos a refletir a respeito de vários fatores que influenciam o desenvolvimento de sintomas depressivos. Muitas pesquisas têm apresentado informações que se contrapõem, visto a sua tamanha complexidade e suas causas múltiplas (Cruvinel & Boruchovitch, 2009). Isto também se

reflete na prática clínica, atualmente, em que cada vez mais surgem casos que apresentam a sintomatologia de depressão infantil.

De acordo com Cruvinel e Boruchovitch (2008), ainda são escassos os estudos epidemiológicos brasileiros acerca da depressão infantil, porém, os resultados desses estudos têm confirmado que a depressão ocorre também em crianças. Estudos nacionais e internacionais têm demonstrado que a incidência do transtorno depressivo infantil é muito variável (Cruvinel & Boruchovitch, 2003).

Barbosa et al. (1996) afirmam que ainda é muito difícil traçar um perfil epidemiológico da depressão infantil, 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 (Cruvinel & Boruchovitch, 2008). Por consequência, de acordo com os autores, muitos pesquisadores da área acreditam que a prevalência seja muito maior do que a encontrada até hoje.

Alguns estudos com gêmeos apontam que o papel da hereditariedade no desenvolvimento da depressão infantil é pequeno (Papalia, 2006). Contudo, o autor sugere que aspectos contextuais possam ter maior relação com o problema, tais como pertencer a famílias disfuncionais e com altos níveis de depressão, além de abuso de substâncias, ansiedade e comportamentos antissociais por parte dos pais. Ele afirma, por exemplo, que filhos de mães deprimidas têm maior chance de não desenvolverem sistemas normais de regulação da atenção, da excitação e dos estados emocionais, ou seja, as primeiras interações com o cuidador podem compor a base para o desenvolvimento da depressão infantil (Papalia, 2006).

Calderaro e Carvalho (2005), afirmam que a hereditariedade é um aspecto importante, mas não a única causa do transtorno. As evidências apontam que, além da predisposição genética, também estão as condições adversas de vida.

Em estudo exploratório com crianças no qual foi avaliada a depressão infantil, comprovou-se que o transtorno atinge todas as etapas infanto-juvenis e, independente da faixa etária, gênero ou região, apresentam as mesmas características (Barbosa et al., 1996). Serrão, Klein, e Gonçalves (2007) encontraram uma significativa prevalência dos sintomas depressivos na infância e, além do aspectos citados acima, não houve expressiva diferença no nível sócio econômico e no rendimento acadêmico. No estudo de Costa (2011) foram encontrados achados semelhantes aos mencionados acima, entretanto, o nível de escolaridade mostrou-se indiferente na prevalência do transtorno.

Dentre os quadros depressivos da infância está o Transtorno Disruptivo da Desregulação de Humor, comum em crianças que frequentam clínicas pediátricas de saúde mental, tanto no Brasil como nos Estados Unidos da América. Porém, as estimativas de prevalência do transtorno não são claras e são esperadas taxas mais elevadas em crianças do sexo masculino e em idade escolar, do que no sexo feminino e em adolescentes (APA, 2014). Os dados levam a pensar sobre a possível influência do gênero e de culturas regionais sobre a predominância do transtorno, em função da maior prevalência do transtorno sobre o sexo masculino. Este pode ser um aspecto merecedor de uma futura investigação.

Nesse sentido os estudos apontam que a depressão infantil parece ser um problema de saúde cada vez mais prevalente. No entanto, não se pode afirmar com exatidão se tal aumento no índice de prevalência se justifica pelo crescente número de casos ou, por outro lado, pelo aumento do número de estudos sobre o tema. Entende-se que há necessidade de mais pesquisas para que se possa esclarecer melhor a questão da prevalência.

Sendo assim, o aumento da prevalência também faz com que se ampliem os estudos sobre a etiologia desse transtorno, analisando se as causas estão relacionadas com o aumento da prevalência. Questões referentes as possíveis causas do transtorno depressivo na infância são abordadas por diferentes autores, configurando aspectos etiológicos que podem facilitar o entendimento da complexidade desse transtorno.

## 2. Etiologia

A depressão infantil é uma doença multicausal por ser composta por uma ampla gama de fatores considerados preditivos do transtorno (Cruvinel & Boruchovitch, 2003). Dentre esses fatores, o rendimento escolar pode ser considerado o primeiro sinal de alerta para uma possível depressão infantil (Bahls, 2002). Entretanto, há uma série de fatores que influenciam diretamente na ocorrência da depressão, como o início precoce dos sintomas, a frequência e severidade dos episódios, a ocorrência de sintomas psicóticos e de fatores estressores, as comorbidades e a ausência de aderência ao tratamento (Bahls, 2002). Problemas no sistema familiar, fatores genéticos, abuso físico ou sexual, problemas escolares e separação dos pais também são considerados fatores de risco para o desenvolvimento do transtorno (Lima, 2004).

Outro fator importante são as perdas que ocorrem na infância, principalmente as perdas vinculares de um dos pais, ocasionadas pela separação do casal, e não por morte. As crianças que passam por um abrupto corte vincular têm maior probabilidade de desenvolver o transtorno depressivo na vida adulta (Zavaschi et al., 2002).

Beck (1977, 1979, como citado em Barbosa & Lucena, 1995), visando explicar a etiologia do transtorno, desenvolve uma nova compreensão da depressão infantil, em que avalia o processo de experiência afetiva infantil através de alterações em três aspectos: visão de futuro, visão do mundo e a percepção da imagem de si mesmo. Para o autor, alterações nestes três fatores podem ser indicativas de depressão infantil. Ou seja, uma distorção da autoimagem pode alterar a visão de mundo e restringir perspectivas positivas de futuro da criança.

No Transtorno Depressivo Maior em crianças um possível fator de risco é a afetividade negativa. Indivíduos que apresentam altos níveis desse tipo de afetividade mostram dificuldades para lidar com eventos estressantes da vida e parecem ter maior probabilidade de desenvolver episódios depressivos. Outro fator de risco são as experiências adversas na infância. A quantidade e variedade dessas experiências vivenciadas formam um conjunto de fatores de risco potenciais para o desenvolvimento do transtorno na infância e na vida adulta (APA, 2014). As crianças com quadro depressivo podem apresentar níveis elevados de afetividade negativa, o que se mostra como fator que dificulta a criança a enfrentar novas frustrações decorrentes do curso natural da vida.

Mericangaas e Angst (1995 como citado em Abaid et al., 2010), relacionam alguns fatores que podem facilitar o desenvolvimento da depressão em crianças e adolescentes, dentre eles o baixo nível sócio econômico, gênero feminino, aumento da idade, introspecção ou personalidade dependente, e histórico de depressão na família.

Barbosa et al. (1996), afirmam que outras patologias ou situações como, por exemplo, enfermidades crônicas, intervenções cirúrgicas, malformações corporais, diabetes, fibrose cística e hospitalizações prolongadas, podem gerar ansiedade ou quadros depressivos na infância. Por conta disso, Reis e Figueira (2001) salientam a importância de realizar o diagnóstico diferencial, visto que algumas enfermidades podem causar sintomatologia que se assemelha com um quadro depressivo.

Barbosa e Lucena (1995) afirmam que um ou repetidos eventos estressantes experienciados na infância como, por exemplo, vivências repetidas de fracasso, podem alterar a conduta de crianças, gerando sentimentos e pensamentos depressivos e facilitando, assim, o desenvolvimento da depressão infantil. Este é mais um fator que pode contribuir para o surgimento do quadro depressivo, porém não o único, tendo em vista que todas as crianças passam por repetidas vivências, muitas vezes malsucedidas.

Dentro deste contexto, Pietro e Tavares (2005) descrevem alguns eventos que geralmente são vivenciados por pessoas que cometeram suicídio, como o abuso infantil, vivências de violência, problemas de comunicação entre pais e filhos, diversas mudanças de condições de vida e alternância de cuidadores. Essas situações podem causar traumas e levar ao desenvolvimento do quadro depressivo em criança. Esses são fatores importantes que servem de alerta para as possíveis causas desse transtorno.

Problemas de sono também parecem ser fatores importantes para o desenvolvimento de sintomas depressivos. A baixa qualidade do sono está diretamente ligada às reclamações em relação ao humor irritável e depressivo, cansaço, assim como a falta de atenção, de motivação e de eficiência (Gomes, Tavares & Azevedo, 2005, como citado em Serrão et al., 2007). Ainda assim, Serrão et al. (2007) em seu estudo sobre a prevalência de problemas de sono e de depressão em crianças, obtiveram um resultado estatisticamente significativo para a associação entre problemas de sono e sintomas depressivos, considerando importante o acompanhamento adequado da criança.

