

DEPRESSÃO INFANTIL: UMA REVISÃO BIBLIOGRAFICA

2017

Elizete Venson do Nascimento Marconi

Psicóloga graduada pela Faculdade da Amazônia campus Vilhena/RO (Brasil)
Pós-graduanda em Avaliação Psicológica e Psicodiagnóstico

E-mail de contato:

elizete_venson@hotmail.com

RESUMO

Este estudo buscou contribuir teoricamente para o tema mediante uma pesquisa bibliográfica dos estudos sobre a depressão na infância. São abordado os aspectos gerais da depressão infantil, tais como uma breve consideração histórica, conceitualização, manifestação clínica, prevalência, diagnóstico, tratamento, comorbidades e fatores de risco. Diante dos levantamentos bibliográficos foi possível verificar que a depressão na infância apresenta inúmeros sintomas que podem causar significativos danos à criança, principalmente em casos em que o risco de suicídio é eminente.

Palavras-chave: depressão infantil, psiquiatria infantil, depressão na infância.

Copyright © 2017.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License 4.0.

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



INTRODUÇÃO

O termo depressão foi usado pela primeira vez em 1680 com a finalidade de designar um estado de desânimo, ou perda de interesse, porém foi apenas incorporada ao dicionário em 1750 por Samuel Johnson (QUEVEDO; SILVA, 2013).

Os transtornos depressivos são um grupo de patologias com grande número de casos e com crescente prevalência. A depressão infantil apresenta-se atualmente como um transtorno de humor muito comum entre crianças. Vários autores têm alertado sobre o fenômeno depressivo em crianças e adolescentes, uma vez que apresenta significativo aumento, ocorrendo cada vez mais cedo (BAHLS, 2002).

Em geral a maioria das pessoas apresentam o pensamento errôneo de que a infância é um período feliz, livre de preocupações ou de responsabilidades, no entanto as pesquisas têm demonstrado que crianças também sofrem de depressão, que se sentem tristes em função de perdas, apresentam também manifestações de raiva resultante de frustrações. Para se caracterizar como depressão, esses sentimentos dependem da intensidade, da persistência além da presença de outros sintomas simultâneos (LEE; CURATOLO; FRIEDRICH, 2000).

Sendo assim, o presente trabalho propõe-se a discorrer acerca do tema afim de promover maior informação a respeito do assunto, uma vez que há o desconhecimento da população em geral sobre a extensão da depressão à infância, principalmente quando esta corre o risco de estender-se ao suicídio.

1. CONSIDERAÇÕES HISTÓRICAS ACERCA DA DEPRESSÃO NA INFÂNCIA

Quevedo et.al. (2008, p.17) salientam que “as primeiras descrições de estados de alteração do humor podem ser encontradas nas escrituras bíblicas e na mitologia”. De acordo com Dalgalarondo (2008) o humor triste e o desânimo, do ponto vista psicológico, são os elementos mais acentuados das síndromes depressivas. Para o autor, eles se caracterizam por uma multiplicidade de sintomas afetivos, instintivos e neurovegetativos, ideativos cognitivo, relativos a autovalorização, a vontade e a psicomotricidade.

Sobre a depressão, Braptista e Oliveira (2004) ressaltam que seus principais sintomas estão relacionados ao humor deprimido, perda do interesse ou prazer, energia reduzida, causando a diminuição de atividade; concentração, autoestima, atenção e autoconfiança reduzida, apresenta

também ideias pessimistas do futuro, e de ações suicidas, alteração no sono e apetite diminuído, dentre outros.

A criança na idade média, era vista como um pequeno adulto, sem propriedades que a distinguissem, e desconsiderada como alguém merecedor de cuidados especiais. Não se tinha consciência das particularidades intelectuais, comportamentais e emocionais que posteriormente foram consideradas inerentes e naturais às crianças (COSTA, 2010).

