

# C@DERNO DISCENTE

## Depressão infantil: características e tratamento

MAGDA DIAS DA SILVA<sup>1</sup>  
ALINE MENDES LACERDA<sup>1</sup>

### Resumo

*Este trabalho trata-se de uma pesquisa exploratória sobre a Depressão Infantil. Para tanto, foram levantados dados bibliográficos a respeito de suas possíveis causas, sintomas e tratamentos, dando ênfase, nesse último ponto, ao tratamento através da PsicoPsicoterapia Cognitivo Comportamental (PCC). A PCC apresenta técnicas e procedimentos bastante eficazes no tratamento das depressões em geral. Além disso, salienta-se a importância da participação de todos que fazem parte da vida da criança, como os pais e a escola, no processo de reabilitação, permitindo uma intervenção de forma abrangente, minimizando os problemas que causaram a Depressão Infantil e prevenindo a ocorrência da doença quando adulto.*

**Palavras chave:** *Depressão Infantil; Psicologia; Psicoterapia Cognitivo-Comportamental.*

### Abstract ou Resumen

*This work it is an exploratory research on the Child Depression. To do so, bibliographic data were collected regarding their possible causes, symptoms and treatments, with emphasis, that last point, the treatment by Cognitive Behavioural Psychotherapy (CBP). The CBP presents techniques and procedures quite effective in the treatment of depression in general. Additionally, we stress the importance of the participation of all who are part of children's lives, such as parents and the school, in the rehabilitation process. The CBP allows intervention in a comprehensive manner, minimizing the problems that caused the Depression Children and preventing the occurrence of disease as an adult.*

**Keywords:** *Child Depression; Psychology; Cognitive-Behavioral Psychotherapy.*

<sup>1</sup> Faculdade de Ciências Humanas ESUDA - FCHE

\* \* \* \* \*

## Introdução

Devido às grandes transformações ocorridas na atualidade, há, na sociedade contemporânea, um significativo aumento de transtornos mentais e, em especial, da Depressão. Muito se tem ouvido e debatido sobre a Depressão em adultos, porém, o presente trabalho tem como objetivo trazer à tona uma discussão sobre a Depressão

Infantil (DI) e suas manifestações, buscando uma reflexão sobre seu tratamento numa abordagem diretiva, a fim de levantar dados e descrever, de forma geral, as diferentes formas de cuidar de uma criança com Depressão.

A Depressão é um transtorno de humor que se caracteriza por tristeza e anedonia associados a transtornos de sono, alimentação e outras comorbidades (DALGALARRONDO, 2008).

Os primeiros estudos da Depressão Infantil (DI) surgiram no início do século XIX. No entanto, as primeiras tendências de conceituação da Depressão em crianças foram realizadas segundo um enfoque psicanalítico, visando à compreensão da psicodinâmica de pessoas deprimidas (BANDIN; SOUGEY; CARVALHO, 1995). No campo da psiquiatria, a Depressão Infantil despertou interesse somente a partir da década de 60. Antes disso, acreditava-se que a Depressão na criança não existia ou então, que seria muito rara. Hoje, dados epidemiológicos mostram que não há mais dúvida quanto à sua ocorrência (CRUVINEL; BORUCHOVITCH, 2003).

Um estudo realizado no Brasil mostrou que a ocorrência da Depressão na infância é variável, porém fica claro que há incidência desta patologia em crianças (HALLAK apud CRUVINEL; BORUCHOVITCH, 2003).

A Depressão na infância caracteriza-se pela associação de vários sintomas e sinais, dentre eles os mais presentes são a tristeza e a irritabilidade. Dependendo da intensidade, a DI pode gerar desinteresse pelas atividades rotineiras, queda no rendimento escolar, diminuição da atenção e hipersensibilidade emocional. Surgem ainda preocupações atípicas da infância, tais como a respeito da saúde e estabilidade dos pais, medo de separação e da morte, além de grande ansiedade (RODRIGUES, 2000).

Assim como a Depressão, a DI é um Transtorno de Humor (APA, 2002) e o fato da criança ter pouca habilidade na verbalização de seus sentimentos deixa o diagnóstico mais difícil. É fundamental que haja um diagnóstico correto e preciso, por essa razão, é importante que se reconheçam bem seus sinais (CRUVINEL; BORUCHOVITCH, 2003).

A literatura traz muitos trabalhos sobre DI, mas em sua maioria são sobre a Depressão na adolescência. O presente trabalho foca a Depressão na infância e como ela se manifesta nas diversas fases do desenvolvimento infantil. O estudo da DI ainda é uma área nova, mas vem crescendo, na medida em que se faz necessário entender como esse transtorno se manifesta na infância para que se intervenha de uma forma coerente. Sendo assim, é fundamental conhecer a etiologia da Depressão visando à identificação já nos seus primeiros sintomas, pois a

Depressão em geral é uma doença grave que pode acarretar inúmeras sequelas tanto no desenvolvimento da criança, quanto em sua fase adulta.

Este artigo traz uma pesquisa exploratória, que busca desenvolver, esclarecer e modificar ideias, tendo em vista, a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores (GIL, 2002). Para isto, foi realizada uma revisão literária. A coleta de dados ocorreu de fevereiro a novembro de 2013. Foram consultados livros da biblioteca da Faculdade de Ciências Humanas (FCHE) e artigos nacionais e de língua portuguesa e tese e dissertações encontrados através da bvs-psi (biblioteca virtual em saúde). Os artigos foram selecionados através das bases de dados SciELO e LILACS, através da combinação de descritores Depressão Infantil, Depressão, Depressão na Infância, Depressão em bebê, Depressão na primeira infância.

Neste sentido, o presente trabalho apresenta duas sessões. Na primeira, fazemos uma breve revisão literária em torno da Depressão na infância, expondo algumas características, sintomas e trazendo de forma clara e objetiva como ela se manifesta. Neste momento a DI é diferenciada dos comportamentos típicos da infância e de outras patologias inerentes dessa fase. Já a segunda sessão tece algumas considerações em torno dos tratamentos da DI e como a psicoterapia pode contribuir para melhorar a qualidade de vida da criança, dentro da perspectiva cognitiva comportamental.