Como pôde ser visto acima, são muitos os estudos que investigam as possíveis causas e fatores preditores para a depressão infantil, no entanto, parece ainda faltar estudos nacionais para identificar melhor os fatores de riscos, tanto quanto os de

proteção, as variáveis associadas ao transtorno e a sua prevalência (Cruvinel & Boruchovitch, 2008).

Os fatores etiológicos vistos acima podem ocasionar os sintomas que configuram as manifestações de depressão na infância, e se apresentam de diversas formas, que serão discutidas a seguir.

### 3. Sintomatologia

A sintomatologia da depressão infantil é constituída por um conjunto de sintomas que vão sendo evidenciados ao longo da vida da criança, nem sempre reconhecidos pelos pais, responsáveis ou demais pessoas do seu convívio.

Estima-se que 0,4% a 3% das crianças brasileiras apresentam a sintomatologia depressiva (Bahls, 2002; Serrão et al., 2007), sendo a baixa autoestima o sintoma mais frequente. De acordo com Fonseca et al. (2005), em sua pesquisa sobre a prevalência do transtorno depressivo em escolares, a baixa autoestima é um dos sintomas que ocorre com maior frequência em escolares com depressão, bem como as manifestações somáticas e a visão pessimista de si mesmo.

Sabe-se, entretanto, que os sintomas depressivos mudam conforme a idade da criança (Lima, 2004; Pires, 2004), e que até mesmo os fetos são capazes de se deprimir quando a mãe, por exemplo, desenvolve um quadro de ansiedade maternal. Daí a importância de que o período gestacional seja vivenciado com tranquilidade, a fim de até mesmo evitar situação de estresse e angústia da mãe, para que o feto não receba essas cargas emocionais e que possam prejudica-lo.

Clerget (1999, como citado em Pires 2004) salienta que os sintomas depressivos em crianças que estão na primeira infância (0 a 2 anos) podem manifestar-se pela recusa de alimentos, desenvolvimento tardio, alterações no desenvolvimento psicomotor e na linguagem, problemas de sono e enfermidades somáticas. O mesmo autor afirma ainda que crianças em idade pré-escolar podem manifestar comportamento regressivo, principalmente no aspecto psicomotor, linguagem e controle esfinteriano.

As crianças com sintomas depressivos têm que lidar com uma complexa e ampla relação entre seus sintomas e o sofrimento depressivo. Desta forma, podem desenvolver problemas de aprendizagem, educacionais, de desenvolvimento e entretenimento. Em função da depressão, as crianças podem ter dificuldade em relatar momentos de lazer e de diversão, visto que suas atividades não lhe trazem expectativa ou sentimento de prazer, demonstrando-se apáticas frente às atividades divertidas, próprias da sua idade (Spanemberg & Juruema, 2004).

As crianças depressivas geralmente se percebem como frágeis, tolas, más, e têm medo do fracasso, ou de sofrer uma injustiça. Também são sintomas frequentes do transtorno depressivo infantil a autocrítica elevada, sentimentos de inferioridade e o comportamento agressivo (Fonseca et al., 2005).

A depressão infantil é caracterizada, muitas vezes, por prolongado sentimento de falta de amigos e ausência de popularidade (Papalia, 2006). Segundo Bahls (2002), Geralmente as crianças acometidas pela depressão se queixam de não terem amigos. Dizem que os colegas não gostam delas, ou desenvolvem um apego excessivo ou exclusivo a animais (Bahls, 2002).

Os sintomas de depressão na infância são amplamente citados pela literatura. Dentre os sintomas encontrados na literatura estão: tiques, anorexia, medos, problemas de memória, baixa concentração, enurese, encoprese, ansiedade, hipocondria, aumento da sensibilidade, sentimento de rejeição e fobia escolar (Calçada, 2014). Além destes, apontam-se ainda comportamentos de extrema obediência ou submissão, distrabilidade, descuido pessoal e corporal, comportamento autopunitivo e sentimento de culpa, são relacionados ao sofrimento depressivo (Ajuriaguerra, 1976, como citado em Fonseca et al., 2005). Outros comportamentos como olhar muito tempo para o chão, permanecer com postura arqueada, cansaço, hipoatividade, fala monótona, devagar, com ausência de expressão e respostas monossilábicas, são apresentados por crianças depressivas (Spanemberg & Juruema, 2004), assim como a fadiga, atividade extrema ou apatia, sentimentos de falta de valor ou inutilidade, mudança de peso e apetite, choros, problemas com o sono, queixas físicas e pensamentos recorrentes de morte ou suicídio (Papalia, 2006).

Ainda, Calderaro & Carvalho (2005) encontraram, em sua pesquisa sobre a depressão na infância, além dos sintomas mencionados anteriormente, a ambivalência, problemas de disciplina e saúde, comportamento de risco, retraimento, mudanças abruptas de comportamento, atraso na linguagem, hiperatividade, ansiedade, problemas alimentares, humor irritável, frequentes escoriações pelo corpo, cefaléia e comportamento estranho. Geralmente a mudança de comportamento é maior quando a criança passa por situações importantes, como a separação dos pais ou o luto por uma pessoa significativa.

Bandura e Simon (1977, como citado em Abaid et al., 2010) afirmam que as pessoas, quando se encontram em um estado pessimista, são facilmente rejeitadas pelas outras pessoas e, por tal razão, o sentimento de auto desaprovação se intensifica, gerando mais pessimismo, num ciclo doentio. Bahls (1999) explica este ciclo como um processo de retroalimentação do pessimismo que se desenvolve dessa forma na organização cognitiva das pessoas deprimidas.

As crianças encontram maior dificuldade em expressar e identificar seus sentimentos por conta da etapa do amadurecimento em que se encontram. Por este motivo, podem acabar externalizando-os via somatizações, agressividade, problemas alimentares, bem como através dos sintomas típicos da depressão em adultos, tais como tristeza e falta de motivação (Calçada, 2014; Lima, 2004).

Ballone (2010) afirma que a depressão infantil, por ter sintomatologia diferente da do adulto é referida como atípica, sendo que os verdadeiros sentimentos depressivos são mascarados pelo humor irritado, comportamento agressivo, hiperatividade e rebeldia. Em crianças de tenra idade, o quadro depressivo é manifestado de forma ainda mais atípica, pois pela sua imaturidade e incapacidade de comunicação verbal, não conseguem expor seu verdadeiro estado emocional, sendo assim expressada geralmente pela hiperatividade. Na prática clínica identificam-se esses sintomas citados pelos pesquisadores e geralmente, eles se apresentam pelo comportamento agressivo, por ser a forma comum e primária de externalização dos sentimentos da criança.

Conforme o que foi mencionado anteriormente, os sintomas somáticos e psicológicos se apresentam de diferentes formas, de acordo com a idade. Em cada faixa etária a sintomatologia se apresenta de forma diferente, conforme o amadurecimento e a fase de desenvolvimento de cada criança. À medida que o psiquismo vai se desenvolvendo, os sintomas psicológicos tornam-se mais evidentes. O sintoma de baixa autoestima e da auto-imagem negativa também é apontado pelos autores consultados (Fonseca et al., 2005; Calçada, 2014) como os mais presentes no transtorno depressivo infantil.

Os sintomas da depressão infantil geralmente aparecem no sistema familiar, nem sempre sendo reconhecidos como tais pelos pais ou responsáveis. Assim sendo, abordar-se-á também aspectos da família relacionados à depressão na infância.

#### 4. A Família

A família tem sido considerada a principal rede de apoio durante as etapas da infância e adolescência, afirma Steinberg (1999, como citado em Abaid et al., 2010). O cuidado afetivo nos primeiros estágios do desenvolvimento humano é fundamental. O efeito bioquímico que tem as ligações afetivas entre pais e filhos exerce grande influência no desenvolvimento físico e psíquico (Andrade, 2003, como citado em Calderaro & Carvalho, 2005). Por esse motivo, é importante que os pais construam um ambiente saudável para o desenvolvimento dos filhos e supram suas necessidades básicas, caso contrário, mecanismos de defesa específicos da criança podem ser acionados para auxiliar no manejo das dificuldades. Por conta disso, o desenvolvimento das estruturas de personalidade da criança podem ser prejudicadas, visto que estão ainda em desenvolvimento nessa etapa da vida (Rotondaro, 2002).

Enquanto para alguns autores a configuração monoparental pode ser considerada como um fator de risco (De Antoni & Koller, 2000, como citado em Abaid et al., 2010), para outros, mais do que a configuração, o que importa é a dinâmica familiar e suas relações (Yunes, 2003). Entende-se, entretanto, que a configuração monoparental pode determinar uma dinâmica familiar diferente de outras configurações que possam existir, portanto estes fatores podem estar relacionados.