Estudos demonstram que até a década de 1970 não era aceita a ideia de que crianças ficassem deprimidas. Apenas em 1970 que foram desenvolvidos os primeiros critérios para o diagnóstico da depressão elaboradas por Warren Weinberg e seus colegas Onde as diferenças de desenvolvimento entre crianças e adultos foram consideradas. Até o fim dessa década pesquisas sobre depressão infantil não eram comuns (MILLER, 2003). De acordo com Bahls (2002) foi apenas em 1975 que o Instituto Nacional de Saúde Mental dos EUA (NIMH) reconheceu oficialmente a existência da depressão em crianças e adolescentes, atraindo um crescente interesse durante as duas últimas décadas em pesquisas neste período da vida.

Por aproximadamente 50 anos, as crianças deixaram de ser diagnosticadas com depressão, devido aos trabalhos influentes de Sigmund Freud. Em 1917, Freud considerava que a depressão incluía, entre outros sintomas, a “diminuição do sentimento de autoestima” e “expectativas ilusórias de punição”. Para ele, crianças não tinham capacidade de autoestima (função do superego) ou a habilidade de vislumbrar o futuro a ponto de ter sentimentos de desesperança. Com isso, não podiam ficar deprimidas (MILLER, 2003).

Na década de 1960, pesquisadores começaram a aceitar a existência da depressão na infância, porém, estes se dividiram em duas teorias distintas. Uma acreditava que a depressão na infância era muito parecida com a depressão que acometia o adulto. A outra teoria, acreditava que a criança experienciava a depressão mascarada/encoberta com sintomas diferentes da apresentada pelo adulto (MILLER, 2003).

John Bowlby descobriu na década de 60 que crianças entre seis meses e três anos exibiam reclusão, uma expressão triste, murmúrios e uma recusa a comer quando separadas de suas mães (ZIMERMAN, 2007).

2. DEPRESSÃO NA INFÂNCIA

De acordo com Silveiras (2008) durante muitos anos a depressão na infância e adolescência foi questionada, visto que muitos autores acreditavam que essa patologia só se desenvolveria no final da adolescência e início da idade adulta. Através de evidencias fornecidas por inúmeros

estudos, acredita-se que a depressão não só está presente na atualidade, mas é um dos problemas emocionais que ocorrem com maior frequência na infância e na adolescência.

Bahls (2002) salienta que vários autores têm chamado a atenção para a depressão na infância, pois além desta ter seu reconhecimento instituído, sua ocorrência se dá cada vez mais precoce, com aumento também de sua frequência. O autor enfatiza ainda que a depressão na infância tem caráter duradouro e evasivo, afetando assim, múltiplas funções e causando significativos danos psicossociais.

2.1 CONCEITUALIZAÇÃO

A depressão infantil trata-se de um distúrbio de humor que vai além da tristeza normal e temporária (PAPALIA; FELDMAN, 2010). É uma perturbação orgânica, que envolve variáveis sociais, psicológicas e biológicas (CRUVINEL; BORUCHOVITCH, 2014). Sob o aspecto biológico, a depressão é vista como uma provável disfunção dos neurotransmissores devido a herança genética, e também ao fato de áreas cerebrais específicas terem anomalias e/ou falhas. Na perspectiva psicológica, a depressão está associada ao comprometimento da personalidade, baixa autoestima e autoconfiança. No que se refere ao âmbito social, pode-se considerar como uma falta de adaptação ou um grito de socorro, como também pode ser uma consequência da violação de mecanismos culturais, familiares e escolares (HUTTEL et al., 2011).

Seguindo essa linha, Assumpção Jr (2014, p. 207) também considera as variáveis já mencionadas (sociais, biológicas e psicológicas) e acrescenta que a depressão é considerada:

Uma resposta neurobiológica excessivamente ativa a eventos estressores, de forma similar à ansiedade. Desse modo, os indivíduos com depressão teriam uma vulnerabilidade psicológica experimentada como sentimentos de inadequação para enfrentar dificuldades, atitudes essas correlacionadas a marcadores bioquímicos associados a circuitos cerebrais específicos.