## Considerações Gerais sobre a Depressão Infantil

O termo Depressão se encontra nos dicionários desde 1960 (BERRIOS, 2012). Depressão em grego se escreve *deprimere* – de baixar, quer dizer estar abaixo (COSTA, 2012). Em latim, a palavra Depressão provém do termo *depressus*, que significa abatido ou aterrado.

No decorrer da história da Depressão e de seus quadros clínicos, ela tem sido classificada e conceitualizada de diversas maneiras, gerando controvérsias em relação a este tema. A Depressão pode surgir como um sintoma de determinada doença ou aparecer em meio a outras patologias como comorbidade. Segundo Ribeiro et al. (2007), a Depressão seria um transtorno de humor, que engloba vários fatores cognitivos, comportamentais, fisiológicos, sociais, econômicos e religiosos, estando ela presente em diversos outros distúrbios emocionais.

De acordo com os manuais de psiquiatria, a Depressão estaria relacionada a alterações químicas no cérebro, principalmente com relação aos neurotransmissores serotonina, noradrenalina e dopamina. A diminuição dessas substâncias, que

participam da comunicação entre os neurônios, pode ser causada por fatores genéticos, psicológicos e/ou sociais.

É importante que fique claro que a depressão não deve ser resumida apenas a essa disfunção neural, mesmo porque isso não seria sua causa, mas apenas, uma característica do cérebro do paciente deprimido.

A Depressão pode ser desencadeada a partir do estresse ou perdas. Esses fatores podem ser chamados de efeito gatilhos.

O diagnóstico da Depressão é baseado na sintomatologia do transtorno. Existem dois manuais que orientam esse diagnóstico: a CID 10 (Classificação Internacional de Doenças) e o DSM IV (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais). Para o diagnóstico da DI é utilizado o mesmo critério da Depressão em adultos, apesar do quadro ser apresentado de forma diferenciada na criança. Quanto menor a criança mais difícil o diagnóstico. Porém, o DSM IV (APA, 2002) tem pequenas ressalvas em torno da DI a fim de facilitar o diagnóstico de Depressão em crianças. Dentre estas ressalvas, estão queda abrupta no rendimento escolar, pouca concentração e queixas somáticas, retraimento social e retardo psicomotor. Já em crianças um pouco maiores, episódios depressivos ocorrem mais frequentemente em conjunto com outros transtornos mentais, especialmente Transtornos de Déficit de Atenção, Comportamento Disruptivo e Transtornos de Ansiedade (CRUVINEL; BORUCHOVITCH, 2003).

De acordo com DSM IV, os sintomas da Depressão são: humor deprimido na maior parte do dia, nenhum interesse nas atividades diárias, instabilidade no sono e apetite, baixo nível de energia, alteração na atividade motora, sentimento de inutilidade, baixo poder de concentração e ideias ou tentativas de suicídio.

Porém, o quadro clínico da Depressão pode variar de pessoa para pessoa e, portanto, para se ter um diagnóstico de um Episódio Depressivo Maior, o indivíduo deve apresentar pelo menos cinco dos sintomas apresentados acima. Contudo, a presença do humor deprimido ou baixo interesse pelas atividades são indispensáveis para o diagnóstico. Além disso, tais sintomas devem persistir por, pelo menos, duas semanas (APA, 2002).

No entanto, o DSM IV contém uma ressalva que exclui o diagnóstico caso os sintomas depressivos sejam apresentados por uma pessoa que está de luto. Após a perda de um ente querido, mesmo que os sintomas depressivos tenham duração e número suficientes para satisfazerem os critérios de Episódio Depressivo Maior, eles devem ser atribuídos ao luto ao invés da Depressão, a menos que persistam por mais de dois meses. Já no DSM-5, a exceção feita ao luto foi retirada (ELIAS, 2013).

A Depressão pode ser leve, moderada ou severa (GUARIENTE, 2002). Na Depressão leve, o indivíduo consegue trabalhar, mesmo que haja certo comprometimento psíquico e social. Na Depressão moderada, o indivíduo tem maior dificuldade de lidar com seu quadro. Neste momento, há um grau de comprometimento no rendimento e na clareza da percepção. Já na Depressão grave, há um rompimento nítido com tudo e com todos com quem o indivíduo se relaciona, levando-o ao isolamento. Este isolamento pode levá-lo ao óbito. Ou seja, há um severo rompimento da realidade interna e externa.

No estudo sobre Depressão Infantil (DI), muitas contradições marcam a tentativa de consolidação da patologia como própria da infância. Teorias associavam a baixa maturidade ao não desenvolvimento da DI ou a diagnosticavam com os mesmos métodos e técnicas utilizados com adultos (CRUVINEL; BORUCHOVITCH, 2003).

Com o passar do tempo, em meio à grande demanda em torno da Depressão Infantil, ocorreram várias pesquisas e percebeu-se que crianças pequenas, com certos sintomas observados, não tinham as características depressivas típicas dos adultos. Estas crianças passaram a ser compreendidas como portadoras de manifestações depressivas e não portadoras de Depressão propriamente dita (WOO, 2003). Pois, existia uma ideia de que a DI não ocorria antes dos seis meses de idade (FORNELOS; RODRIGUES; GONÇALVES, 2003). Contudo, tal perspectiva foi abandonada, uma vez que foram observados sintomas depressivos em bebês com idade precoce.

A Depressão na primeira infância está diretamente ligada às frustrações precoces e graves vivenciadas pelo infante no ambiente familiar desde sua geração até após seu nascimento. A falta de investimento maternal, lutos, atuações depressivas das mães e até mesmo falta de continuidade dos cuidados ou separações podem desencadear uma DI (FORNELOS; RODRIGUES; GONÇALVES, 2003).

