

DEPRESSÃO INFANTIL:

aspectos gerais, diagnóstico e tratamento

CHILDHOOD DEPRESSION:

general aspects, diagnosis and treatment

DEPRESIÓN INFANTIL:

aspectos generales, diagnóstico y tratamiento

*Milena Valadar Miranda
Wellyson da Cunha Araújo Firmo
Natércia Gomes de Castro
Luciana Patrícia Lima Alves
Clarice Noletto Dias
Marília Moreno Rego
Maria da Conceição Maggioni Poppe
Rosilda Silva Dias*

Resumo: A depressão infantil tem sido um transtorno bastante pesquisado nos dias atuais, ao contrário do que acontecia há mais de 30 anos quando era uma doença considerada característica dos adultos. Atualmente já não se tem mais dúvida de que esta patologia afeta também as crianças, podendo interferir no seu processo de desenvolvimento. São várias as causas para esta doença, entre elas destacam-se os problemas familiares, onde a criança não se sente amada e protegida, passando do isolamento à queda no rendimento escolar. Para um tratamento eficaz, é importante que seja diagnosticada o mais cedo possível, caso contrário poderá acarretar problemas futuros, desencadeando uma depressão ainda maior na idade adulta. Assim sendo, o presente estudo tem o objetivo de realizar um levantamento acerca dos aspectos mais relevantes da depressão infantil, incluindo variáveis que podem desencadear tal distúrbio, sintomatologia, diagnóstico e tratamento.

Palavras-chave: Depressão infantil. Sintomatologia. Diagnóstico. Tratamento. Saúde da família.

Abstract: Childhood depression has been a widely researched nowadays, contrary to what happened for more than 30 years when it was considered a characteristic disease of the adults. Currently there is no longer more doubt that this disease also affects children and can interfere with your development process. There are several causes for this disease, among them stand out familiars problems, where the child does not feel loved and protected, going from isolation to poor school performance. For an effective treatment, it is important to be diagnosed as early as possible, otherwise it may lead to future problems, triggering an even greater depression in adulthood. Thus, the present study aims to conduct a survey about the most relevant aspects of childhood depression, including variables that may trigger the disturb, symptomatology, diagnosis and treatment.

Keywords: Childhood depression. Symptomatology. Diagnosis. Treatment. Family health.

Resumen: La depresión infantil ha sido un transtorno ampliamente investigado en la actualidad, a diferencia de lo que ocurrió hace más de 30 años, cuando se consideraba una enfermedad propia de los adultos. Actualmente ya no hay más duda de que esta enfermedad también afecta a los niños y puede interferir con su proceso de desarrollo. Hay varias causas para esta enfermedad, entre los que se destacan los problemas familiares, en los que el niño no se siente querido y protegido, pasando del aislamiento a bajo rendimiento escolar. Para un tratamiento eficaz, es importante ser diagnosticado tan pronto como sea posible, de lo contrario puede conducir a problemas en el futuro, lo que podrá provocar una depresión aún mayor en la edad adulta. Por lo tanto, el presente estudio tiene como objetivo realizar una evaluación sobre los aspectos más relevantes de la depresión infantil, incluyendo las variables que pueden desencadenar la enfermedad, sintomatología, diagnóstico y tratamiento.

Palabras clave: Depresión infantil. Sintomatología. Diagnóstico. Tratamiento. Salud de la familia.

*Artigo recebido em agosto de 2013
Aprovado em outubro de 2013

1 INTRODUÇÃO

A depressão é um transtorno do humor grave, que pode ocorrer em todas as faixas etárias, destacando-se o crescente aumento de casos entre jovens e idosos. Por motivos que ainda não estão totalmente esclarecidos, a depressão está se transformando em uma patologia cada vez mais frequente neste século. Nos próximos anos, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), ocorrerá uma mudança significativa nas necessidades de saúde da população, uma vez que doenças como as cardiopatias e a depressão estão se tornando cada vez mais comuns (BAHLS, 2002).

A depressão está presente em diversos distúrbios emocionais e, apesar de ser considerada como um transtorno de humor, a mesma abrange fatores cognitivos, comportamentais, fisiológicos, sociais, econômicos e religiosos. De acordo com a OMS a depressão situa-se no quarto lugar entre as vinte doenças de maior AVAD (anos de vida perdidos por morte prematura e incapacidade) e a perspectiva é que nos próximos 20 anos alcance o segundo lugar (ZAVACHI, 2002).

Segundo Adanez (1995), não existe uma definição consensual sobre a depressão infantil. Todavia, pode-se afirmar que se trata de uma perturbação orgânica que envolve variáveis biológicas, psicológicas e sociais. A depressão na criança tem chamado a atenção de muitos profissionais que atuam na clínica. No entanto, essa doença não é frequentemente reconhecida, uma vez que os sintomas se diferenciam dos apresentados pelos adultos, dificultando assim seu diagnóstico (SCIVOLETTO; TARELHO, 2002).

No campo da psiquiatria, a depressão infantil despertou interesse somente a partir da década de 1960. Anteriormente a este período, acreditava-se que a depressão na criança não existia, ou então, que esta seria muito rara nessa população. Apesar de dados epidemiológicos evidenciarem que atualmente não há mais dúvida quanto à ocorrência de depressão na infância, a prevalência dos sintomas depressivos é discutível, uma vez que existe uma grande diversidade nas taxas de incidência (CRUVINEL; BORUCHOVITCH, 2004).

Uma meta-análise conduzida a partir de estudos epidemiológicos, que utilizaram entrevistas diagnósticas estruturadas para o reconhecimento formal de depressão entre crianças, demonstrou que aproximadamente 2,8% das crianças até aos 12 anos são afetadas por distúrbios depressivos (COSTELLO; ERKANLI; ANGOLD, 2006). No ambiente escolar, a taxa de depressão, entre as crianças com 8 a 12 anos de idade é de cerca de 4%. De forma que os sintomas depressivos estão relacionados à falta de adaptação escolar (BERNARAS et al., 2011). Esta prevalência tende a ser maior em ambientes de cuidados à saúde, alcançando

valores próximos a 6% entre os pacientes com idades entre 7 a 14 anos (GUREJE et al., 1994).