A partir da perspectiva do desenvolvimento infantil, existem algumas tarefas que são imprescindíveis que a criança domine, para que possa proteger-se da depressão. Essas tarefas devem ser realizadas efetivamente pela criança, e os pais tem o dever de auxiliar e encorajar o filho. Dentre as tarefas pode-se destacar, segundo Miller (2003):

- a) Que os pais atendam às necessidades fisiológicas básicas da criança, sem que ela precise expressar muitas emoções negativas. Para que isso ocorra, os pais devem estar em sintonia com as formas de comunicação do filho, com o intuito de que suas

necessidades sejam atendidas com certa rapidez. Isso facilita que a criança desenvolva uma capacidade de autorregular suas emoções;

- b) Socializar a criança e demonstrar a ela como expressar suas emoções em situações apropriadas;
- c) Desenvolvimento de um vínculo seguro entre a criança e seus cuidadores, devendo estes serem responsivos e consistentes para com a criança;
- d) Desenvolver a autoconsciência da criança para que ela consiga diferenciar-se dos outros.

2.2 MANIFESTAÇÃO CLÍNICA

Sentir-se triste ou com raiva devido a perdas ou frustrações são na maioria das vezes sentimentos normais e passageiras, e que não requerem tratamento. No entanto, dependendo da intensidade, da persistência e da presença de outros sintomas, essa tristeza e a irritabilidade podem ser indícios do desenvolvimento de um quadro depressivo infantil (LEE; CURATOLO; FRIEDRICH, 2000).

Hutz (2002) salienta que com frequência aceita-se o choro, a tristeza, a apatia ou o isolamento apresentado pela criança como sintomas de um quadro depressivo, desde que haja persistência por um tempo. Porém, há uma enorme controvérsia a esse respeito. Alguns estudiosos propõem que a apatia, tédio, alterações do humor, aborrecimento, alterações somáticas, distúrbios do sono, diminuição da autoestima e autoacusações são sintomas depressivos. Por outro lado, há autores que destacam que os sintomas depressivos ocorrem de forma contrária, através de comportamentos antissociais, agressividade e hostilidade.

A Manifestação clínica mais comum em crianças de até seis a sete anos, as pré-escolares, são sintomas físicos, tais como dores de cabeça e abdominais, fadiga e tontura. Essas queixas físicas, conforme Bahls (2002):

São seguidas por ansiedade (especialmente ansiedade de separação), fobias, agitação psicomotora ou hiperatividade, irritabilidade, diminuição do apetite com falha em alcançar o peso adequado e alterações do sono (BAHLS, 2002 p. 360).

Do ponto de vista de Bahls (2002) alguns autores ainda citam que com menor frequência ocorrem enurese, encoprese, fisionomia triste, choro frequente, comunicação deficiente, movimentos repetitivos, agressividade consigo e com outros. As habilidades sociais adquiridas com a idade não ocorrem naturalmente e o prazer de brincar e ir para a escolinha diminuem.

Existem ainda outros sintomas, como sentimento prolongado de falta de amigos, incapacidade de alegrar-se e concentrar-se, fadiga, atividade ou apatia extrema, sentimento de inutilidade e pensamento de morte ou suicídio (PAPALIA; FELDMAN, 2010).

A depressão infantil de acordo com Huttel et. al. (2011) acarreta prejuízos a nível físico, cognitivo, psicomotor e psicossocial no desenvolvimento da criança. Diante disso, a família e o grupo que a criança está inserida também são afetados (CALDERARO; CARVALHO, 2005).

Para Lacerda et al. (2009) as crianças com depressão têm tendência a parecer tristes, desesperançosas, choram com facilidade, apresentam lentificação psicomotora, tom de voz monótono e com frequência se referem de forma depreciativa: “sou burro”, “ninguém me ama”, “sou uma criança ruim”.