A disfuncionalidade dos sistemas familiares pode ser considerada como um fator de risco para o desenvolvimento da depressão na infância (Cruvinel & Boruchovitch, 2009), e pode estar diretamente ligada a situações de violência. Por essa disfuncionalidade no sistema familiar e a exposição a situações de violência doméstica, as crianças e adolescentes ficam vulneráveis a acidentes, doenças e discriminação, podendo ser necessário a institucionalização em casos mais graves, quando a família não consegue desempenhar seu papel de proteção (Abaid et al., 2010).

Famílias com pais depressivos ou ausentes podem facilitar o desenvolvimento da depressão em seus filhos, (Rodriguez-Sacristan e Caballero Andaluz, 1990, como citado em Barbosa & Lucena, 1995). Milavic (1985, como citado em Andriola & Cavalcante 1999) já ressaltava a importante relação entre pais deprimidos e a depressão infantil, tendo em vista que as crianças cujos pais possuem diagnóstico de depressão, têm maior probabilidade de desenvolverem depressão. Entende-se que, além das chances hereditárias da doença, há também a questão do comportamento depressivo aprendido pelos filhos.

Lima (2004) afirma que há um maior número de crianças depressivas nas famílias onde um dos pais apresenta depressão, do que nas outras em que não existe esta doença. O autor relaciona isso a uma possível falta de afeto e felicidade nesse ambiente familiar, além da ambivalência dos pais, que poderá resultar em dificuldades de comunicação agregada ao afeto disfórico.

Sendo assim, quando um dos pais possuir algum tipo de transtorno psíquico pode ser considerado como fator de risco para a criança também desenvolver algum transtorno. Usualmente os filhos tendem a apresentar os mesmos problemas dos pais, além de outros transtornos mentais e conduta disfuncional. Por isso é necessário que os pais também procurem tratamento, a fim de promover a saúde mental de seus filhos. Caso contrário, há grandes chances de o tratamento da criança não ter sucesso (Calderaro & Carvalho, 2005).

Hasan e Power (2002, como citado em Cruvinel & Boruchovitch, 2009), apontam, em seu estudo sobre o pessimismo e otimismo em crianças, que o pessimismo foi encontrado em crianças com mães depressivas. Já Ferriolli, Marturano e Puntel (2007, como citado em Cruvinel & Boruchovitch, 2009), também encontraram relação entre o estresse materno e as dificuldades emocionais apresentadas pelas crianças. Ambos os autores propõem que o diagnóstico e tratamento dos pais pode ser um método eficaz de prevenção dos transtornos infantis.

As famílias passam por diversas dificuldades, como problemas de reestruturação, permeados, muitas vezes, por privações, como pais com alguma enfermidade crônica, disputa familiar, conflitos familiares, problemas econômicos e financeiros, além de instabilidade nas relações entre os membros. Estes são alguns dos problemas que geram um ambiente familiar insatisfatório para o desenvolvimento infantil e que facilitam o desenvolvimento da depressão (Barbosa & Lucena, 1995).

As práticas parentais podem influenciar na saúde psíquica das crianças e adolescentes (Cruvinel & Boruchovitch, 2009). Pais muito permissivos ou autoritários são um exemplo de práticas inadequadas que podem influenciar o desenvolvimento da depressão infantil. Os filhos desses dois tipos de pais podem apresentar sintomas somáticos semelhantes, tais como obesidade, estereotípias motoras, ofiofagia, choros sem motivo aparente, manipulação dos genitais. Quando o autoritarismo permeia a relação, os filhos tendem a apresentar sintomas como sentimento de ansiedade, comportamento compulsivo, agressividade, perplexidade, dores de cabeça e manipulação de fezes (Barbosa & Lucena, 1995).

De acordo com Lima (2004), geralmente a sintomatologia depressiva da criança funciona como resposta aos problemas familiares. Nessas famílias de pais muito autoritários ou permissivos, são verificadas, com frequência, atitudes agressivas dos pais, disciplina inadequada com caráter punitivo, desavença conjugal, e rejeição.

Por outro lado, um ambiente familiar permeado por relações saudáveis entre seus membros, onde há suporte e apoio afetivo, pode facilitar a recuperação da criança ou adolescente com depressão. Ou seja, neste caso, a família tem um caráter protetivo, pois auxilia na prevenção do desenvolvimento de problemas psicológicos (Cruvinel & Boruchovitch, 2009).

Cruvinel e Boruchovitch (2009) verificaram, em sua pesquisa com crianças depressivas, que a entrada da mulher no mercado de trabalho, ou seja, essa ausência junto a criança, pode ter contribuído para o aumento da prevalência de sintomatologia depressiva na criança. Porém, os autores ressaltam a importância de mais estudos que viabilizem analisar, com maior profundidade e de forma mais representativa, as questões familiares que podem interferir no desenvolvimento de quadros depressivos.

Com relação à família, tanto as práticas educativas parentais, como o ajustamento emocional dos pais são fatores que estão fortemente ligados à saúde psíquica de seus filhos. Por este motivo supõe-se que o tratamento da criança deveria abranger o sistema familiar (Cruvinel & Boruchovitch, 2009).

É necessário que os pais se dediquem e dêem a devida atenção ao problema, buscando uma boa intervenção, caso contrário, o quadro poderá se agravar ainda mais. Pais que apresentam atitudes negativas frente à situação, fazem com que os filhos se isolem, desenvolvam baixa autoestima, apresentem alterações afetivas e evoluam para um quadro depressivo (Barbosa & Lucena, 1995).

Além da família, a escola também é um dos ambientes onde se manifestam os sintomas depressivos da criança. Esta, muitas vezes, exige mais da criança do que o próprio grupo familiar. O contato com outras crianças, a necessidade de pertencer a um grupo na escola, trocas de professores, exigências de tarefas, podem propiciar a manifestação dos sintomas depressivos. Dada a importância da vida escolar para a criança, dar-se-á a seguir enfoque na escola.

## 5. A Escola

A escola, a princípio, é para a criança um lugar de interesse, onde ela encontra com seus amigos e colegas. Porém, pode ser também um lugar estressante pela competitividade. Esse estresse geralmente desaparece quando a criança volta para casa e o ambiente familiar é menos exigente (Barbosa & Lucena, 1995).

A depressão infantil está diretamente ligada à escola, visto que os sintomas depressivos também estarão presentes neste contexto. A diminuição do rendimento escolar pode ser um dos primeiros sinais de alerta para uma possível depressão, e é um dos principais motivos de preocupação dos pais, visto que supervalorizam este indicador. Além da diminuição do rendimento escolar que leva, geralmente, ao fracasso escolar, a dificuldade de aprendizagem também é considerada como possível causa e/ou consequência da depressão na infância (Barbosa & Lucena, 1995).

Abaid et al. (2010) demonstraram, através de seu estudo com crianças, que problemas escolares ou familiares podem intensificar os sintomas depressivos, e esses sintomas podem externalizar-se de diversas formas na escola (Cruvinel & Boruchovitch, 2003).

De acordo com Weinberg (1989, como citado em Cruvinel & Boruchovitch, 2003), é importante ter cautela ao avaliar os sintomas depressivos associados ao baixo rendimento escolar, no sentido de identificar qual dos fatores antecede o outro, ou seja, a depressão pode ser resultante de uma dificuldade escolar ou ela pode ocasionar a dificuldade. Essa avaliação é fundamental para o adequado tratamento, visto que o enfoque seria diferente conforme o fator que deu a origem à depressão.

Em um estudo sobre depressão infantil, realizado com 290 crianças na faixa etária entre sete e quatorze anos, concluiu que 82% dos indivíduos com sintomatologia depressiva também apresentavam baixo rendimento escolar (Galindo, 1988, como citado em Barbosa et al., 1996). Dessa forma, entende-se que é importante avaliar adequadamente esse fator, visto a sua tamanha relação com a depressão infantil.

Outro fator que merece ser mais bem investigado é a influência da escola e dos professores sobre a criança, pois estes parecem exercer um papel fundamental na manutenção do autoconceito positivo ou negativo dos alunos (Cubero & Moreno, 1995, como citado em Abaid et al., 2010). Os professores auxiliam a crianças a formar a própria opinião sobre suas competências individuais e sociais (Dias et al., 1996).

As crianças depressivas com irritabilidade crônica geralmente podem não conseguir obter sucesso escolar devido a sua baixa tolerância à frustração. Assim elas acabam não participando da aula, e não desenvolvem as atividades em sala e apresentam dificuldades em se relacionar. Podem, por isso, ser rejeitadas pelas crianças saudáveis, tendo dificuldades em iniciar e manter amizades (APA, 2014).