Andriola e Cavalcante (apud HUTTEL et al., 2011) frisam a inexistência de um consenso para as causas da DI. Eles afirmam que esta patologia se refere a uma perturbação orgânica que engloba variáveis biopsicossociais. De acordo com Huttel et al. (2011), a hereditariedade pode ser um fator importante, mas não o determinante único no aparecimento da patologia.

Fatores genéticos, aspectos comprometidos da personalidade - tais como ausência de autoconfiança e baixa autoestima - e inadaptação social podem ser tidos como causadores da Depressão na infância (ANDRIOLA; CAVALCANTE apud HUTTEL et al., 2011).

De acordo com Bahls (apud HUTTEL et al., 2011), a Depressão em um dos pais potencializa em até três vezes o risco de surgimento da patologia no infante. Ele destaca como fatores de relevância no desencadeamento da DI, o abuso físico, sexual, perda de um dos pais, irmão ou amigo mais próximo. Cruvinel e Boruchovitch (2008) destacam ainda que um ambiente familiar caracterizado por condutas parentais impróprias, ou patologias de ordem psíquicas em um dos pais, pode contribuir no aparecimento da DI. Nesse sentido, uma dinâmica familiar inadequada seria um fator de risco para a Depressão e, portanto, poderia contribuir para o desenvolvimento da Depressão na criança.

Desta forma, acredita-se que o contexto familiar influencia no surgimento de patologias. Sendo assim, a criança seria um objeto do meio com o qual convive e reflexo de onde está inserida (REGRA, 2000).

destacam como sintomas físicos característicos da DI, as dores de cabeça, dores abdominais, fadiga e tontura. A criança pode apresentar também ansiedade, fobias, agitação psicomotora ou hiperatividade, irritabilidade, diminuição do apetite, alteração do peso e, com menor frequência, a incontinência fecal. Há, ainda, os sintomas aparentes como a fisionomia triste, a comunicação deficiente, o choro frequente, movimentos repetitivos e comportamento agressivo, destrutivo e de autodepreciação, distúrbio do sono, diminuição da socialização, modificação de atitudes em relação à escola, perda de energia habitual, humor disfórico, retardo psicomotor, pesadelos, terror noturno, ansiedade de separação, diminuição da capacidade cognitiva e perda de interesse pelas atividades prazerosas dessa etapa da vida. As crianças deprimidas não conseguem rir, brincar ou brigar, por isso são consideradas enfermas, além disso, são tímidas e evitam estar com outras pessoas (ANDRIOLA ; CAVALCANTE apud HUTTEL et al., 2011).

Conforme a criança vai crescendo, os sintomas podem ir se modificando. É preciso ficar atento, pois a Depressão pode surgir de forma mascarada.

A Depressão em crianças com idade escolar é frequente, e um de seus principais problemas é o declínio no desempenho escolar, pois o infante passa a ter dificuldade de concentração ou falta de interesse. As fobias, ansiedade de separação e dores somáticas podem levar a recusa a ir à escola, bem como o isolamento e dificuldade em fazer amigos (CARMO; SILVA, 2009).

A Depressão na infância pode ser classificada como Depressão Situacional, Síndrome Orgânica Depressiva, Primária ou Maior, Transtorno Dístico e, por fim, a Depressão Mascarada (FICHTNER, 1997).

Na Depressão Situacional, a DI se dá a partir do desenvolvimento normal da criança inerente da ocorrência de fatos inesperados que podem surgir, como uma

perda inesperada, traumas, entre outros. Porém, estes sintomas podem acarretar diversas mudanças no infante, principalmente de socialização, sendo esta mais explícita no ambiente escolar.

Na Síndrome Orgânica Depressiva, a Depressão Infantil é decorrente de doenças pré-existentes na criança. Doenças Endócrinas, neurológicas de ordem infecciosas, e os Transtornos de Déficit de Atenção e Hiperatividade potencializam o surgimento da DI.

Na Primária ou Maior, a DI está, na sua maioria, associada a um histórico de inadequação social pré-doentio da criança, assim como histórico de Depressão de forma contínua no âmbito familiar. O Transtorno Dístico se dá a partir do humor deprimido ou irritável, e tem a durabilidade de, no mínimo, um ano para assim ser diagnosticado. Ele apresenta, ao mesmo tempo, dois ou mais sintomas como: pouco apetite ou aumento exagerado do apetite, insônia ou hipersonia, cansaço ou pouca energia, baixa autoestima, pouca concentração, baixa capacidade em tomadas de decisões e constante sentimento de desamparo (FICHTNER, 1997).

Por último, está a Depressão Mascarada, que é visivelmente notada por suas características corporais, comportamentos inadequados ou persistentes. Este tipo é exclusivo de crianças (FICHTNER, 1997).

Costa (2012) acrescenta que a Depressão em crianças pode ter vários níveis: Rápida, Moderada e Grave. A Depressão Rápida é considerada bastante comum e se dá quando a criança passa por um momento de profunda tristeza, mas consegue ultrapassá-lo sozinha, sem que os pais tenham percepção do ocorrido. A Depressão Moderada ocorre quando a criança não consegue superar sozinha o momento de tristeza. Tais períodos de tristeza são mais longos e visivelmente percebidos pelos pais/cuidadores ou educadores, que poderão assim intervir e ajudá-la. Já a Depressão Grave é caracterizada por um longo período ininterrupto de intensa melancolia e pode levar a criança a pensamentos suicidas.

Para acrescentar, Sigolo (2008) descreve que a Depressão Infantil é um transtorno heterogêneo que se manifesta de forma distinta nas diferentes fases da infância. Ou seja, de acordo com a faixa etária da criança, a DI pode se manifestar de diversas formas.

Em bebês, ela é apresentada através dos seguintes sintomas: expressão facial triste, apatia, perda de peso ou dificuldade de ganhar o peso esperado para esta fase do desenvolvimento, choro frequente sem causa aparente, insônia, irritabilidade, atraso da linguagem ou no desenvolvimento motor.