Antes da aquisição de linguagem verbal, uma criança manifesta depressão pela expressão facial, pela postura corporal e pela falta de resposta aos estímulos visuais e verbais. As crianças, quando deprimidas, podem apresentar humor irritado ou instável. Enquanto umas têm explosões descontroladas, outras aparentam estarem tristes e choram à toa (LEE; CURATOLO; FRIEDRICH, 2000, p.25).

As ideias de suicídio ou de morte são características de todas as faixas etárias. As crianças transmitem ideias de que devem ser punidas ou que a morte é uma solução melhor. No entanto, o suicídio ocorre com maior frequência na adolescência (NETO; GAUER; FURTADO, 2003).

2.3 DIAGNÓSTICO

De acordo com Silves (2008) o diagnóstico é um ponto controverso nos estudos da depressão infantil, uma vez que seus sintomas poderiam aparecer mascarados por outros problemas, como queixas físicas, em razão das características da infância. Reis e Figueira (2001) destacam que o diagnóstico não é fácil de realizar, visto que as crianças não conseguem identificar com clareza os sintomas que aparecem de maneira multifacetada.

Rodrigues e Antolini (2003) afirmam que quando se trata da psicopatologia do adulto, a depressão tem suas características clínicas bem definidas, sendo o diagnóstico relativamente mais fácil, todavia, quando se trata de crianças e adolescentes, este é mais problemático, pois torna-se imprescindível sua diferenciação das fases normais do desenvolvimento.

Os sinais da depressão infantil são diversos e não devem ser analisados individualmente, mas sim, de forma integrada verificando sempre a durabilidade dos episódios (CALDERARO, CARVALHO, 2005).

A depressão é de natureza multicausal, o que torna indispensável uma avaliação que aprecie a história familiar, que envolve os fatores genéticos e antecedentes pessoais e também a verificação de condições médicas e ambientais associadas (ASSUMPÇÃO JR, 2014).

Silvares (2008) aponta que realizar um diagnóstico preciso é de extrema importância, já que os dados obtidos facilitarão a melhor forma de intervenção, seguindo sempre as necessidades do paciente.

2.3.1 Diagnóstico baseado no dsm-5 do transtorno depressivo maior

Os sintomas para os critérios diagnósticos do Transtorno Depressivo Maior, devem estar presentes em quase todos os dias, na maior parte do dia, por pelo menos duas semanas consecutivas, com exceção da alteração de peso e de ação suicida.

A principal característica de um episódio depressivo maior é o período de pelo menos duas semanas em que há o humor depressivo ou perda de interesse em quase todas as atividades. Vale ressaltar, que em crianças e adolescentes em vez de haver humor triste e abatido pode existir o humor irritável ou fastidioso.

O indivíduo deve experimentar pelo menos quatro sintomas adicionais, dentre eles, as mudanças no apetite, no peso, no sono, diminuição da energia, sentimento de desvalia ou culpa, dificuldade na concentração ou volição e pensamentos acerca do suicídio. Para que seja apreciado no diagnóstico do Transtorno Depressivo Maior, esses sintomas devem ser recentes ou ter piorado significativamente. O episódio deve ser acompanhado por sofrimento ou prejuízo no funcionamento social, profissional, em outras áreas consideradas importantes pelo indivíduo.

Quanto às alterações no apetite, é importante destacar que em crianças é possível observar o insucesso na obtenção do peso previsto. Já com respeito ao prejuízo na concentração, as crianças com sintomas depressivos frequentemente apresentam uma queda abrupta no rendimento escolar.

2.4 TRATAMENTOS

É imprescindível salientar que embora o diagnóstico formal (baseado no manual – DSM) seja importante e necessário, ele em muitos casos é insuficiente para a elaboração da melhor intervenção e para compreensão do problema em sua totalidade. Além do diagnóstico formal, é importante, segundo Silvares (2008):

Realizar uma análise funcional do problema de cada cliente de modo a estabelecer as relações entre a ocorrência do comportamento e as circunstâncias nas quais ele ocorre, para que seja possível modifica-lo (SILVARES, 2008, p. 46).