Diante de tais constatações o objetivo do presente trabalho foi realizar um levantamento acerca dos aspectos mais relevantes da depressão infantil, incluindo variáveis que podem desencadear tal distúrbio, sintomatologia, diagnóstico e tratamento, fornecendo, assim, subsídios para uma melhor compreensão da patologia em questão. Neste estudo, leva-se em consideração a forma como a problemática da depressão infantil evoluiu de maneira a tornar-se mais compreensível tanto para especialistas como para a população afetada direta ou indiretamente por tal distúrbio, contribuindo para o surgimento de formas de tratamento e diagnóstico mais direcionados para a população alvo deste estudo.

2 DEPRESSÃO NA INFÂNCIA

A depressão nem sempre é algo fácil de ser definido. Segundo Monteiro e Lage (2007), Freud, diferentemente dos autores de sua época, não definia em suas obras uma teoria sobre depressão, "[...] embora o mesmo tenha identificado e descrito manifestações depressivas nas diferentes categorias nosográficas sem, entretanto, assemelhá-las à melancolia nem reuni-las em critérios para diagnóstico, tal como se vê nos atuais manuais de psiquiatria." (MONTEIRO; LAGE, 2007, p. 19).

De modo geral, a depressão é um transtorno de humor, que prejudica a função da mente, distorcendo a forma como a pessoa vivencia e entende a realidade. Este transtorno compreende fatores cognitivos, comportamentais, fisiológicos, sociais, econômicos e religiosos, entre outros. Sua ocorrência pode surgir como um sintoma de determinada doença, ora pode coexistir junto com outros estados emocionais e outras vezes pode aparecer como causa desses sofrimentos (HOLMES, 1997; CAMON, 2001; DAMIÃO et al., 2011).

A classificação da depressão varia acordo com a vinculação ao período histórico, à preferência dos autores e ao ponto de vista adotado pelos mesmos (DEL PORTO, 1999). Na visão de alguns autores, o termo depressão, em seu contexto clínico, não se refere a uma patologia caracterizada obrigatoriamente por humor deprimido, mas a um complexo síndrome caracterizado por alterações de humor, psicomotricidade e por uma variedade de distúrbios somáticos e neurovegetativos (ASSUMPÇÃO JUNIOR; KUZYSKI, 2000).

Quanto ao tempo de duração, a depressão poderá persistir por um período mínimo de duas semanas, quando o indivíduo está com baixa estima, ou seja, apresenta tristeza, melancolia, angústia, aparenta inquietação, mostra-se ansioso, sente-se desanimado e sem vontade de fazer as coisas mais simples. Nessa situação, o indivíduo permanece apático, sem motivação e não vê sentido nas coisas que o

rodeiam, mostrando-se pessimista e preocupado. Quando se apresenta nesse estado, todo o organismo está comprometido, afetando inclusive o sono, o apetite e a disposição física (MONTEIRO; LAGE, 2007). Vale lembrar que as manifestações do quadro clínico de depressão não são iguais em todos os indivíduos, variando de pessoa para pessoa, podendo ser intermitente ou contínua, tendo duração de horas ou de um dia inteiro, ou persistindo por semanas, meses e anos.

Mesmo que durante muito tempo tenha se pensado que a depressão é uma doença que acomete mais comumente os adultos, estudos revelam que cada vez mais crianças e adolescentes são afetadas por ela, o que leva os pesquisadores a se empenharem mais no estudo da doença nessa fase da vida.

Porém, não é de hoje que existe o interesse em estudar sobre a depressão infantil. Na verdade, as tentativas vêm desde o início do século XIX. As primeiras tendências de conceituar depressão infantil foram realizadas sob um ponto de vista psicanalítico, buscando a compreensão da psicodinâmica de pessoas deprimidas. Todavia, segundo Cruvinel, Burochovitch e Santos (2008), investigações a respeito da depressão em crianças têm recebido destaque apenas recentemente, uma vez que até a década de 60 não se acreditava na possibilidade de sua existência nessa faixa etária, ou então que seria muito raro uma criança desenvolver tal patologia. Portanto, atualmente pode-se dizer que “[...] o transtorno pode afetar qualquer pessoa” (BIRMAHER, 2009, p. 17).

Na verdade, as concepções teóricas vigentes até o início do estudo sistemático da depressão infantil impediam os profissionais e estudiosos da área de considerar a possibilidade da existência da depressão em crianças, pois até então a depressão era associada a certas características de personalidade e a criança, por não apresentar desenvolvimento suficiente, era impossibilitada da vivência de variações extremas de humor (ANDRIOLA; CAVALCANTE, 1999).

Conforme Brown (apud BOWLBY, 1998), o distúrbio de humor em crianças foi incluído na categoria diagnóstica de doença psiquiátrica em 1980. O autor ainda afirma que os estudos referentes à depressão em crianças ainda se encontram em fase de desenvolvimento. Mesmo depois de anos de estudos e ainda com pesquisas vigentes, pode-se ressaltar que somente um modelo ou uma única teoria dificilmente seria suficiente para explicar um fenômeno tão complexo como a depressão, um transtorno que acomete o ser humano a inúmeras alterações.

Dessa forma, apesar dos estudos e esforços dos pesquisadores para caracterizar a depressão infantil como uma patologia que afeta o desenvolvimento da criança, ainda existem muitas controvérsias a respeito da doença, principalmente quanto aos critérios

de diagnóstico. Além disso, a prevalência dos sintomas depressivos é uma questão bastante discutível, uma vez que existe uma grande diversidade nas taxas de incidência, a qual vem sendo explicada pela variação da população estudada, pelas diferenças na metodologia utilizada e principalmente pela dificuldade de padronização dos tipos de transtornos depressivos e a falta de um critério de diagnóstico comum para a depressão (BAPTISTA; BAPTISTA; DIAS, 2001).

Para alguns autores, a depressão na criança possui características diferentes da depressão no adulto (AJURIAGUERRA, 1976; LIPPI, 1985), enquanto outros concordam que a depressão na infância se apresenta de forma bastante similar às manifestações do adulto, devendo ser diagnosticada sob os mesmos critérios e instrumentos. Segundo Spitz (1998), não é aceitável comparar a depressão no adulto e na criança, pois trata-se de entidades psiquiátricas completamente diferentes. Os sintomas são parecidos, mas o processo implícito é diferente.