Na fase pré-escolar, a criança poderá apresentar inquietação motora, retraimento, choro frequente, recusa em se alimentar, perturbação do sono e apatia.

É comum ela não responder a estímulos visuais e verbais, terem mudanças súbitas ou inesperadas de comportamento, dores de cabeças ou de estômago, dificuldade de separação ou separação sem reação, isolamento social, linguagem e movimentos ou reações lentas.

Em crianças de sete a 12 anos, percebe-se sintomas somáticos como dores de cabeça, abdominais, déficit na aquisição de peso esperado para a idade, fisionomia triste ou de lamentação, irritação constante, diminuição de apetite, agitação psicomotora ou hiperatividade, retardo psicomotor, distúrbio do sono, balanceio ou movimentos estereotipados entre outros movimentos repetitivos. A criança pode apresentar ainda auto e heteroagressão, podendo colocar-se em situação de perigo. Pode apresentar também regressão na linguagem, ecolalia, enurese, dependência excessiva, controle precário em torno dos impulsos, sensação subjetiva de Depressão, queixas com relatos de estar triste, acompanhadas pelos sentimentos de infelicidade, culpa, ou pesar, raiva, mau humor, aborrecimento, reações desproporcionais às situações, anedonia, falta de desejo de frequentar a escola, dificuldade de concentração, pensamento lento, queda de rendimento escolar, cansaço e falta de energia, pensamentos de morte ou suicídio, baixo poder de criação, iniciativa e compreensão, choro constante e sem motivo aparente e problemas de conduta.

A Depressão em adolescentes é bem semelhante a do adulto. Este apresentará sentimento de desesperança, dificuldade de concentração, ideias e tentativas suicidas, distúrbios do sono, perda de apetite, perda de energia e desinteresse pelas atividades diárias, anedonia, humor irritável, angústia, ansiedade, inquietação e agressividade, dificuldade de lidar com os sentimentos de baixa autoestima, desamparo e desapontamento consigo, desesperança, sensação que as coisas não irão mudar; abuso de álcool e drogas em 25% dos casos, pensamento depressivo e sentimento de inferioridade. O adolescente frequentemente se descreve como bobo, ruim ou rejeitado. Pode ainda apresentar hipocondria e baixo rendimento escolar (SIGOLO, 2008).

Além de todos os sintomas e especificidades existentes para o reconhecimento da Depressão na infância, existe o inventário de DI, conhecido como CDI (Children.s Depression Inventory). O CDI foi elaborado por Kovacs em 1983 e adaptado para o Brasil por Gouveia et al.(1995). Desde então, tem sido muito utilizado como medida de avaliação dos sintomas depressivos em crianças (CRUVINEL; BORUCHOVITCH; SANTOS, 2008).

O CDI pode ser aplicado em crianças de 7 a 17 anos e propõe detectar a presença e a severidade do transtorno depressivo na infância, além de identificar

sintomas afetivos, somáticos, comportamentais e cognitivos o transtorno. Este inventário é composto por 27 itens, cada um com três opções de resposta que variam de 0 a 2 pontos. A criança deve escolher a opção que melhor descreve o seu estado nos últimos tempos. O teste pode ser aplicado tanto individual quanto coletivamente. A consistência interna descrita por Kovacs mostrou-se adequada (0,86), e o ponto de corte do CDI foi estabelecido em 19 pontos.

Embora tenhamos descrito os sintomas da DI de forma detalhada e organizada, é importante ressaltar que a Depressão é uma doença que pode se manifestar de formas variadas. Estas manifestações vão depender de como a criança vai lidar com suas emoções.

Faz-se necessário uma reflexão sobre os sintomas que uma criança pode apresentar, analisando os padrões de comportamento atípicos, pois quanto mais tempo esse comportamento se reproduzir, mais a criança acomoda-se e resiste às mudanças propostas para um ideal tratamento.

## Noções sobre o Tratamento da Depressão na Infância

Para um tratamento adequado, o primeiro passo é fazer uma avaliação criteriosa em torno das condições físicas, psíquicas e familiares dessa criança e verificar se ela está associada a outras comorbidades. Neste sentido, é extremamente importante avaliar a sua duração e as falhas funcionais que a acompanham, pois muitas vezes encontramos sintomas associados, como perturbação do comportamento, déficits de atenção e hiperatividade ou mesmo autismo, que mascaram a Depressão na infância (COSTA, 2012). Além do CDI, citado anteriormente, alguns autores consideram a avaliação dos processos cognitivos, também denominada avaliação neuropsicológica uma grande facilitadora no processo de investigação de transtornos neuropsiquiátricos, visto que ela pode fornecer subsídios aos profissionais envolvidos no tratamento, quanto ao diagnóstico. Dessa forma, o profissional da saúde poderá orientar-se para a melhor forma de tratamento a ser adotada, pois é possível controlar alguns casos leves apenas com a psicoterapia e orientação dos pais. Entretanto, em casos mais graves, faz-se necessária uma intervenção farmacológica, (FERREIRA, FONSECA, 2011)

É importante salientar o fato do desenvolvimento cerebral ter características próprias de cada faixa etária. Portanto, é necessário estabelecer atividades avaliativas de acordo com o processo maturacional do cérebro da criança (COSTA et al., 2004).

Na Psicoterapia, um profissional habilitado deliberadamente estabelece uma relação específica com o paciente/cliente, com o objetivo de promover, remover, modificar ou retardar os sintomas existentes, corrigir padrões de comportamentos desadaptados, promover o desenvolvimento e o crescimento positivo da personalidade (LEMGRUBER, 1993).

Segundo Moura e Venturelli (2004), a psicoterapia ainda tem muito de arte e intuição, pois compreender, intervir e lidar com as queixas de uma criança, quando ela mesma, muitas vezes, não as reconhece, não é uma tarefa fácil. Há muito a saber sobre as variáveis importantes que direcionam as decisões terapêuticas, embora se concorde que há a necessidade de descrever precisamente o que os terapeutas fazem e como fazem.

