

# Aspectos teóricos e metodológicos do estudo da depressão na infância<sup>1</sup>

Maria Cristina O.S. Miyazaki<sup>2</sup>

Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP

Os distúrbios mentais na infância vêm sendo extensamente estudados nos últimos anos, devido ao seu impacto sobre a criança e toda família. A depressão é considerada um dos problemas mais frequentes na prática clínica. Este artigo é uma revisão sobre o assunto e inclui considerações gerais, definição e diagnóstico, modelos teóricos, prevalência e tratamento da depressão na infância.

**Palavras-chave:** Depressão na infância, problemas de saúde mental, prática clínica.

## Abstract

### Theoretical and methodological aspects of childhood depression

Mental health problems of children are receiving increasing attention in recent years, because of its impact on the child and family. Depression is considered one of the most frequent problems in clinical practice. This paper reviews the literature on childhood depression, including general aspects, definition and diagnosis, theoretical models, prevalence and treatment.

**Key words:** Depression in childhood, mental health problems, clinical practice.

Os conhecimentos sobre psicopatologia infantil encontram-se defasados em relação aos da psicopatologia do adulto (Kazdin, 1989(a); Trad, 1989). Apesar dos grandes avanços obtidos através de pesquisas realizadas na última década (Ryan, 1989), alguns aspectos, como as características do próprio processo evolutivo, dificultam a diferenciação entre mudanças inerentes ao desenvolvimento normal e comportamentos indicativos de disfunção (Pataki & Carlson, 1990).

Atualmente, o campo denominado psicopatologia do desenvolvimento abrange estudos referentes às disfunções psicossociais observadas durante o processo de desenvolvimento. Apesar de desenvolvimento, maturação e ajustamento ocorrerem durante toda a vida, a psicopatologia do desenvolvimento refere-se, geralmente, a estudos realizados com crianças e adolescentes, apresentando disfunções que influenciam seu funcionamento diário (Rutter, 1986; Kazdin, 1989(b); Kovac, 1989; Lerner, Hess & Nitz, 1990).

Na ampla gama de distúrbios estudados na infância e adolescência, a depressão tem suscitado crescente interesse, principalmente pela frequência com que este diagnóstico tem sido feito. Nesse sentido Matson (1989) equipara depressão ao "resfriado comum", quando trata dos problemas emocionais da infância.

Durante muito tempo, entretanto, acreditou-se que as crianças raramente apresentavam depressão (Rutter, 1986; Kazdin, 1989(a); Matson, 1989; Kovacs, 1989). Foi no início dos anos 70 que a atual posição relativa à depressão infantil começou a emergir (Cytryn & Mcknew, 1972). Atualmente existem evidências derivadas de um número substancial de estudos (Rutter, Izard & Read, 1986; Kovacs, 1989), confirmando a existência de depressão em crianças e adolescentes.

Vários aspectos facilitaram a expansão de estudos sobre depressão na infância e adolescência: a precisão cada vez maior dos critérios diagnósticos e das técnicas de avaliação permitem selecionar, de forma mais fácil e uniforme, sujeitos adequados para os estudos; a utilização de modelos cognitivos e comportamentais, desenvolvidos para compreender a depressão no adulto, impulsionaram pesquisas sobre distúrbios afetivos na infância e adolescência: além disso, a psicopatologia do desenvolvimento,

1. Este artigo é parte da dissertação de mestrado da autora, subsidiada pelo CNPq e apresentada a Puccamp 1993.

2. Departamento de Pediatria e Serviço de Psicologia da FUNFARME e Hospital de Base.

Endereço para correspondência: Av. Brigadeiro Faria Lima, 5416, Vila São Pedro, CEP: 15090-000, São José do Rio Preto, SP

como novo campo de investigações, desencadeou estudos nessa área (Kovacs, 1989).

### Definição e diagnóstico

Ao discutir a depressão, torna-se necessário precisar o significado com o qual o termo está sendo empregado. Sentimentos de solidão e tristeza, vivenciados esporadicamente pelas pessoas, podem ser por elas denominados "depressão". "Se essa depressão ou alteração 'normal' de humor é sinônimo ou está relacionada aos sentimentos experimentados na depressão 'patológica' é uma questão controversa" (Beck, 1967, p.6). O termo humor, de acordo com definição do próprio Beck "(...) é geralmente aplicado a um espectro de sentimentos que vão da alegria e felicidade em um extremo, à tristeza e infelicidade em outro" (1967, p.7). O humor rebaixado ou tristeza é denominado, na literatura especializada, disforia ou humor disfórico. Apesar de humor disfórico ser elemento indispensável para o diagnóstico de um distúrbio depressivo, outros aspectos, como por exemplo perda generalizada de interesse e baixa auto-estima, precisam estar presentes (A.P.A., 1987).

A depressão é também, muitas vezes, um sintoma de patologias orgânicas, como distúrbios endocrinológicos (Rose, 1988) e neurológicos (Flaherty, Channon & Davis, 1990). Nestes casos, a depressão, como sintoma secundário, deixa de ser o alvo terapêutico. Assim, diante de uma queixa ou quadro de depressão, um diagnóstico diferencial torna-se necessário.

Segundo um modelo médico de atuação, a depressão é vista como doença e tratada como tal. Por vários anos fez-se uma distinção entre depressão endógena/psicótica, determinada biologicamente, e depressão reativa/neurótica, atribuída a eventos ambientais e a uma predisposição da personalidade. Apesar de essa divisão ainda persistir e ser citada em trabalhos recentes (Graeff, 1989); Robins, Block & Peselow, 1990), resultados de pesquisas atuais questionam essa dicotomia, atribuindo uma etiologia multifatorial à depressão (Farmer & McGuffin, 1989; Paykel, 1989).

Um distúrbio depressivo refere-se a uma série de alterações comportamentais, cognitivas, emocionais e somáticas (Beck, 1967; Gongora, 1982; A.P.A., 1987; Matson, 1989; Flaherty Channon & Davis, 1990). Além disso, os transtornos do humor

podem estar presentes em diversos quadros nosológicos, como distímia, ciclotímia, depressão maior e distúrbio bipolar (Nardi et al., 1992).

Kazdin (1989a) em uma revisão das categorias diagnósticas do DSM-III-R (A.P.A., 1987) utilizadas na infância, que incluem sintomas depressivos, cita, além da depressão maior, distímia, distúrbio de ansiedade de separação, distúrbio de ajustamento com humor deprimido e luto sem complicação.