De acordo com Miller (1998), a depressão infantil trata-se de uma desordem cíclica com períodos intercalados de depressão e de bem-estar e pode se apresentar em dois episódios: o depressivo e o maníaco. Na infância a depressão normalmente vem associada a outras dificuldades, principalmente problemas de comportamento e problemas escolares, ocasionando um prejuízo no funcionamento psicossocial deste indivíduo. Alguns autores têm avaliado a relação entre depressão infantil e rendimento escolar, ficando constatado que a incidência de depressão parece aumentar entre as crianças com problemas escolares (HALL; HAWS, 1989; COLBERT et al., 1982; PÉREZ; URQUIJO, 2001; PALLADINO et al., 2000). Nesse sentido, as causas da depressão infantil podem ser bastante variadas, contudo os pais devem ficar atentos ao comportamento da criança. Quando observarem qualquer alteração no humor ou atitudes da criança, estes devem imediatamente procurar ajuda médica, de forma que a doença não se agrave e que a criança possa voltar a se desenvolver normalmente.

É importante também levar em consideração que a ocorrência de algumas patologias e diversas outras situações podem levar ao desenvolvimento da depressão infantil. Como diz Barbosa et al. (1996): “Fatores como determinadas doenças, enfermidades crônicas, intervenções cirúrgicas, enfermidades crônicas dos pais, instabilidade da convivência familiar e disputas familiares podem acarretar, ao longo de seu curso, um quadro depressivo na criança” (BARBOSA et al., 1996, p. 16). Outros fatores que podem ocasionar a depressão na criança são a experiência de perdas significativas e o abuso emocional, físico e/ou sexual de que muitas crianças são vítimas e que, segundo Lima (2004), podem deixar traumas irreparáveis na criança. Dessa forma,

As crianças que são agredidas fisicamente são levadas por seus pais a um aprendizado de desesperança, facilmente se isolam, evitam contato no meio social, apresentam autoestima reduzida e não conseguem ter prazer em atividades que normalmente lhes causariam prazer, enquanto que crianças que sofrem agressão sexual geralmente se sentem culpadas, envergonhadas, demonstram ansiedade e têm uma propensão a se tornarem agressivas; estes sintomas ocorrem em concomitância com sintomas depressivos (LIMA, 2004, p. 09).

Vale lembrar que em crianças hospitalizadas em Unidades de Terapia Intensiva as manifestações de depressão e ansiedade são mais intensas que naqueles internados em enfermaria. Ou seja, o comportamento dos pacientes é influenciado de forma significativa pela gravidade da doença, pelo tempo que fica hospitalizado, pela quantidade de internações prévias e pela presença de humor já existente (BANDIM et al., 1998).

De acordo com alguns autores, a incidência de depressão na infância se acentua quando se trata de população específica, geralmente com outras problemáticas já relacionadas. Amaral e Barbosa (1990), por exemplo, destacam que crianças vítimas de queimadura são mais passíveis de sofrer depressão. Oshiro (1994) considera as crianças que sofrem violência familiar as mais atingíveis. E autores como Hall e Haws (1989) e Nunes (1990) apontam as crianças com dificuldades escolares e história de fracasso as mais suscetíveis à depressão.

Para Brown (apud BOWLBY, 1998, p. 31), a perda de entes queridos pode contribuir significativamente para o desencadeamento da depressão na criança, podendo agir da seguinte forma: "[...] a) como agente provocador que aumenta o risco do distúrbio se desenvolver; b) como fator de vulnerabilidade que aumenta a sensibilidade individual a esses acontecimentos; c) como um fator que influencia tanto a gravidade como a forma de qualquer distúrbio que se possa desenvolver".

Segundo Cruvinel, Boruchovitch e Santos (2008, p. 79),

A depressão, sem dúvida, integra fatores sócio-familiares, psicológicos e biológicos, onde as diferentes teorias não se excluem, mas se completam, contribuindo não somente para uma maior compreensão da natureza multicausal deste transtorno, mas também para a concepção do sujeito em sua totalidade bio-psico-social

Pode-se dizer que os fatores biológicos da causa da depressão infantil estão relacionados à área da genética da depressão, uma vez que grande parte dos estudiosos afirma que a depressão tem um componente genético e, como existem vários tipos de depressão, possivelmente não apenas um, mas vários genes podem estar envolvidos em sua ocorrência. E apesar das muitas pesquisas, estes genes ainda não foram classificados de forma conclusiva (MILLER, 2003).

Segundo Lafer e Amaral (2000), crianças com pais deprimidos possuem um risco três vezes maior do que as que não possuem pais com depressão. O que aumenta ainda mais se não apenas um, mas se os dois pais forem deprimidos. Ou seja, pais depressivos podem promover depressão nos filhos tanto através da imitação que estes filhos fazem dos comportamentos depressivos dos pais (gerando assim, a depressão denominada exógena), como pela possibilidade de herança genética (que caracteriza a depressão endógena) (FIHRER; MCMAHON; TAYLOR, 2009; BAGNER et al., 2010).

3 SINTOMATOLOGIA E DIAGNÓSTICO

Em 1977 os pesquisadores Kovacs e Beck realizaram um estudo onde a depressão infantil passa a ser considerada uma entidade sindrômica, independente da depressão do adulto. Desde então, foram estabelecidos critérios de diagnóstico clínico, psicológico e biológico (CUNHA et al., 2005).

Esta doença não é difícil de ser diagnosticada nos adultos, uma vez que eles se queixam e agem de forma que a família perceba que algo não vai bem. Entretanto, com as crianças não ocorre o mesmo, pois elas aceitam a depressão como algo natural, característico do seu modo de ser, não sabendo que os sintomas apresentados correspondem a uma doença e que podem ser aliviados. Por outro lado, segundo Puig-Antich, (1986), a grande parte da sintomatologia depressiva é intrapsíquica e as próprias crianças são os melhores comunicadores de seu mundo interior. A partir de seis anos de idade elas são capazes de identificar os sintomas da depressão, ou seja, já sabem dizer o que sentem e como se sentem.

Na criança os sintomas depressivos variam de acordo com a faixa etária e, como ela ainda não é capaz de descrever verbalmente seus sentimentos, é necessário observar as formas de comunicação pré-verbal, como a expressão facial, produções gráficas, súbitas mudanças de comportamento, postura corporal, entre outras (BAPTISTA; GOLFETO, 2000). A presença de sintomatologia na criança pode interferir diretamente nas atividades associadas à cognição e à emoção. Incorre que, quando essa criança não é tratada a tempo, poderá desenvolver modelos de comportamento como: isolamento, retraimento, dificuldades em se comunicar, entre outros, os quais podem se tornar resistentes a mudanças (ANDRIOLA; CAVALCANTE, 1999; ALLGAIER et al., 2012).

