

DEPRESSÃO INFANTIL E IMPACTOS NO DESENVOLVIMENTO DO INDIVÍDUO

Paula Lemos¹

Roberta Ferrari Marback²

Resumo

A depressão é um transtorno mental grave e que acomete inúmeras crianças em todo o mundo. É um tema que vem sendo mais estudado a partir da década de 1970, quebrando a barreira de informações para a população com relação aos sintomas depressivos e como procurar o tratamento adequado. O presente artigo investiga, a partir de uma revisão narrativa da literatura, como ocorre o distúrbio depressivo nessa faixa etária, além de esclarecer sobre os sintomas específicos pertinentes à patologia, a dificuldade de diagnóstico, a relação da depressão infantil com o ambiente familiar e escolar, prejuízos acarretados e possibilidades de intervenções, a partir da Terapia Cognitivo-Comportamental.

Palavras-chave: Depressão infantil; Desenvolvimento do indivíduo; Terapia cognitivo comportamental.

Abstract

Depression is a serious mental disorder that affects several children around the world. It is a theme that has been most studied from the 1970s, breaking information's barrier for the population related to the depressive symptoms and how to seek the proper treatment. The present article investigates onwards a narrative literature review how happens the depressive disorder in this age-group besides it clarifies about the specific symptoms relevant to the pathology, the diagnosis difficulty, the relation between childhood depression and family and school environment, also damages entailed to the tackle individual, beyond interventions possibilities from the Cognitive Behavior Therapy.

Keywords: Childhood depression; Individual's development; Cognitive behavior therapy.

1 INTRODUÇÃO

Depressão infantil ou transtorno depressivo na infância é um tema relativamente novo no meio científico e o avanço dos seus estudos destacou-se a partir da década de 1970. Até a referida década, pesquisadores e a população em geral não acreditavam na possibilidade de crianças desenvolverem a patologia. Atualmente existem discussões referentes às suas manifestações nessa faixa etária, originando divergências na compreensão desse fenômeno. Miller (2003) refere que, mundialmente, o transtorno depressivo afeta 2,5% das crianças e 8,5% dos adolescentes e, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (2011), é a quinta causa de mortalidade por doenças no mundo nas demais faixas etárias. Weiz, McCarty e Valeri (2006) apontam que a cada ano o número de crianças depressivas tem aumentado significativamente, tornando este um problema considerável no âmbito da saúde pública global.

¹Graduanda do curso de Psicologia da Universidade Salvador. E-mail:paulalemos015@gmail.com

²Psicóloga. Doutora em Ciências pela USP. Especialista em Psicologia Hospitalar. Especialista em Terapia Cognitivo Comportamental. E-mail: roberta.marback@pro.unifacs.br

Estudo realizado por Nakamura e dos Santos (2007) refere sinais e sintomas do transtorno depressivo na infância, apontando algumas alterações, de acordo com o meio sociocultural do indivíduo, uma vez que a compreensão da doença também está relacionada com a dinâmica familiar na qual a criança está inserida. Outros estudos realizados por pesquisadoras como Cruvinel e Boruchovitch (2009), Brum e Schermann (2006) apontam que a família possui papel fundamental no desenvolvimento saudável do indivíduo e que o ambiente familiar propício é um importante aliado no período de recuperação, quando a criança apresenta o transtorno. Entretanto, ao mesmo tempo, o ambiente familiar também pode ser responsável por ocasionar inúmeros casos de depressão na infância, por meio de relações disfuncionais, como abusos físicos, psicológicos e sexuais, além de negligência emocional, divórcios e abandonos de um ou dos genitores. Por conta disso, a psicopatologia necessita ser compreendida a partir de uma perspectiva biopsicossocial, uma vez que a qualidade de vida do sujeito está diretamente relacionada com o meio no qual este está inserido.

Outro ponto importante é a não diferenciação do transtorno depressivo em crianças, adolescentes e adultos pela American Psychiatric Association (2014). A falta de diferenciação atrasa, muitas vezes, o diagnóstico da depressão infantil e ainda ocasiona maior incompreensão do transtorno. Pesquisadores como Calderaro e Carvalho (2005) e Carmo e Silva (2009) referem que a dificuldade do diagnóstico também é agravada pelo fato da depressão estar relacionada com outras comorbidades, como transtorno do déficit de atenção, hiperatividade, baixa auto estima, baixo rendimento escolar, distúrbio do sono e medos. Para Cruvinel e Boruchovitch (2014), ocorre uma maior dificuldade da família e educadores em identificarem os sintomas depressivos, que, muitas vezes, se apresentam de uma forma bastante sutil, por meio de tédio, tristeza, dores somáticas e uma irritabilidade acentuada, ocasionando um atraso na busca pelo tratamento adequado.