Crianças que fracassam na escola sentem-se responsáveis e culpadas por tudo de negativo que ocorre com elas e com sua família, como pelos episódios de brigas e desentendimentos. Por conta disso, sua autoestima pode diminuir, não permitindo formar um bom autoconceito, nem se relacionar adequadamente com outras crianças, principalmente com aquelas com melhores notas, perdendo, assim, sua espontaneidade (Barbosa & Lucena, 1995).

Outro fator de risco da depressão, e que pode levar até mesmo ao suicídio dos jovens que o vivenciam de forma repetida, tanto no papel de vítima quanto de agressor, é o *bullying* (Abaid et al., 2010). Este fenômeno do *bullying*, que não é tema deste trabalho, ocorre há muito tempo nos ambientes das crianças, como nas escolas, mas só recentemente vem recebendo maior atenção.

A depressão infantil, por ser uma doença muito complexa, muitas vezes não é adequadamente identificada pelos professores, que frequentemente associam os sintomas apenas a um problema de aprendizagem. Essa falta de conhecimento sobre o transtorno depressivo infantil pode acabar em encaminhamentos inadequados realizados pela escola e, conseqüentemente, interferindo diretamente no tratamento da doença (Colbert et al., 1982, como citado em Cruvinel & Boruchovitch, 2003).

Seria importante que os pais se dediquem e deem devida atenção ao problema, buscando uma boa intervenção, pois ao contrário, o quadro poderá se agravar ainda mais. Pais que apresentam atitudes negativas frente à situação, fazem com que os filhos se isolem, desenvolvam baixa autoestima, apresentem alterações afetivas e evoluam para um quadro depressivo (Barbosa & Lucena, 1995).

A interação entre pais e professores é fundamental nos quadros de depressão infantil, uma vez que as atitudes de ambos interferem diretamente para o agravamento ou melhora do transtorno. O conhecimento dos sintomas da depressão infantil, tanto por parte dos pais, como dos professores, é necessário para o adequado encaminhamento para profissionais capacitados a fim de proceder a avaliação e diagnóstico do transtorno, ao qual será tratado a seguir.

## 6. Avaliação e Diagnóstico

A literatura aponta que os pais ou responsáveis podem apresentar certa dificuldade em perceber sintomas depressivos em seus filhos, mesmo quando estes se manifestam através de problemas de comportamento, o que pode contribuir para o agravamento do quadro (Soares, 2003, como citado em Cruvinel & Boruchovitch, 2009). Por outro lado, quando percebem algum problema, mesmo que sem saber tratar-se de depressão, normalmente buscam ajuda do pediatra (Reis & Figueira, 2001).

A sintomatologia apresentada pelas crianças e adolescentes pode passar despercebida em casa, na escola e inclusive em consultas pediátricas. Na maioria das vezes, o primeiro profissional a atender a criança é o pediatra, por isso, é importante que este consiga identificar possíveis sintomas de depressão, bem como tratá-los ou encaminhar para tratamento especializado. Para tanto, os profissionais devem estar alertas não somente para a abordagem dos problemas orgânicos, mas também para a depressão juvenil e outros problemas de saúde mental que exigem tratamento e acompanhamento adequado. (Fonseca et al., 2005).

Algumas vezes, os pediatras e outros profissionais de saúde não dão a importância necessária aos sintomas depressivos apresentados pelas crianças e adolescentes (Barbosa et al., 1996) ou então encontram dificuldade para realizar o diagnóstico (Calçada, 2014), contribuindo, assim, para o agravamento do quadro depressivo. Muitas vezes, a depressão infantil também acaba se tornando um diagnóstico difícil pelas particularidades deste transtorno na infância (Calçada, 2014). Calderaro e Carvalho (2005) apontam, ainda algumas dificuldades que os médicos encontram na identificação dos sintomas emocionais, tais como: sobrecarga de trabalho, curto tempo de duração das consultas, mudança de pediatras e falta de serviço de atendimento psicológico na rede de saúde pública.

As manifestações do transtorno se apresentam de forma diferente em crianças pelo processo de desenvolvimento. No adulto, a baixa autoestima pode ser representada por um sentimento de culpa e na criança como, por exemplo, um ciúme patológico do irmão mais novo (Calçada, 2014). Sendo assim, os sintomas depressivos na infância nem sempre se manifestam de forma clara, o que acaba contribuindo para a dificuldade do diagnóstico (Scivoletto & Tarelho, 2002). Portanto, para melhor avaliação, é necessário que a criança receba auxílio psicológico ou psiquiátrico, visto que a depressão, em casos mais graves, poder levar ao suicídio, (Papalia, 2006).

Outra dificuldade apontada para o diagnóstico de depressão infantil são as comorbidades comumente encontradas, como o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), transtorno de conduta, transtorno desafiador opositivo e transtorno de ansiedade, além dos sintomas, como por exemplo, o humor irritado, comportamento agressivo, hiperatividade e a rebeldia, que mascaram os sentimentos depressivos da criança (Bahls, 2002; Ballone 2010; Scivoletto & Tarelho, 2002). Muitas vezes, os sintomas depressivos são associados à essas comorbidades e não ao próprio transtorno depressivo, sendo assim a criança acaba recebendo outros tipos de diagnósticos. Os sintomas depressivos também acabam sendo considerados como preditores de outras patologias. (Bahls, 2002)

Pelo fato de os sintomas depressivos estarem relacionados, na maioria das vezes, a outro diagnóstico, como os citados anteriormente, é importante o papel da psicoterapia, com abordagem individualizada, para o diagnóstico e tratamento desse transtorno (Grote e Frank, 2003, como citado em Schwan & Ramires, 2011).

Visto que a sintomatologia da criança muda conforme a etapa do desenvolvimento em que se encontra, e pela dificuldade que ela pode ter em descrever seus sentimentos, é importante analisar as formas de comunicação pré-verbal como, por exemplo, expressão facial e postura corporal, os desenhos realizados pela criança e mudanças abruptas do comportamento (Baptista & Golfeto, 2000). Uma cuidadosa atenção é necessária para as mudanças de comportamento, pois assim possibilitam verificar e comparar a variação do funcionamento anterior com o atual. (Spanemberg & Juruema, 2004).

Episódios de tristeza em crianças necessitam ser bem avaliados pelo clínico, considerando sua gravidade, duração e sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo, pois nem sempre são considerados patológicos (APA, 2014; Cruvinel & Boruchovitch, 2008).

A criança, quando apresenta um quadro depressivo, pode envolver-se em situações de risco, mesmo que tenha consciência do perigo, pois os conflitos inconscientes prevalecem e fazem com que ela o manifeste em formas de comportamento de risco, como, por exemplo, ataques impulsivos de agressividade, se atirar de lugares altos e sair correndo na rua. Tal comportamento pode ser visto como uma forma de a criança conseguir chamar a atenção das pessoas para o seu sofrimento (Souza & Eisenstein, 1993, como citado em Calderaro & Carvalho, 2005).

Por conta disso, devemos ter o cuidado ao avaliar o comportamento de risco em crianças, para que não seja cometido um equívoco na diferenciação, por exemplo, entre acidente doméstico e tentativa de suicídio, já que crianças, assim como os adultos, também podem manifestar o desejo de morrer (Angerami-Camon, 2002, como citado em Calderaro & Carvalho, 2005). Contudo, esses comportamentos de risco, muitas vezes, não são tão efetivos como nos adolescentes e adultos, por isso a atitude pode ser geralmente considerada como “coisa de criança”.

O diagnóstico precoce é muito importante para que o tratamento seja logo iniciado e torne mais fácil a modificação dos comportamentos depressivos, tendo em vista que, ao longo do tempo, estes podem se tornar mais resistentes à mudança (Andriola & Cavalcante, 1999). Quanto mais tempo demorar para estabelecer o diagnóstico do transtorno e dar início ao tratamento, mais difícil poderão ser essas modificações, visto que os comportamentos depressivos poderão arraigar-se com o passar do tempo.

A avaliação correta do transtorno depressivo permitirá o encaminhamento para a intervenção, sabendo que essa doença pode se agravar e perdurar pela idade adulta, sendo fundamental a abordagem terapêutica para tratamento da depressão infantil (Bahls & Bahls, 2003).

Muitos instrumentos foram criados para avaliar a depressão na infância. Porém, algumas escalas apresentam inconveniências em sua aplicação, como linguagem difícil para as crianças (Barbosa & Lucena, 1995). Os mesmos autores ainda afirmam que alguns itens das escalas do *Children's Depression Inventory – CDI* criado por Kovacs em 1985 e o *CDRS-R (Children's Depression Rating Scale)* criado por Poznanski em 1984, não são específicos da sintomatologia infantil, enquanto outros restringem-se apenas a um sintoma, desconsiderando outros, com o argumento de serem irrelevantes para o diagnóstico clínico.