O estudo da depressão e dos diversos quadros clínicos, em que sintomas de depressão estão presentes, deu origem a diversas classificações. Uma classificação, que considera a possível etiologia do quadro depressivo, inclui: somatogena/psicogena; endógena/exógena; autônoma/reactiva e primária/secundária. Outra classificação, segundo o tipo de sintomatologia, inclui: psicótica/neurótica e manifesta/mascarada. A evolução do quadro deu origem à classificação da depressão em unipolar/bipolar e a gravidade do quadro acompanha o diagnóstico, como leve, moderada etc. (Paprocki, 1992).

Diversos sistemas têm sido desenvolvidos para diagnosticar a depressão. A considerável quantidade de justaposições entre os itens abrangidos pelos diferentes sistemas classificatórios indica existir um consenso sobre o quadro clínico de depressão. Além disso, os critérios utilizados para diagnosticar a depressão no adulto são também utilizados no diagnóstico da depressão infantil (Cytryn, Mcknew & Bunney, 1980; Carlson & Cantwell, 1980; A.P.A., 1987; Keller & Sessa, 1989; Ryan, 1989).

O sistema classificatório mais utilizado na área da saúde, inclusive no Brasil, é o Código Internacional de Doenças, conhecido como CID, da Organização Mundial de Saúde (1992). Entretanto, na área de saúde mental, o Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais (atualmente em uso o D.S.M.III-R, A.P.A., 1987) tem sido amplamente utilizado, inclusive no Brasil (Maser, Kaelber & Weise, 1991; Penna, Cruz & Fortes, 1992), tanto na prática clínica como para a realização de pesquisas (Spitzer et al., 1989; Rapoport & Ismond, 1990).

O DSM-III-R classifica os distúrbios de humor em distúrbios bipolares e distúrbios depressivos. Os distúrbios bipolares subdividem-se em distúrbio bipolar (um ou mais episódios maníacos ou hipomaníacos e episódios depressivos) e ciclotímia (numerosos episódios hipomaníacos e depressivos).

Os distúrbios depressivos subdividem-se em depressão maior e distímia. Para o diagnóstico de depressão maior, o DSM-III-R estabelece que pelo menos cinco dos sintomas abaixo devem estar presentes por duas semanas ininterruptas, indicando uma mudança no funcionamento anterior do indivíduo: 1. humor deprimido ou humor irritável para crianças e adolescentes; 2. redução no interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades; 3. perda ou ganho significativo de peso; hipo ou hiperfagia; 4. insônia ou hipersonia; 5. agitação ou lentidão psicomotora; 6. cansaço ou perda de energia; 7. baixa auto-estima ou culpa excessiva; 8. déficit na atenção e capacidade para pensar; 9. pensamentos repetidos sobre morte, ideação suicida. Para que um diagnóstico de depressão seja feito, um dos sintomas deve o ser humor deprimido ou a perda de interesse ou prazer. Além disso, este quadro não deve fazer parte de um outro distúrbio, como esquizofrenia, distúrbio esquizo-afetivo ou distúrbio delirante.

Um diagnóstico diferencial em relação a possíveis fatores orgânicos deve ser realizado. Uma síndrome orgânica de humor com depressão pode ser causada por substâncias como a reserpina, por doenças infecciosas como a gripe, ou por alterações do sistema endocrinológico, como o hipotireoidismo. Muitas vezes, torna-se difícil diferenciar um episódio de depressão maior de um quadro de demência. Além disso, esses sintomas não devem ser uma reação normal à perda de um ente querido, que é denominada luto sem complicação.

Para o diagnóstico de distímia, além do humor deprimido (ou irritável) ou perda de interesse ou prazer, pelo menos dois dos seguintes sintomas devem estar presentes: 1. hipo ou hiperfagia; 2. insônia ou hipersonia; 3. cansaço ou perda de energia; 4. baixa auto-estima; 5. redução da habilidade para concentrar-se ou tomar decisões; 6. desesperança.

Esses sintomas devem estar presentes há um ano e um diagnóstico diferencial, como o citado para a depressão maior, deve ser também realizado (A.P.A. 1987).

Um quadro depressivo comumente se associa a outras queixas. A ansiedade, por exemplo, está frequentemente ligada à depressão (Kovacs et al., 1989; Martinsen, Friis & Hoffart, 1989; Katon & Roy-byrne, 1991).

Em um estudo sobre comorbidade em distúrbios de ansiedade, Last, Strauss & Francis (1987)

relataram que 15% das crianças encaminhadas a uma clínica infantil, para tratamento de ansiedade, quando avaliadas, receberam diagnóstico principal de depressão maior, com distúrbios secundários de ansiedade. Os diagnósticos de ansiedade mais frequentemente associados à depressão foram fobia social (55%), distúrbio de excesso de ansiedade (45%), distúrbio de ansiedade de separação (27%) e distúrbio de evitamento da infância e adolescência (27%). Ollendick & Yule (1990), em estudo para avaliar a depressão, a ansiedade e o medo em 377 crianças britânicas e 366 crianças americanas, também concluíram que crianças com altos níveis de depressão manifestam altos níveis de ansiedade e medo. Esses estudos e muitos outros demonstram a preocupação dos autores em definir de forma clara o tipo de comprometimento estudado. Esta, entretanto, não é uma tarefa fácil. Apesar da validade e da importância de uma taxonomia de distúrbios mentais (Hersen & Last, 1989; Barlow, 1991), mesmo um sistema tão utilizado e aceito pela comunidade de clínicos e pesquisadores, como o DSM-III-R, padece da ausência de estudos que validem a maioria das categorias diagnósticas (Matson, 1989).

Além de critérios para a realização do diagnóstico de depressão, diversos instrumentos foram elaborados para este fim (Kazdin & Petti, 1982). Em termos de auto-relato, o instrumento mais citado na literatura internacional é o Inventário de Depressão para Crianças (Children's Depression Inventory - CDI), desenvolvido por Kovacs (1992) a partir do Inventário Beck de Depressão.

Outras formas de avaliação consistem na utilização de entrevistas abertas ou estruturadas (Othmer & Othmer, 1989) com o próprio paciente ou com pessoas a ele ligadas (pais, professores, colegas) e na observação direta do comportamento, como desempenho de atividades sociais e expressão de afeto (Tamminen & Salmelin, 1991).

Pesquisas sobre depressão realizadas em nosso país utilizam instrumentos desenvolvidos pelos próprios autores (Gongora, 1982; Amaral & Barbosa, 1990), ou instrumentos traduzidos, não validados para a população brasileira (Torres, 1991).

Convém ressaltar ainda que diversos marcadores biológicos, como alterações enzimáticas, podem indicar depressão. Do ponto de vista prático, entretanto, apesar de relevantes instrumentos de pesquisa em psiquiatria biológica, tais exames são caros e realizados apenas em laboratórios especializados,

sendo, portanto, pouco utilizados na prática clínica (Costa & Silva, 1991; Lima, Vandel & Bizouard, 1991).