As psicoterapias são indicadas em larga escala nesta população, tanto nos casos leves quanto moderados e associadas a psicofarmacologia nos casos graves. Dentre as abordagens mais utilizadas estão a terapia cognitivo-comportamental, a psicoterapia de orientação psicodinâmica e a psicoterapia interpessoal, muitas vezes associadas com psicofármacos (SCHWAN e RAMIRES, 2011). Hay et al. (2016) acreditam que a terapia cognitiva comportamental é a mais efetiva para melhorar os sintomas depressivos em crianças e adolescentes. Os autores salientam ainda que é imprescindível que no tratamento, englobe tratar o episódio depressivo e ajudar a família a responder de maneira eficaz as necessidades emocionais do paciente.

Os pais também podem ser vistos como uma extensão do terapeuta ao observar o progresso de seu filho ao longo do tratamento. Normalmente, durante o tratamento, o terapeuta passa uma ou duas horas por semana com a criança nos limites extremamente controlados e artificiais de um consultório. Como este não é o ambiente natural da criança, é comum que ela se comporte de uma maneira diferente da usual. Até que a criança relaxe com o terapeuta e comece a demonstrar-lhe diretamente os sintomas depressivos, a maioria das informações do terapeuta sobre a criança é obtida por meio do relatório dos pais e diretamente com a criança (MILLER, 2003, p. 218).

2.5 COMORBIDADES

Segundo a OMS (2001) é frequente a ocorrência simultânea de dois ou mais transtornos mentais no mesmo sujeito. Miller (2003) explica que as comorbidades, além de complicar o tratamento, indica resultados clínicos desfavoráveis, pelo fato de crianças que tem problemas comorbidos terem um risco maior de recaída para um episódio de depressão grave, ademais sofre os episódios depressivos mais longos. O autor acrescenta ainda que crianças e adolescentes com distúrbios comorbidos possuem um risco maior de dependência química, suicídio e de ter o desenvolvimento das habilidades sociais comprometidos, do que crianças que lidam apenas com a depressão.

Os transtornos comorbidos mais comuns em crianças são os transtornos de ansiedade, o transtorno de conduta, o transtorno desafiador opositivo e o transtorno de déficit de atenção (MILLER, 2003; BAHLS, 2002; HUTTEL, 2009).

A seguir será abordado algumas comorbidade que frequentemente acometem crianças depressivas, pontuadas por Miller (2003):

2.5.1 Transtorno de Ansiedade

“Incluem transtornos que compartilham características de medo e ansiedade excessivos e perturbações comportamentais relacionadas” (DSM-V, 2014). Abarcam a ansiedade de separação, transtorno de pânico, transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e o distúrbio de ansiedade generalizada (TAG). Normalmente apresentam sintomas motores, fisiológicos e cognitivos. Como sintomas motores são: tremer, roer as unhas, chupar o dedo, gaguejar, forçar a mandíbula e evitar os outros. Os sintomas fisiológicos são: taquicardia, sudorese, mudança na tenção muscular, respiração aumentada, falta de ar, náuseas, vômitos, dor de estomago e urinar frequentemente. Já nos sintomas cognitivos destacam-se o medo, esperar por perigos, sensação de ser inadequado ou incompetente ou visões de lesão corporal

2.5.2 Transtorno da Conduta

No transtorno de conduta as crianças assumem um comportamento repetitivo onde direitos básicos ou regras/normas sociais próprios para a idade do mesmo são desrespeitados, adotando assim características agressivas com pessoas e/ou animais. Assumem uma postura de intimidação, ameaça e provocação, chegando em muitos casos a provocar brigas.

2.5.3 Transtorno Opositorista-Desafiador

Crianças com o transtorno de oposição desafiante possuem um padrão de humor raivoso e irritável, de comportamento questionador/desafiante ou índole vingativa (DSM-V, 2014). No que concerne aos sintomas, Miller (2003) destaca: perder o controle, discutir repetidamente com adultos, recusar a entender os pedidos ou regras dos adultos, perturbar deliberadamente uma pessoa, culpar frequentemente os outros por seus erros, ficar sensível ou irritável com facilidade, estar muitas vezes bravo ou ressentido e ser cruel e vingativo. Com frequência o transtorno opositor desafiador precede o desenvolvimento do transtorno de conduta.