Alguns autores concordam que a depressão é um transtorno que aparece com frequência na população infantil e salientam a importância de estudos na área de avaliação dos sintomas, assim como a adaptação de instrumentos de medida psicológica à população infantil brasileira (Andriola & Cavalcante, 1999; Barbosa et al., 1996; Cruvinel & Boruchovitch, 2008). O aprimoramento e evolução dessas pesquisas facilitarão a descrever melhor os critérios diagnósticos e a prevalência da depressão infantil em nosso contexto, contribuindo, assim, para o trabalho dos clínicos (Barbosa et al., 1996; Cruvinel & Boruchovitch, 2008).

Como forma de adaptar o *Beck Depression Inventory* – *BDI* (Beck, 1961), foi desenvolvido o *Children's Depression Inventory* – *CDI* (Kovacs, 1985), que pode ser aplicado em crianças e adolescentes com idades entre sete e dezessete anos, para a avaliação de alterações afetivas. Este se apresentou como um bom instrumento de *screening*, visto que as crianças com depressão obtiveram maior pontuação (Barbosa & Lucena, 1995; Cruvinel & Boruchovitch, 2009). Em estudo sobre a prevalência do transtorno depressivo na infância, o *CDI* permitiu avaliar, além de sintomas vegetativos, a conduta social, rendimento escolar, disforia, isolamento social, pessimismo, desprezo e autoestima (Barbosa et al, 1996). Em outra pesquisa que utilizou a escala *CDI* (Kovacs, 1985) como instrumento de avaliação de sintomas depressivos nas crianças em idade escolar, foi encontrado um resultado significativo para os sintomas depressivos, incluindo os mais graves, como intenção e ideação suicida (Fonseca et al. 2005). De forma semelhante, no estudo realizado por Coutinho, Carolino e Medeiros (2008), utilizando o mesmo instrumento, obteve-se também um resultado satisfatório para a depressão infantil. Para os autores citados acima, que utilizaram o *CDI* em suas pesquisas, o instrumento mostrou-se relevante para a identificação dos sintomas depressivos na infância.

Além deste instrumento, outras escalas foram criadas. De acordo com Barbosa e Lucena (1995), O *CDRS-R* (*Children's Depression Rating Scale*) foi criado por Poznanski em 1984 e se tornou um instrumento muito utilizado para diagnosticar a depressão infantil. Barbosa, Dias, Gaião, e Di Lorenzo (1997) avaliam o instrumento como confiável para diagnóstico da depressão infantil, por apresentar características psicométricas bem coerentes.

Já a Escala de Sintomatologia Depressiva para Mestres (*ESDM-P*) que foi criada por Domènech & Polaino-Lorente em 1990, de acordo com Dias et al. (1996), é outro instrumento muito utilizado em pesquisas para mensurar a depressão infantil. Esta permite identificar os sintomas depressivos em crianças através das informações fornecidas pelos professores, verificando a sintomatologia que a criança apresenta na escola. Assim, quanto maior o escore obtido, maior é a possibilidade de a criança desenvolver depressão (Dias et al., 1996). Os mesmo autores ainda afirmam, com base em sua pesquisa realizada com crianças com idade entre oito e doze anos, que a escala *ESDM-P* mostrou-se muito relevante como instrumento adicional para o diagnóstico da depressão em crianças, lembrando que os professores são uma boa fonte de informação

sobre o comportamento das crianças, visto que, em geral, são os que mais convivem com elas, depois da família.

Para realizar uma avaliação psicológica adequada é necessário que o profissional integre os sintomas apresentados pela criança com os dados obtidos durante o processo de diagnóstico, como: histórico familiar, dinâmica da família e dos sintomas da criança, suas interações sociais, interação com o avaliador, bem como o conteúdo de suas projeções lúdicas e da aplicação de testes projetivos (Calçada, 2014).

A entrevista com os pais também é um dado importante que, além de verificar o histórico de depressão na família, visto que o fator genético é relevante, pode-se analisar a situação familiar e obter informações sobre a conduta da criança. Outra forma de obter informações sobre a conduta é pelas informações adquiridas com os outros profissionais que atendem a criança, como pediatra e professores. Todo esse processo traz dados que, junto com os sintomas, fornecem maior consistência para realizar o diagnóstico (Calçada, 2014).

O diagnóstico correto é fundamental e determinante para que o tratamento da depressão seja adequado. Para tanto, existe o DSM-5 (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), desenvolvido pela Associação Psiquiátrica Americana (APA, 2014), o qual é, geralmente, o mais utilizado para diagnosticar o transtorno depressivo infantil. O DSM-5 apresenta três possíveis diagnósticos de depressão que podem se manifestar na infância, como o Transtorno Disruptivo da Desregulação do Humor, o Transtorno Depressivo Maior, e o Transtorno Depressivo Persistente, também conhecido como Distímia (APA, 2014).

### **6.1 Transtorno Disruptivo da Desregulação do Humor**

Devido ao potencial de diagnósticos e tratamentos excessivos do transtorno bipolar em crianças, o DSM-5 acrescentou um novo diagnóstico, o transtorno disruptivo da desregulação de humor, referente a crianças até 12 anos de idade que apresentam irritabilidade persistente e episódios frequentes de descontrole comportamental extremo. A sua inclusão no capítulo dos Transtornos Depressivos é referente aos achados de que as crianças com esse padrão de sintomas, tipicamente desenvolvem transtornos depressivos unipolares ou transtornos de ansiedade, em vez de transtorno bipolares, quando ingressam na adolescência e na idade adulta (APA, 2014).

O Transtorno Disruptivo da Desregulação do Humor apresenta como característica principal a irritabilidade crônica grave, podendo apresentar duas manifestações clínicas. A primeira é evidenciada pelas frequentes explosões de raiva, que geralmente ocorrem em resposta à frustração e podem ser verbais ou comportamentais, na forma de agressão contra propriedade, a si mesmo ou aos outros. Essas alterações ocorrem com frequência de, aproximadamente, três ou mais vezes por semana, por pelo menos um ano e em mais de um ambiente como, por exemplo, em casa e na escola. A segunda manifestação consiste no humor irritável ou zangado que está presente nas explosões de raiva. Este humor deve estar presente na maior parte do dia, quase todos os dias, e ser observável por outras pessoas no ambiente da criança (APA, 2014).

O início desse transtorno ocorre antes dos 10 anos de idade. Como os sintomas provavelmente se modificam à medida que a criança cresce, esse diagnóstico deve ser restringido à faixa etária em que foi validado, entre sete e dezoito anos. As crianças com menos de seis anos não devem ser diagnosticadas com o transtorno (APA, 2014).

Crianças com histórico de irritabilidade crônica geralmente apresentam histórias extensas e complicadas relacionadas ao humor, sintoma esse que, quase sempre, se manifesta antes que todos os outros critérios para o transtorno sejam satisfeitos. Também é comum a criança desenvolver o transtorno disruptivo da desregulação de humor ao invés do transtorno bipolar, antes de entrar na adolescência, e seus sintomas podem se tornar menos comuns quando se encaminham para a idade adulta (APA, 2014). Muitas crianças podem ser diagnosticadas com transtorno de oposição desafiante, transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade (TDAH), transtorno de ansiedade, ou transtorno depressivo maior, cujos critérios são semelhantes (APA, 2014).

No transtorno disruptivo da desregulação de humor, a irritabilidade crônica grave está diretamente associada a forte perturbação na família da criança, nas relações com os pares, como também no desempenho escolar. O comportamento de risco, ideação suicida ou tentativas de suicídio, agressão grave e hospitalização psiquiátrica, são comuns nesse transtorno (APA, 2014).

Sendo assim, como o humor irritável afeta diretamente as relações, tanto familiares como na escola, faz-se necessário atentar para a identificação desses sintomas com o intuito de encaminhar para melhor avaliação, já que a falta de tratamento adequado pode levar ao agravamento dos sintomas e trazer maiores prejuízos à vida da criança.

## 6.2 Transtorno Depressivo Maior

A principal característica do transtorno depressivo maior é o humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias. Em crianças ou adolescentes esse critério diagnóstico pode ser apresentado pelo humor irritável (APA, 2014).

São também critérios diagnósticos a acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas, ou quase todas as atividades do dia, perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta, aumento ou redução do apetite, insônia ou hipersonia, agitação ou retardo psicomotor, fadiga ou perda de energia, sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada, capacidade diminuída para pensar ou concentrar-se, pensamentos recorrentes de morte, ideação suicida recorrente sem um plano específico, uma tentativa de suicídio ou um plano específico para cometer suicídio (APA, 2014).