Os diferentes subtipos de depressão fazem com que exista uma multiplicidade de modelos etiológicos e torne a literatura sobre o assunto complexa, com diferentes enfoques ou escolas de pensamento, como será visto a seguir.

### **Modelos teóricos da depressão**

Os modelos teóricos da depressão foram desenvolvidos a partir do estudo da depressão no adulto. Entretanto, estes têm sido utilizados como fundamento para o tratamento de adultos e crianças e para o desenvolvimento de pesquisas com populações infantis. Apesar das diferentes correntes teóricas, os modelos podem ser divididos em dois grandes grupos: modelos biológicos e modelos psicossociais.

Desde uma perspectiva biológica, tem sido estudada a relação de diversos agentes bioquímicos com a depressão. A primeira tentativa de explicar bioquimicamente a depressão ocorreu na década de 1960, com a formulação da teoria noradrenérgica (Graeff, 1989). A partir daí, com a evolução do conhecimento através do desenvolvimento de pesquisas, outras hipóteses foram formuladas. Atualmente, acredita-se que diversos neurotransmissores estejam envolvidos, como os sistemas noradrenérgico, serotoninérgico, colinérgico, gabaérgico e neuroendócrino (Queiroz, 1985). Entretanto, a maioria dos estudos sobre marcadores biológicos da depressão tem sido realizada com adultos (Lima, Vandel & Bizouard, 1991) e existem evidências sugerindo que o funcionamento desses sistemas não é o mesmo em crianças e adultos. Estudos realizados com ratos em laboratórios indicam que sistemas ligados às catecolaminas, por exemplo, não estão plenamente desenvolvidos anatômica e funcionalmente antes da idade adulta, enquanto os sistemas colinérgicos e serotoninérgicos desenvolvem-se mais cedo. Assim, fatores ligados à faixa etária e alterações decorrentes da puberdade podem influenciar resultados de exames dos marcadores biológicos da depressão. Só o desenvolvimento de estudos na área pode permitir maiores esclarecimentos sobre a bioquímica da depressão na infância (Puig-Antich, 1986).

Além dos fatores bioquímicos, estudos de famílias, de gêmeos e indivíduos adotados corrobo-

ram as influências genéticas na etiologia da depressão (Pena, 1985; McGuffin, 1988; McGuffin et al., 1988; Flaherty, Channon & Davis, 1990).

Apesar da reconhecida importância dos aspectos biológicos da depressão, o presente trabalho aborda com maior ênfase os modelos psicossociais da depressão, principalmente os modelos cognitivo-comportamentais.

Os modelos psicossociais enfatizam aspectos comportamentais, cognitivos, intra-psíquicos e interpessoais da depressão (Matson, 1989; Kazdin, 1989a). Os mais conhecidos são os modelos psicanalíticos, comportamentais, cognitivos e socioambientais.

Os modelos psicanalíticos ressaltam as influências intrapsíquicas na etiologia da depressão. Diferentes enfoques enfatizam, como responsáveis pela depressão, repetidos desapontamentos com as figuras parentais, fixação na fase oral, agressão auto-dirigida, intenso desejo narcísico de gratificação, perda da auto-estima resultante de desejos insatisfeitos de afeto e sentimentos de desamparo (Kazdin, 1989a).

Os modelos comportamentais, por sua vez, enfatizam o papel da aprendizagem, das conseqüências ambientais, da aquisição e déficits de habilidades do indivíduo. Os sintomas depressivos são considerados resultado de uma interação inadequada com o meio. A análise funcional da depressão proposta por Ferster (1973) exemplifica de que forma a depressão é compreendida dentro de um enfoque comportamental. Esse autor descreve depressão como a redução na freqüência de certos comportamentos, exemplificada pela perda de interesse em atividades habituais. Além disso, há um aumento na freqüência de comportamentos de esquiva e fuga de estímulos aversivos, exemplificados pelas queixas e freqüentes pedidos de ajuda. O indivíduo deprimido apresenta ainda baixa freqüência de comportamentos positivamente reforçados, como interações sociais. Entretanto, apenas a descrição topográfica do repertório comportamental não basta para fazer um diagnóstico de depressão. É necessário considerar os fatores cognitivos, isto é, o significado que esse repertório tem para o indivíduo, antes que um diagnóstico de depressão possa ser feito (Lazarus, 1968; Eastman, 1976). Para Ferster (1973), apesar de as pessoas deprimidas terem em comum a redução na freqüência de certos comportamentos, não há um único processo psicológico responsável pela de-

pressão. Para compreender a depressão é necessário compreender “a relação funcional entre o comportamento e o ambiente que desencadeia, modela e mantém a depressão” (1973, p. 861).

Estudos sobre depressão infantil mostram que o comportamento social de crianças deprimidas é deficitário, principalmente durante um episódio de depressão maior (Puig-Antich et al., 1985).

Lewinsohn, Hoberman & Clarke (1989) enfatizam o papel do déficit de habilidades sociais na etiologia da depressão, como por exemplo ansiedade e desconforto em situações sociais, crenças irracionais e pensamentos negativos. Para esses autores, uma avaliação funcional do repertório do indivíduo determina suas interações com o ambiente e os eventos responsáveis pelo desenvolvimento e manutenção da depressão. O enfoque desses autores, anteriormente denominado comportamental, atualmente enquadra-se no modelo cognitivo-comportamental, uma vez que utiliza componentes dessas duas abordagens.

O modelo cognitivo tem suas origens na terapia racional-emotiva de Albert Ellis (Range, 1992). Ellis & Harper (1961) atribuem a depressão a sentenças irracionais internalizadas pelo indivíduo. Atualmente, entretanto, o modelo cognitivo da depressão está associado ao trabalho de Beck (1967; 1976; 1987; 1991; 1992) e Beck et al. (1979). Dentro deste enfoque, três conceitos fundamentais são utilizados para explicar a depressão: tríade cognitiva, esquemas e erros cognitivos. Kendall (1991) oferece uma proposta cognitivo-comportamental para a depressão na infância. O modelo proposto por esse autor é orientado para a solução de problemas, abrange o processamento cognitivo de informações, os domínios social e interpessoal, enfatizando intervenções orientadas para o desempenho. Baseados neste modelo, Stark, Rouse & Livingston (1991) propõem um programa de tratamento para crianças e adolescentes deprimidos.

Outro enfoque psicossocial bastante conhecido é o modelo de desamparo aprendido (Abramson, Seligman & Teasdale, 1978; Seligman, 1989). De acordo com esses autores, a depressão deve-se a déficits motivacionais, cognitivos, de auto-estima e de afetividade. Um estilo de atribuição característico, em que a criança percebe as causas dos eventos negativos como estáveis, globais e internas, faz com que esta seja mais vulnerável à depressão na presença

de eventos negativos (Nolen-Hoeksema, Girkus & Seligman, 1986; Seligman & Peterson, 1986).