No que se refere ao tratamento, Stallard (2007) aponta que a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) com crianças apresenta promissor resultado no tratamento de psicopatologias infantis, em especial, transtornos depressivos e ansiosos. Em contra partida, vale salientar que a especificidade da terapia com crianças apresenta desafios e requer maior atenção, principalmente com relação à dificuldade da criança em compreender conceitos abstratos e ressignificar pensamentos e sentimentos. Com isso, cabe ao psicólogo traduzir os conceitos em metáforas simples, além de tornar a terapia interessante, lúdica e coerente com a

faixa etária da criança, para que assim esta possa incorporar conceitos terapêuticos ao seu cotidiano.

2 MÉTODO

O presente trabalho foi desenvolvido a partir de uma revisão narrativa da literatura, que, segundo Rother (2007), é uma pesquisa bibliográfica ampla, que apresenta e discute determinada temática. Para isso, foram compilados artigos científicos e livros que abordam a depressão infantil. A busca para os artigos científicos foi realizada em sites como Google Acadêmico (*Google Scholar*) e Scielo. Esses buscadores abrangem um considerável número de publicações científicas, que estão disponíveis ao público, não necessitando, assim, de um acesso privado. As chaves de busca utilizadas foram: “Depressão Infantil”; “Depressão Infantil e ambiente familiar”; “Desenvolvimento infantil”.

Em virtude disso, transcorreu-se, então, a análise das produções sobre o tema, buscando-se investigar a depressão na infância, identificando como esta afeta os indivíduos acometidos nos ambientes familiar e escolar, além de apontar uma das possibilidades de intervenção psicológica.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Depressão infantil e diagnóstico

Atualmente não há um consenso acerca do diagnóstico da depressão na infância. A falta de entendimento sobre a patologia nesse período é devido, principalmente, de acordo com Schwan e Ramires (2011), ao fato do manual da American Psychiatric Association (2014), não diferenciar a patologia depressiva nas diversas faixas etárias, sendo semelhantes os critérios diagnósticos do transtorno depressivo maior em crianças, adolescentes e adultos, de acordo com o referido manual. Essa falta de diferenciação acarreta em uma dificuldade de investigação mais assertiva, uma vez que, normalmente a depressão infantil se encontra associada a outras comorbidades.

Autores como Nakamura e Santos (2007) apontam para diferentes formas de compreender e identificar a depressão na infância, já que esta pode ser modificada a partir dos padrões socioculturais de cada indivíduo. Segundo psiquiatras, a patologia é caracterizada

como grave e provoca prejuízo social, entretanto, autores como Schwan e Ramires (2011) ressaltam alguns estudos sobre a realização do diagnóstico, que consiste em avaliar os comportamentos infantis, utilizando instrumentos como o *Children Depression Inventory* (CDI), elaborado por Kovács (1983), a partir do Inventário de Depressão de Beck. Este instrumento tem como função medir o grau de severidade dos sintomas em sujeitos dos 7 aos 17 anos, através de 27 itens, referentes aos sintomas afetivos, cognitivos, somáticos e de conduta.

De acordo com a American Psychiatric Association (2014), o transtorno depressivo é caracterizado pela presença de humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas, que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo. O capítulo dos transtornos depressivos possui subdivisões como transtorno depressivo maior, transtorno depressivo persistente (distímia), transtorno disfórico pré-menstrual, transtorno disruptivo da desregulação do humor, transtorno depressivo induzido por substância/medicamento, transtorno depressivo devido a outra condição médica, outro transtorno depressivo especificado e transtorno depressivo não especificado. Durante o transtorno depressivo maior, são identificados os sintomas de pelo menos duas semanas de humor deprimido, acompanhados de pelo menos quatro dos seguintes sintomas: alterações no sono, aumento ou perda do apetite, fadiga ou perda de energia, problemas em ganhar o peso esperado para idade, agitação ou retardo psicomotor, sentimento de inutilidade ou culpa excessiva, dificuldade de concentração, pensamentos recorrentes sobre morte e suicídio e tentativa de suicídio. Já no transtorno depressivo persistente (distímia), são observados ao menos dois dos comportamentos seguintes: insônia ou hipersonia, baixa auto estima, dificuldade em se concentrar, alterações no apetite, fadiga ou baixa energia, sendo que esses comportamentos necessitam se manifestar por pelo menos um ano.