2.5.4 Transtornos de Déficit de Atenção/Hiperatividade

Tem como principais características a desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interferem diretamente no funcionamento e desenvolvimento da criança (DSM-V, 2014). Alguns dos sintomas da depressão ocorrem como sintoma da depressão, uma vez que as crianças com

TDHA passam por diversos problemas sociais e fracassos escolares, o que a faz ter pensamentos de inutilidade.

2.6 FATORES DE RISCO

Alguns fatores interferem diretamente no desenvolvimento da depressão em crianças, são eles: hereditariedade, condições sociais, configuração familiar, a função materna, o início do funcionamento psíquico e o superego (CALDERARO; CARVALHO, 2005).

De acordo com Miller (2003) existem organizações depressotípicas¹, que favorecem o desenvolvimento da depressão na infância. Dentre essas variáveis pode-se destacar a regulação homeostática e fisiológica (não deixar que a criança passe frio ou calor demais ou que se alimente apenas quando estiver com fome), diferenciação afetiva (os pais ensinar aos filhos a expressar emoções correspondentes/adequadas, por exemplo quando o tio da criança faz uma visita os pais sorriem para o tio e a criança aponta para ele), vínculo seguro (permite que a criança controle seu nível de estimulação e mantenha uma sensação de segurança), autoconsciência (diferenciação entre si e os outros).

Para Bahls (2002) a convivência com um dos pais depressivos, os estressores ambientais, como o abuso sexual e o físico e a perda de um ente querido podem ter grande influência no desenvolvimento da depressão infantil. Neto, Gauer e Furtado (2003) acrescentam ainda que crianças que enfrentam doenças ou cirurgias graves também podem desenvolver o transtorno. Quanto a hereditariedade, Hutter et al. (2011) apontam que pode ser um fator importante, mas que por si só (determinante único), não tem grande influência no aparecimento da patologia. Os autores salientam ainda que para que haja uma melhora na saúde do filho, é imprescindível tratar primeiramente os pais e trabalhar no sentido de mudanças no padrão familiar.

Os transtornos do vínculo mãe/filho, o abandono infantil, a psicopatologia dos pais e a privação materna estão amplamente relacionadas à depressão infantil. A privação de relações objetais no primeiro ano de vida das crianças pode facilitar o desenvolvimento de sérios distúrbios emocionais, isso se deve ao fato de terem sido privadas de um elemento fundamental para um desenvolvimento saudável (HUTTEL et al., 2011).

Um ambiente familiar saudável, supre as necessidades básicas da criança (acolhimento e proteção) proporcionando-lhe um desenvolvimento emocional satisfatório. Quando isso não ocorre a criança recorre a mecanismos específicos para lidar com as adversidades, o que pode

¹Indica que há inúmeras variáveis, que podem ser organizadas de modo a causar a depressão infantil (MILLER, 2003)

comprometer o desenvolvimento das estruturas de personalidade que estão se constituindo (CALDERARO; CARVALHO, 2005).

Segundo Calderaro e carvalho (2005) a população que vive em condições desfavoráveis, como o desemprego, uniões transitórias do casal, alcoolismo e a violência são fatores que favorecem o desenvolvimento de patologias físicas e mentais e, as crianças sofrem consequências diretas dessa desestruturação. O que se pretende propor com isso, é que a precariedade de recursos familiares e materiais pode acarretar experiências reais de traumas e privações, que colaboram para a instauração de organizações de personalidade patológicas (CALDERARO; CARVALHO, 2005)

3. METODOLOGIA

Este trabalho trata-se de uma abordagem a pesquisa qualitativa, com objetivos exploratórios e procedimentos bibliográficos.