Os modelos socioambientais da depressão enfatizam o papel de eventos, no decorrer da vida do indivíduo, que podem influenciar o aparecimento de sintomas de depressão. Entretanto, não é apenas o acontecimento mas também a interpretação dada a este pelo indivíduo que determina o aparecimento da depressão.

De acordo com Gross (1989), dada a reconhecida influência do comportamento parental sobre o desenvolvimento da criança, um dos primeiros passos para a compreensão dos distúrbios infantis é identificar possíveis fatores ligados ao comportamento dos pais, que predisõem ou aumentam o risco da prole para a psicopatologia. Essa mesma autora salienta ainda que, apesar da importância dos fatores constitucionais e genéticos na predisposição para reagir com depressão a estressores ambientais, o ambiente desempenha o principal papel etiológico. Diversos autores têm pesquisado a influência do comportamento materno sobre diferentes tipos de comprometimento psicológico na criança. Assim, uma revisão da literatura sobre o tema será feita a seguir, com especial ênfase no papel da depressão materna.

### **Impacto da depressão materna sobre a criança**

O comportamento dos pais tem sido frequentemente associado ao aparecimento de depressão na infância e adolescência (Matson, 1989).

Cytryn et al. (1986), em uma revisão da literatura sobre este tema, concluem que, apesar dos problemas metodológicos de grande número das pesquisas levantadas, estudos que utilizaram grupos controle indicam que a incidência de distúrbios de humor é significativamente maior em filhos de pais deprimidos. Hammen et al. (1990) também chegaram à mesma conclusão após estudarem filhos, em idade escolar, de mães com depressão maior e doenças orgânicas crônicas. Esses autores avaliaram 94 crianças com idades entre oito e dezesseis anos, divididas em quatro grupos, de acordo com a patologia da mãe (unipolar, bipolar, doença orgânica) e grupo controle. Essas crianças foram avaliadas semestralmente por um período de três anos. Os autores observaram que filhos de mães com distúrbio unipolar apresentaram os índices mais altos de distúrbio em todas as avaliações. Os filhos de mães

com distúrbio bipolar e distúrbios orgânicos também apresentaram índices significativos de comprometimento. Os dados obtidos nas múltiplas avaliações indicam que, para a maioria das crianças que se enquadravam em algum critério diagnóstico, o distúrbio surgia na pré-adolescência e continuava de forma crônica ou intermitente. Assim, o risco de patologia para filhos de mães com distúrbios não é transitório e inclui distúrbios afetivos ou uma combinação de distúrbios de conduta e ansiedade.

Uma pesquisa com 123 mulheres com diagnóstico de depressão, realizada por Garnefski, Van Egmond & Straatman (1990), procurou estabelecer uma relação entre eventos recentes e no decorrer da história de vida das pacientes, que pudessem estar associadas à depressão. Os resultados desse estudo indicam que maus tratos físicos e abuso sexual anteriores aos 19 anos de idade encontram-se fortemente associados à severidade da depressão. Além disso, grande parte das mulheres com depressão severa havia experimentado dificuldades no relacionamento com os pais, parceiro e outras pessoas, além de dificuldades em relação à auto-estima. Wozencraft, Wagner & Pellegrin (1991) chegaram a conclusões semelhantes, ao pesquisarem a depressão e a ideação suicida em crianças de cinco a dezessete anos, vítimas de maus tratos e abuso sexual. Para essas crianças, a presença de comprometimento esteve associada a idades mais avançadas, abuso realizado por alguém da própria família, falta de cooperação por parte da mãe em relação ao atendimento profissional para a criança e a permanência da criança no ambiente onde recebeu maus tratos.

Fergusson, Horwood & Shannon (1984) estudaram o papel do humor materno e dos efeitos de eventos estressantes ao longo da vida em uma amostra de 1265 crianças. As crianças foram observadas ao nascer, aos quatro meses e, anualmente, até cinco anos de idade. Após excluírem efeitos de algumas características sociais e familiares (como tipo e tamanho da família, nível educacional da mãe e outros) os autores concluíram que a correlação entre eventos no decorrer da vida e o relato materno de problemas relativos à educação dos filhos pode ser, em grande parte, atribuída aos efeitos mediadores da depressão materna. Os pesquisadores sugerem que a criança reage à depressão materna desenvolvendo problemas de comportamento. Mas pode ser também que a depressão altere a percepção da mãe em relação ao comportamento da criança.

Tornar-se mãe é considerado um estressor psicossocial capaz de levar à depressão. O DSM-III-R (A.P.A., 1987) considera o nascimento do primeiro filho um estressor psicossocial agudo, classificado como grave. Resultados de um estudo realizado por Brown (apud Gross, 1989) em uma amostra de 220 mulheres britânicas levaram o autor a concluir que: a) mulheres da classe operária, mães de crianças pequenas, constituem grupo de risco para apresentar depressão; b) mães de níveis socioeconômicos mais altos são menos vulneráveis aos estressores que podem levar à depressão. Os níveis mais altos de depressão têm sido encontrados em mães solteiras e de baixa renda. Dados de diversos estudos revistos por Gross (1989) sugerem que pais com menos recursos financeiros e com obstáculos diários para prover as necessidades básicas da família apresentam os maiores riscos de desenvolver sintomatologia de depressão. Importantes fatores relacionados ao aparecimento da depressão materna são a falta de apoio social e do cônjuge, além do temperamento difícil da criança. Torna-se complicado determinar se crianças “difíceis” levam a mãe a apresentar depressão ou se o oposto é verdadeiro, uma vez que a relação mãe/criança define o tipo de ambiente onde esta interação ocorre. Entretanto, é importante considerar que existe uma relação entre temperamento da criança e depressão materna.

Diversos estudos sugerem que a depressão materna coloca a criança em maior risco para apresentar distúrbios no decorrer do desenvolvimento. A depressão materna tem sido associada a três aspectos principais: a) a mãe tende a perceber-se como inadequada ao desempenhar seu papel, b) tende a avaliar a criança de forma negativa e c) o relacionamento mãe/criança tende a ser de baixa qualidade. Pesquisas têm demonstrado que mães deprimidas apresentam menor confiança em sua habilidade para desempenhar adequadamente o papel de mãe, expressam atitudes mais hostis e rejeitadoras em relação à criança e percebem o comportamento do filho como mais comprometido. Esses dados sugerem que uma espécie de viés prejudica a percepção da mãe ou então sua tolerância para com o comportamento da criança diminui em função da depressão (Gross, 1989).