Para o diagnóstico os sintomas devem persistir na maior parte do dia, quase todos os dias, por pelo menos duas semanas seguidas e devem ser acompanhados pelo sofrimento ou prejuízo significativo no funcionamento social ou em outras áreas da vida da criança (APA, 2014).

A alta mortalidade está associada a esse transtorno, com altos índices de suicídios. Durante os episódios depressivos maiores existe, constantemente, a possibilidade de comportamentos suicidas (APA, 2014). Sendo assim é necessário que tanto a família como a escola estejam atentos a este tipo de transtorno, visto sua gravidade. A rápida ação da família e da escola, ao encaminhar a criança para avaliação, é importante para prevenir o agravamento dos sintomas e o risco de suicídio.

Os sintomas podem iniciar em qualquer idade, porém, a probabilidade de aparecer na puberdade é maior. O curso dos sintomas é muito variável, pois algumas pessoas dificilmente experimentam a remissão, enquanto outros vivem muitos anos com poucos ou nenhum sintoma entre os episódios. A probabilidade de recuperação em curto prazo está associada ao início precoce dos sintomas, e o risco de recorrência torna-se menor à medida que aumenta a duração da remissão (APA, 2014). Dessa forma, pode-se concluir que quanto maior o espaço de tempo em que a criança não apresentar os sintomas, menor será a probabilidade de retorno dos mesmos.

A baixa tolerância à frustração bem como a distrabilidade podem ocorrer tanto em um transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade (TDAH), quanto em um episódio depressivo maior. Quando ambos os critérios diagnósticos são satisfeitos, o transtorno depressivo maior pode ser diagnosticado em conjunto com o TDAH. É necessário,

porém, ter cautela para não supervalorizar um episódio depressivo maior em crianças com TDAH, no qual sua principal perturbação de humor é a irritação, e não a tristeza, ou perda de interesse (APA, 2014).

Diante disto entende-se que os sintomas de um transtorno, muitas vezes, podem estar relacionados aos de um outro transtorno, havendo a necessidade de uma melhor avaliação para a conclusão do diagnóstico. As comorbidades presentes podem dificultar o enquadramento dos sintomas a um determinado tipo transtorno, dificultando o encaminhamento para o profissional adequado, bem como o tratamento da criança.

### **6.3 Transtorno Depressivo Persistente (Distímia)**

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, aproximadamente 180 milhões de pessoas, ou seja, 3% da população, sofre de distímia, que é caracterizada como uma forma crônica da depressão que se apresenta de forma mais branda, onde os sintomas não satisfazem o critério para a depressão maior, pois o neste transtorno a pessoa apresenta sua capacidade de funcionamento preservado (Portela & Santos, 2011).

Uma das diferenças entre a Distímia e a Depressão Maior é o seu início, já que aquela não se instala de repente como na depressão maior. Ela geralmente inicia muito cedo na vida da pessoa e, por isso, muitos adolescentes têm dificuldade de identificar o problema porque acreditam que isso faz parte de seu funcionamento “normal”, ou seja, julgam esse estado de humor como natural (Portela & Santos, 2011).

As pessoas afetadas com esse tipo de transtorno geralmente são consideradas “amargas”, que reclamam e resmungam de tudo, com facilidade geram polêmicas, são brigonas, rebeldes, ficam mal-humoradas e irritadas na maior parte do tempo. Também apresentam comportamento agressivo e são muito pessimistas. Por conta disto, têm grande dificuldade em seus relacionamentos interpessoais e, via de regra, quando crianças, acabam sendo rejeitadas pelos amigos (Portela & Santos, 2011).

A baixa autoestima e elevado senso de autocrítica que costumam apresentar fazem com que sejam extremamente exigentes consigo mesmo e com os outros. Sendo assim, se tornam altamente estressadas, afetando todas as pessoas de sua convivência. Outros aspectos como a capacidade produtiva e agilidade mental também são prejudicadas (Portela & Santos, 2011). Isto ocorre tanto com crianças como com os adultos que se encontram com esse tipo de transtorno.

A principal característica do transtorno depressivo persistente (distímia) é o humor deprimido, que persiste na maior parte do dia, na maioria dos dias, por pelo menos dois anos. Nas crianças e adolescentes a duração pode ser de pelo menos um ano. Durante esse tempo, pode ocorrer intervalo livre de sintomas, não ultrapassando mais do que dois meses. Este transtorno geralmente tem seu início precocemente, insidioso e com curso crônico. Os sintomas são o humor deprimido na maior parte do dia e, em crianças e adolescentes o humor pode ser irritável, ter perda ou aumento de apetite, insônia ou hipersonia, baixa energia ou fadiga, baixa autoestima, concentração diminuída ou dificuldade em tomar decisões, e ainda sentimentos de desesperança (APA, 2014).

Esses sintomas se tornam uma parte muito presente no dia a dia da pessoa e, algumas que tiveram o início dos sintomas em tenra idade, acabam não relatando alguns deles em entrevista clínica, com o argumento de que sempre foram desse jeito, sem conseguir julgá-los como disfuncionais (APA, 2014). Para muitas pessoas esses sintomas passam despercebidos e são entendidos como uma característica normal do comportamento das crianças, não sendo reconhecidos por elas e pelas pessoas de seu convívio. Por consequência disso, as crianças podem não receber o tratamento adequado para esse transtorno.

Antes de falar em tratamento, é necessário que se fale da prevenção, tendo em vista que as medidas preventivas podem tornar os ambientes da criança mais saudáveis e evitar muitas vezes que a depressão infantil se manifeste.

## 7. Prevenção

O ambiente familiar saudável está diretamente atrelado ao desenvolvimento emocional equilibrado, pois é necessário que supra adequadamente a necessidades básicas da criança, como de proteção e acolhimento (Rotondaro, 2002). De acordo com Brody (1997, como citado em Pires, 2004), os pais são as melhores pessoas para auxiliar na prevenção da depressão infantil, fornecendo aos seus filhos todo o amor e carinho, compreensão, amparo e construindo uma relação de confiança com eles. Entretanto, atualmente, dado as novas configurações familiares, não mencionadas pelo autor, podemos dizer que os principais cuidadores, nem sempre pai e mãe, podem ser as melhores pessoas para atuar de modo preventivo na depressão infantil.

Visto que geralmente as crianças encontram dificuldades para descrever e relatar os seus sintomas, dentre eles seu estado depressivo e ideações suicidas, muitos instrumentos e metodologias vem sendo aprimorados por pesquisadores, contribuindo para a prevenção e diagnóstico da depressão infantil (Barbosa et al., 1996). Faltam, ainda, estudos que abordem as estratégias de prevenção, assim como a construção de diretrizes políticas para combater essa doença (Schwan & Ramires, 2011). Muitas vezes, pela imprecisão do diagnóstico de depressão infantil, poucos pacientes recebem o devido tratamento, sendo, portanto, necessária maior dedicação para investigar sistematicamente este transtorno, tarefa esta desafiadora para a saúde pública.

Outro aspecto importante que contribui para o desenvolvimento de estratégias de prevenção é o conhecimento do transtorno depressivo infantil por parte das pessoas que estão envolvidas com a criança, como pais e professores, a fim de contribuírem para a identificação precoce dos sintomas (Cruvinel & Boruchovitch, 2003).

A criança, quando é bem sucedida na escola, participa de atividades extracurriculares, tem sua capacidade intelectual e social preservada, tem relações positivas com outros adultos fora da família, tem uma percepção positiva de si mesmo e recebe os suportes sociais adequadamente, têm menores chances de desenvolverem a depressão, sendo estas algumas características protetoras para crianças e adolescentes (Mericaangas & Angst, 1995, como citado em Abaid et al., 2010; Serrão et al, 2007). As experiências positivas na infância, as demonstrações de afeto amoroso das pessoas que convivem com a criança, bem como os cuidados e proteção são fatores determinantes na prevenção da depressão infantil.

Para prevenir que mais problemas se desenvolvam na adolescência e na idade adulta, visto que este transtorno é capaz de comprometer o desenvolvimento das crianças e seu processo de amadurecimento psicológico e social, é necessário que seja realizado um tratamento adequado na infância. Caso contrário, os problemas podem evoluir do menos grave como, por exemplo, ter baixo rendimento escolar e social, ao mais grave, como grande problema de autoestima, dificuldades de relacionamento e de desempenho que podem evoluir para comportamento suicida (Calçada, 2014).

## 8. Tratamento

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

O tratamento pode ser realizado de várias formas. A primeira pode ser pela psicoterapia individual, em que um psicoterapeuta auxilia a criança na compreensão de sua personalidade, seus relacionamentos, e a interpretar sentimentos e comportamentos. Esse método tem maior eficácia quando o aconselhamento dos pais é associado ao processo psicoterápico (Papalia, 2006). Outra forma de tratamento é a psicoterapia familiar, onde o psicoterapeuta vê a família em conjunto, observa as interações desse sistema e verifica os padrões de funcionamento familiar, indicando os inibidores de crescimento (Papalia, 2006).