Uma intervenção psicológica geralmente começa quando o problema já se cristalizou e se repercutiu em diversas esferas da vida do indivíduo. Dessa forma, a terapia deve focar as relações da criança com os pais, a escola, a comunidade, enfim, com todos que estão diretamente envolvidos na dinâmica da criança, pois todos são parte do problema e parte da solução (GUILHARDI, 2006)

Além das formas de tratamento com base em psicoterapias, é de bastante valor o tratamento baseado na farmacologia, mas é importante frisar que o tratamento farmacológico seria alternativa secundária à abordagem psicoterápica, sendo assim, este seria reservado apenas para os casos mais graves e persistentes de DI. A prescrição de psicofármacos deve ser realizada de forma criteriosa e constantemente monitorada (CURATOLO; BRASIL, 2005).

A farmacoterapia é, sem dúvida, de muita importância no tratamento da DI, porém, dentro da psiquiatria não se deve fazer prescrições medicamentosas sem antes uma averiguação ampla e clara do quadro clínico da criança, sendo esta avaliada através do comportamento em seu ambiente familiar e escolar. Estas avaliações detalhadas visam afastar outras enfermidades que podem desencadear a DI (CURATOLO; BRASIL, 2005).

Marcelli (apud CAVALCANTE; TOURINHO, 1998) afirma que a introdução de fármacos é indispensável quando os sintomas depressivos apresentarem-se persistentes na criança, e quando a psicoterapia não surtir o efeito esperado. O tratamento farmacológico deverá ser realizado por volta de seis meses, e a suspensão deve ser gradual, com aumento imediato, caso ocorram sinais de recaída.

De acordo com McClellan e Werry (apud CURATOLO; BRASIL, 2005), devem ser realizados alguns exames que são fundamentais, antes da introdução do tratamento farmacológico, tais como hemograma completo, a avaliação das funções

tireoidiana, hepáticas e renais, eletrocardiograma e eletroencefalograma. A escolha da medicação deve ser individualizada (LEE et al. apud CURATOLO; BRASIL, 2005). Dentre as opções para escolha do fármaco, deve-se levar em conta as seguintes considerações: o perfil dos sintomas, diagnóstico, comorbidades, idade, condições de saúde geral da criança e o uso de outros medicamentos (CURATOLO; BRASIL, 2005).

Os antidepressivos inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS) são, na atualidade, os mais utilizados no tratamento da Depressão na criança. Eles são mais prescritos por terem alto nível de eficácia comprovada nessa população, tendo em vista que em relação aos outros medicamentos, seus efeitos colaterais são menores (CURATOLO; BRASIL, 2005). Os ISRS são atualmente considerados seguros em dois aspectos, nos riscos reduzidos de lesões cardiovasculares e no menor índice de mortalidade nos casos de superdose, isso comparado aos antidepressivos mais antigos.

É importante salientar que os fármacos podem modificar negativamente o estilo de vida da criança e, entretanto, não devem ser negligenciados em suas formas graves. Deve-se utilizar, então, o fármaco com doses corretas e controladas.

Vale ressaltar ainda que o uso do medicamento não exclui o tratamento psicoterápico, e até o momento não se sabe as consequências do uso dos psicofármacos na infância a longo prazo, ou seja, na vida adulta do sujeito.

A psicoterapia infantil tem como objetivo inicial auxiliar as crianças, os pais e cuidadores, quando se é observado algo diferente no desenvolvimento da criança, seja ele de ordem social ou emocional (GARCIA apud BONEBERG et al., 2008).

Freud (1909) foi quem realizou a primeira intervenção psicoterapêutica em crianças. Ele apresentou o tratamento do menino Hans, de cinco anos, que tinha fobia de cavalos, no entanto as intervenções foram realizadas de forma indireta, pois todo tratamento foi executado através do pai da criança. É a Freud que se deve o reconhecimento da importância dos saberes em torno do dinamismo psíquico da criança. Posteriormente a ele, vieram Anna Freud e Melanie Klein com seus trabalhos clínicos com crianças, sendo elas as autoras dos primeiros livros sobre o tema (DEAKINI; NUNES, 2008).

Ao longo dos tempos, novos autores surgiram fazendo inúmeras contribuições ao desenvolvimento e entendimento da criança. Concomitante ao desenvolvimento da psicoterapia em crianças, houve a confirmação do efeito das técnicas utilizadas. A partir disso, a implantação de métodos de pesquisa de resultados de psicoterapia com crianças vem sendo realizada, desenvolvida e avaliada como uma tentativa de encontrar uma maior fundamentação científica para área (DEAKINI; NUNES, 2008).

A psicoterapia infantil se dá através de algumas técnicas embasadas na psicologia. Tais técnicas, quando aplicadas em crianças, devem ser tratadas pelos terapeutas de forma bem específica, exigindo desses profissionais habilidades especiais, as quais envolvem lidar com um paciente cujas queixas podem não ter sido autoformuladas (DIGIUSEPPE; LINSCOTT; JILTON, 1996 *apud* MOURA; VENTURELLI, 2004) e cuja compreensão do problema e do ambiente pode sofrer ampla variação, visto que a infância é um período em desenvolvimento.

Neste sentido, dentro do saber psicológico, a DI pode ser tratada em diversas abordagens. É interessante que, se possível, se faça uma pré-avaliação, que determine qual o melhor tratamento a ser adotado para aquele caso. Neste trabalho, focaremos uma psicoterapia de abordagem cognitivo-comportamental. Entretanto, existem vários conceitos da clínica psicanalítica e fenomenológica que repercutem para qualquer abordagem adotada na prática clínica.

Dentre os tipos de psicoterapia infantil, estão disponíveis a Psicoterapia 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 (LIMA, 2004).

Powell (*apud* CAVALCANTE; TOURINHO, 1998), deu maior ênfase à Psicoterapia Cognitivo Comportamental (PCC), e afirmou que muitos estudos indicam que ela é efetiva no tratamento da DI, seja leve, moderada ou grave.