Jouriles, Murphy & O’leary (1989) pesquisaram o impacto do humor materno na interação mãe/criança. Quarenta meninos com idades entre três e seis anos foram observados, interagindo com

suas respectivas mães. As mães haviam recebido instruções para interagir com os filhos de forma compatível com humor negativo e positivo. Durante o estado de humor negativo, as mães realizaram menor quantidade de afirmações positivas e menos interações verbais com a criança. Por sua vez, as crianças nessa condição mostraram-se menos cooperativas com as solicitações. Esses dados sugerem que o humor materno pode determinar a qualidade da interação mãe/criança.

Taylor et al. (1990) avaliaram 40 famílias americanas, consideradas grupo de risco para abuso ou negligência dos filhos. Esses autores concluíram que a disforia materna tem efeitos negativos significativos na interação mãe/criança e na interação da mãe com o grupo familiar. Os resultados desse estudo sugerem que o humor deprimido da mãe reflete-se através de uma incapacidade para reforçar outras pessoas. Assim, os autores propõem que o desenvolvimento de habilidades sociais seja um dos alvos terapêuticos mais importantes da estratégia de intervenção, uma vez que a liberação adequada de reforços e custos no relacionamento interpessoal reduz o risco de rejeição por parte de outras pessoas.

Walker, Ortiz-Valdes & Newbrough (1989) estudaram o papel da depressão e profissão da mãe na adaptação de crianças saudáveis, portadoras de doenças crônicas e crianças com retardo mental. Os autores estudaram 95 mães de crianças divididas em quatro grupos: com diabetes, com fibrose cística, com retardo mental e controle. Os resultados desse estudo mostraram uma relação significativa entre depressão e atividade profissional da mãe fora de casa, isto é, não trabalhar fora mostrou-se associado a maiores índices de depressão. A depressão materna, por sua vez, mostrou-se associada ao relato de maiores distúrbios de comportamento na criança. Crianças portadoras de doenças crônicas não apresentaram maiores índices de problemas comportamentais que crianças do grupo controle. Esses dados indicam a necessidade de avaliar o ajustamento de pacientes pediátricos crônicos, levando em consideração o ajustamento materno, principalmente quando a mãe é o principal informante sobre o comportamento da criança.

Outro aspecto estudado quanto ao aparecimento de depressão na infância é a perda de um dos pais ou adulto significativo por morte, doença crônica ou incapacitante ou abandono. Nesses casos, outros fatores associados à perda, como redução da

renda familiar, estresse do cônjuge que sofreu a perda e deve assumir sozinho a responsabilidade pela família criam um ambiente desfavorável que talvez tenha maior peso no aparecimento da depressão do que a própria perda em si (Kashani, Barbero & Bolander, 1981; Brown, Harris & Bifulco, 1986).

Dada a importância da depressão materna no desenvolvimento da criança, é importante discutir a prevalência deste comprometimento na população.

## Prevalência

Apontada pela mídia como “a doença do fim do século” (Porchat, 1991) a depressão é objeto de queixa freqüente na prática clínica. Kolb & Brodie (1982) apontam a depressão como o terceiro distúrbio mais freqüente em internações psiquiátricas nos Estados Unidos. Naquele país, a prevalência de depressão maior é de três a cinco por cento. No decorrer da vida, esse risco é de três a 12% para o sexo masculino e 20 a 26% para o sexo feminino, aumentando para as pessoas que têm um parente em primeiro grau com depressão maior ou alcoolismo (Flaherty, Channon & Davis, 1990).

No Brasil, não existem estudos epidemiológicos confiáveis sobre prevalência de depressão. Entretanto, Paprocki (1992), partindo do princípio de que a prevalência de depressão no Brasil seja semelhante à de outros países, faz uma estimativa da seriedade do problema em nosso meio. Para este autor, cerca de seis por cento da população brasileira em idade adulta sofre de depressão, o que coloca esse problema como a quarta queixa psiquiátrica mais freqüente (a primeira é insônia, acometendo 10% da população; a segunda é ansiedade, 8,3% e a terceira alcoolismo e drogas, 6,4%).

Dados sobre prevalência de depressão na infância variam em função da população estudada e dos critérios empregados para diagnóstico (Kashani et al., 1981).

Angold (1988) faz uma revisão da literatura sobre prevalência de depressão em populações clínicas pediátricas, constituídas, em sua maioria, por crianças encaminhadas para avaliação psiquiátrica. Os dados variam entre zero e 61%. Estudos com resultados inferiores a cinco por cento foram considerados atípicos devido à população estudada (apenas pré-escolares) e à falta de utilização de critérios bem definidos de diagnóstico. Se forem considerados apenas os estudos mais recentes, que utilizaram en-

trevistas estruturadas para pesquisa, as taxas de depressão ficam entre cinco e 15%. Com a utilização de critério do DSM-III-R, essa taxa situa-se entre 15 e 30%. A frequência de depressão parece aumentar com a idade, sendo rara em pré-escolares, mesmo em uma amostra clínica dessa população. Além disso, quanto mais nova for a criança, maior a probabilidade de que a dor e o sofrimento sejam expressos através de sintomas orgânicos (Kashani & Carlson, 1987).

### Tratamento da depressão

As estratégias de tratamento utilizadas com crianças são também derivadas das intervenções terapêuticas realizadas com adultos. Estudos sobre resultados ainda são esparsos, o que é compreensível, uma vez que a história de pesquisas sobre depressão na infância ainda é recente. Muitas vezes, as estratégias utilizadas no tratamento da depressão infantil são combinadas, isto é, uma intervenção farmacológica associada a uma intervenção psicossocial.

Diversos autores enfatizam a importância da avaliação para a elaboração de uma proposta terapêutica eficaz, baseada não apenas nas dificuldades, mas também no potencial da criança (Valadez, 1985; Trad, 1989). Além da avaliação, o referencial teórico adotado pelo profissional responsável pelo caso, bem como a atualização de seus conhecimentos determinam a escolha da estratégia terapêutica.

No âmbito dos tratamentos disponíveis para a depressão, o terapeuta deve definir o mais adequado a cada cliente (Paykel, 1989).

O tratamento mais potente para depressões severas em pacientes adultos, em que o risco de suicídio pode ser alto, é a internação. Hospitais e clínicas psiquiátricas geralmente utilizam terapia de eletrochoque (ECT), drogas e ambiente de apoio. Pacientes com quadros menos severos são atendidos em ambulatórios ou consultórios particulares, através de psicoterapia, farmacoterapia ou uma combinação de ambos (Lemgruber, 1992).

Os estudos brasileiros sobre a depressão na infância, levantados através dos meios convencionais de busca da informação, são poucos e não discutem internação, restringindo-se a tratamento farmacológico e psicoterápico em nível ambulatorial (Lippi, 1985; Nunes, 1987). Estudos estrangeiros,

entretanto, citam a internação psiquiátrica como um recurso utilizado no tratamento de depressões severas na infância (Frame et al., 1982; Asarnow & Carlson, 1988).