O transtorno disruptivo da desregulação do humor foi acrescentado ao capítulo de transtornos depressivos pela American Psychiatric Association (2014), como uma tentativa de diminuição de diagnóstico de transtorno bipolar em crianças. Percebeu-se que geralmente as crianças diagnosticadas quando chegavam na fase adulta não apresentavam sintomas de bipolaridade, mas de depressão unipolar ou transtorno de ansiedade. Assim, foi inserido na versão atual do DSM-5 e é caracterizado por sintomas de explosões de raiva, que são manifestadas por meio de violentas explosões de raiva verbal ou comportamental. É comum que tais comportamentos ocorram após momentos de frustrações enfrentados pela criança, com uma frequência de, em média, três vezes ou mais na semana, em pelo menos 1 ano e em

mais de um ambiente, como escolar, familiar ou com pares. Outra forma de manifestação desse transtorno é a presença do humor sempre irritável e zangado, presente durante as explosões de raiva. Ainda de acordo com Friedberg e McClure (2004), as crianças com transtorno disruptivo apresentam comportamentos marcados por atitudes anti-sociais, desobediência, oposições e desconsideração com pessoas e objetos. O diagnóstico deve ser realizado em crianças com idade a partir dos 6 anos até os 18 anos.

Ademais, Friedberg e McClure (2004) ressaltam peculiaridades que diferem a depressão na infância da depressão nas demais faixas etárias. Os sintomas afetivos infantis são bastante desafiadores, ora são acompanhados por humor triste ou deprimido e, ora manifestados através de uma grande irritabilidade. Sendo assim, crianças são descritas quase sempre por familiares e educadores como raivosas, irritáveis e que facilmente se aborrecem. Outras peculiaridades são os frequentes pensamentos de inutilidade, dificuldade em acreditar que a vida irá melhorar, previsões negativas para o futuro, além de percepções negativas sobre si mesmo, diante das mais diversas situações cotidianas. As situações positivas são facilmente esquecidas e os eventos pessimistas são lembrados por um longo período. As áreas cognitivas que mais são afetadas são atenção e concentração, por isso que para alguns autores como Carmo e Silva (2009), a depressão na infância está associada com outras comorbidades, como déficit de atenção e hiperatividade, refletindo rapidamente em um baixo rendimento escolar. De acordo com Bahls (2004), indivíduos a partir dos 6 meses de idade já podem apresentar o transtorno, manifestado através do desenvolvimento da fala, desenvolvimento motor, choro constante, alterações no sono, perda do apetite, desinteresse em interagir com os cuidadores e poucas respostas aos estímulos do ambiente.

Segundo Lima (2004), é importante ressaltar que o quadro depressivo não deve ser confundido com episódios de tristeza, que são considerados normais e pertinentes à criança. Contudo, a diferenciação é feita quando esses comportamentos, que são considerados normais ao desenvolvimento humano, tornam-se sentimentos autopunitivos, acompanhados de baixa auto estima, perda do interesse pelas atividades, automutilação e ideação suicida.

Apesar das divergências acerca da compreensão da patologia nessa faixa etária entre profissionais da saúde mental e familiares, há também uma importante noção cultural acerca da infância. A criança é vista como um ser puro, sem problemas, livre de tristezas e que, por isso, se encontra isenta de qualquer patologia depressiva.

Autores como Schwan e Ramires (2011) apontam que os primeiros indícios de depressão infantil ocorrem quando as crianças apresentam queda em seus rendimentos

escolares, além dos quadros de disforia, tristeza e isolamento recorrentes. Os sentimentos de desamparo, impotência e rejeição estão entre os mais presentes, além de situações enfrentadas por separação dos pais, perda de um dos genitores, abuso sexual, físico e psicológico, problemas no ambiente familiar, *bullying* escolar e identificação de gênero estão entre os principais aspectos psicodinâmicos relacionados com a patologia.