Além disso, ele afirma que a PCC na Depressão é tão ou mais eficaz do que a farmacoterapia ou outros tipos de intervenções psicológicas.

A PCC tem tido o benefício adicional notado em muitos estudos, onde afirmam que sua resposta é mais duradoura em comparação com os tratamentos farmacológicos e proporcionando um efeito duradouro quanto às recorrências da patologia. De acordo com Pheula e Isolan (2007), cerca de 50% dos estudos publicados de psicoterapia em crianças são investigados a partir de técnicas cognitivo comportamentais.

A justificativa disso é a atual popularidade dessa abordagem com seu atual enquadramento médico e, por fazer uso de questionários estruturados. A PCC realiza um tratamento personalizado, adotando medidas objetivas de avaliação, o que também favorece a construção de materiais científicos. Todavia, o objetivo deste tratamento é resolver os problemas, enfatizando como se dá o processamento de informação e sua ligação com as emoções específicas, com foco no domínio social e interpessoal, utilizando tarefas com a possibilidade da verificação de melhora em situações práticas e do desempenho da criança em atendimento. Além disso,

apresenta um método direcionado e educativo, para facilitar a adesão do tratamento (KENDALL et al. 2000).

Para Duchesne e Almeida (2002), a PCC é uma intervenção semi-estruturada, objetiva e orientada para metas, que aborda fatores cognitivos, emocionais e comportamentais no tratamento dos transtornos psiquiátricos.

Costa et al. (2004) esclarecem que na PCC a avaliação da criança é realizada em etapas, iniciando-se pelo recebimento de uma queixa específica. Em seguida, é realizada a anamnese e as entrevistas, com a finalidade de averiguar o universo da criança, sua história e como são suas relações - o que auxiliará na próxima etapa, que é a escolha dos instrumentos para avaliação das funções cognitivas. O trabalho é finalizado com a entrevista devolutiva, em que a criança, os pais e os profissionais da área da saúde ou da educação são informados sobre os déficits e as habilidades apresentados pela criança.

Segundo Reis e Mazoni (2009), o objetivo da PCC é promover avaliações realistas e adaptativas dos fatos da vida em lugar de distorções, utilizando uma abordagem colaborativa psicoeducacional de tratamento, na qual experiências de aprendizagens específicas visam ensinar os pacientes a monitorar os pensamentos automáticos; reconhecer as relações entre cognição, afeto e comportamento; testar a validade dos pensamentos automáticos, substituir os pensamentos distorcidos por cognições mais realistas; identificar e alterar as crenças, pressupostos ou esquemas subjacentes aos padrões errôneos de pensamentos.

A partir de pesquisas realizadas em crianças, Boneberg et al. (2008) observaram resistências que se manifestam no brincar e que podem variar de acordo com o caso e com a idade. Porém, em crianças menores, os sintomas mais visíveis no processo terapêutico são as crises de ansiedade e de medo. Estas são as que mais aparecem. O terapeuta, em nenhum momento, deve assumir o papel de paternidade e sim de neutralidade, pois, de forma inconsciente, tanto os pais quanto as crianças buscam uma identificação para que o terapeuta seja apenas um depósito de suas ansiedades (BONEBERG et al., 2008).

Porém, Guariente (2002) afirma que a psicoterapia na Depressão, principalmente na infância, não deve se tratar apenas os sintomas, pois o tratamento deve dar ênfase à angústia e aos conflitos internos. No entanto, este tipo de tratamento em criança se dá de forma mais lenta e difícil, pois a baixa capacidade de verbalização limita o acesso a essas questões.

Ao aplicar a PCC, o terapeuta deve compreender a interação entre o comportamento daquele cliente em particular, o ambiente no qual ele vive, e suas cognições, ou seja, a forma como ele pensa e sente. A partir daí, um plano de

intervenção deve ser elaborado para modificar ou corrigir a disfuncionalidade que produz o sofrimento (BALIEIRO JÚNIOR, 2007).

O profissional pode atuar de forma lúdica, propondo jogos e brincadeiras que ajudam a criança a anunciar situações que podem estar desencadeando determinados comportamentos, e é dessa forma que a criança vai se comunicar com o psicólogo (BONEBERG et al., 2008).

Na terapia com crianças, é necessário que seja formada uma boa aliança terapêutica, pois a criança, diferente do adulto, não vai às consultas por vontade própria, ela é levada pelos pais e responsáveis. E, além disso, ela vai estar lidando com uma pessoa estranha, dificultando ainda mais a busca de informações sobre seus possíveis problemas. Por isso, utiliza-se a brincadeira para entrar no mundo da criança, para que, por meio dela, seja possível acessar e modificar cognições disfuncionais (FRIEDBERG; MCCLURE, 2007).

Brinquedos como marionetes ou fantoches são uma maneira de esclarecer comportamentos, avaliar cognições, modelar novas habilidades e praticar maneiras mais funcionais de lidar com problemas..

É importante ressaltar que os pais, cuidadores e toda a família tem um papel central no tratamento psicológico da criança (BONEBERG et al., 2008).

Neste sentido, a família pode ser uma coadjuvante no aparecimento da sintomatologia depressiva. Relações familiares saudáveis e seguras podem apresentar-se como um fator de proteção, contribuindo, muitas vezes, para que a criança consiga libertar-se dos sintomas da Depressão (CRUVINEL; BORUCHOVITCH, 2009). Quanto menor a criança, mais importante torna-se a ajuda dada aos pais. Para Marcelli (apud CAVALCANTE; TOURINHO, 1998), o estabelecimento de uma psicoterapia é fundamental, na medida em que a própria criança, e, sobretudo, os que a cercam, aceitam a patologia. Isto é fundamental para proporcionar o equilíbrio suficiente para que o tratamento seja levado a sério.

Sendo assim, é claro a importância de um bom relacionamento familiar na vida da criança, pois, é neste ambiente que ela irá desenvolver-se como pessoa, aprender seus primeiros passos, gestos, falas, e que serão de grande importância para seus relacionamentos futuros.