As abordagens teóricas utilizadas no tratamento psicoterápico da depressão têm sido também avaliadas. Os enfoques comportamental e cognitivo-comportamental têm sido frequentemente estudados em relação à sua eficácia (Asarnow & Carlson, 1988; Dobson, 1989; Derubeis et al., 1990).

Stark, Reynolds & Kaslow (1987) estudaram crianças com idades entre 9 e 12 anos e diagnóstico de depressão moderada e severa. Vinte e nove crianças foram divididas em três grupos: lista de espera, terapia de autocontrole (Rehm, 1977) e terapia comportamental, enfatizando a solução de problemas (automonitorização, planejamento de atividades reforçadoras e aquisição de habilidades para solucionar problemas interpessoais). Os resultados indicam que os sujeitos que receberam tratamento apresentaram significativa melhora do quadro, com generalização dos efeitos terapêuticos. Esses resultados persistiram em entrevista de acompanhamento, oito semanas após o término do tratamento. Para as crianças em lista de espera, as mudanças entre as avaliações inicial e de acompanhamento foram mínimas.

Estudos de caso têm sido também relatados na literatura a respeito do tratamento da depressão na infância. Frame et al. (1982) descrevem o tratamento de um garoto de dez anos, com diagnóstico de depressão realizado através dos critérios do DSM-III. O tratamento foi realizado em uma enfermaria psiquiátrica e quatro comportamentos que caracterizavam o quadro depressivo foram escolhidos como alvos terapêuticos. O tratamento, avaliado através de linhas de base múltiplas dos diversos sintomas, consistiu de uma combinação de instruções, modelagem, treino de papéis e "feedback". Os resultados indicaram que comportamentos considerados sintomas de depressão podem ser identificados e tratados, de forma confiável, através da terapia comportamental.

Esses dados ressaltam a validade de intervenções psicossociais junto a pacientes pediátricos com quadros de depressão. Entretanto, há necessidade de pesquisas com critérios científicos, para que os modelos teóricos mais adequados, bem como as estratégias de diagnóstico e tratamento mais eficazes sejam identificados.

## Referências

- ABRAMSON, L.Y., SELIGMAN, M.E.P. & TEASDALE, J.D. (1978) Learned helplessness in humans: critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87(1): 49-74.
- AMARAL, V.L.A.R. & BARBOSA, M.K. (1990) Crianças vítimas de queimaduras: um estudo sobre depressão. *Estudos de Psicologia*, 7(1): 31-59.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1987) *Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais-DSM-III-R* [Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-DSM-III-R] Trad. Lúcia Helena Siqueira Barbosa. São Paulo, Manole.
- ANGOLD, A. (1988) Childhood and adolescent depression: research in clinical populations. *British Journal of Psychiatry*, 153(4): 476-492.
- ASARNOW, J.R., CARLSON, G.A. & GUTHRIE, D. (1987) Coping strategies, self-perceptions, hopelessness, and perceived family environments in depressed and suicidal children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(3): 361-366.
- \_\_\_\_\_ (1988) Childhood depression: five-year outcome following combined cognitive-behavior therapy and pharmacotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, XLII(3): 456-464.
- BARLOW, D.H. (1991) Introduction on the special issue on diagnosis, dimensions and the DSM-IV: the science of classification. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 100(3): 243-244.
- BECK, A.T. (1967) *Depression: causes and treatment*. Philadelphia, University of Pennsylvania Press.
- \_\_\_\_\_ (1976) *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York, Meridian.
- \_\_\_\_\_ (1987) Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1(1): 5-37.
- \_\_\_\_\_ (1991) Cognitive therapy: a 30 year retrospective. *American Psychologist*, 46(4): 368-375.
- \_\_\_\_\_ (1992) *New frontiers of cognitive therapy*. Trabalho apresentado a Centennial Convention da American Psychological Association, Washington D.C., 14 a 18 de agosto.
- BECK, A.T., RUSH, A.J., SHAW, B.F. & EMERY, G. (1979) *Terapia cognitiva da depressão*. [Cognitive therapy of depression] Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro, Zahar.
- BROWN, G. W., HARRIS, T. O. & BIFULCO, A. (1986) Long term effects of early loss of a parent. In: RUTTER, M., IZARD, C.E. & READ, P.B. (ed) *Depression in young people: developmental and clinical perspectives*. New York, Guilford. p. 251-296.
- CARLSON, G. A. & CANTWELL, D. P. (1980) Unmasking masked depression in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 137(4): 445-449.
- COSTA E SILVA, J.A. (1991) Marcadores biológicos da depressão. *Arquivos Brasileiros de Medicina*, 65(1): 57-62.
- CYTRYN, L. & MCKNEW, D.H. (1972) Proposed classification of childhood depression. *American Journal of Psychiatry*, 129(2): 149-155.
- CYTRYN, L. & MCKNEW, D.H. & BUNNEY, W.E. (1980) Diagnosis of depression in children: a reassessment. *American Journal of Psychiatry*, 137(1): 22-25.
- CYTRYN, L. & MCKNEW, D.H., ZAHN-WAXLER, C. & GERSHON, E.S. (1986) Developmental issues in risk research: the off spring of affectively ill parents. In: RUTTER, M., IZARD, C.E. & READ, P.B. (ed) *Depression in young people: developmental and clinical perspectives*. New York, Guilford. p. 163-188.
- DERUBEIS, R.J., EVANS, M.D., HOLLON, S.D., GARVEY, M.J., GROVE, W.M. & TUASON, V.B. (1990) How does cognitive therapy work? Cognitive change and symptom change in cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(6): 862-869.
- DOBSON, K.S. (1989) A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57: 414-419.
- EASTMAN, C. (1976) Behavioral formulations of depression. *Psychological Review*, 83(4): 277-291.
- ELLIS, A. & HARPER, R.A. (1961) *A new guide to rational living*. No. Hollywood, Wilshire.
- FARMER, A. & MCGUFFIN, P. (1989) The classifications of the depressions: a contemporary confusion revisited. *British Journal of Psychiatry*, 155(4): 437-443.
- FERGUSON, D.M., HORWOOD, L.J. & SHANNON, F.T. (1984) Relationship of family life events, maternal depression, and child rearing problems. *Pediatrics*, 73(16): 773-776.
- FERSTER, C.B. (1973) A functional analysis of depression. *American Psychologist*, 23(10): 857-870.
- FLAHERTY, J.A., CHANNON, R.A. & DAVIS, J.M. (1990) *Psiquiatria: diagnóstico e tratamento*. [Psychiatry: diagnosis and therapy.] Trad. Dayse Batista. Porto Alegre, Artes Médicas.