Alguns dos sintomas apresentados são queixas orgânicas como cefaleia, dores abdominais e diarreia, sintomas estes que, inicialmente, não são identificados como sendo de depressão. Aparecem também alterações no apetite, insônia, irritabilidade, agressividade

ou passividade exagerada, choro sem razão aparente, dificuldades cognitivas, comportamento antissocial, indisciplina, ideias ou comportamentos suicidas (REIS; FIGUEIRA, 2001).

Em episódios depressivos, as crianças apresentam sintomas de caráter subjetivo e fenomenológico do pensamento. Elas refletem a partir de sua própria perspectiva, podendo se considerar pessoas más, que não merecem ser felizes. Esse pensamento está relacionado a problemas de baixa autoestima, sentimento de culpa, vergonha e autocritica exacerbada. Como consequência, destacam-se problemas comportamentais, como dificuldade de concentração e de organização dos pensamentos, agitação e retardo psicomotor. Além disso, o humor da criança é deprimido quase todos os dias, havendo pouco interesse pela realização de atividades prazerosas. Quanto aos sintomas do episódio depressivo maníaco, a criança apresenta dificuldade de ficar quieta, agindo como se fosse pressionada a falar sempre. Outros sintomas comuns são maior atividade para alcançar um objetivo, o que pode manifestar-se por uma agitação psicomotora e o envolvimento excessivo numa atividade. Problemas fisiológicos também podem ocorrer como a redução da necessidade de dormir, fazendo com que a criança se sinta cansada após poucas horas de sono (MILLER, 1998).

É importante lembrar que os sinais da presença da depressão infantil são variados, e por esse motivo não devem ser analisados de maneira isolada, sendo necessário levar em consideração a conjunção dos sintomas e a durabilidade dos episódios (MARCELLI, 1998). Vale ainda ressaltar que depressão não é sinônimo de criança quieta e desanimada, as manifestações da doença podem estar também na criança agressiva e hiperativa (CALDERARO; CARVALHO, 2005).

Contudo, os pais devem ficar atentos às mudanças de comportamento dos filhos, pois a detecção precoce de sintomas depressivos pode evitar que venham a desenvolver quadros graves, que comprometam o convívio social e o ambiente escolar e familiar. Para facilitar a realização de provável diagnóstico e indicar encaminhamento para avaliação clínica, existem variados métodos, uma vez que eles estão ligados aos diferentes critérios diagnósticos adotados.

De acordo com Nissen (1983), os principais comportamentos que caracterizam a depressão infantil são: o humor disfórico; a autodepreciação; a agressividade ou a irritação; os distúrbios do sono; a queda no desempenho escolar; a diminuição da socialização; a modificação de atitudes em relação à escola; a perda da energia habitual, do apetite e/ou peso.

Segundo Fichtner (1997, p. 31), "A duração média de um episódio depressivo é de cerca de 8 meses, a maioria das crianças recuperam-se em 18 meses sendo a taxa de recidiva num período de 5 anos cessa de 70%". Shaver e

Brennan (1992) chama a atenção que para a apresentação de um diagnóstico preciso da depressão infantil, é necessário levar em consideração que pelo menos quatro desses sintomas estejam presentes no repertório de comportamentos da criança, por um período mínimo de tempo equivalente a duas semanas anteriores à avaliação.

A criança possui características próprias que dificultam o diagnóstico. Dessa forma, as desordens depressivas nas crianças e nos adolescentes são associadas frequentemente a prejuízo do comportamento e baixo rendimento escolar, dificilmente são atribuídas a uma depressão. Portanto, ainda é difícil realizar o diagnóstico da depressão infantil, em função das suas variáveis funcionais e à justaposição que apresenta com outras psicopatologias da infância (PEREIRA; AMARAL, 2004), além disso, as diversas classes de depressão existentes também constituem um obstáculo para o diagnóstico de tal patologia (BIRMAHER et al., 1996).

O difícil diagnóstico da depressão infantil tem sido uma unanimidade entre os estudiosos. Ao que Lima (2004, p. 41) corrobora quando diz: "Ainda não se conseguiu chegar a uma conclusão com um conjunto de critérios para identificar a diferença dos sintomas idênticos que ocorrem na criança depressiva e em outros transtornos subjacentes". Porém, o autor considera a irritabilidade um sinal importante para chamar a atenção durante o diagnóstico.

Embora não seja função dos educadores o diagnóstico da depressão infantil, a escola e o professor desempenham uma função importante na identificação dos sintomas depressivos. Porém a dificuldade em reconhecer os sintomas da depressão, por parte dos educadores e também por parte da família, agrava essa situação, pois, muitas vezes, os sintomas não são identificados corretamente e estas crianças acabam não recebendo orientação e tratamento adequados (CRUVINEL; BORUCHOVITCH, 2004).

Ao fazer o diagnóstico de depressão em uma criança é necessário considerar os aspectos próprios do processo de desenvolvimento infantil. Os manuais de diagnóstico mais citados na literatura são o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) e a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento (CID-10). Tais sistemas foram desenvolvidos com o intuito de diminuir a variabilidade na interpretação dos sintomas, atualmente são os mais aceitos pelos profissionais da área (PEREIRA; AMARAL, 2004).

De acordo com DSM IV, a depressão infantil se assemelha à depressão no adulto, dessa forma, os mesmos critérios para o diagnóstico de depressão no adulto podem ser utilizados para avaliar a depressão na criança. Esse manual lista os sintomas de depressão como: humor deprimido na maior parte do dia, falta de interesse nas atividades diárias, alteração

de sono e apetite, falta de energia, alteração na atividade motora, sentimento de inutilidade, dificuldade para se concentrar, pensamentos ou tentativas de suicídio.

Considerando os níveis de desenvolvimento, o DSM IV faz pequenas observações a fim de facilitar o diagnóstico de depressão infantil. Especificamente, uma criança deprimida pode apresentar humor irritável ao invés de tristeza; ou ainda revelar uma diminuição do rendimento escolar em função do prejuízo na capacidade para pensar e concentrar. Assim, para o diagnóstico de depressão infantil os modelos utilizados são adaptações dos empregados para o diagnóstico da depressão em adultos, sendo eles: modelo biológico, comportamental, cognitivo e modelo psicanalítico.