3.2 Depressão infantil e a relação com o ambiente familiar

A relação entre família e desenvolvimento saudável do indivíduo sempre esteve presente em vários estudos científicos, principalmente nos relacionados à infância, já que é no ambiente familiar onde ocorrem as primeiras formas de compreensão do mundo, além deste servir como alicerce para a formação da personalidade e das relações interpessoais futuras.

Cruvinel e Boruchovith (2014) apontam que a contribuição do ambiente familiar para o desenvolvimento saudável da criança é, inicialmente, de responsabilidade deste, por suprir as necessidades básicas da criança, como alimentação, vestuário e moradia, assim como, com no decorrer do tempo, as necessidades psicoemocionais.

Estudos realizados por Miller (2003) indicam que crianças que possuem histórico familiar de distúrbios depressivos têm maior predisposição para desenvolverem a patologia. O papel da família não se dá somente no lado genético, mas também nos próprios comportamentos dos cuidadores. Ademais, pais dependentes químicos, abusivos física e verbalmente e com comportamentos criminosos possibilitam maior probabilidade nas crianças em desenvolverem a patologia. Além disso, negligências psicoemocionais, oriundas dos cuidadores desde muito cedo podem, desencadear, também, outras psicopatologias, como transtorno de ansiedade de separação. Os sintomas começam a emergir com comportamentos que incluem angústia excessiva, quando os cuidadores vão embora, preocupação com relação a morte ou ferimento das pessoas vinculadas, preocupação quanto a ser sequestrado ou perder-se, além de uma grande relutância ou recusa de dormir sem os pais por perto.

Um ambiente familiar estressante muitas vezes leva a criança a cometer atos como o suicídio. O ato de tirar a própria vida não está entre as primeiras coisas que as crianças pensam para resolver o problema, normalmente ocorre após períodos de dor e reflexão, sendo que a maioria das crianças quando pensa nessa possibilidade não está recebendo o tratamento adequado. O desejo de morrer é o estágio inicial da ideação suicida. Como as crianças não possuem grande repertório de experiências, os sinais podem ser percebidos por

comportamentos arriscados, que antes a criança não possuía, como andar ou jogar-se no meio dos carros em movimento e recusa em utilizar o cinto de segurança. Entretanto, à medida em que a patologia se desenvolve, outros comportamentos mais sérios começam a emergir, como marca de cortes nos pulsos, frequentes escritas sobre morte e como morrer, pular de lugares baixos, uso de álcool, remédios e substâncias ilícitas, a fim de cessar a dor e a angústia existentes. As motivações mais frequentes que começam a disparar a ideia suicida nas crianças são brigas constantes entre os pais ou cuidadores, problemas com os colegas e professores, humilhações públicas, perda de entes queridos e mudanças significativas na família (MILLER, 2003).

Os cuidadores possuem um papel crucial no desenvolvimento saudável da criança, sendo muitas vezes, no caso de crianças depressivas, uma extensão do terapeuta. O primeiro passo, depois da procura pelo tratamento adequado, é que a família possa oferecer uma rede de suporte emocional para a criança acometida, com atitudes frequentes de não deixá-la sozinha, observar o seu progresso em casa e disponibilizar suporte emocional necessário para a recuperação. É importante que o terapeuta também ensine aos familiares formas eficazes de motivação para a criança, já que um dos principais sintomas é perda do interesse pelas atividades diárias. Outro grande aliado é diminuir o estresse no ambiente familiar, fazendo-se necessária investigação dos problemas que contribuíram para o desencadeamento da patologia (MILLER, 2003).

3.3 Depressão infantil e o contexto escolar

A correlação entre depressão infantil e aprendizado ainda é pouco vista na literatura. Pesquisadores como Cruvinel e Boruchovith (2014), Miller (2003) e Lima (2004) apontam como o desempenho escolar é afetado pela psicopatologia e como as crianças acometidas enfrentam dificuldades de aprendizado. O rendimento escolar prejudicado é consequência, principalmente, dos sentimentos pessimistas internos da criança sobre si, fato que interfere na aprendizagem. À medida em que estes sentimentos são intensificados, vão surgindo sintomas como falta de concentração e atenção, lentificação no raciocínio, prejuízos na memória e falta de interesse e motivação.