De acordo com Gerhardt e Silveira (2009), a pesquisa qualitativa não se preocupa com a representação numérica, mas com os aspectos que não podem ser quantificados. Tem por característica a objetivação do fenômeno, buscar resultados fidedignos, além de procurar descrever, compreender e explicar as relações entre o global o local do que se pretende abordar.

A pesquisa exploratória visa proporcionar maior visão sobre o tema selecionado, não requerendo coleta de dados, dedicando-se dessa forma, ao levantamento bibliográfico e/ou documental (SANTOS; CANDELORO, 2006). Este por sua vez, é realizado a partir da pesquisa de referenciais teóricos já estudados e publicados em meios eletrônicos e escritos, tais como livros, artigos e web sites (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A depressão demorou a ser percebida enquanto patologia abrangente à infância, uma vez que alguns autores não acreditavam que crianças ficassem deprimidas e além disso, acreditavam que pelo fato de não terem responsabilidades, estas não ficavam tristes.

A presença deste quadro clínico em crianças é uma condição desfavorável para o desenvolvimento infantil, que juntamente com o índice de prevalência crescente, vem tornando-se uma questão de saúde pública que merece ser discutida em seus amplos e complexos aspectos, por profissionais tanto da área da saúde quanto educação.

Há um consenso entre os autores abordados de que a depressão infantil tem interferência direta nas atividades do dia-a-dia da criança, bem como em suas fases do desenvolvimento, tornando-se imprescindível e indispensável o diagnóstico precoce e o tratamento ideal.

A terapia comportamental, a terapia cognitiva-comportamental e a terapia medicamentosa são os tratamentos mais efetivos quando se trata da depressão em crianças. Quanto aos psicofármacos, ainda existe uma escassez de estudos, uma vez que não ficou claro nas literaturas pesquisadas quais são os melhor indicados para a psicopatologia abordada e nem seus efeitos a longo prazo. A escassez se estende ao tratamento psicanalítico. Há amplas contribuições da psicanálise na etiologia da depressão infantil, no entanto, quando se refere ao tratamento há uma carência de escritos. Deste modo, percebe-se que a necessidade de realizar estudos voltados tanto para a área da psicofarmacologia quanto ao tratamento psicanalítico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, Paulo. **Terapia analítico-comportamental da depressão**: uma antiga ou uma nova ciência aplicada? Revista Psiquiatria Clínica, São Paulo, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832006000600005>. Acesso em: 22/04/2017.

ASSUMPÇÃO JR. (Org.) **Psiquiatria da infância e da adolescência**: casos clínicos. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BAHLS, Saint-Clair. **Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes**. Jornal de Pediatria, Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-755720020005000>>. Acesso em: 16 abr. 2017.

BRAPTISTA, Makilim; OLIVEIRA, Andréia. **Sintomatologia de depressão e suporte familiar em adolescentes**: um estudo de correlação. Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano. 2004. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/40168>>. Acesso em: 25/04/2017.

CALDERARO, Rosana; CARVALHO, Cristina. **Depressão na infância**: Um estudo exploratório. Psicologia em Estudo, Maringá, Mai./ago. 2005. Disponível em :< <http://www.scielo.br/pdf/pe/v10n2/v10n2a04.pdf>>. Acesso em 22/04/2017.

COSTA, Terezinha. **Psicanálise com crianças: passo a passo**. 3º ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2010.

CRUVINEL, Miriam; BORUCHOVITCH, Evely. **Compreendendo a depressão infantil**. Editora Vozes, Rio de Janeiro: 2014.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 20. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

GABBARD, Glen. **Tratamento dos transtornos psiquiátricos**. 4º ed. São Paulo: Artmed, 2009.



GERHARDT, Tatiana E.; SILVEIRA, Denise T. (org). **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: UFRGS, 2009. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>>. Acesso em: 21/04/2017.

HAY, William et al. **Current pediatria: diagnóstico e tratamento**. 22º ed. Porto Alegre: AMGH, 2016.