- FRAME, C., MATSON, J.L., SONIS, W.A., FIALKOV, M.J. & KAZDIN, A.E. (1982) Behavioral treatment of depression in a prepubertal child. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 13(3): 239-243.
- GARNEFSKI, N., VAN EGMOND, M. & STRAATMAN, A. (1990) The influence of early and recent life stress on severity of depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 81(3): 295-301.
- GONGORA, M.A.N. (1982) *Depressão: teorias da aprendizagem e construção de uma escala para avaliá-la*. Campinas. Dissertação (Mestrado). Instituto de Psicologia da PUCCAMP.
- GRAEFF, F.G. (1989) *Drogas psicotrópicas e seu modo de ação*. 2ª ed. rev. e ampl. São Paulo, E.P.U.
- GROSS, D. (1989) Implications of maternal depression for the development of young children. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 21(2): 103-107.
- HAMMEN, C., BURGE, D. BURNEY, E. & ADRIAN, C. (1990) Longitudinal study of diagnoses in children of woman with unipolar and bipolar affective disorder. *Archives of General Psychiatry*, 47: 1112-1117.
- HERSEN, M. & LAST, C.G. (1989) Psychiatric diagnosis and behavioral assessment in children. In: HERSEN, M. & LAST, C.G. (ed) *Handbook of child psychiatric diagnosis*. New York, Wiley.
- JOURILES, E.N., MURPHY, C.M. & O'LEARY, K.D. (1989) Effects of maternal mood on mother-son interactional patterns. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 17(5): 513-525.
- KASHANI, J.H., BARBERO, G.J. & BOLANDER, F.D. (1981) Depression in hospitalized patients. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 20: 123-134.
- KASHANI, J.H., HUSAIN, A., SHEKIM, W.O., HODGES, K.H., CYTRYN, L. & MCKNEW, D.H. (1981) Current perspectives on childhood depression: an overview. *American Journal of Psychiatry*, 138(2): 143-153.
- KASHANI, J.H. & CARLSON, G.A. (1987) Seriously depressed preschoolers. *American Journal of Psychiatry*, 144(3): 348-350.
- KATON, W. & ROY-BYRNE, P.P. (1991) Mixed anxiety and depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 100(3): 337-345.
- KAZDIN, A.E. & PETTI, T.A. (1982) Self-report and interview measures of childhood and adolescent depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 23(4): 437-457.
- \_\_\_\_\_. (1989a) Childhood depression. In: MASH, E.J. & BARKLEY, R.A. *Treatment of childhood disorders*. New York, Guilford. p. 135-166.
- \_\_\_\_\_. (1989b) Developmental psychopathology: current research, issues and directions. *American Psychologist*, 44(2): 180-187.
- KELLER, M.B. & SESSA, F.M. (1989) Dysthymic and cyclothymic disorders. In: LAST, C.G. & HERSEN, M. *Handbook of child psychiatric diagnosis*. New York, Wiley. p. 330-342.
- KENDALL, P.C. (ed) (1991) *Child and adolescent therapy: cognitive and behavioral procedures*. New York, Guilford.
- KOLB, L.B.C. & BRODIE, H.K.H. (1982) *Modern clinical psychiatry*. Tokyo, W.B. Saunders.
- KOVACS, M., GATSONIS, C., PAULAUSKAS, S.L. & RICHARDS, C. (1989) Depressive disorders in childhood: a longitudinal study of comorbidity with and risk for anxiety disorders. *Archives of General Psychiatry*, 46: 776-782.
- \_\_\_\_\_. (1989) Affective disorders in children and adolescents. *American Psychologist*, 44(2): 209-215.
- \_\_\_\_\_. (1992) *Children's Depression Inventory: manual*. New York, MHS.
- LAST, C.G., STRAUSS, C.C. & FRANCIS, G. (1987) Comorbidity among childhood anxiety disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175(12): 726-730.
- LAZARUS, A.A. (1968) Learning theory and the treatment of depression. *Behaviour Research & Therapy*, 6: 83-89.
- LEMGRUBER, V. (1992) Terapêutica integrada da depressão. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 41(9): 465-469.
- LERNER, R.M., HESS, L.E. & NITZ, K. (1990) A developmental perspective on psychopathology, In: HERSEN, M. & LAST, C.G. (ed) *Handbook of child and adult psychopathology: a longitudinal perspective*. New York, Pergamon, p.9-34.
- LEWINSOHN, P.M., HOBERMAN, H.M. & CLARKE, G.N. (1989) The coping with depression course: review and future directions. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 21(4): 470-493.
- LIMA, C.A.M., VANDEL, S. & BIZOUARD, P. (1991) O teste TRH em pacientes depressivos. *Informação Psiquiátrica*, 10(2): 36-40.
- LIPPI, J.R.S. (1985) Psicoterapia da depressão na infância. In: \_\_\_\_\_. (ed) *Depressão na infância*. CIBA-GEYGY. p. 145-158.