É importante compreender que indivíduos depressivos sofrem com problemas na ordem dos pensamentos, relacionados com os pontos de vista do sujeito, nas diferentes situações vivenciadas em seu cotidiano. Normalmente a interpretação feita não possui

semelhança com a realidade em questão. No âmbito escolar, é importante atentar para os comportamentos da criança, uma vez que sentimentos de fracasso escolar podem começar a surgir a partir de alguns erros básicos em atividades diárias como, por exemplo, de matemática. As crianças que compreendem os acontecimentos dessa forma normalmente não conseguem se concentrar no lado positivo da situação, que seria o de aprender com os seus erros, apegando-se rapidamente aos aspectos negativos e, com a evolução do problema, começam a emergir pensamentos de: “não sou digna de passar de ano”, “não mereço ter amigos” e “jamais serei feliz” (MILLER, 2003).

Ainda segundo Miller (2003), outra questão estudada acerca da depressão infantil é como um ambiente escolar nocivo para a criança contribui para o desenvolvimento e agravamento da patologia. Um dos principais problemas enfrentados pelos indivíduos em idade escolar é com a interação com os pares. É muito frustrante para crianças sofrerem algum tipo de *bullying* ou serem completamente ignoradas. Normalmente, crianças que enfrentam esse tipo de situação costumam ter sentimentos de solidão, rejeição e desânimo, bem como a tendência de se esquivar de fazer amigos e ter relacionamentos amorosos futuros, uma vez que as relações podem ser enfrentadas de forma dolorosa e estressante, devido ao medo de abandono.

A depressão no âmbito escolar não se manifesta somente por sintomas cognitivos. É bastante comum psicólogos, psicopedagogos, professores e familiares observarem que crianças depressivas expressam suas emoções por meio da agressividade, apresentando, normalmente, comportamentos que incluem chutar e arremessar objetos, agredir fisicamente a si mesmo, agressões físicas contra os outros, além de insultos verbais, gritos e ameaças de cunho violento. À medida em que a depressão se desenvolve, outros comportamentos com relação ao ambiente escolar começam a aparecer. É importante que pais e professores fiquem atentos, para que a criança que ainda não esteja em tratamento, possa receber o devido encaminhamento. Os comportamentos geralmente surgem de forma bastante sutil, como atrasos, distrações durante as aulas, manipulação de objetos, até os mais graves que incluem, não cumprimento das atividades de casa, intolerância às regras e até mesmo o abandono escolar (MILLER, 2003).

O papel da escola também é muito importante, em especial do professor, na identificação dos sintomas depressivos nos seus alunos, que se torna fundamental na orientação para a família, para que esta possa buscar tratamento adequado. Acredita-se que também cabe à instituição de ensino acolher os familiares, além de oferecer suporte para as

crianças, para que assim possam ser minimizados, da melhor forma possível, os fatores estressores do ambiente (CRUVINEL; BORUCHOVITH, 2014).

3.4 Possibilidade de intervenção

Uma das possibilidades de intervenção para crianças depressivas é a partir da Terapia Cognitivo-Comportamental, criada por Aaron Beck, e sustentada em 5 elementos básicos: o contexto interpessoal/ambiente do paciente, fisiologia, funcionamento emocional, comportamento e cognição. A partir das bases que sustentam a TCC, estudos têm sido feitos acerca da sua eficácia no tratamento infantil, já que esta área incorpora o problema trazido pelo indivíduo no contexto ambiental, cultural e interpessoal no qual o indivíduo está inserido, sendo avaliada a situação de forma integrada entre pensamento, comportamento e ambiente (FRIEDBERG; MCCLURE, 2004).

A TCC tem sido revelada como a abordagem mais indicada para tratar diversos transtornos, assim como qualquer tipo de depressão, que possibilita ao sujeito depressivo a mesma ou uma maior valência no tratamento com fármacos. Com relação ao processo psicoterapêutico com crianças, a intervenção comportamental é mais eficaz do que as não comportamentais, apresentando benefícios como maior proteção a recaídas, justamente por tratar distorções cognitivas enfrentadas (PICCOLOTO; WAINER; PICCOLOTO, 2008).