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 resolve-los (Papalia, 2006). Sendo assim, a atenção especializada é necessária para o tratamento, bem como a orientação adequada aos pais, ações em conjunto com a escola e família, a avaliação psiquiátrica e psicológica são essenciais para o tratamento. Quando avaliada a necessidade do uso de medicação, é importante que o eventual preconceito à intervenção medicamentosa seja trabalhado com os pais, para aceitação dessa necessidade (Calçada, 2014).

Importantes também para o auxílio no tratamento da depressão infantil são as orientações psicoeducativas, muito utilizadas e consideradas bastante úteis (Ito & Lotufo Neto, 2000 como citado em Schwan & Ramires, 2011). 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.

Existem várias linhas da psicologia, hoje, que tentam compreender o fenômeno complexo que é a depressão, mas dificilmente uma única teoria daria conta de explicar tal fenômeno, que provoca uma ampla gama de disfunções no ser humano (Cruvinel & Boruchovitch, 2003). Ademais, em função de a depressão ser composta por uma ampla

gama de fatores psicológicos, biológicos e sócio-familiares, as teorias deveriam integrar-se, afim de compreender, de uma maneira mais completa, o ser humano e as facetas multicausais do transtorno (Cruvinel & Boruchovitch, 2003).

Perante qualquer nível de sintomas depressivos apresentado pela criança, se faz necessário, além das ações preventivas, que a criança inicie tratamento psicoterápico, caso contrário há maior probabilidade dos sintomas se agravarem ao longo do tempo (Abaid et al., 2010).

Tendo em vista a tamanha variação dos sintomas depressivos apresentados pelas crianças e adolescentes é importante que toda a rede de apoio, como os pais, os professores e os pediatras fiquem alertas, e mantenham suas suspeitas para detectar os sintomas do transtorno, encaminhando para avaliação, afim de realizar o adequado tratamento (Fonseca et al., 2005).

O estigma social e o desconhecimento do transtorno são aspectos que dificultam o encaminhamento para realização do diagnóstico e do tratamento, sendo assim muitas pessoas com sintomas depressivos ficam sem o devido tratamento (Cicchetti & Toth 1998 como citado em Fonseca et al., 2005). Além dos fatores citados, o preconceito e resistência em reconhecer as manifestações depressivas da crianças, como decorrentes do funcionamento emocional, constituem-se nas maiores dificuldades na busca de tratamento e de trabalho preventivo.

### Capítulo III - Considerações Finais

A literatura denota que a depressão é de fato uma doença que também acomete crianças e não somente adultos. Também é apontada como atípica, visto que os sintomas apresentam-se de forma diferente na criança e que estes mudam conforme a fase de desenvolvimento.

Nos estudos dos autores citados neste trabalho verificou-se que a depressão infantil parece ser um problema de saúde cada vez maior, visto que esse transtorno prejudica a pessoa em sua totalidade, afetando o seu organismo. Entretanto também observou-se que ainda faltam mais pesquisas para esclarecer melhor os aspectos referentes a prevalência, pois fica o questionamento se o aumento no índice de prevalência ocorre pelo crescente número de casos ou pelo aumento de estudos sobre o tema. Contudo, a OMS considera que a depressão será uma das doenças mais comuns nos próximos 20 anos.

O perfil epidemiológico da depressão infantil, por questões metodológicas, é difícil de traçar, e os pesquisadores acreditam que a prevalência desse transtorno seja maior do que a encontrada até hoje. Os estudos abordados demonstram muita variabilidade de resultados e instrumentos utilizados, bem como diferentes pontos de corte para a avaliação, além da diversidade de tamanho de amostras utilizadas. Toda essa variação de fatores interferem e dificultam a análise do crescimento da depressão infantil, portanto há necessidade de mais estudos sobre o assunto.

A depressão infantil é uma doença muito complexa e quando não é devidamente identificada por pais e professores, pode ocasionar a ausência de tratamento, ou encaminhamentos inadequados.

Os sintomas depressivos em crianças têm se mostrado mais frequentes na faixa etária dos seis aos onze anos, nas últimas décadas, e os sintomas mais frequentes são a baixa autoestima, a auto imagem negativa, o pessimismo, a alteração do peso e do apetite, comportamento agressivo, problemas de aprendizagem, apatia, baixa concentração, baixo rendimento escolar, entre outros, causando grande sofrimento à criança.

Dentre os três tipos de depressão infantil, conforme o DSM-5, o Transtorno Depressivo Maior parece ser o que tem maior urgência em ser tratado, pelo maior risco de suicídio. O Transtorno Depressivo Persistente, também chamado de Distímia é o que apresenta maior dificuldade de diagnóstico, por ser confundido, muitas vezes, como

comportamentos naturais da criança. Este achado considera-se um importante alerta para a abordagem profissional, pela diferenciação que é necessário fazer dos comportamentos naturais, que estão de acordo com o estágio de desenvolvimento da crianças, e a depressão propriamente dita. Todos os tipos de transtorno depressivo, entretanto, necessitam de imediata intervenção visto os grandes prejuízos que podem causar.

Os fatores causais da depressão infantil são múltiplos, como fatores genéticos, problemas no sistema familiar, abusos sofridos, separação dos pais, perdas afetivas, problemas escolares, eventos estressantes da vida, experiências adversas, o baixo nível sócio econômico, histórico de depressão na família, entre outros. Todos esses fatores podem estar presentes simultaneamente, podendo intensificar os sintomas depressivos.

A família tanto pode ser um fator de proteção como um fator de risco desse transtorno, quando exerce a ação protetiva pode ser considerada como fator de prevenção. A disfuncionalidade do sistema familiar, a violência doméstica, doenças na família, pais depressivos e ausentes facilitam o desenvolvimento da depressão na infância. Um ambiente familiar com relações saudáveis entre seus membros, com suporte e apoio afetivo, facilita a recuperação da criança com depressão. Portanto, o tratamento dessa doença deve incluir o sistema familiar.

O baixo desempenho escolar presente no transtorno depressivo, implica também no envolvimento da escola nas intervenções psicoterápicas. A família e a escola podem constituir uma rede protetiva para a criança, na medida em que manifestem apoio, afeto positivo e proteção.

As ações preventivas não dispensam o tratamento psicoterápico, e são importantes para evitar as reincidências ou o agravamento do transtorno. Essas ações podem ser desenvolvidas pelas famílias e pelas escolas, com estratégias que foquem e fortaleçam o auto conceito, a auto estima, a autonomia, ampliação da visão de mundo, os relacionamentos, vivências positivas e os vínculos afetivos.

Este trabalho além de ampliar conhecimentos importantes para o exercício profissional, propiciou reflexões sobre a prática e remete a novos estudos, uma vez que a busca constante de conhecimentos é necessária e imprescindível ao bom desempenho no atendimento clínico e no trabalho de prevenção da depressão infantil.