Na CID-10, sobre a seção transtornos do humor (afetivos), são listados os seguintes tipos de depressão: transtorno afetivo bipolar; transtorno depressivo recorrente; e transtornos persistentes do humor (afetivos). Esta seção não apresenta diferenciações entre crianças, adolescentes e adultos. Nela também está inserido o episódio maníaco e o episódio depressivo, que são categorias que descrevem sintomas característicos.

Para a avaliação de sintomas depressivos em crianças e adolescentes o Inventário da Depressão infantil (CDI) criado por Kovacs (1983, 1985, 1992, 2003) tem sido descrito como instrumento mais utilizado. Empregado em pesquisas tanto no Brasil como em outros países, esse instrumento é caracterizado como psicometricamente satisfatório (WATHIER; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 2008).

4 TRATAMENTO

Nos primeiros meses de vida da criança já é possível observar o desenvolvimento de manifestações relacionadas a transtornos de ordem mental e distúrbios de conduta (CALDERARO; CARVALHO, 2005). A probabilidade de um desenvolvimento anormal será proporcional ao número de problemas comportamentais, ou seja, os sintomas apresentados pela criança, tendo em vista que a depressão poderá interferir negativamente nas atividades relacionadas à cognição e à emoção (ANDRIOLA; CAVALCANTE, 1999). Para que haja um desenvolvimento emocional saudável a criança necessita de um ambiente familiar favorável, capaz de suprir suas necessidades básicas, como proteção e acolhimento (ROTONDARO, 2002). Na ausência de tal condição, a criança pode fazer uso de mecanismos de defesa específicos para lidar com as dificuldades e, conseqüentemente, comprometer o desenvolvimento das estruturas de personalidade que estão se formando nesta fase (CALDERARO; CARVALHO, 2005).

Um ponto a ser considerado é a saúde mental dos pais, levando-se em consideração que a depressão da criança pode ser um reflexo do comportamento dos pais. Segundo

Solomon (2002), é necessário levar em conta a vulnerabilidade genética na etiologia da depressão. Nesse caso, o tratamento da criança deve ser em conjunto com o dos pais, procurando alternativas que levem a mudanças no padrão familiar, pois sem a aplicação dessas medidas, a tendência é a falha no tratamento (CALDERARO; CARVALHO, 2005).

A criança com depressão deve ser trabalhada o mais rápido possível, com avaliação e definição do tipo de tratamento mais adequado. Uma avaliação da sintomatologia depressiva precisa ser realizada, bem como as possíveis associações: diagnóstico, falhas na educação, prejuízo no funcionamento psicossocial, transtornos psiquiátricos, maus tratos. Nos casos de depressão leve pode-se realizar encontros regulares, com discussões compreensivas com a criança e seus pais, oferecendo suporte com o objetivo de diminuir o estresse e melhorar o humor (LIMA, 2004).

Segundo Sigolo (2008, p. 10), a depressão infantil já dispõe de tratamentos eficazes, mesmo passando por um processo de expansão. "Para as crianças, dificilmente é indicado medicação, a não ser em casos bastante severos o qual chegue a atrapalhar todo andamento de sua vida. Normalmente a psicoterapia que envolva trabalhos com família e escola mostra-se eficiente.". Por outro lado, de acordo com Nakamura e Santos (2007), alguns profissionais da saúde defendem a necessidade de utilização de medicamentos, ao invés do acompanhamento terapêutico, e de os resultados mais imediatos serem reconhecidos, pois

Embora o acompanhamento terapêutico também seja recomendado numa abordagem múltipla, de maneira diferente do que ocorre com os medicamentos, há controvérsias quanto à sua adoção. Isso em função de problemas relacionados à duração, à existência de profissionais e aos custos, principalmente por se tratar de um serviço público (NAKAMURA; SANTOS, 2007, p. 02).

O uso de medicamentos parece ser o método mais eficiente e imediato para atender essas necessidades, mantendo-se como prática eficaz pela rapidez dos resultados observados, que vão de encontro com o discurso médico-científico, uma vez que para os médicos o importante é diagnosticar e curar (NAKAMURA; SANTOS, 2007).

No entanto, quando a criança não recebe tratamento em tempo hábil poderá desenvolver padrões de comportamento que se tornam resistentes a mudanças, podendo então evoluir para quadros mais graves da doença. Nestes casos é recomendado um tratamento medicamentoso e/ou psicoterápico, devido, principalmente, à presença de comportamentos ou pensamentos suicidas (AMARAL; BARBOSA, 1990).

Dessa forma, de acordo com Lima (2004), para que o tratamento seja adequado, é imprescindível a realização de uma criteriosa avaliação dos sintomas apresentados, devendo

averiguar se estes não estão associados a maus tratos na família, se há falha na educação da criança, qual o prejuízo no funcionamento psicossocial e ainda se a depressão está ocorrendo em co-morbidade com algum outro transtorno psiquiátrico.

Maj e Sartorius (2005) consideram que, para a escolha do tratamento correto, além de analisar fatores como gravidade, cronicidade, idade e questões contextuais, é de grande relevância enfatizar a realização do exame do estado mental da criança e a coleta de informações necessárias com a família, tais como a duração do transtorno e o grau de comprometimento psicossocial, pois estes fatores ajudam na elaboração do tratamento adequado.

De acordo com Lima (2004, p. 18),

A depressão pode ser tratada através da terapia cognitivo-comportamental com a criança e a família, treinamento de necessidades sociais (semelhante à terapia cognitivo-comportamental, com grande enfoque em atividades abertas e desenvolvimento de habilidades específicas), psicoterapia interpessoal, com foco no relacionamento, e terapia familiar.

Pode-se, ainda, nos transtornos do ajustamento com humor depressivo, distímia e depressão maior, fazer uso de antidepressivos como os tricíclicos: imipramina, clomipramina, maprotilina, amitriptilina ou nortriptilina, que são as drogas mais antigas e as mais usadas em crianças. Porém, "Os pacientes deverão ser monitorizados a cada 6 meses" (LIMA, 2004, p. 18).