De acordo com Friedberg e McClure (2004), o tratamento de crianças com depressão ocorre de maneira bastante delicada, devido principalmente à discrepância entre os relatos dos familiares e da criança. A forma mais adequada de começar a intervenção em quadros depressivos infantis é com avaliações que podem ser feitas a partir de instrumentos como o Inventário de Depressão em Crianças (CDI) e o *Children's Depressive Rating Scale* (CDRS-R), além de entrevistas semi-estruturadas. A investigação ocorre de forma bastante criteriosa, abrangendo, na maioria dos casos, toda rede de relações da criança, que inclui pais, familiares e professores. A utilização de escalas que sejam capazes de mensurar sintomas depressivos infantis é de extrema importância, devido à própria subjetividade dos sintomas depressivos nessa faixa etária. É comum que antes das escalas serem aplicadas, os psicólogos não possuam certeza sobre o quadro clínico depressivo, uma vez que a maioria das crianças revela crenças imprecisas sobre seus sentimentos e não consegue descrever de forma clara seus pensamentos, que contribuem para a falta de relato ou relato excessivo dos sintomas. Ainda cabe salientar que antes de fechar o diagnóstico depressivo, a avaliação de um médico, para

auxiliar na exclusão de elementos químicos que justifiquem os sintomas físicos de alterações do sono, perda do apetite, dificuldade em ganhar o peso adequado para idade, entre outros, que são pertinentes à patologia (FRIEDBERG; MCCLURE, 2004).

Posteriormente, as sessões são estruturadas a partir de 6 elementos centrais: o registro do humor, a revisão da tarefa de casa, o estabelecimento da agenda, o conteúdo da sessão, a atribuição da tarefa de casa, além do *feedback*. A estrutura da sessão é veementemente significativa para a criança, em vista que, a partir da rotina das sessões, é possível ser estabelecida uma relação de empatia com o terapeuta. A previsibilidade das sessões para a criança ainda acarreta inúmeros ganhos à terapia infantil, uma vez que, à medida em que o paciente vai compreendendo como a sessão acontece, vão emergindo os sentimentos de segurança, facilidade para falar e uma diminuição significativa da visão do psicólogo como uma figura autoritária (FRIEDBERG; MCCLURE, 2004).

Alguns cuidados durante a sessão terapêutica são indispensáveis no manejo clínico com crianças, como o conteúdo abordado, o tamanho das frases, a execução de frases simples e a escolha de palavras fáceis, que possuam impacto relevante na assimilação do conteúdo.

Ainda de acordo com Friedberg e McClure (2004), crianças depressivas apresentam um grande problema de motivação, por isso algumas técnicas são frequentemente utilizadas para estimulá-las no envolvimento na terapia. As aplicações criativas mais comuns dispostas na TCC são consistidas pela narração de histórias, que auxilia a criança através do seu imaginário e do jogo de faz-de-conta e, a partir de uma forma lúdica, são estimuladas a perceberem o ambiente, a se reafirmarem em suas relações, além de proporcionar uma ênfase na resolução dos problemas que acarretaram a busca da terapia. Outras técnicas são aplicadas na clínica infantil, como jogos, brinquedos e confecções de máscaras. Quanto mais novo for o indivíduo, mais mecanismos criativos serão usados para atrair e proporcionar uma compreensão terapêutica mais eficaz para criança.

As intervenções em crianças deprimidas precisam ocorrer de forma bastante lúdica, envolvente e que possam possibilitar uma maior motivação para o engajamento terapêutico. É notório salientar que como os indivíduos acometidos pela patologia enfrentam dificuldades em motivar-se, desempenhar uma rotina e estudar, é fundamental que o psicólogo consiga identificar, a partir da idade, gênero e meio sociocultural quais são as demandas da criança, para que assim o tratamento ocorra de forma mais eficaz (FRIEDBERG; MCCLURE, 2004).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos encontrados na literatura pesquisada apontam certa dificuldade no diagnóstico, enfrentada por profissionais, como psiquiatras e psicólogos. É possível observar também a não diferenciação da patologia entre crianças, adolescentes e adultos pela American Psychiatric Association (2014), além da doença em crianças estar correlacionada com outras comorbidades, proporcionando assim uma maior complexidade para os familiares na percepção dos sintomas e procura pelo tratamento adequado.

Constatou-se que se trata de uma psicopatologia com significativos números de casos e com consequências disfuncionais para o acometido. Dessa forma, tornam-se imprescindíveis discussões e estudos acerca da psicopatologia, intervenções precoces, bem como a participação da família e escola no processo de tratamento.

Ainda que estudos sobre o tema venham sendo desenvolvidos nas últimas décadas, as questões que permeiam a depressão na infância ainda enfrentam dificuldades de assimilação, a exemplo da imagem cultural relacionada à criança.