No entanto, se alguma coisa der errado na educação proporcionada pelos pais, poderá refletir num comportamento que irá impedir o convívio da criança, dentro ou fora de casa (CHAVES, 2012). Daí a importância do trabalho em todos os âmbitos onde perpassa este infante.

Reinecke, Dattilio e Freeman (1999) avaliaram um programa cognitivo-comportamental numa grande escola multicultural urbana, considerando que as

escolas vêm sendo ordenadas a oferecer serviços que antes eram de competência exclusiva dos pais.

O programa avaliado foi desenvolvido por Stark (1990 apud REINECKE; DATTILIO; FREEMAN, 1999), baseado no modelo de autocontrole de Rehm e Sharp (2006), onde as crianças são ensinadas a reconhecer e melhorar sua Depressão com um programa de intervenção custo-eficaz e breve. Além disso, foi realizada uma intervenção simultânea com os pais, para educá-los sobre como lidar com a depressão de seus filhos, tendo como foco o alívio dos sintomas depressivos e o ensinamento de outras habilidades que previnam ou diminuam os futuros episódios depressivos.

Além do envolvimento de todos no processo de tratamento da DI, é importante que a própria criança, quando possível, esteja consciente do processo pelo qual vai passar, recebendo informações de como tudo irá ser feito, e tendo, desde o início, seu espaço de decisão respeitado e valorizado. Dessa forma, o infante pode contribuir com a intervenção, minimizando comportamentos problemáticos e produzindo efeitos positivos imediatos (MOURA; VENTURELLI, 2004).

## Considerações Finais

A infância é considerada um período onde não há problemas, preocupações ou responsabilidades, porém, a Depressão nessa faixa etária traz comprometimentos importantes, com prejuízo nas esferas emocional e cognitiva, influenciando no desenvolvimento infantil, afetando não só a criança, mas também, sua família e o grupo ao qual se relaciona.

É importante que seja realizado um diagnóstico precoce para subsidiar uma intervenção adequada.

Apresentamos a psicoterapia como uma forma de tratamento bastante eficaz, mais especificamente, a Psicoterapia Cognitivo-Comportamental, onde pensamentos, emoções, crenças e atitudes do paciente são revistos e reeducados, para que os chamados comportamentos disfuncionais sejam modificados e novos comportamentos sejam aprendidos.

Além desta intervenção, é necessário que seja feito também um acompanhamento junto aos pais e a todos que estejam diretamente relacionados à criança, pois esta necessita de toda ajuda possível para quebrar seus obstáculos particulares e se preparar para a vida.

Cabe aos pais, professores e psicopedagogos observarem o comportamento das crianças e perceberem sua emoção através de alguns sinais que a própria criança apresenta, como a perda de peso, o isolamento, a irritação, entre outros.

Disponibilizar um maior conhecimento acerca de Depressão Infantil para pais e professores pode propiciar um olhar mais atento às crianças que apresentam possíveis sintomas, permitindo um encaminhamento oportuno e um diagnóstico mais rápido, o que conduzirá à intervenção adequada, em tempo hábil (CRUVINEL; BORUCHOVITCH, 2003).

É importante a interação do terapeuta com a criança, ouvindo-a e informando-a, quando possível, sobre o processo de tratamento, permitindo que esta criança sinta-se parte importante e necessária, como realmente é, contribuindo, assim, para um resultado mais eficiente e promissor.

Há ainda outro fator importante no contexto da Depressão Infantil, que é a relação de afetividade entre a criança e os adultos, pois a forma como a criança é tratada fornece a ela informações sobre quem ela é e como ela é, pois, os adultos funcionam como espelhos para a criança, na formação de sua identidade (TEODORO, 2010).

Uma criança ao ser criada num lar onde haja amor, respeito e afeto acreditará mais nela própria e lidará melhor com os percalços do caminho, preparando-se assim para a vida.

## Referências

ASSOCIAÇÃO DE PSIQUIATRIA AMERICANA. Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR). 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.

ASSOCIAÇÃO DE PSIQUIATRIA AMERICANA. Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais 5. 5. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2013.

BALIEIRO JÚNIOR, A. P. **Teoria Cognitivo-Comportamental com crianças**. São Paulo: UNICAMP, 200?. Pesquisa.

BANDIM, J. M.; SOUGEY, E. B.; CARVALHO, T. F. R. Depressão em crianças: características demográficas e sintomatologia. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. São Paulo, v. 44, n. 1, p. 27-32, 1995.

BERRIOS, E. B. História da Psicopatologia. **Revista Latina de Fundamentação Psicopatológica**. São Paulo, v. 15, n. 3, p. 590-608, set. 2012.

BONEBERG, C. R. et al. Psicoterapia psicanalítica infantil. **Revista de Psiquiatria. Rio Grande do Sul**, v. 1, n. 30, 2008.

CARMO, A. L. do.; SILVA, A.P. B. da. Depressão Infantil: Uma Realidade Presente na Escola. **Revista Nucleus**. Ribeirão Preto, v. 6, n. 2, p.333-44, out. 2009.

CAVALCANTE, S. N.; TOURINHO, E. Z. Classificação e diagnóstico na clínica: possibilidades de um modelo analítico-comportamental. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. São Paulo, v.14,n.2, p. 139-47, 1998.

COSTA, S. M. B. da. **Atitudes dos pais e dos professores face a Depressão infantil**. p.80. Dissertação (Mestrado em Ciências da Educação Especial em Domínio Cognitivo- Motor), Escola Superior de Educação João de Deus. Lisboa, 2012.

CRUVINEL, M.; BORUCHOVITCH, E. Depressão infantil: uma contribuição para a prática educacional. **Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional**. Campinas, v. 7, n. 1, p. 77-84, jul./dez. 2003.

CRUVINEL, M.; BORUCHOVITCH, E. Sintomas da Depressão infantil e Ambiente Familiar. **Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional**. Campinas, v. 3, n. 1, p. 87-100, jan./jun. 2009.