Outra classe medicamentosa aprovada pelo Food and Drug Administration (FDA) para uso em crianças são os inibidores seletivos da recaptura da serotonina (ISRS), a citar: cloridrato de sertralina, amplamente utilizado nos transtornos obsessivo-compulsivos em crianças e adolescentes por ser seguro e eficaz; e fluoxetina, também muito utilizada, porém sua dose inicial deve ser baixa, pois sua eliminação do organismo ocorre de forma lenta, além disso, pode interferir com outras drogas. De modo geral, ambas são satisfatórias, pois apresentam um bom resultado e poucos efeitos colaterais (IA; CURATOLO; FRIEDRICH, 2000). Nessa classe medicamentosa ainda estão incluídos a paroxetina e o citalopram. Sobre a paroxetina ainda existem poucos estudos envolvendo sua farmacocinética e eficácia em crianças, porém sua utilização no tratamento dessa patologia tem se mostrado bastante vantajosa. Já o citalopram deve ser evitado nessa faixa etária devido ao reduzido número de estudos existentes com tal droga em crianças. Há ainda, entre os ISRS, a venlafaxina, cujo mecanismo de ação é misto, pois inibe a recaptura da noradrenalina e, em menor grau, a recaptura da serotonina e ainda em menor grau, a recaptura da dopamina; entretanto, pelo mesmo motivo do citalopram, o seu uso não é indicado em menores de 16 aos (LIMA, 2004; GREEN, 1997; GAMMON; BROWN, 1993).

Vale ressaltar a importância de compreender o funcionamento de cada um dos dois aspectos do tratamento da depressão infantil: a psicoterápica e a farmacológica. Segundo Maj e Sartorius (2005), se a depressão for de nível leve, apenas o tratamento baseado em psicoterapias pode ser suficiente, uma vez que encontros regulares com sessões de psicoterapia com a criança e sessões de orientação aos pais podem dar bons resultados. No entanto, se a depressão estiver em um nível mais elevado, a psicoterapia por si só não será suficiente, sendo apenas parte de um programa de tratamento. Alsop e McCaffrey (1999) consideram que a psicoterapia individual, seja por meio do psicodrama, da ludoterapia, ou ainda do treinamento das habilidades sociais, tem a função de apoiar a criança em suas dificuldades.

Deve-se, ainda, atentar para o tratamento baseado na farmacologia, uma forma bastante significativa no combate da depressão infantil. Porém, é importante lembrar que "O tratamento farmacológico seria alternativa posterior à abordagem psicoterápica, reservado a casos mais graves e persistentes [...] sendo administrado por cuidadosa monitoração, por tempo limitado e combinação com psicoterapia" (WANNMACHER, 2004, p.4).

É importante destacar que os cuidados quanto ao uso da medicação dão-se por ainda não existirem estudos sobre as consequências em longo prazo em crianças devido à utilização de fármacos. Por conta disso, esse tipo de tratamento só deve ser utilizado em casos onde há realmente necessidade, quando a doença está comprometendo seriamente o desenvolvimento da criança (COSTA; CASTRO, 2002). Sobre os medicamentos utilizados na medicação depressiva, Alsop e McCaffrey (1999) lembram os efeitos colaterais que estes provocam, os quais podem ser prejudiciais ao infante. Diante disso, antes de começar o tratamento é preciso escolher o medicamento criteriosamente. A escolha, segundo Curatolo e Brasil (2005, p. 172), deve ser individual, uma vez que "[...] a opção por um agente terapêutico deve estar baseada no perfil dos sintomas, no diagnóstico, e nas co-morbidades associadas; outros fatores que também podem influenciar são a idade, as condições de saúde geral da criança e o uso concomitante de outros medicamentos".

Existe ainda uma outra forma de tratamento da depressão – pouco utilizada nessa faixa etária – que corresponde a uma técnica denominada eletroconvulsoterapia (ECT). Essa é uma técnica utilizada somente quando todas as outras formas de tratamento falham e, de um modo geral, tem se mostrado bastante efetiva e segura. A ECT é geralmente indicada para pacientes diagnosticados com o transtorno depressivo grave, dependendo de fatores como: intensidade, frequência e duração dos sintomas depressivos, bem como pela presença de manifestações psicóticas ou catatônicas, pelo risco de suicídio ou ainda pela necessida-

de urgente de melhora, frente à acelerada deterioração da saúde física. Diante de tal situação a ECT é a primeira escolha de tratamento, podendo estar ou não associada à farmacoterapia com antidepressivos e/ou antipsicóticos, nos casos em que houver necessidade. O que também pode determinar a escolha desta técnica é a história prévia de melhora com ECT e a preferência do paciente por esse tratamento. No entanto, pouco se tem usado o tratamento com eletroconvulsoterapia em crianças, devido ao fato de que existem poucos estudos a respeito e todos são relatos de casos (SALLEH et al., 2006; HARRINGTON, 1990).

Costa e Castro (2002) lembram que, mesmo diante dos avanços resultantes de vários estudos e dos significativos progressos nos problemas da depressão na infância, a farmacologia não deve substituir a psicoterapia. Ela deve, na verdade, ser um complemento na psicoterapia, possibilitando um prognóstico mais preciso e melhor avanço de forma geral.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A depressão, durante algum tempo, era uma patologia considerada característica do adulto. Contudo, a partir da década de 1960, pesquisadores começaram a pensar e a investigar a depressão infantil. Esse interesse aumentou devido à constatação de que a depressão é uma doença grave e pode levar as crianças, entre outras coisas, ao isolamento, baixo rendimento escolar, baixa autoestima ou morosidade.

Através da presente pesquisa, foi possível perceber que a etiologia da depressão infantil é multifatorial, isto é, são vários os fatores que podem ser a causa desta patologia, como os biológicos (genética) e os ambientais (problemas no relacionamento com os pais).

Vale ressaltar que a depressão na criança tem suas próprias características, e os sintomas típicos do adulto iniciarão somente na adolescência. Caso não seja tratada, a depressão infantil tem o poder de prejudicar várias áreas do desenvolvimento de uma criança, além disso, pode prognosticar episódio de depressão mais grave na fase adulta.

Baseado no diagnóstico, que deve ter como requisito básico uma profunda avaliação da sintomatologia, torna-se possível o tratamento. Entretanto, para que se tenha sucesso no tratamento, é preciso que este seja planejado visando o melhor benefício para a criança. Porém, é interessante destacar que a depressão infantil é um assunto ainda pouco explorado em pesquisas, o que faz com que existam poucos tratamentos eficazes conhecidos.