- MARTINSEN, E.W., FRIIS, S. & HOFFART, A. (1989) A factor analytical study of the Comprehensive Psychopathological Rating Scale among patients with anxiety and depressive disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 80(5): 492-498.
- MASER, J.D., KAELBER, C. & WEISE, R.E. (1991) International use and attitudes toward DSM-III and DSM-III-R: growing consensus in psychiatric classification. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 100(3): 271-279.
- MATSON, J.L. (1989) *Treating depression in children and adolescents*. New York, Pergamon.
- MCGUFFIN, P. (1988) Major genes for major affective disorder? *British Journal of Psychiatry*, 153: 591-596.
- MCGUFFIN, P., KATZ, R., ALDRICH, J. & BEBBINGTON, P. (1988) The Camberwell Collaborative Depression Study: investigation of family members. *British Journal of Psychiatry*, 152: 766-774.
- NARDI, A.G., FIGUEIRA, I., MORAES, A., PINHEIRO, E.S., VENTURA, P., PINTO, S., MENDLOWICZ, M. & VERSIANI, M. (1992) Personalidade e transtornos do humor. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 41(2): 73-79.
- NOLEN-HOEKSEMA, S., GIRKUS, J.S. & SELIGMAN, M.E.P. (1986) Learned helplessness in children: a longitudinal study of depression, achievement and explanatory style. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(2): 435-442.
- NUNES, S.O.V. (1987) Depressão na infância e adolescência. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 36(4): 223-228.
- OLLENDICK, T.H. & YULE, W. (1990) Depression in British and American children and its relation to anxiety and fear. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(1): 126-129.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1992) *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. [The CID-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines] Trad. Dorgival Caetano, Maria Lúcia Domingues & Marco Antonio Marcolin. Porto Alegre, Artes Médicas. 351p.
- OTHMER, E. & OTHMER, S.C. (1989) *The clinical interview using DSM-III-R*. Washington D.C., American Psychiatric Press.
- PAPROCKI, J. (1992) Introdução ao estudo do tratamento dos distúrbios depressivos. *Arquivos Brasileiros de Medicina*, 66(2): 103-118. Suplemento.
- PATAKI, C.S. & CARLSON, G.A. (1990) Major depression in childhood. In: HERSEN, M. & LAST, C.G. (ed) *Child and adult psychopathology: a longitudinal perspective*. New York, Pergamon, p. 35-66.
- PAYKEL, E.S. (1989) Treatment of depression: the relevance of research for clinical practice: *British Journal of Psychiatry*, 155(6): 754-763.
- PENA, S.D. (1985) Aspectos genéticos das doenças depressivas. In: LIPPI, J.R.S. (ed) *Depressão na infância*. CIBA-GEYGY. p. 19-24.
- PENNA, T.L.M., CRUZ, M.S. & FORTES, S.L.C. (1992) Proposta de registro do atendimento psiquiátrico (R.A.P.) em hospital geral: experiência do HSE-RJ. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 41(5): 229-233.
- PORCHAT, P. (1991) Depressão cresce, vira doença do fim do século e tem novo diagnóstico. *Folha de São Paulo*, 07/12/91, p.1, c.4.
- PUIG-ANTICH, J. (1986) Psychobiological markers: effects of age and puberty. In: RUTTER, M., IZARD, C.E. & READ, P.B. (ed) *Depression in young people: development and clinical perspectives*. New York, Guilford. p. 341-381.
- PUIG-ANTICH, J., LUKENS, E., DAVIES, M., GOETZ, D., BRENNAN-QUATROCK, J. & TODAK, G. (1985) Psychosocial functioning in prepubertal major depressive disorders: interpersonal relationships during the depressive episode. *Archives of General Psychiatry*, 42(5): 500-507.
- QUEIROZ, E.A. (1985) Aspectos bioquímicos da depressão na infância. In: LIPPI, J.R.S. (ed) *Depressão na infância*. CIBAGEYGY.
- RANGE, B. (1992) Psicoterapia cognitiva. I. Fundamentos, princípios, processos, limites. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 41(2): 81-85.
- RAPOPORT, J.L. & ISMOND, D.R. (1990) *DSM-III-R training guide for diagnosis of childhood disorders*. New York, Bruner/Mazel.
- REHM, L.P. (1977) A self-control model of depression. *Behavior Therapy*, 8: 787-804.
- ROBINS, C.J., BLOCK, P. & PESELOW, E.D. (1990) Endogenous and non-endogenous depressions: relations to life events, dysfunctional attitudes and event perceptions. *British Journal of Clinical Psychology*, 29: 201-207.
- ROSE, R.M. (1988) Psicoendocrinologia. In: WILSON, J.D. & FOSTER D.W. *Williams: tratado de endocrinologia*. [Williams: textbook of endocrinology] Trad. Arlete Rita Sniscalchi et al. 7 ed. São Paulo, Manole. p. 809-841.

- RUTTER, M. (1986) The developmental psychopathology of depression: issues and perspectives. In: \_\_\_\_\_, IZARD, C.E. & READ, P.B. (ed) *Depression in young people: developmental and clinical perspectives*. New York, Guilford, p.3-30.
- RUTTER, M., IZARD, C.E. & READ, P.B. (ed) (1986) *Depression in young people: developmental and clinical perspective*. New York, Guilford.
- RYAN, N.D. (1989) Major depression. In: LAST, C.G. & HERSEN, M. (ed) *Handbook of child psychiatric diagnosis*. New York, Wiley. p. 317-329.
- SELIGMAN, M.E.P. (1989) Research in clinical psychology: why is there so much depression today? In: COHEN, I.S. (ed) *The G. Stanley Hall Lectures Series*. Washington D.C., American Psychological Association. p. 75-96.
- SELIGMAN, M.E.P. & PETERSON, C.A. (1986) A learned helplessness perspective on childhood depression: theory and research. In: RUTTER, M. IZARD, C.E. & READ, P.B. (ed) *Depression in young people: developmental and clinical perspectives*. New York, Guilford. p. 223-249.
- SPITZER, R. L., GIBBON, M., SKODOL, A. E., WILLIAMS, J.B.W. & FIRST, M.B. (1989) *A DSM-III-R casebook*. Washington D.C., American Psychiatric Association Press.
- STARK, K.D., REYNOLDS, W.M. & KASLOW, N.J. (1987) A comparison of the relative efficacy of self-control therapy and a behavioral problem solving therapy for depression in children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 15(1): 91-113.
- STARK, K.D., ROUSE, L.W. & LIVINGSTON, R. (1991) Treatment of depression during childhood and adolescence: cognitive-behavioral procedures for the individual and family. In: KENDALL, P.C. (ed) *Child and adolescent therapy: cognitive-behavioral procedures*. New York, Guilford. p. 165-206.
- TAMMINEN, T.M. & SALMELIN, R.K. (1991) Psychosomatic interaction between mother and infant during breast feeding. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 56 (1-2): 78-84.
- TAYLOR, H.J. (1989) Learning disabilities. In: MASH, E.J. & BARKLEY R.A. *Treatment of childhood disorders*. New York, Guilford. p. 347-380.
- TAYLOR, J., UNDERWOOD, C., THOMAS, L. & ZANG, X. (1990) Effects of dysphoria on maternal exchange dispositions. *The Journal of Psychology*, 124(6): 685-697.
- TRAD. P.V. (1989) A nosological approach to assessing childhood psychiatric disorders. In: LAST, C.G. & HERSEN, M. *Handbook of Child psychiatric diagnosis*. New York, Wiley. p. 12-27.
- TORRES, N. (1991) *Diagnóstico e tratamento de distúrbios de pânico: estudo de caso em terapia comportamental*. Campinas. Dissertação (mestrado). Instituto de Psicologia da PUCCAMP.
- VALADEZ, G.M. (1985) Psicoterapia del niño y del adolescente deprimidos. *Salud Mental*, 4: 3-7.
- WALKER, L.S., ORTIZ-VALDES, J.A. & NEWBROUGH, J.R. (1989) The role of maternal employment and depression in the psychosocial adjustment of chronically ill, mentally retarded, and well children. *Journal of Pediatric Psychology*, 14(3): 350-370.
- WOZENCRAFT, T., WAGNER, W. & PELLEGRIN, A. (1991) Depression and suicidal ideation in sexually abused children. *Child Abuse & Neglect*, 15: 505-511.