CRUVINEL, M.; BORUCHOVITCH, E. Sintomas depressivos e estratégias de aprendizagem em alunos do ensino fundamental: uma análise qualitativa. Campinas. In: SISTO, F. F.; MARTINELLI, S. C. (Orgs) **Afetividade e Dificuldades de aprendizagem: uma abordagem psicopedagógica**. São Paulo: Vetor, 2008.

CRUVINEL, M.; BORUCHOVITCH, E.; SANTOS A. Inventário de Depressão Infantil (CDI): Análise dos parâmetros psicométricos. **Fractal: Revista de Psicologia**. Niterói, v. 25, n. 2, p. 473-490, jul./dez 2008.

CURATOLO, E.; BRASIL, H. **Depressão na Infância**: Peculiaridades no Diagnóstico e Tratamento Farmacológico. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Rio de Janeiro, v. 54, n. 3, p. 170-6, 2005.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto alegre: Artes Médicas Sul. p. 190-93, 2008.

DEAKIN, E. K.; NUNES, M. L. T. Investigação em psicoterapia com crianças: uma revisão. **Revista de Psiquiatria**. Rio Grande do Sul, v. 1 n. 30, 2008.

DUCHESNE, M.; ALMEIDA, M. P., Psicoterapia Cognitivo-Comportamental dos transtornos alimentares. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. Rio de Janeiro, (supl III): p. 49-53, 2002.

ELIAS, V.C. **O DSM-5 é o melhor que temos para diagnosticar os transtornos mentais**. 2013. Disponível em: [veja.abril.com.br-noticia/saúde/e-o-melhor-que-temos-para-diagnosticar-os-transtornos-mentais](http://veja.abril.com.br-noticia/saúde/e-o-melhor-que-temos-para-diagnosticar-os-transtornos-mentais) Acessado em: 28 de Outubro de 2013.

FERREIRA, R.; FONSENCA, B. C. R. **Depressão infantil**: considerações sobre a contribuição da psicoterapia clínica cognitiva-comportamental no tratamento. Monografia apresentada como pré-requisito para conclusão do Curso de Especialização em Psicologia, Faculdade de Ciência da Saúde. Graça, 2011.

FICHTNER, N. **Transtornos mentais da Infância e da adolescência**: um enfoque desenvolvimental. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

FORNELOS, M.; RODRIGUES, E.; GONÇALVES, M. J. Depressão no bebê. **Análises Psicológica**, Lisboa, v. 21, n. 1, jan. 2003.

FREUD, S. **Duas Histórias Clínicas**: O pequeno Hans e o homem dos ratos. Imago, 1909.

FRIEDBERG, R.; MCCLURE, J. M. **A prática clínica de terapia cognitiva com crianças e adolescentes**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisas**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOUVEIA, V. V., et al. Inventário de Depressão infantil – CDI: estudos de adaptação com escolares de João Pessoa. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. Rio de Janeiro, v.44, n.7, p. 345-9, 1995.

GUARIENTE, J. C. A. **Depressão: dos sintomas ao tratamento**. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

HUTTEL, J. et al. A Depressão infantil e suas formas de manifestações. **Psicologia Argumenta**. Curitiba, v. 29, n. 1, p. 11-22, jan./mar. 2011.

LEMGRUBER, V. Terapia cognitiva da Depressão. **Inform. Psiquiatria**, v.12, n.1, p. 14-18, 1993.

LIMA, D. Depressão e doença bipolar na infância e adolescência. **Jornal de Pediatria**, v.80, n. 2 (supl.), 2004.

MOURA, C. B. de; VENTURELLI, M. B. Direcionamentos para a Condução do Processo Terapêutico Comportamental com Crianças. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva VI**. v.6, n.1, p. 17-30, 2004.

PHEULA, G. F.; ISOLAN, L. R. Psicoterapia baseada em evidências em crianças e adolescentes. **Revista Psiquiatria Clínica**. v.34, n. 2, p. 74-83, 2007.

REGRA, J. A. G. Formas de trabalho na psicoterapia infantil: mudanças ocorridas e novas direções. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**. Mogi das Cruzes, v.2, n.1, p.70-101, 2000.

REHM, L. P.; SHARP, R. N. Estratégia para a Depressão Infantil. In: REINECKE, M. A.; DATTILIO, F. M.; FREEMAN, A. (Org.) **Terapia Cognitiva com Crianças e adolescentes**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2006.

REINECKE, M. A.; DATTILIO, F. M.; FREEMAN, A. **Terapia Cognitiva com crianças e adolescentes: Manual para a prática clínica**. Trad. HOFMEISTER, M. R. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

REIS, P. P.; MAZONI, C. G. **Prática e Pressupostos Teóricos da Terapia Cognitivo-Comportamental**. Universidade Luterana do Brasil. Guaíba, 2009.

RIBEIRO, K. C. S. et al. **Representação social da Depressão no contexto escolar**. Monografia apresentada como pré-requisito para a conclusão do Curso de Psicologia, Universidade Federal do Piauí. Piauí, 2007.

RODRIGUES, M. J. S. F. **O Diagnóstico de Depressão**. Psicologia USP, v.11, n.1, 2000.

SIGOLO, A. M. **Depressão infantil**. Pós Graduação apresentado como requisito parcial para obtenção cotítulo de especialista do curso de psicopedagogia, Universidade Tuiuti do Paraná. Curitiba, 2008.

SILVEIRA, F. A. S.; MAGALHÃES, K. A. O papel dos estilos parentais na Depressão Infantil. **Revista Fapciência**. Apucarana, v. 06, n. 2, p. 95, 2010.

TEODORO, W. L. G. **Depressão: Corpo, Mente e Alma**. Uberlândia, 2010.

WOO, S. C. **Depressão infantil uma análise do comportamento**. Monografia apresentada como pré-requisito para a conclusão do Curso de Psicologia, UNICEUB – Centro Universitário de Brasília. Brasília, 2003.