Assim, há necessidade de mais pesquisas sobre a depressão infantil, principalmente na etiologia e tratamento da patologia. O avanço nas pesquisas poderá contribuir significativamente para uma melhor compreensão do

problema e, conseqüentemente, para o desenvolvimento de medidas terapêuticas, pois só dessa forma, conhecendo e debatendo as implicações provindas da depressão, é que se possibilitará uma assistência específica e diferenciada.

Além disso, pesquisas futuras poderão contribuir para a criação de programas de intervenção que possam prevenir os problemas emocionais na infância, uma vez que os efeitos das dificuldades psicológicas podem ter uma longa duração, prejudicando o desenvolvimento da criança e, conseqüentemente, sua vida adulta. Portanto, é de extrema importância que os pais, professores e profissionais da área da saúde estejam atentos às manifestações nas crianças, buscando seus significados mais profundos, a fim de identificar qualquer sinal da doença o quanto antes.

REFERÊNCIAS

- ADÁNEZ, A. M. El diagnóstico infantil de la depresión mediante el test 16PF, para su uso en selección de personal. *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*, v. 3, p.117-122, 1995.
- AJURIAGUERRA, J. *Manual de psiquiatria infantil*. Rio de Janeiro: Masson do Brasil, 1976.
- ALLGAIER, A-K et al. Depression in pediatric care: is the WHO-Five Well-Being Index a valid screening instrument for children and adolescents? *General Hospital Psychiatry*, v. 34, p. 234-241, 2012.
- ALSOP, P.; MCCAFFREY, T. *Transtornos emocionais na escola*. São Paulo: Summus, 1999.
- AMARAL, V. L. A. R.; BARBOSA, M. K. Crianças vítimas de queimaduras: um estudo sobre a depressão. *Estudos de Psicologia*, v. 7, p. 31-59, 1990.
- AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY. 1996. Disponível em: <<http://www.psych.med.umich.edu/web/aacap>>. Acesso em: 31 out. 2012.
- ANDRIOLA, W. B.; CAVALCANTE, L. R. Avaliação da depressão infantil em alunos da pré-escola. *Psicologia: reflexão e crítica*, v. 12, n. 2, 1999.
- ASSUMPÇÃO JÚNIOR, F. B.; KUCZYNSKI, E. *Infância e adolescência*. In: FRÁGUAS JÚNIOR, R.; FIGUEIRÓ, J. A. B (Org.). *Depressões em medicina interna e em outras condições médicas*. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 387-400.
- BAGNER, D. M. et al. Effect of maternal depression on child behavior: a sensitive

- period? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, v. 49, n. 7, p. 699-707, 2010.
- BAHLS, S. C. Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. *Jornal de Pediatria*, v. 78, n. 5, 2002.
- BANDIM, J. M. et al. Habilidade mnemônica em crianças com sintomas depressivos: um estudo explanatório. *Infanto. Rev Neuropsiq Inf Adol.*, v. 6, n. 3, p.119-23, 1998.
- BAPTISTA, C. A.; GOLFETO, J. H. Prevalência de depressão em escolares de 7 a 14 anos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 27, n. 5, p. 253-255, 2000.
- BAPTISTA, M. N.; BAPTISTA, A. S. D.; DIAS, R. R. Estrutura e suporte familiar como fatores de risco na depressão de adolescentes. *Psicologia ciência e profissão*, v. 1, n. 2, p. 52-61, 2001.
- BARBOSA, G. A. et al. Depressão infantil: um estudo de prevalência com o CID. *Infanto - Rev. Neuropsiqui. da Inf. e Adol.*, v. 4, n. 3, p. 36-40, 1996.
- BERNARAS, E. et al. Child depression in the school contexto. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, v. 29, p. 198-207, 2011.
- BIRMAHER, B. et al. Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, v. 35, n. 12, p. 1575-1583, 1996.
- BIRMAHER, B. *Crianças e adolescentes com transtorno bipolar*. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- BOWLBY, J. *Perda: tristeza e depressão*. São Paulo: Martins Fontes, 1998.
- CALDERARO, R. S. S.; CARVALHO, C. V. Depressão na infância: um estudo exploratório. *Psicologia em Estudo*, v. 10, n. 2, p. 181-189, 2005.
- CAMON, V. A. A. *Depressão como um processo vital*. In: CAMON, V. A. A. (Org.), *Depressão e psicossomática*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2001. p. 1-44.
- COLBERT, P. et al. Learning disabilities as a symptom of depression in children. *Journal of Learning Disabilities*, v. 15, n. 6, p. 333-336, 1982.
- COSTA, D.; CASTRO, J. R. Depressão Infantil: um fenômeno da contemporaneidade. *Psiquiatria Biológica*, v. 10, n. 4, 2002.
- COSTELLO, E. J.; ERKANLI, A.; ANGOLD, A. Is there an epidemic of child or adolescent depression? *J Child Psychol Psychiatry*, v. 47, p. 1263-71, 2006.
- CRUVINEL, M.; BORUCHOVITCH, E. Sintomas depressivos, estratégias de aprendizagem e rendimento escolar de alunos do ensino fundamental. *Psicologia em Estudo*, v. 9, n. 3, p. 369-378, 2004.
- CRUVINEL, M.; BORUCHOVITCH, E.; SANTOS, A. A. A. *Inventário de depressão infantil (CDI): análise dos parâmetros psicométricos*. *Revista de Psicologia*, v. 20, n. 2, p. 473-490, 2008.
- CUNHA, B. F. V. et al. Depressão na infância e adolescência: revisão bibliográfica. *Rev Soc Cardiol*. São Paulo, v. 15, n. 3, 2005.
- CURATOLO, E.; BRASIL, H.. Depressão na infância: peculiaridades no diagnóstico e tratamento farmacológico. *J. Bras. Psiquiatria*, v. 54, n. 3, 2005.
- DAMIÃO, N. F. et al. Representações sociais da depressão no ensino médio: um estudo sobre duas capitais. *Psicologia & Sociedade*, v. 23, n. 1, p. 114-124, 2011.
- DEL PORTO, J. D. Conceito e diagnóstico: depressão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 21, Supl.1, p. 6-11, 1999.
- FICHTNER, N. *Prevenção, diagnóstico e tratamento dos transtornos mentais da infância e da adolescência*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- FIHRER, I.; MCMAHON, C. A.; TAYLOR, A. J. The impact of postnatal and concurrent maternal depression on child behaviour during the early school years. *Journal of Affective Disorders*, v. 119, p. 116-123, 2009.
- GAMMON, G. D; BROWN, T. E. Fluoxetine and methylphenidate treatment of attention deficit and comorbid depressive disorder. *J Adolesc Psychopharmacol.*, v. 3, p. 1-10, 1993.
- GREEN, W. H. *Drogas antidepressivas: psicofarmacologia clínica na infância e na adolescência*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p. 37-196.
- GUREJE, O. et al. Psychiatric disorders in a paediatric primary care clinic. *Br J Psychiatry*, v. 165, n. 4, p. 527-30, 1994.
- HALL, C. W.; HAWS, D. Depressive symptomatology. In: *Learning disabled and nonlearning-disabled students*. *Psychology in the Schools*, v. 26, p. 359-364, 1989.
- HARRINGTON, R. C. Depressive disorder in children and adolescents. *Br J Hosp Med*. v. 43, p. 108-12, 1990.