HUTTEL, Joseane; KISXINER, Karina; BONETTI, Rodrigo; ROSA, Miriam. A depressão infantil e suas formas de manifestação. **Psicol. Argum. Curitiba**, jan./mar. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v10n2/v10n2a04.pdf>>. Acesso em: 21/04/2017.

HUTZ, Claudio (Org.). **Situações de risco e vulnerabilidade na infância e na adolescência: aspectos teóricos e estratégias de intervenção**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

LACERDA, Acioly et al. **Depressão: do neurônio ao funcionamento social**. Artmed, Porto Alegre: 2009.

LIMA, Ivanor; SOUGEY, Everton; FILHO, Homero. **Genéticos transtornos afetivos**. Revista Psiquiatria clínica, São Paulo, 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832004000100006>. Acesso em: 22/04/2017.

LEE, Fu; CURATOLO, Eliana; FRIEDRICH, Sonia. **Transtornos afetivos**. Revista Brasileira de Psiquiatria, São Paulo, Dez. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000600007>. Acesso em: 21/04/2017..

MILLER, Jeffrey A. **O livro de referência para a depressão infantil**. São Paulo: M. books, 2003.

Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5/ American Psychiatric Association. 5º edição. Artmed. Porto Alegre, 2014.

NETO, Alfredo; GAUER, Gabriel; FURTADO, Nina. **Psiquiatria para estudantes de medicina**. Porto Alegre: Edipucrs, 2003.

Organização Mundial da Saúde. **Relatório sobre saúde no mundo**. Saúde mental: nova concepção, nova esperança, 2001.

PAPALIA, Daiane; OLDS, Sally; FELDMAN, Ruth. **O mundo da criança: da infância à adolescência**. 11º ed. Porto Alegre: AMGH, 2010.

QUEVEDO, João; SILVIA, Antônio. **Depressão: teoria e clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

REIS, Regina; FIGUEIRA Ivan. **Transtorno depressivo na clínica pediátrica**. Rvevista Pediatria Moderna. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000123&pid=S1413-73720&lng=es>. Acesso em: 24/04/2017.

RIBEIRO, Maiara; MACUGLIA, Greici; DUTRA, Morgani. **Terapia cognitivo-comportamental na depressão infantil: uma proposta de intervenção**. Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, 2013. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtc/v9n2/v9n2a03.pdf>>. Acesso em: 25/04/2017.

RODRIGUES, Regina; ANTOLINI, Jorge. **Depressão e disposição suicida na criança e no adolescente – abordagem clinico-epidemiológica e homeopática**. Homeopatia Brasileira, Rio de Janeiro, 2003. Disponível em <<http://www.ihb.org.br/ojs/index.php/artigos/article/viewFile/188/133>>. Acesso em: 23/04/2017.

SANTOS, Vanice; CANDELORO, Rosana. **Trabalhos acadêmicos: uma orientação para a pesquisa e normas técnicas**. Porto Alegre: Age, 2006.

SILVARES, Edwiges (org). **Estudos de caso em psicologia clínica comportamental infantil**. Vol. 2. 5º ed. Campinas: Papirus, 2008

SCHWAN, Soraia; RAMIRES, Vera. **Depressão em crianças: Uma breve revisão de literatura**. Psicol. Argum. Curitiba, out./dez. 2011. disponível em <<http://www2.pucpr.br/reol/index.php/pa?dd99=pdf&dd1=5791>>. Acesso em: 24/04/2017.

SCHWENGBER, Daniela; PICCININI, Cesar. **Depressão materna e interação mãe-bebê no final do primeiro ano de vida**. **Psicologia: teoria e pesquisa**. Brasília, Set./dez. 2004.

Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722004000300004>. Acesso em: 24/04/2017.

WRIGHT, Jesse; BASCO, Monica; THASE, Michael. **Aprendendo a terapia cognitivo comportamental: um guia ilustrado**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

ZIMERMAN, David. **Fundamentos psicanalíticos: teoria, técnica e clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2007