## Referências

- Abaid, J. L. W; Dell'Aglio, D. D; & Koller, S. H. (2010). Preditores de sintomas depressivos em crianças e adolescentes institucionalizados. *Universitas Psychologica*; 9(1):199-212. Recuperado em 28 de janeiro, 2015, de <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v9n1/v9n1a16.pdf>
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5)*. 5ª edição, Porto Alegre, Artmed.
- Andriola, W. B., & Cavalcante, L. R. (1999). Avaliação da depressão infantil em alunos da pré-escola. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 12 (2), 419 - 428. Recuperado em 28 de janeiro, 2015, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-79721999000200011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79721999000200011)
- Bahls, S. C. (1999). Depressão: Uma breve revisão dos fundamentos biológicos e cognitivos. *Interação*, 3, 49-60. Recuperado em 27 de abril, 2015, de <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/psicologia/article/viewArticle/7660>
- Bahls, S. C. (2002). Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. *Jornal de Pediatria*, 78(5), 359-366. Recuperado em 27 de abril, 2015, de <http://www.scielo.br/pdf/jped/v78n5/7805359.pdf>
- Bahls, S. C., & Bahls, F. R. (2003). Psicoterapias da depressão na infância e na adolescência. *Estudos de Psicologia*, 20(2), 25-34. Recuperado em 27 de abril, 2015, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-166X2003000200003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2003000200003)
- Baptista, C. A. & Golfeto, J. H. (2000). Prevalência de depressão em escolares de 7 a 14 anos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 27(5), 253-255. Recuperado em 28 de janeiro, 2015, de <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol27/n5/artigos/art253.htm>
- Barbosa, G. A. & Lucena, A. (1995). Depressão Infantil. *Infanto*, 3[2]: 23-30. Recuperado em 25 de janeiro, 2015, de [http://www.psiquiatriainfantil.com.br/revista/edicoes/Ed\\_03\\_2/in\\_07\\_07.pdf](http://www.psiquiatriainfantil.com.br/revista/edicoes/Ed_03_2/in_07_07.pdf)
- Barbosa, G. A; Dias, M. R; Gaião, A. A; Di Lorenzo, W. C. G. (1996). Depressão infantil: um estudo de prevalência com o CDI. *Infanto, Rev.Neuropsiq. da Infância e adolescência*. 4(3): 36-40. Recuperado em 20 de janeiro, 2015, de [http://www.psiquiatriainfantil.com.br/revista/edicoes/Ed\\_04\\_3/in\\_11\\_08.pdf](http://www.psiquiatriainfantil.com.br/revista/edicoes/Ed_04_3/in_11_08.pdf)
- Barbosa, G. A; Dias, M. R; Gaião, A. A; Di Lorenzo, W. C. G. (1997). Escala para avaliação de depressão em crianças-revisada (CDRS-R): uma análise exploratória. *Infanto, Rev.Neuropsiq. da Infância e adolescência*. 5(1): 15-18. Recuperado em 20 de janeiro, 2015, de [http://www.psiquiatriainfantil.com.br/revista/edicoes/Ed\\_05\\_1/in\\_12\\_04.pdf](http://www.psiquiatriainfantil.com.br/revista/edicoes/Ed_05_1/in_12_04.pdf)
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961) An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry*, 4, 561-571. Recuperado em 22 de maio, 2015, de [http://www.ogm-ggo.be/internet2Prd/groups/public/@public/@dg1/@acutecare/documents/ie2divers/19073923\\_nl.pdf](http://www.ogm-ggo.be/internet2Prd/groups/public/@public/@dg1/@acutecare/documents/ie2divers/19073923_nl.pdf)

- Calderaro, R. S. S., & Carvalho, C. V. (2005). Depressão na Infância: Um Estudo Exploratório. *Psicologia em Estudo*, Maringá. V. 10, n 2, p. 181-189. Recuperado em 20 de janeiro, 2015, de <http://www.scielo.br/pdf/pe/v10n2/v10n2a04.pdf>
- Calçada, A. (2014). Depressão na infância. *Revista Psique Ciência & Vida*. Ano VII, Edição 98, Editora Escala, p(22-23).
- Costa, A. R. (2011). Sintomatologia Depressiva em Crianças numa Unidade de Saúde do Norte (Doctoral dissertation, Universidade Católica Portuguesa). Recuperado em 28 de janeiro, 2015, de <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/8806>
- Coutinho, M. P. L, Carolino, Z. C. G., e Medeiros, E. D. (2008). Inventário de Depressão Infantil (CDI): Evidências de Validade de Constructo e Consistência Interna. *Avaliação Psicológica*, 7(3), 291-300. Recuperado em 20 de janeiro, 2015, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-04712008000300004](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712008000300004)
- Coutinho, M. P. L., Gontiès, B., Araújo, L. F., Sá, R. C. N. (2003). Depressão, um sofrimento sem fronteiras: representações sociais entre crianças e idosos. In: *Revista Semestral da Área de Psicologia*. Vol. 8 n. 2, pp 183-192. Recuperado em 25 de janeiro, 2015, de <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v8n2/v8n2a10>
- Cruvinel, M. & Boruchovitch, E. (2003). Depressão Infantil: Uma contribuição para a prática educacional. *Psicologia Escolar e Educacional*, 7(1):77-84. Recuperado em 20 de janeiro, 2015, de <http://www.scielo.br/pdf/pee/v7n1/v7n1a08.pdf>
- Cruvinel, M. & Boruchovitch, E. (2008). Sintomas Depressivos em crianças: Estudo com duas Versões do CDI. *Psicologia Ciência e Profissão*, 28 (3), 574-585. Recuperado em 20 de janeiro, 2015, de <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v28n3/v28n3a11.pdf>
- Cruvinel, M. & Boruchovitch, E. (2009). Autoconceito e Crenças de Autoeficácia de Crianças com e sem Sintomatologia Depressiva. *Revista Interamericana de Psicologia*, 43 (3), 586-593. Recuperado em 20 de janeiro, 2015, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0034-96902009000300019&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0034-96902009000300019&script=sci_arttext)
- Dias, M.R., Barbosa, G.A., Gaião, A.A. & Di Lorenzo, W.F. (1996). Parâmetros psicométricos da ESDM-P. Manuscrito não publicado. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba. Recuperado em 28 de janeiro, 2015, de [http://www.psiquiatriainfantil.com.br/revista/edicoes/Ed\\_05\\_1/in\\_12\\_05.pdf](http://www.psiquiatriainfantil.com.br/revista/edicoes/Ed_05_1/in_12_05.pdf)
- Fonseca, M. H. G., Ferreira, R. A., & Fonseca, S. G. (2005). Prevalência de sintomas depressivos em escolares. *Pediatria*, 27(4), 223-232. Recuperado em 28 de janeiro, 2015, de <http://www.pediatrasiapaulo.usp.br/upload/html/1143/body/03.htm>
- Kovacs, M. (1985). "The Children's Depression Inventory." *Psychopharmacology Bulletin*, 21 (4), 995-998. Recuperado em 20 de maio, 2015, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4089116>
- Papalia, D.E. (2006). *Desenvolvimento humano*. 8ª edição, Porto Alegre, Artmed.
- Pietro, D. & Tavares, M. (2005). Fatores de risco para suicídio e tentativa de suicídio: incidência, eventos estressores e transtornos mentais. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*,

54(2), 146-154. Recuperado em 28 de abril, 2015, de <http://regional.bvsalud.org/php/index.php?lang=pt>

Pires, A.R. (2004). Lágrimas na Inocência – Hospitalização e Depressão Infantil no Hospital de Santa Maria. Trabalho Final de Licenciatura. Recuperado em 28 de janeiro, 2015, de <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0015.PDF>

Portela, M. & Santos, V. (2011). Distímia e Mau-Humor. *Revista Psique Ciência & Vida*. Ano VI, Edição 70, Editora Escala, p(56-63).

Reis, R. L. R. & Figueira, I. L. V. (2001). Transtorno depressivo na clínica pediátrica. *Revista Pediatria Moderna*, 37, 212-222. Recuperado em 20 de janeiro, 2015, de [http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id\\_materia=1497&fase=imprime](http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=1497&fase=imprime)

Rotondaro, D. P. (2002). Os desafios constantes de uma psicóloga no abrigo. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 3, 8-13. Recuperado em 27 de abril, 2015, de [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932002000300003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932002000300003&script=sci_arttext)

Schwan, S. & Ramires, V. R. R. (2011). Depressão em crianças: Uma breve revisão de literatura. *Psicol. Argum, Curitiba*, v.29, n 67, p. 457-468. Recuperado em 20 de janeiro, 2015, de <http://www2.pucpr.br/reol/index.php/PA?dd1=5791&dd99=pdf>.

Serrão, F., Klein, J.M., Gonçalves, A. (2007). Qualidade do sono e depressão: que relações sintomáticas em crianças de idade escolar. *Psico-USF*, v.12, n. 2, p. 257-268. Recuperado em 20 de janeiro, 2015, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-82712007000200014&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-82712007000200014&script=sci_arttext)

Scivoletto, S. & Tarelho, L. G. (2002). Depressão na infância e adolescência. *Revista Brasileira de Medicina*, 59(8), 555-557. Recuperado em 20 de janeiro, 2015, de [http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id\\_materia=2054&fase=imprime](http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=2054&fase=imprime)

Spanemberg, L. & Juruema, M. (2004). Distímia: características históricas e nosológicas e sua relação com transtorno depressivo maior. *Revista Psiquiatria*, 26 (3): 300-311. Recuperado em 27 de janeiro, 2015, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-81082004000300007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082004000300007)

Yunes, M. A. M. (2003). Psicologia positiva e resiliência: O foco no indivíduo e na família. *Psicologia em Estudo*, 8, 75-84. Recuperado em 20 de abril, 2015, de <http://www.scielo.br/pdf/pe/v8nspe/v8nesa10.pdf>

Zavaschi, M. L. S., Satler, F., Poester, D., Vargas, C. F., Piazenski, R., Rohde, L. A. P., et al. (2002). Associação entre trauma por perda na infância e depressão na vida adulta. *Revista Psiquiátrica*, 24(4), 189-195. Recuperado em 20 de janeiro, 2015, de <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v24n4/12728.pdf>