- HOLMES, D. S. *Psicologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed, 1997.
- IA, L. F.; CURATOLO, E.; FRIEDRICH, S. Transtornos afetivos. *Rev Bras Psiquiatr.* v. 22, p. 24-7, 2000.
- KOVACS, M. *The children's depression inventory: a self-rated depression scale for school age youngsters*. Pittsburg, PA: University of Pittsburgh, School of Medicine, 1983.
- KOVACS, M. The Children's Depression Inventory (CDI). *Psychopharmacology Bulletin.* v. 21, n. 4, p. 995-998, 1985.
- KOVACS, M. *Children's depression inventory manual*. Los Angeles: Western Psychological Services, 1992.
- KOVACS, M. *Children's depression inventory (CDI): technical manual update*. Toronto: Multhi-Health Systems Inc, 2003.
- LAFER, B.; AMARAL, J. A. M. S. *Depressão no ciclo da vida*. Porto Alegre: Artmed, 2000.
- LIMA, D. Depressão e doença bipolar na infância e adolescência. *Jornal de Pediatria*, v. 80, n. 2, 2004.
- LIPPI, J. R. S. *Depressão na Infância*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1985.
- MAJ, M.; SARTORIUS, N. *Transtornos depressivos*. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- MARCELLI, D. *Manual de psicopatologia da infância de Ajuriaguerra*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 1998.
- MILLER, J. A. *The childhood depression sourcebook*. California: Lowell House. 1998.
- MILLER, J. *O livro de referência para a depressão infantil*. São Paulo: M. Books, 2003.
- MONTEIRO, K. C. C.; LAGE, A. M. V. Depressão: uma 'psicopatologia' classificada nos manuais de psiquiatria. *Psicol. cienc. prof.* v. 27, n. 1, p. 106-119, 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932007000100009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 30 out. 2012.
- NAKAMURA, E.; SANTOS, J. Q. Depressão infantil: abordagem antropológica. *Rev. Saúde Pública*, v. 41, n. 1, 2007.
- NISSEN, G. *Dépressions de l'enfance et de l'adolescence*. Triangle, n. 23, p. 43-50, 1983.
- NUNES, A. N. Fracasso escolar e desamparo adquirido. *Psicologia: teoria e pesquisa*, v. 6, n. 2, p. 139-154, 1990.
- OSHIRO, F. A. B. Depressão e Violência familiar: estudo de irmãos vítimas de maus tratos e abandono. 1994. *Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de Campinas*, Campinas, São Paulo, 1994.
- PALLADINO, P. et al. The relation between metacognition and depressive symptoms in preadolescents with learning disabilities: data in support of Borkowski's Model. *Learning Disabilities Research & Practice*, v. 15, n. 3, p. 142-148, 2000.
- PEREIRA, D. A. P.; AMARAL, V. L. A. R. Escala de avaliação de depressão para crianças: um estudo de validação. *Rev. Estudos de Psicologia*, v. 21, n. 1, p. 5-23, 2004.
- PÉREZ, M. V.; URQUIJO, S. Depresión en adolescentes. Relaciones com el desempeño académico. *Psicología Escolar e Educacional*, v. 5, n. 1, p. 49-58, 2001.
- PUIG-ANTICH, J. Psychobiological markers: effects of age and puberty. In: RUTTER, M.; IZARD, C. E.; READ P. B. (Ed.), *Depression in young people: Development and clinical perspectives*. New York: Guilfort, 1986. p. 341-382.
- REIS, R. L. R.; FIGUEIRA, I. L. V. Transtorno depressivo na clínica pediátrica. *Revista Pediatria Moderna*, v. 37, p. 212-222, 2001.
- ROTONDARO, D. P. Os desafios constantes de uma psicóloga no abrigo. *Psicologia: ciência e profissão*, v. 3, p. 8-13, 2002.
- SALLEH, M. A. et al. Eletroconvulsoterapia: critérios e recomendações da Associação Mundial de Psiquiatria. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 33, n. 5, p. 262-267, 2006.
- SCIVOLETTO, S.; TARELHO, L. G. Depressão na infância e adolescência. *Revista Brasileira de Medicina*, v. 59, n. 8, p. 555-557, 2002.
- SHAVER, P. R.; BRENNAN, K. A. *Measures of depression and loneliness*. In: ROBINSON, J. P.; SHAVER, P. R.; WRIGHTSMAN, L. S. (Org.). *Measures of personality and social psychological attitudes*. New York: Academic Press., 1992.
- SIGOLO, A. M. Depressão infantil. 2008. *Monografia (Curso de Psicopedagogia) - Universidade Tuiuti do Paraná*, Curitiba, 2008.
- SOLOMON, A. *O demônio do meio-dia: uma anatomia da depressão*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2002.
- SPITZ, R. A. *O primeiro ano de vida*. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.
- WANNMACHER, L. *Depressão maior: da descoberta à solução?* Organização Pan-Americana de Saúde, v. 1, n. 5, 2004.

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*, v. 7, n. 1, p. 75-84, 2008.

ZAVASCHI, M. L. S. et al. Associação entre
trauma por perda na infância e depressão na
vida adulta. *Revista Brasileira de Psiquiatria*,
v. 24, n.4, p. 189-95, 2002.