A criança, em muitos momentos da história, foi vista como um adulto em miniatura e menos desenvolvido. Contudo, no decorrer dos anos, a discussão voltou-se não mais para o que era ser criança e sim, para as modificações emergidas ao longo dos séculos do que é infância. Autores como Díaz (2010) discutem acerca dos fatores pós-modernos, que parecem indicar o enfraquecimento das fronteiras que separam o mundo adulto e o mundo infantil. As modificações na infância como as transformações nas organizações familiares, o déficit nas instituições de ensino, as novas formas de comunicação e brincadeiras, fatores cotidianos e mudanças nas relações interpessoais se fazem necessárias na compreensão do aumento de casos de depressão infantil no mundo e como essas mudanças têm afetado diretamente a vida das crianças.

Efetivamente, compreende-se a infância como um período de formação do sujeito e como as psicopatologias tratadas nessa faixa etária possibilitam ao indivíduo uma maior recuperação, com diminuição de prejuízos sociais, cognitivos, emocionais e comportamentais no decorrer da vida.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM – V – TR:** manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais 5. Porto Alegre ed. Artmed, 2014.

BAHLS, Saint-Clair. **A depressão em crianças e o seu tratamento.** São Paulo: Lemos Editorial, 2004.

BRUM, Evanisa Helena Maio de; SCHERMANN, Ligia. O impacto da depressão materna nas interações iniciais. **Psico: PUCRS**, Porto Alegre, v. 37, n. 2, p.151-158, maio /ago. 2006.

CALDERARO, Rosana Simão dos Santos; CARVALHO, Cristina Vilela de. Depressão na infância: Um estudo exploratório. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 10, n. 2, p.181-189, ago. 2005.

CARMO, Alessandra Lopes do; SILVA, Ana Paula Barrozoda. Depressão infantil: uma realidade presente na escola. **Nucleus**, Brasil, v. 6, n. 2 p.333-344, out. 2009.

CRUVINEL, Miriam; BORUCHOVITCH, Evely. Sintomas de Depressão Infantil e Ambiente Familiar. **Psicologia em Pesquisa**, Juiz de Fora, p. 87-100, jun. 2009.

CRUVINEL, Miriam; BORUCHOVITCH, Evely. **Compreendendo a depressão infantil.** Petrópolis: Vozes, 2014. 96 p.

DÍAZ, Dora Lila Marín. Morte da Infância Moderna ou Construção da Quimera Infantil? **Revista Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 3, n. 35, p.193-211, set./dez. 2010.

FRIEDBERG, Robert D.; MCCLURE, Jessica M. **A prática clínica de terapia cognitiva com crianças e adolescentes.** Porto Alegre: Artmed, 2004. 272 p.

KOVÁCS, M. The children's depression inventory: **A self-rated depression scale for school age youngsters.** Pittsburg, PA: University of Pittsburg, School of Medicine, 1983.

LIMA, D. Depressão e doença bipolar na infância e adolescência. **Jornal de Pediatria**, v, 80, n, 2, p.11-20, 2004.

MILLER, Jeffrey A. **O Livro de Referência para a Depressão Infantil.** São Paulo: M. Books, 2003. 288 p.

NAKAMURA, Eunice; SANTOS, José Quirino dos. Depressão infantil: abordagem antropológica: Child depression: anthropological approach. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 1, p.53-60, out. 2007.

PICCOLOTO, Neri M.; WAINER, Ricardo; PICCOLOTO, Luciane Benvegnú. **Tópicos Especiais em Terapia- Cognitivo Comportamental.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008. 357 p.

ROTHER, E.T. Revisão sistemática x revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. 6-7, 2007.

SCHWAN, Soraia; RAMIRES, Vera Regina Rohnelt. Depressão em crianças: Uma breve revisão de literatura: Depression in children: A brief review of literature. **Psicol. Argum**, Curitiba, v. 29, n. 67, p. 457-468, dez. 2011.

STALLARD, P. **Guia do Terapeuta Para Bons Pensamentos - Bons Sentimentos:** utilizando a terapia cognitivo comportamental com crianças e adolescentes. Porto Alegre: Artmed, 2007 .

WEISZ, J.R., MCCARTY, C.A., VALERI, S.M. Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents: A meta- analysis. **Psychological Bulletin**, v. 132, n.1, p. 132-149, jan. 2006.